



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“FACTORES ACTITUDINALES RELACIONADOS CON LA INTENCIÓN DE OTORGAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO AGOSTO DEL 2014 A ENERO DEL 2015”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

**Autor:** Romero Cevallos, John Patricio

**Tutor:** Dr. Izurieta Izurieta, José Ignacio

Ambato-Ecuador

Marzo, 2015

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“FACTORES ACTITUDINALES RELACIONADOS CON LA INTENCIÓN DE OTORGAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO AGOSTO DEL 2014 A ENERO DEL 2015”**, de John Patricio Romero Cevallos, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Febrero del 2015

## **EL TUTOR**

---

Dr. Izurieta Izurieta, José Ignacio

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de investigación “**FACTORES ACTITUDINALES RELACIONADOS CON LA INTENCIÓN DE OTORGAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO AGOSTO DEL 2014 A ENERO DEL 2015**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Febrero del 2015

### **EL AUTOR**

---

Romero Cevallos, John Patricio

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Febrero del 2015

## **EL AUTOR**

---

Romero Cevallos, John Patricio

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “**FACTORES ACTITUDINALES RELACIONADOS CON LA INTENCIÓN DE OTORGAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO AGOSTO DEL 2014 A ENERO DEL 2015**”, de John Patricio Romero Cevallos, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Marzo del 2015

Para constancia firman:

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE/A

\_\_\_\_\_  
1ER VOCAL

\_\_\_\_\_  
2DO VOCAL

## **DEDICATORIA**

La presente tesis y mi carrera completa, se la dedico a DIOS ¡Gracias Señor Jesús!, primero por darme esperanza cuando toda mi vida parecía no tener sentido, no tengo palabras para decirte que infinitamente te agradezco por brindarme la salvación, obviamente por cuidarme y brindarme experiencias de suma utilidad durante el transcurso de la Carrera de Medicina, para poder ejercer de forma estoica y científica de una de las más hermosas de las profesiones. **TE DOY LAS GRACIAS INFINITAMENTE SEÑOR POR PERMITIRME CONCLUIR LA CARRERA.** Todo lo aprendido lo brindaré a favor de toda persona que lo necesite. Después agradezco a mis padres John Romero Castillo y María Teresa Cevallos, gracias por confiar en mí, por su amor y apoyo incondicional. También a mi hermano Cristian Romero, por ayudarme en medio de desvelos y a toda mi familia tanto por línea paterna y materna por cualquier ayuda que por más pequeña fue un granito de arena para construir este sueño de ser médico. No puedo dejar de mencionar a René Castillo, Cristian Castillo y Sebastián Castillo, gracias por darme la mano aún en la secundaria cuando lo necesite mil gracias.

A todas aquellas personas que fueron partícipes de mi vida universitaria y que se convirtieron en parte de mi crecimiento como profesional y humano, especialmente a Rosita Villacrés, Johana Guanoquiza, Lenin Carate, Andrea Cevallos, Israel Alarcón Daniel Saltos, Javier Cisneros, Sebastián Martínez. No puedo olvidar a aquellos colegas que me ayudaron a cambiar mi visión de la Medicina Dr. Williams Lata, Dr. Truman Mogrovejo, Dra. Karla Román y Dr. Fabricio Lata, a todas aquellas personas muchas gracias por todo, los estimo.

**John Patricio Romero Cevallos.**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Jesús por ser luz en medio de los tiempos difíciles, por abrirme el entendimiento que está más allá de la ciencia, que es la fe y la salvación, muchas gracias, porque me ha ayudado a desarrollar un espíritu de entrega ante el prójimo.

Al Tutor de esta tesis Dr. José Izurieta, le agradezco por el tiempo dedicado, su paciencia, y la orientación en cada uno de los capítulos, también a la Dra. Aida Aguilar por su asesoría incondicional desde el inicio hasta el final de este estudio, con mucha sabiduría y don humano que es un atributo digno de imitar. Al Dr. Carlos Vaca, le agradezco por ayudarme a reestructurar este trabajo investigativo, y se le estima por su gran espíritu de entrega a la Medicina, plasmado en el bienestar del paciente y la docencia de alta calidad que imparte. A mi familia (Jhon Romero Castillo, María Cevallos, Cristian Romero) gracias por su ayuda emocional para poder avanzar en el externado e internado rotativo. No puede dejar de agradecer a mis calificadores de tesis: Dr. Becker Neto y Dr. Patricio Villacís, por las correcciones y consejos dados con tanto acierto para dar término exitosamente de este trabajo investigativo. Al Hospital Provincial General Latacunga por haberme abierto las puertas para desarrollar habilidades y reforzar conocimientos de la Medicina, durante el año de internado rotativo. A todo el personal administrativo y personal del Área de Maternidad del Hospital Provincial General Latacunga, institución que me abrió las puertas para el desarrollo de este trabajo investigativo con el mayor de los gustos. Agradezco a la Dra. Carmita Pérez, Dra. Susana Moscoso, Lic. Pilar Vaca, Lcda. Eulalia Maliza, Dr. Telmo Simancas, Lcda. Gloria Racines, Lcda. Julia Venegas por su colaboración desinteresada de información valiosa para la contextualización micro y el marco teórico. Además agradezco a los todos los Médicos Tratantes de Neonatología del Hospital Provincial Docente Ambato y de Pediatría del Hospital Provincial General Latacunga que colaboraron en la adecuación definitiva de la encuesta. A todas aquellas personas que aceptaron voluntariamente formar parte de este proyecto con el mayor de los deseos, contando sus vivencias contribuyeron al mayor realce del sentido humanitario y labor desinteresada del médico.

**John Patricio Romero Cevallos**

## **PÁGINAS PRELIMINARES**

PORTADA.....	I
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	III
DERECHOS DE AUTOR .....	IV
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	V
DEDICATORIA .....	VI
AGRADECIMIENTO .....	VII
ÍNDICE GENERAL .....	VIII
RESUMEN.....	XVI
SUMMARY .....	XVIII
INTRODUCCIÓN .....	1

## **ÍNDICE GENERAL**

### **CAPÍTULO I**

#### **EL PROBLEMA**

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
1.2.1 Contextualización Histórico- Social .....	2
1.2.2 Análisis Crítico .....	21
1.2.3 Prognosis .....	25
1.2.4 Formulación del Problema .....	26
1.2.5 Preguntas Directrices .....	27
1.2.6 Delimitación del Problema.....	27
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	27
1.4 OBJETIVOS.....	29
1.4.1 Objetivo general .....	29
1.4.2 Objetivos específicos .....	29



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	31
2.2 FUNDAMENTACIÓN LEGAL .....	37
2.3 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA .....	52
2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES .....	53
2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA .....	54
2.5.1 Factores Sociodemográficos. ....	54
2.5.2 Factores actitudinales .....	55
2.5.3 Factores Determinantes de La Lactancia Materna .....	58
2.5.4 Tipos de lactancia Materna .....	59
2.5.5 Importancia de la lactancia materna:.....	60
2.5.6 Beneficios en la salud materna:.....	60
2.5.7 Intención de otorgar lactancia materna exclusiva. ....	64
2.5.8 Duración de lactancia materna exclusiva.....	65
2.5.9 Nutrición infantil.....	66
2.5.10 Teoría de la conducta planificada. ....	67
2.5.11 Alimentación complementaria .....	70
2.5.12 Validez de contenido.....	72
2.6 HIPÓTESIS .....	74
2.7 SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES .....	74

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO.....	75
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	75
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	75
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	75
3.4.1 Población.....	75
3.4.2 Muestra.....	76
3.4.3 Tamaño de la Muestra.....	76
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	78

3.5.1. Variable Independiente. ....	78
3.5.2. Variable Dependiente. ....	81
3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	82
3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....	84

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1. DATOS GENERALES DE LA MADRE .....	85
4.2. FACTORES ACTITUDINALES .....	93
4.3 INTENCIÓN DE OTORGAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA... ..	111
4.4 ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS E INTENCIÓN DE OTORGAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	115
4.5 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	116

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 CONCLUSIONES.....	117
5.2 RECOMENDACIONES .....	120

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

6.1 DATOS INFORMATIVOS.....	122
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	124
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	125
6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-CIENTÍFICA .....	127
6.7 MODELO OPERATIVO.....	132
6.8 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS.....	135
6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	135

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA: .....	136
LINKOGRAFÍA: .....	136
CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA .....	148
ANEXO 1. ÁRBOL DE PROBLEMAS .....	150
ANEXO 2. ÁRBOL DE OBJETIVOS.....	151
ANEXO 3. ÁRBOL DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN .....	152
ANEXO 4. ENCUESTA EJECUTADA EN LA MUESTRA. ....	153
ANEXO 5. ESCALA INICIAL PREVIA A LA REVISIÓN POR EXPERTOS DEL TEMA.....	156
ANEXO 6. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	158
ANEXO 7. THE IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE.....	159
ANEXO 8. TEORÍA DE MODELO DE LA CONDUCTA PLANIFICADA... ..	162
ANEXO 9. FORMULARIO DE REGISTRO DE ACTIVIDADES PARA CONSEJERÍA DE LACTANCIA MATERNA.....	163
ANEXO 10. MATRIZ DE INDICADORES PARA CONSEJERÍA DE LACTANCIA MATERNA.....	164
ANEXO 11. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN... ..	166

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Operacionalización de variables “variable independiente” .....	80
Tabla N° 2: Operacionalización de variables “variable dependiente” .....	81
Tabla N° 3: Edad materna .....	85
Tabla N° 4: Grupo étnico de la madre.....	86
Tabla N° 5: Instrucción de la madre.....	86
Tabla N° 6: Estado civil de la madre.....	87
Tabla N° 7: Situación económica de la madre .....	88
Tabla N° 8: Ocupación de la madre .....	88
Tabla N° 9: Paridad materna .....	90
Tabla N° 10: Lactancia materna previa.....	90
Tabla N° 11: Tipo de experiencia de lactancia materna previa.....	91
Tabla N° 12: Tipo de parto.....	92
Tabla N° 13: Los beneficios nutricionales de la leche materna sólo duran hasta el destete.....	93
Tabla N° 14: La alimentación con fórmula láctea es más cómoda que la lactancia materna.....	94
Tabla N° 15: La lactancia materna aumenta el vínculo madre-hijo .....	95
Tabla N° 16: La leche materna es deficiente en hierro .....	96
Tabla N° 17: Los bebés alimentados con fórmula son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche materna.....	97
Tabla N° 18: La alimentación con fórmula es la mejor opción si la madre tiene previsto estudiar o trabajar fuera del hogar.....	98
Tabla N° 19: Las madres que alimentan con fórmula se pierden una de las grandes alegrías de la maternidad.....	99
Tabla N° 20: Las madres no deben amamantar a sus hijos en lugares públicos como restaurantes.....	100
Tabla N° 21: Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés que son alimentados con fórmula.....	101
Tabla N° 22: Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con fórmula .....	102
Tabla N° 23: Los padres se sienten excluidos, si una madre amamanta .....	103

Tabla N° 24: La leche materna es el alimento ideal para los bebés .....	104
Tabla N° 25: La leche materna se digiere más fácilmente que la fórmula.....	105
Tabla N° 26: La fórmula es tan saludable para un bebé como la leche materna.	106
Tabla N° 27: La lactancia materna es más conveniente que la alimentación con fórmula láctea.....	107
Tabla N° 28: La leche materna es más barata que la fórmula.....	108
Tabla N° 29: Una madre que de vez en cuando bebe alcohol, no debe dar el pecho a su bebé.....	109
Tabla N° 30: Interpretación de escala de actitudes .....	110
Tabla N° 31: Intención de otorgar lactancia materna.....	111
Tabla N° 32: Intención de retirar definitivamente la lactancia materna.....	112
Tabla N° 33: Intención de otorgar lactancia materna exclusiva.....	113
Tabla N° 34: Intención de inicio de alimentación complementaria .....	114
Tabla N° 35: Análisis con Chi cuadrado de relación entre factores sociodemográficos e intención de otorgar lactancia materna exclusiva. Hospital Provincial General Latacunga Diciembre 2014 .....	115
Tabla N° 36: Análisis de regresión lineal para relación entre actitudes maternas e intención de otorgar lactancia materna exclusiva. Hospital Provincial General Latacunga Diciembre 2014 .....	116
Tabla N° 37: Modelo operativo de la propuesta .....	134

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Adaptación de la Teoría de modelo de la conducta planificada.....	69
Gráfico N° 2: Edad materna .....	85
Gráfico N° 3: Grupo étnico de la madre .....	86
Gráfico N° 4: Instrucción de la madre .....	86
Gráfico N° 5: Estado civil de la madre .....	87
Gráfico N° 6: Situación económica de la madre .....	88
Gráfico N° 7: Ocupación de la madre.....	89
Gráfico N° 8: Paridad materna .....	90
Gráfico N° 9: Lactancia materna previa .....	91
Gráfico N° 10: Tipo de experiencia de lactancia materna previa.....	91
Gráfico N° 11: Tipo de parto .....	92
Gráfico N° 12: Los beneficios nutricionales de la leche materna sólo duran hasta el destete.....	93
Gráfico N° 13: La alimentación con fórmula láctea es más cómoda que la lactancia materna.....	94
Gráfico N° 14: La lactancia materna aumenta el vínculo madre-hijo .....	95
Gráfico N° 15: La leche materna es deficiente en hierro .....	96
Gráfico N° 16: Los bebés alimentados con fórmula son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche materna.....	97
Gráfico N° 17: La alimentación con fórmula es la mejor opción si la madre tiene previsto estudiar o trabajar fuera del hogar.....	98
Gráfico N° 18: Las madres que alimentan con fórmula se pierden una de las grandes alegrías de la maternidad .....	99
Gráfico N° 19: Las madres no deben amamantar a sus hijos en lugares públicos como restaurantes.....	100
Gráfico N° 20: Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés que son alimentados con fórmula.....	101
Gráfico N° 21: Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con fórmula .....	102
Gráfico N° 22: Los padres se sienten excluidos, si una madre amamanta .....	103
Gráfico N° 23: La leche materna es el alimento ideal para los bebés .....	104

Gráfico N° 24: La leche materna se digiere más fácilmente que la fórmula.....	105
Gráfico N° 25: La fórmula es tan saludable para un bebé como la leche materna .....	106
Gráfico N° 26: La lactancia materna es más conveniente que la alimentación con fórmula láctea.....	107
Gráfico N° 27: La leche materna es más barata que la fórmula .....	108
Gráfico N° 28: Una madre que de vez en cuando bebe alcohol, no debe dar el pecho a su bebé .....	109
Gráfico N° 29: Interpretación de escala de actitudes.....	110
Gráfico N° 30: Intención de otorgar lactancia materna .....	111
Gráfico N° 31: Intención de retirar definitivamente la lactancia materna.....	112
Gráfico N° 32: Intención de otorgar lactancia materna exclusiva.....	113
Gráfico N° 33: Intención de inicio de alimentación complementaria .....	114
Gráfico N° 34. Administración de recursos .....	135

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA

**“FACTORES ACTITUDINALES RELACIONADOS CON LA INTENCIÓN DE OTORGAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO AGOSTO DEL 2014 A ENERO DEL 2015”**

**Autor:** Romero Cevallos, John Patricio

**Tutor:** Dr. Izurieta Izurieta, José Ignacio

**Fecha:** Febrero del 2015

**RESUMEN**

La lactancia materna es la alimentación ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños, su duración se ve influenciada por múltiples factores, tales como los actitudinales.

Tuvo como objetivo general determinar los factores actitudinales relacionados con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva en madres con puerperio inmediato atendidas en el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga en el período Agosto del 2014 a Enero del 2015. Es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, con un enfoque predominantemente cualitativo, basado en un paradigma crítico propositivo, aplicando investigación de campo, a 250 madres, se aplicó la técnica "encuesta" que incluyó datos sociodemográficos, una escala de Likert para actitudes basada en la Escala Iowa de Actitud a la alimentación Infantil (IIFAS), desarrollada por de la Mora A. et al, que se tradujo al español y fue validada por juicio de expertos. La parte final de la



encuesta incluyó preguntas sobre la intención de otorgar lactancia materna exclusiva. Para la verificación de la hipótesis se utilizó el programa SPSS 20 con el cual se realizó un análisis de regresión lineal, con un intervalo de confianza del 95%, y un margen de error del 5%. El promedio de intención de otorgar lactancia materna exclusiva fue de 7,8 meses, con una desviación estándar de 4,726. Se encontró que los factores sociodemográficos y actitudinales no se relacionan con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva, debido a que no existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p>0,05$ ), sin embargo llamó la atención que la mayoría de la muestra presentó actitudes neutrales, lo que expresa la necesidad de una mejoría en la consejería prenatal. Debido a estos resultados se decide plantear un Plan de monitoreo mediante un formulario de registro de actividades y matriz de indicadores de cumplimiento en la consejería de lactancia materna para madres con puerperio inmediato del Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.

**PALABRAS CLAVES:**

LACTANCIA\_MATERNA, NUTRICIÓN, MATERNIDAD, PUERPERIO, CONDUCTA\_PLANIFICADA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
MEDICAL CAREER

**"ATTITUDINAL FACTORS RELATED TO INTENTION FOR GIVE EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN MOTHERS WITH IMMEDIATE PUERPERIUM IN AREA OF MATERNITY AT LATACUNGA GENERAL HOSPITAL IN THE PERIOD AUGUST 2014-JANUARY 2015"**

**Author:** Romero Cevallos, John Patricio

**Tutor:** Dr. Izurieta Izurieta, José Ignacio

**Date:** February 2015

**SUMMARY**

Breastfeeding is ideal feeding for proper growth and development of children, its duration is influenced by multiple factors, such as attitudinal.

Overall objective was to determine the attitudinal factors related to intention to give exclusive breastfeeding in mothers with immediate puerperium in Area of Maternity at Latacunga Provincial General Hospital in the period August 2014 to January 2015. A study of type descriptive, prospective, cross, with a predominantly qualitative approach, based on a proactive critical paradigm, using field research, 250 mothers, technical "survey" that included sociodemographic data, attitudes based on the scale was applied Iowa Infant Feeding Attitude to (IIFAS) developed by de la Mora A. et al, which was translated into Spanish and was validated by expert judgment. The final part of the survey included questions about the intention to give exclusive breastfeeding. SPSS 20 program was used to verify the hypothesis, through logistic regression analysis, with a confidence interval of 95% and a margin of error of 5%. The average intention to give exclusive breastfeeding was 7.8 months, with a standard deviation of 4,726. Its found that demographic and attitudinal factors do not influence the intention to give exclusive breastfeeding, because there is not a statistically significant

difference ( $p>0,05$ ), however noticed that the majority of the sample had neutral attitudes, which expresses the need for a improvement in prenatal counseling. Because of these results is decided pose an Improvement Plan for Monitoring through a registration form activities and matrix of indicators of counseling for breastfeeding in mothers with immediate puerperium in Area of Maternity at Latacunga Provincial General Hospital.

**KEYWORDS:**

BREASTFEEDING, NUTRITION, MATERNITY, PUERPERIUM,  
PLANNED\_BEHAVIOR.

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la alimentación ideal para el crecimiento y desarrollo adecuado de los niños. La recomendación fijada por la Organización Mundial de Salud es dar solamente leche materna durante los primeros 6 meses de vida, a continuación se debe introducir en forma progresiva otros alimentos hasta los dos años, junto con la leche materna. Los beneficios que ofrece son múltiples en la salud del niño y de la madre, ecológicos, también económicos para la familia, y del Estado. Es por ello que se debe promocionar, promover y apoyar la lactancia materna exclusiva de forma permanente.

A nivel mundial, menos del 40% de los niños reciben lactancia materna exclusiva, en Latinoamérica y Ecuador las cifras son bastantes parecidas, ya que solamente la reciben el 40 % de niños. Según datos del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, indicó que el año 2012 aumentó la lactancia materna exclusiva al 43,8%. La meta planteada ante esta problemática es lograr aumentar hasta un 64% en el año 2017.

Hay un sinnúmero de factores que se relacionan con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva, entre ellos están los factores actitudinales (actitudes hacia la lactancia materna). Respecto a las actitudes maternas se entiende como los elementos que involucran el grado de valor positivo o negativo colocado en la lactancia materna, para su mejor comprensión tienen una parte afectiva, conductual y cognitiva. Por otro lado la intención de otorgar lactancia materna exclusiva es el grado de disposición psicológica de la madre para realizar o no realizar lactancia materna exclusiva a sus bebés hasta los seis meses.

La presente investigación determinó los factores actitudinales relacionados con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva en madres con puerperio inmediato atendidas en el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga en el período Agosto del 2014 a Enero del 2015.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN**

**“FACTORES ACTITUDINALES RELACIONADOS CON LA INTENCIÓN DE OTORGAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA EN EL PERÍODO AGOSTO DEL 2014 A ENERO DEL 2015”**

### **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1 Contextualización Histórico- Social**

##### **Macro contextualización**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la lactancia materna (LM) es la alimentación ideal para los niños para contribuir con el adecuado crecimiento y desarrollo.

Se recomienda la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse en forma paulatina con otros alimentos hasta los dos años. (OMS, 2013)

Es importante por los beneficios que ofrece al niño y madre, a la familia, institución de trabajo de la madre, al Estado y al medio ambiente; en el caso de los niños en su salud a corto plazo son los siguientes: el calostro lo protege contra infecciones, es un laxante natural para el recién nacido, brinda mayor capacidad inmunológica ante la enfermedad diarreica aguda (EDA) y la neumonía, que son las dos causas principales de mortalidad en la niñez en todo el mundo, (OMS, 2013) ayuda a tener menos propensión a las infecciones del tracto urinario, menor

riesgo de muerte súbita del lactante y de mortalidad durante el primer año de vida, (Asociación Española de Pediatría, 2014) ayuda a conservar mejor la temperatura corporal basal de los lactantes, (López, Arévalo, Carrero, & Martínez, 2000), menos propensión a tener estreñimiento, a padecer de los cólicos, desnutrición y menos tendencia deficiencia de micronutrientes. (UNICEF, 2012)

Entre los beneficios a mediano y largo plazo para los niños se destacan: la menor tendencia a sufrir sobrepeso u obesidad infantil, hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, hipercolesterolemia, mejores resultados en test de inteligencia, (OMS., 2014) menos frecuencia desarrollo de patologías alérgicas como dermatitis atópica, asma, disminución del riesgo de enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, esclerosis múltiple, cáncer, hiperactividad, ansiedad y depresión. Además menor propensión a sufrir maltrato infantil. (Jelliffe & Jelliffe, 2008)

Igualmente tiene beneficios maternos tales como: ayudar a la involución puerperal uterina y del tracto genital y la producción del "globo uterino de seguridad", por medio de la acción de la oxitocina, lo cual evita las hemorragias postparto y anemia materna, reduce el riesgo de cáncer de mama, ovario y útero, contribuye a la recuperación más rápida del peso anterior al embarazo, disminuye la posibilidad de obesidad materna, hemorragia postparto y de anemia materna. También disminuye el riesgo de fractura de columna y de cadera en la edad postmenopáusica, artritis reumatoide, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, ansiedad y depresión. (Asociación Española de Pediatría, 2014)

También actúa como un método de anticoncepción denominado Método de amenorrea de lactancia materna (MELA). (Valdes, Pérez, & Labbok, 1994) Sin embargo, debe ser valorado su uso de acuerdo al tipo de población, de acuerdo a un metaanálisis. (Van der Wijden, Kleijnen, & Van den Berk, 2009)

Otros beneficios de la lactancia materna son: los ecológicos y para la institución laboral de la madre. (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2011)

Adicionalmente existen beneficios económicos y sociales que contribuyen con el mejor desarrollo afectivo, emocional e intelectual de una persona, es barata y favorece el ahorro familiar y del Estado al disminuir el gastos en medicamentos por enfermedades de diversa índole. (Aguilar & Fernández, 2006)

Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar en forma adecuada, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. (UNICEF, 2010)

Un dato de importancia es que si se iniciará el amamantamiento a cada niño desde la primera hora tras su nacimiento, dándole sólo leche materna durante los primeros seis meses de vida hasta los 2 años; cada año se salvarían unas 800 000 vidas infantiles. (OMS., 2014)

A nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva. Un asesoramiento y apoyo adecuados en materia de lactancia materna es esencial para que las madres junto a la familia inicien y mantengan prácticas óptimas de amamantamiento. (OMS., 2014)

La duración adecuada de la lactancia materna exclusiva ha disminuido en parte por la promoción de las fórmulas lácteas que ha proliferado mucho más por el excesivo e indiscriminado marketing que las promocionan más allá de sus indicaciones médicas reales, lo que ha conducido a un gran esfuerzo del personal sanitario para reposicionar al grado de importancia que se merece la lactancia materna exclusiva. (UNICEF, 2010) Estas van de la mano con el uso del biberón que se ve como sinónimo de modernidad. (Gómez & Manrique, 2010) Otro punto destacable es la inclusión laboral de la mujer. (Aguilar & Fernández, 2006) Todo esto llevó a que los países más desarrollados se preocuparan y reiniciaran la promoción de la lactancia materna, que permitió que a finales de los años 70 se consiguieran destacados incrementos en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva. En los países en vías de desarrollo, también se redujo la lactancia materna, que conllevó la toma de medidas de promoción aunque más tardíamente. (Sacristán & Lozano, 2011)

Es destacable que los factores que afectan las tasas de lactancia materna no solo son numerosos y complejos, sino que también actúan de forma distinta en diferentes situaciones. (Camargo & Latorre, 2011)

Algunos estudios han descrito varios factores asociados con la intención de amamantar.

Estos factores incluyen la edad materna, el nivel de educación de la madre, el ingreso del hogar familiar, número de hijos, el conocimiento de la madre sobre los beneficios de la lactancia materna, la experiencia previa en lactancia, la actitud hacia la lactancia materna y la red de apoyo social de la madre.

Los factores asociados con la intención de amamantar permitirá tomar las decisiones de atención de salud para planificar y evaluar las intervenciones apropiadas para mejorar la iniciación de la lactancia y la duración. (Al-Akour et al., 2010)

En el estudio realizado por Khatun S, se indicó que la actitud hacia la lactancia materna se refiere al nivel de las creencias positivas o negativas de la madre con respecto a la lactancia materna exclusiva y la evaluación de los resultados de estas creencias. (Khatun, Punthmatharith, & Orapiriyakul, 2010)

"La aplicación de una política de atención médica o un programa de intervención que buscan aumentar la velocidad y duración de la lactancia materna pueden tener más éxito si tratan de influir en las actitudes maternas, en lugar de modificar otras políticas (por ejemplo, muestras de fórmula prestados por hospitales, Dungy et al, 1997), que se cree que influyen en la elección de los métodos de alimentación infantil." (de la Mora A. R., 1999)

Respecto a la intención de otorgar lactancia materna exclusiva es el grado de disposición psicológica de la madre para realizar o no realizar lactancia materna



exclusiva a sus bebés hasta los seis meses. (Khatun, Punthmatharith, & Orapiriyakul, 2010)

Según el estudio realizado por Tarrant et al, indicó que la intención de otorgar lactancia materna es "un predictor significativo de la iniciación de la lactancia y la lactancia materna a las seis semanas entre las mujeres irlandesas". (Tarrant R. et al, 2010)

Varios proyectos de alcance mundial han ayudado a mejorar progresivamente la lactancia materna tales como:

La aprobación de la Declaración de Innocenti, en la *45a Asamblea Mundial de la Salud*, celebrada en Florencia, a inicios de la década de los años 90, donde la OMS y UNICEF en ayuda conjunta con la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), la Autoridad Suiza para el Desarrollo Internacional (SIDA) se fijó una serie de metas para la protección, promoción de la lactancia materna. (OMS, 1991) (UNICEF, 2010)

Para lograrlo se estableció el desarrollo e implementación de legislaciones tales como: el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* y la implementación de *Los Diez Pasos Hacia Una Feliz Lactancia Natural*, que luego fueron organizadas como La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN). (Camargo & Latorre, 2011)

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño busca reforzar el apoyo a las madres que no amamantan, proporcionar módulos en lactancia materna en casos de infección por VIH, alimentación infantil y atención amigable a la madre y proporciona mayor orientación para el monitoreo y la reevaluación. Para designar un Hospital como Amigo del Niño se debe realizar una evaluación global y una acreditación que reconoce los logros de cada hospital en las prácticas de apoyo a la lactancia e incentivan a mejorar a aquellos servicios con prácticas menos óptimas. El

cumplimiento de los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa es una parte fundamental para la acreditación. (OMS/UNICEF, 2008)

En el año 1991 a nivel global, se creó la “*Alianza Mundial pro Lactancia Materna*” (WABA por su sigla en inglés), como una coalición de personas, organizaciones y redes, dedicada a la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, asistiendo a los gobiernos y organismos internacionales para lograr el cumplimiento de las metas de la Declaración de Innocenti. A partir de 1992, WABA se encarga de la organización de la Semana Mundial de la Lactancia Materna. Cada año se elige un tema e insta a todos los gobiernos y participantes, a rechazar el patrocinio de las compañías de sucedáneos de la leche materna y productos relacionados. Se celebra en más de 120 países, incluyendo el Ecuador, del 1 al 7 de agosto, aniversario de la Declaración de Innocenti, actualmente es el movimiento social a nivel mundial más extendido. (OMS, 2013)

También aportó lo fijado en mayo del 2001, durante la 54a Asamblea Mundial de la Salud que exhortó a los Estados miembros a promover la lactancia materna exclusiva por seis meses como una recomendación mundial de salud pública. (OMS, 2003)

En el año 2002, se estableció la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño diseñada por la OMS y UNICEF, como guía para la toma de decisiones necesarias para asegurar una correcta nutrición de los lactantes y los niños pequeños, expresando la obligación y responsabilidad de los gobiernos en su ejecución. (OMS, 2003)

En el año 2005, se celebró 15 años de la Declaración de Innocenti, que evidenció una notable mejora a nivel de la orbe en lo relacionado a prácticas de alimentación de lactantes y niños pequeños. (UNICEF, 2010) A pesar de ello se constató que la alimentación subóptima o la ausencia de lactancia materna y la alimentación complementaria inadecuada, continúan representando la principal amenaza para la salud y la supervivencia infantil en todo el mundo. (OMS/OPS, 2014)

Una mejor práctica de la lactancia materna por si sola ayudaría a salvar las vidas de más de 3.500 niños y niñas por día, más que cualquier otra intervención preventiva. Para lograr alcanzar la visión que tiene la Declaración de Innocenti se requiere del apoyo práctico de personal capacitado para así lograr el mayor estándar de salud y desarrollo posible para los lactantes y los niños pequeños, derecho de todo niño universalmente reconocido. (OMS/OPS, 2014)

### **Meso contextualización**

**En Escocia**, un estudio acerca de los factores predictores independientes de la intención de lactancia materna en una población de mujeres embarazadas en una zona desventajada indica que las tasas de lactancia materna en Escocia son muy bajas, especialmente en las zonas más desfavorecidas. A pesar de una serie de intervenciones para promover la lactancia materna muy pocas mujeres en realidad tienen la intención de amamantar a su bebé. Esta investigación identificó que los factores de predicción independiente más influyentes fueron experiencia de lactancia anterior, si la mujer vive con su pareja, el tabaquismo, la paridad y la edad materna. (McInnes, Love, & Stone, 2001)

**En China**, la tasa media de la lactancia materna al alta hospitalaria fue de 79,2% en 2010, frente a 64,2% en 2005. En 2008 fueron amamantados el 12,7% fueron amamantados en forma exclusiva durante cuatro a seis meses, lo que evidencia que las tasas de Hong Kong aun están muy lejos de cifras consideradas aceptables por la OMS. (Parry, 2011)

Un estudio realizado en el 2003, acerca de los factores sociodemográficos y alérgicos que afectan la intención de lactancia materna en madres chinas en Hong Kong reveló que los factores socioeconómicos que más se asociaron fueron: mujeres con mayores edad materna, la paridad y mayor nivel educativo afectó significativamente la intención de amamantar. Una historia familiar de enfermedades atópicas no tuvo influencia sobre la intención de proporcionar lactancia materna. (Leung, Tam, Hung, Fok, & Wong, 2003)

**A nivel de Latinoamérica y El Caribe**, se estima que solamente alrededor de 40% de los niños reciben leche materna exclusiva durante 6 meses. Al analizar ciertos países el porcentaje de niños que recibieron LME, en El Salvador solamente 24%, en Panamá un 25% y en Nicaragua un 31%. Estos índices bajos indican un abandono de la práctica de la lactancia materna exclusiva. Con mayores porcentajes se encuentran Bolivia con 54% y Chile con 63%. (Veneman, 2008)

**En Colombia**, entre 1986 y hasta el 2005, se presenta un incremento en la lactancia materna exclusiva de 15,4% a 46,8% y la duración de la lactancia materna, pasando de 8,2 a 14,9 meses, es decir, casi la mitad de las mujeres colombianas amamantan a sus hijos menores de seis meses en forma exclusiva y continúan la lactancia con alimentos complementarios por casi quince meses. A pesar de las mejoras, es preocupante que entre el 2005 y el 2010 se detuvo el crecimiento de la lactancia materna, la LME descendió de 47% a 45% y la duración total se mantuvo en 15 meses, lo cual justifica la necesidad de fortalecer las actividades en este campo. (OMS, 2013)

La Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia encontró que el 96% de las mujeres encuestadas inició el amamantamiento de su hijo al nacer. (Mazenett, 2012)

**En Costa Rica**, según UNICEF el 35% de niños menores de 6 meses fueron alimentados con lactancia materna exclusiva de 1995 al 2005 y solo un 12% continuaron recibiendo leche materna hasta los 23 meses de edad, que son cifras bajas respecto a lo indicado por la OMS, por lo que surge el porqué muchas mujeres deciden no brindarle a su hijo alimentación al seno materno, pese a sus excelentes cualidades y de toda la promoción que se le ha dado. La lactancia materna debe ser una decisión de la madre que se ve influenciada por una serie de factores y no es un acto que se deba imponer a toda mujer.

**En Brasil**, las tasas de lactancia materna exclusiva siguen siendo bajas. El porcentaje de niños que recibieron lactancia materna exclusiva fue del 40 %, entre intervalo de tiempo entre 2005 a 2012, según la publicación de la OMS "World health statistics", en el año 2013. (OMS, 2013)

Un estudio identificó los determinantes que se asociaron con la intención de amamantar exclusivamente en mujeres embarazadas, se encontró que el 45,1% de las mujeres dieron lactancia materna exclusiva a sus bebés. Los factores más significativos fueron: la mayor clase económica, multíparas, la insuficiencia de la atención prenatal, la orientación adecuada en relación con la lactancia materna, que reciben atención prenatal en más de una unidad de cuidados de la salud, cesárea y de ser colocado en el alojamiento conjunto en la atención. Ante la prevalencia baja de tener la intención de la lactancia materna exclusiva, se encontró la necesidad de una intervención temprana, en especial durante la atención prenatal e inmediato período post-parto. (Faria, Oliveira, Molina, & Nogueira, 2014)

### **Micro contextualización**

**En el Ecuador**, según la Encuesta Demográfica de Salud Materno Infantil-Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (ENDEMAIN-2004), se define como lactancia materna exclusiva a la alimentación en la cual el infante debe tomar leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza). Puede recibir sales de rehidratación oral (SRO), gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas); sin permitir que se le dé cualquier otro líquido o alimento.

Mientras que la lactancia materna predominante es la alimentación en la cual el infante debe recibir leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) como la fuente predominante de alimentación y puede consumir ciertos líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), líquidos rituales y sales de rehidratación oral (SRO), gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicinas) sin permitir que se le dé cualquier otra cosa (en particular, leche de origen no humano, alimentos líquidos). (MSP Ecuador/Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

ENDEMAIN-1994 indicó que la prevalencia de la lactancia materna exclusiva aumentó del 14% en el año 1982, hasta un 39% en el año 1994. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2001)

ENDEMAIN-2004 señaló que recibieron lactancia el 96,7% de los recién nacidos, sin embargo, apenas el 26,4% de las madres amamantó a su hija o hijo dentro de la primera hora de vida. La lactancia materna exclusiva se dio al 40% de niños, alcanzó una duración de solo 2,7 meses, cifra baja comparada con la recomendación de la OMS. Además el promedio de la duración total de la lactancia materna fue de 15.3 meses. (MSP Ecuador, 2012)

Además identificó que las mejores prácticas de lactancia se realizan especialmente en el área rural, las madres que no trabajan, en la Sierra, en madres sin ninguna instrucción o primaria. En cambio respecto a las peores prácticas se realizó en el área urbana, en madres que trabajan, en la Costa, en madres con instrucción superior. En resumen, la mitad de las mujeres adoptan las mejores prácticas de lactancia. Y respecto a la introducción de suplementos alimentarios más comunes, en el caso de niños hasta los 2 meses se dio sucedáneos de la leche materna, agua. En los niños de 3 a 5 meses se destacaron purés o alimentos sólidos, sucedáneos de la leche materna. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011)

Asimismo los datos publicados por el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 señala que en el año 2012 se incrementó la lactancia materna exclusiva al 43,8%. En el 2013, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador (ENSANUT-ECU), indicó que el inicio temprano de la lactancia materna solamente se efectuó en el 54,6% de los niños menores de 24 meses.

La proporción de niños que accedieron a la lactancia materna exclusiva es mayor en el área rural (58,9%) en comparación con los niños del área urbana (35,9%). Así mismo, el 70,5% de los niños de 12 a 15 meses de edad continuaron con la lactancia materna en el área rural, mientras que en el área urbana solo lo hizo el 52,9%. Es decir, que cerca de la mitad de los niños dejaron la leche materna antes de lo recomendado. Para cuando los niños alcanzan los 2 años de edad,

únicamente el 18.9 % recibió lactancia materna en forma continua. (Freire, W. et al, 2013)

Ante el problema de la duración inadecuada de la lactancia materna exclusiva, evidente con estos datos mencionados anteriormente, se han tomado una serie de acciones tales como:

En 15 de noviembre de 1983, se expidió regulaciones a la comercialización de fórmulas alimenticias.

En el año 1993, se dispuso que en el plazo de un año, todas las instituciones públicas y privadas deberán transformar sus prácticas materno infantiles, para que se implementen los diez pasos para una lactancia exitosa; apoyando el establecimiento de Bancos de leche materna a nivel público y privado.

En el año 1993, se firmó el Código de Conducta para productores y comercializadores de fórmulas alimentarias para lactantes y sucedáneos de leche materna.

En el año 1995 se implementó y difundió la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, la misma que ha sido reformada y publicada en el 2012, estableció en el Artículo 5 el establecimiento del Consejo Nacional de Lactancia Materna (CONALMA), conformada por varios ministerios del Estado, gracias al apoyo conjunto de OPS y UNICEF, que tiene como propósito la generación de un cambio social y de comportamiento que contribuya a aumentar la tasa de lactancia materna con su consecuente impacto positivo en los índices de mortalidad, morbilidad y desnutrición infantil en el país. (OPS, 2012)

Otro hecho relevante fue la creación de La Liga de la Leche de Ecuador (LELMA), en el año 1989, la cual es una ONG sin fines de lucro, conformada según acuerdo del Ministerio de Salud Pública. Es miembro de la Comisión Técnica Asesora de la Ley de Lactancia Materna y como parte del Consejo Nacional de Lactancia Materna vela por el cumplimiento de la misma. Su accionar se lo hace por medio de líderes consejeras de lactancia materna que han trabajado

regularmente en Quito y Guayaquil con los grupos de apoyo madre a madre, brindándoles información actualizada, motivación y asistencia por teléfono las 24 horas del día, haciendo visitas a las unidades de salud, en la organización de eventos en pro de la lactancia y apoyando en comunidades marginales mediante la capacitación de promotoras en Lactancia Materna. Según estadísticas internas de LELMA, sus líderes consejeras han llegado a cerca de 50.000 madres a través de estas actividades. Las Líderes Consejeras de LELMA, después de un largo proceso de seguimiento y evaluación, han sido ampliamente capacitadas en cursos nacionales y congresos internacionales. Desde el año 2000, se ha fortalecido sus actividades a través del Programa de Capacitación a Monitoras Comunitarias en Lactancia Materna y Alimentación Complementaria. (La Liga de la leche materna, 2012)

También se destaca la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), que inicia en el año 1993, el Ministerio de Salud Pública, para promover y proteger la práctica de la lactancia materna y disminuir la morbilidad y mortalidad infantil en establecimientos de salud que atienden partos. (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2012) La certificación de Hospital Amigo del Niño tendrá validez mientras se mantengan las prácticas y estándares evaluados por la IHAN y tendrá una vigencia de dos años, para lo cual se realizará el monitoreo del cumplimiento de esta Iniciativa. (MSP Ecuador, 2013) Durante el período comprendido entre el año 1993 y el año 2000 se acreditaron 115 de 141 hospitales públicos y privados. Es necesario retomar la iniciativa y evaluar, certificar, recertificar y monitorear los establecimientos de salud para ser acreditados como Hospital Amigo del Niño. (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

Otra acción importante fue la creación de la Red de Bancos de Leche Humana, en el 2007, se inició en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA), donde fue implementado el primer Banco de Leche Humana gracias al importante liderazgo de la ONG FUNBBASIC (Fundación para el Bienestar y Atención Básica Social Institucional y Comunitaria) que con apoyo técnico de la fundación FIOCRUZ de Brasil, del HGOIA y el apoyo financiero de la OPS, a partir del



primer servicio se han creado un total de 7 Bancos de Leche, el objetivo general es contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad neonatal mediante la adecuada nutrición y la repotenciación del sistema inmunológico a través de la administración de leche humana segura. (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2012) En el caso de Imbabura aún no existen bancos de leche institucionales, por lo que se promueve como estrategia bancos de leche en casa, para las madres que estudian o trabajan. Esto consiste en la extracción de la leche de la madre y refrigerarlo, para alimentar al niño. La idea es evitar el consumo de leches de fórmula. (Diario La Hora, 2013) Según la MSc. Carina Vance, Ministra del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la meta es tener 17 bancos de leche hasta el 2015 y fomentar la donación de la misma para que nuestro país sea más equitativo y así todos tengamos las mismas oportunidades desde el nacimiento. (Telégrafo, 2013)

Además el Ministerio de Salud Pública del Ecuador fomenta las Salas de Apoyo a la Lactancia en lugares de trabajo (OPS, 2013), considerando que la consejería es un factor de protección para el incremento de la lactancia materna y para la no interrupción de la lactancia, mientras labora la madre. (MSP Ecuador, 2013)

En el 2008, otra política importante fue el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, que pretendía reducir en 30% la mortalidad materna y en 35% la mortalidad neonatal hasta el 2010, para lograrlo se diseñó la estrategia de las redes provinciales de cuidados obstétricos y neonatales esenciales (Red Provincial CONE), que es un sistema articulado y coordinado de prestadores de servicios de salud obstétricos y neonatales interinstitucionales por territorios (cantonal, provincial e/o interprovincial) y capacidad resolutive (primero, segundo y tercer nivel), que incluye a los agentes del sistema tradicional de salud. Tenía como objetivo central asegurar la atención obstétrica y neonatal esencial a todas las madres y recién nacidos que lo requieran, sin concentrarse en “poblaciones en riesgo”. Para poder lograrlo se enfatizaba la importancia de realizar actividades de educación-comunicación con enfoque intercultural sobre varios aspectos

importantes en la salud materna y neonatal, que incluye la lactancia materna. (MSP Ecuador, 2008)

Otra acción destacada es la celebración anual de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, durante el 1 al 7 de agosto. Se acciona varias actividades como: la distribución de materiales educativos en todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública, creación de grupos de apoyo a la lactancia a nivel comunitario. (OPS, 2013) En el año 2014, UNICEF promovió la campaña “Tu leche es amor” en la Semana Mundial de la Lactancia Materna, por lo que desarrolló una serie de actividades de promoción tales como: disseminación de información a través de canales de televisión clave para llegar al mayor número de personas, incorporación de la cartilla “La leche materna: el mejor alimento para tu bebé”, en el diario El Comercio, el domingo 3 de agosto, lo que permitió llegar a 149.000 lectores. Adicionalmente, se instaló una gigantografía en las afueras del edificio de la ONU en la ciudad de Quito con el mensaje de la campaña “Tu leche es amor” y las agencias inauguraron la Sala de Apoyo a la Lactancia Materna, por otra parte, UNICEF y el Banco Pichincha realizaron un evento para culminar una serie de capacitaciones sobre la lactancia materna, que se ofrecieron a 450 colaboradores de la entidad financiera. En cambio en el Mall El Jardín, el domingo 10 de agosto, se difundió información de la lactancia materna. Asimismo se brindó información mediante el uso de las redes sociales, la campaña “Tu leche es amor”, se distribuyó 500 afiches informativos y 250 ejemplares de la cartilla sobre los beneficios de la lactancia materna al Ministerio de Salud Pública, además se proporcionó a la Prefectura del Guayas 100 bolsos con la imagen de la campaña “Tu leche es amor”, 200 trípticos y CDs con información sobre el tema. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014)

También se impulsó en el país, la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y de niños pequeños, elaborada por el Ministerio de Salud Pública y FUNBBASIC-IBFAN, durante el período 2008-2009, que luego de ser evaluada el país obtuvo una calificación de 65.6/150; por lo que el Plan de Acción del informe orientó a la elaboración de un programa que promocioe la lactancia

mediante la difusión, control, monitoreo y plan de vigilancia del cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Por ello la Coordinación Nacional de Nutrición, junto con la Escuela de Nutriología de la Universidad Internacional del Ecuador. (MSP Ecuador/Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

Se incluyó a 1.010 madres entrevistadas, encontrando que el 47% de los infantes consumía un alimento comercial, recomendación que provino de personal médico en la mayoría de casos. Asimismo solo un 20% de las madres entrevistadas mencionó que sus hijos recibieron leche materna por más de cuatro meses. Las conclusiones del estudio señalaron que: el trabajador de salud no está cumpliendo con la promoción de consejería, brindar recomendaciones para continuar la lactancia materna, acción estipulada en el artículo 7.1 del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna; la deficiente supervisión y monitoreo del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna ha permitido una comercialización inapropiada de chupones, biberones y sucedáneos de leche materna; el trabajador de salud requiere un mejor conocimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, acerca de cómo apoyar a su cumplimiento; las madres desconocen las técnicas básicas para mantener la lactancia cuando están fuera de casa, ya sea por trabajo, estudios, entre otros motivos; los servicios de salud deben cumplir un rol muy importante en consejería a madres y mujeres embarazadas, para enseñar técnicas de extracción y conservación de leche materna; las empresas no han cumplido el Código de Conducta para productores y comercializadores de fórmulas alimentarias para lactantes y sucedáneos de leche materna. (MSP Ecuador/Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

Otra contribución fue la incorporación de la Estrategia de Atención Integrada de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), por medio de la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud, que contiene ciertas recomendaciones para dar a los padres o cuidadores de la alimentación del niño tales como: si presente EDA y/o infecciones respiratorias el niño debe aumentar la frecuencia de las tomas.

La Estrategia AIEPI aconseja dar consejería en lactancia durante los controles prenatales, independientemente del grado de riesgo. Se aconseja dar asesoría sobre cuidados del puerperio y lactancia materna durante el trabajo de parto de bajo riesgo y de alto riesgo.

En el caso de enfermedad grave, infección local, no tiene enfermedad grave y no tiene infección local, se debe recomendar a la madre a dar la lactancia si es posible en el primer caso, en el segundo y tercer caso continuar con la lactancia materna exclusiva. De igual forma en caso de problemas de alimentación o peso bajo/edad se sugiere referir para asesoramiento sobre lactancia materna. También define la posición y agarre correcto del seno. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

Además otra acción importante fue la implementación de la Política Nacional de Lactancia Materna, por medio del Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Inclusión Económica y Social, en el año 2009, que tiene como objetivos: fomentar la práctica de lactancia materna involucrando a mujeres, hombres, familias y comunidad mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida de niños y niñas; y fortalecer la capacidad de los servicios de salud para asegurar la práctica adecuada de la lactancia materna. (MSP Ecuador/Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

Y no se puede dejar de mencionar El Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, que pretende reducir la muerte materna en un 29% (de 70.4 muertes por 100.000 recién nacidos vivos en el 2011 a 50 muertes maternas por 100.000 recién nacidos vivos) y la mortalidad infantil en un 41% (de 11 muertes en el 2011 a 6 en el año 2017), para poder acercarse al cumplimiento del cuarto Objetivo del Desarrollo del Milenio que consiste en "reducir en 2/3 la mortalidad de los niños menores de cinco años de edad" y el quinto Objetivo del Desarrollo del Milenio que radica en "reducir en 3/4 partes la mortalidad materna entre 1990 y 2015". Según este plan, en el año 2012 se incrementó la lactancia materna exclusiva al 43,8% y que una de las 8 metas incluidas es el incremento al 64% de la lactancia materna exclusiva.

Por tanto, se espera que el país se encuentre entre las naciones de la región con las más altas tasas de lactancia materna exclusiva. Y además en el 2017 se aspira la erradicación de la desnutrición crónica en niños embarazadas, que en el año 2012 tenía cifras del 24%. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013) También ENSANUT 2012 respecto al problema de malnutrición indicó que la desnutrición no se presenta solo entre preescolares sino entre escolares, adolescentes y adultos, la misma empieza en el mismo inicio de la vida. Por ello el Ministerio de Salud Pública del Ecuador destaca la lactancia materna como una política fundamental para la erradicación de la desnutrición infantil. (Freire, W. et al, 2013)

**A nivel de la provincia de Cotopaxi**, según datos de ENDEMAIN-2004, el inicio temprano de lactancia materna se daba en el 63,6%; la lactancia materna exclusiva la mantenían en el 33,3%. (Proyecto ISSANDES/Centro Internacional de la papa, 2013)

El informe alimentario nutricional de la Provincia de Cotopaxi del año 2008, señala que el porcentaje de madres quienes señalaron que dieron alguna vez de lactar a su último hijo fue de un 96,3%. En cambio el promedio de lactancia materna llegó a 18.6 meses. El tiempo de la duración de la lactancia materna exclusiva a nivel provincial fue de 4.4 meses. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2009)

Las acciones tomadas ante tales cifras tan bajas de la lactancia destacan: la Semana de la Lactancia Materna celebrada anualmente en las diferentes unidades de salud, se brinda espacios de consejería por el personal de salud bajo el mando de la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi, además se trabaja en el proyecto de la creación del banco de leche materna en Cotopaxi. (La Gaceta, 2012)

En el año 2014, la Coordinación Zonal 3 de Salud, durante la semana de lactancia materna en las provincias de Chimborazo, Tungurahua, Cotopaxi y Pastaza, bajo el lema: “La Lactancia Materna, Un Triunfo para toda la vida”, efectuó

actividades por las diferentes direcciones distritales tales como: charlas, foros, entrega de folletos, mesas informativas en los hospitales, acerca del banco de leche. En todas estas actividades se brindaron consejos de lactancia, nutrición de las madres y niños, difusión de videos educativos, carteleras informativas, entre otros. (Noticias Chimborazo, 2014)

Además ante las cifras preocupantes de la mortalidad materna y neonatal en la provincia de Cotopaxi, decidió el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi y Center for Human Services (CHS), con el apoyo técnico y financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), implementar la Red de CONE Provincial, ya mencionada anteriormente, a expensas de la construcción de "micro-redes parroquiales" de cada Cantón. Contó con la participación de proveedores institucionales, parteras tradicionales, Organizaciones (MSP Ecuador, 2012)

Según la Lic. Pilar Vaca, encargada actual de la Red de CONE refirió en una entrevista realizada por el investigador, que al momento las parteras de las diferentes comunidades involucradas en la Red de CONE se encuentran instruidas para promover la lactancia materna durante los controles prenatales, durante el apego precoz inmediato y no tardar más de una hora posterior al nacimiento para iniciar la lactancia materna y la realización de visitas domiciliarias durante la primera semana de vida para constatar el estado de salud materna y del neonato. Además se ha capacitado al personal de tratantes del Hospital Provincial de Latacunga y de Hospitales Cantonales en temas de interés de la mencionada Red.

Otra herramienta complementaria de este proyecto fue incorporar el Programa Radial "Por la Salud y la Vida", vigente hasta el momento, que abarca cuñas radiales dramatizadas en kichwa y en español, con temas relacionados a la salud materna y neonatal, incluyendo un mensaje promocional sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de nacido el bebé, transmitidos por Radio Latacunga, todos los días martes, desde las 16:30 PM a

17:00 PM. Además una serie de videos informativos de la lactancia materna. (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2012)

De la misma manera ante los pocos datos publicados del tema de investigación, se entrevistó a los siguientes profesionales capacitados en manejo de la lactancia materna tales como la Dra. Carmita Pérez, líder del Departamento de Nutrición del Centro de Salud N° 1 de Latacunga, que manifiesta que al momento no se dispone de un Comité de lactancia materna en la provincia, desde el año 1998 se estableció la Iniciativa de Hospital Amigo del Niño, al momento están vigentes el Hospital Provincial General Latacunga, Hospital Básico de Pujilí, Hospital Yerovi Mackuart de Salcedo, Hospital Básico de Pangua, Hospital Básico de Zumbahua, al mismo tiempo señaló que en los establecimientos de salud privados todavía no se ha podido lograr un cumplimiento del Código de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Humana y el uso del biberón, especialmente en madres que tuvieron su hijo por cesárea, ventajosamente se ha logrado superar en las casas de salud públicas hace más o menos unos 8 años.

Además otro factor importante es la inclusión laboral de las madres fuera del hogar, especialmente en las que trabajan a contrato, que a pesar de las Leyes vinculadas con el derecho de lactancia materna no se cumple. También refiere que al momento no se dispone de salas de apoyo a la lactancia materna. Asimismo indica la importancia de reforzar la instrucción de todo lo referente a la lactancia materna, especialmente la técnica de posición y agarre, extracción manual y conservación de la misma, en el caso de la extracción es un poco difícil mantener una buena cantidad de leche, incluso pudiendo llegar a hipogalactia, ya que existe una disminución en la cantidad al ya dejar de dar el seno durante 4 horas, se va perdiendo el contacto de la succión.

Una de las acciones vigentes para promover la lactancia materna es la capacitación a todo el personal rural del Área de Salud N° 1, por 2 o 3 ocasiones durante el año rural, se lo hace cada vez que llega nuevo personal de salud. Sin embargo una limitación es el cumplimiento de los profesionales de salud rurales,

ya que algunos aplican y otros no lo instruido. Señaló que contribuirán favorablemente la implementación de los bancos de leche humana que espera poner en funcionamiento el siguiente año en varias partes del país, incluido en Latacunga.

Otra profesional entrevistada fue la Lic. Julia Venegas que señaló brevemente que en la población indígena se da consejería de la frecuencia adecuada de las tomas y de la importancia de la lactancia materna a las parteras, se cuenta con la ventaja que las parteras y personas promotoras de salud de las comunidades indígenas de forma continua dan consejería de la lactancia materna. Sin embargo ha disminuido la capacitación y colaboración de las parteras por la salida de ONGs que colaboraban con incentivos económicos para las parteras.

Al no existir todavía estudios de este tipo en el primer y segundo nivel de atención, específicamente en el Hospital General de Latacunga, que ayuden a detectar los factores actitudinales que están influyendo en la intención de otorgar lactancia materna exclusiva, al detectarlas se podrá actuar de manera más acertada y específica sobre ellas, además significaría la utilización más versátil de los recursos económicos del Estado hacia este problema que aqueja al país.

### **1.2.2 Análisis Crítico**

El problema de la duración inadecuada de la lactancia materna exclusiva afecta a nivel mundial, según cifras estimadas menos del 40% de los niños reciben lactancia materna exclusiva, a nivel de Latinoamérica y Ecuador las cifras son bastantes aproximadas.

El Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017 indicó que en el año 2012 aumentó la lactancia materna exclusiva al 43,8% y que se tiene como meta el incremento al 64% en el año 2017. Por lo tanto, se aspira lograr un aumento de 21 puntos en un lapso de 5 años, que ubicaría al país como uno de las naciones de la región con las más altas tasas de lactancia materna exclusiva, sin embargo para lograrlo en un período tan corto se deberá trabajar arduamente en el mejoramiento y seguimiento



de intervenciones actuales, pues en el año 2004, ENDEMAIN señaló que la lactancia materna exclusiva se encontraba en un 39,6% y se logró aumentar un total de 3.8 puntos porcentuales hasta el año 2012.

Dentro de las estrategias que están cerca de contribuir a nivel nacional y en Cotopaxi es la implementación de nuevos bancos de leche materna en el 2015, la apertura de nuevas salas de apoyo contribuirán sin lugar a dudas para acercarse a la meta esperada. Además el hallazgo de ENDEMAIN 2004 sobre las mejores prácticas de duración de lactancia materna exclusiva especialmente en el área rural, orienta que se debe poner énfasis en trabajar en el área urbana, como en el caso del Hospital Provincial General de Latacunga, para aumentar la duración de la lactancia materna exclusiva.

En el caso de la provincia de Cotopaxi, ENDEMAIN 2004 registró que el inicio temprano de lactancia materna fue del 63,6% y la lactancia materna exclusiva que la mantenían solamente el 33,3%. Como información complementaria en el año 2008, el Centro de Orientamiento Educativo bajo el título de "informe alimentario nutricional de la Provincia de Cotopaxi", señaló que la duración de la lactancia materna exclusiva a nivel provincial fue de 4,4 meses. El tiempo promedio de inicio de la lactancia materna precoz en la provincia se da a las 3,8 horas. El tiempo que las madres deben proporcionar el seno a sus hijos/as fue de aproximadamente 20 meses. Toda esta información muestra claramente de las cifras tan alejadas de lo aconsejado por la OMS.

Los mayores beneficiados con la persistencia del problema son las productoras y comercializadores de sucedáneos de la leche materna, de chupones, biberones.

Al momento con los datos estadísticos indicados anteriormente a la población perjudicada está limitándose de disfrutar de los múltiples beneficios que ofrece la lactancia materna en la salud de la madre, del niño y el bienestar familiar.

Al momento las estrategias que contribuyen son: la disposición de todas las instituciones públicas y privadas que debían transformar sus prácticas materno infantiles, la implementación de la Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, las acciones de La Liga de la Leche de Ecuador (LELMA), que actúa a través de líderes consejeras de lactancia materna.

También ha aportado la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN), la creación de la Red de Bancos de Leche Humana, en Latacunga se implementará desde el 2015.

El fomento de las Salas de Apoyo a la Lactancia, la celebración anual de la Semana de la Lactancia Materna durante el mes de Agosto. Otra acción importante es la operación activa de la Red de Cuidados Obstétricos y Neonatales (RED CONE).

Otras de las acciones vigentes para promover la lactancia materna es la capacitación a todo el personal rural del Área de Salud N° 1, por 2 o 3 ocasiones durante el año rural, se lo hace cada vez que llega nuevo personal de salud, limitada por el incumplimiento frecuente de lo instruido.

La problemática se explica por las siguientes falencias: la deficiente Información, educación, comunicación y capacitación (IECC) del personal de salud público y privado, instrucción insuficiente de la madre, apoyo familiar bajo, comercialización inapropiada de sucedáneos de la LM, chupones, biberones.

También por el incumplimiento de la Constitución y la ausencia de Comité de lactancia materna en Cotopaxi.

En el caso de la deficiente IECC del personal de salud público y privado, se debe a que la temática poca abordada acorde a normas y protocolos del MSP en las universidades y por el poco interés en el aprendizaje del personal de salud.

Respecto a la instrucción insuficiente de la madre se debe a la escasa información académica de LM, poco auspicio de salas de apoyo de LM y por el Monitoreo escaso sobre consejería de LM. En cambio el apoyo familiar bajo se explica por la ayuda mínima o nula de padre del hijo y por los familiares que dan consejos inadecuados de LM.

La comercialización inapropiada de Sucedáneos de la LM, chupones, biberones se da por la falta de monitoreo del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la LM y además por los deficientes conocimientos del trabajador de salud del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la LM.

El escaso cumplimiento de las leyes relacionadas a la LM de la Constitución del Ecuador, se da por el Modelo de desarrollo nacional limitado, la inequidad social persistente y por el escaso cumplimiento de las Leyes vinculadas con el derecho de lactancia materna, especialmente en mujeres con un trabajo a contrato.

La ausencia de Comité de lactancia materna en Cotopaxi, y en el Hospital Provincial General de Latacunga, por el escaso consenso de las autoridades de la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi para establecerlos.

A nivel hospitalario se da charlas explicativas durante la visita de la mañana al personal de salud sobre lactancia materna por parte del Médico Tratante de Neonatología.

Para contribuir con las acciones anteriormente mencionadas en la mejora de la situación de la duración inadecuada de la LME, es necesario estudiar cuáles son los factores actitudinales relacionados con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva, para poder dar correctivos en las actitudes maternas negativas que estén evitando que se cumpla eficazmente la intención de otorgar lactancia materna exclusiva, y en consecuencia en la duración de la lactancia materna

exclusiva, a fin de establecer el mejoramiento de estrategias específicas vigentes para la población estudiada en el Hospital Provincial General de Latacunga.

### **1.2.3 Prognosis**

Luego de analizar la realidad referente a la duración inadecuada de la lactancia materna exclusiva en las madres atendidas en el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga; es de gran importancia preguntarse qué podría pasar en el futuro a corto y largo plazo si el problema continúa y no se le da la adecuada solución.

Si se deja pasar el problema de la duración inadecuada de la lactancia materna exclusiva afectará en la calidad de vida futura de los niños y madres; ya que en el caso de los niños, se padecerá con más frecuencia a corto plazo de un deficiente crecimiento y desarrollo del niño, también de mayor riesgo de padecer de infecciones respiratorias altas y bajas, infecciones del tracto urinario (ITU), enfermedad diarreica aguda (EDA), mayor dificultad para mantener la temperatura corporal basal de los lactantes, mayor riesgo de muerte súbita del lactante y de mortalidad durante el primer año de vida. A largo plazo se con mayor tendencia a desarrollar enfermedades alérgicas, sobrepeso u obesidad, Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, esclerosis múltiple, mayor riesgo de padecer de cáncer, hiperactividad, ansiedad y depresión. Asimismo del riesgo de un menor nivel de desarrollo psicomotriz y cognitivo, mayor propensión a sufrir maltrato infantil.

Por los tanto hay una mayor predisposición al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, que han aumentado en su prevalencia en las últimas décadas.

En el caso de las madres, si no se actúa sobre el problema de investigación se apreciará en el futuro un mayor desarrollo de cáncer de mama, ovario y útero, recuperación más lenta del peso anterior al embarazo con el riesgo de aumento de las tasas de obesidad materna, mayor tendencia a padecer de hemorragias

postparto y anemia materna. Asimismo un mayor riesgo de desarrollo de mastitis, mayor riesgo de fracturas de columna vertebral y cadera en edad postmenopáusicas, mayor riesgo de artritis reumatoide, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, ansiedad y depresión. También un problema que vendría de no realizar la investigación predisponer a embarazos no deseados, riesgo de abortos y sus consecuencias, al no aprovechar del posible beneficio anticonceptivo conocido como Método de amenorrea de la lactancia materna (MELA).

Aparte que no darle la atención que se merece el problema genera obviamente el aumento de los gastos económicos a nivel familiar y del Estado; a la familia del niño por la adquisición de fórmulas lácteas y al Estado por la mayor demanda de medicación antibiótica, antiinflamatoria y para manejo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Afectará con daño ecológico por los desechos que se generan para la producción y procesamiento de fórmulas lácteas.

Y sobre todo no realizar la investigación no permitirá contribuir para acercarse con el cumplimiento del cuarto y quinto Objetivos del Desarrollo del Milenio, no se podrá acercarse también al cumplimiento de compromisos internacionales como lo fijado en la Declaración de Innocenti, ni con cumplimiento adecuado del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Humana, ni con el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, que pretende: "promover la lactancia materna como la acción más efectiva para la nutrición y la prevención de enfermedades infecciosas neonatales, sobre todo gastroenteritis" y se alejaría de la meta propuesta hasta el año 2017 de incrementar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida del 43,8% al 64%.

#### **1.2.4 Formulación del Problema**

¿ Existe relación entre los factores actitudinales con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva en madres con puerperio inmediato atendidas en

el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga en el período Agosto del 2014 a Enero del 2015?

### **1.2.5 Preguntas Directrices**

- ¿Cuál es el promedio de intención de otorgar lactancia materna exclusiva en las madres investigadas?
- ¿Cuál es el tipo de actitudes de las madres más frecuente respecto a la lactancia materna?
- ¿Cuál es la relación entre ciertos factores sociodemográficos maternos y la intención de otorgar lactancia materna exclusiva?
- ¿Qué mejoramiento debe haber en las estrategias vigentes de promoción de la lactancia materna?

### **1.2.6 Delimitación del Problema**

#### **Delimitación de Contenido**

- **Campo:** Nutrición infantil.
- **Área:** Lactancia materna.
- **Aspecto:** Factores actitudinales.

Intención de otorgar lactancia materna exclusiva.

#### **Delimitación Espacial**

- **Provincia:** Cotopaxi.
- **Cantón:** Latacunga.
- **Institución:** Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.

#### **Delimitación Temporal**

- **Período:** Agosto 2014– Enero 2015.

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Es importante la realización del presente trabajo; porque según la publicación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador titulada "Prioridades de investigación en salud, 2013-2017", que tiene como objetivo la optimización de recursos para

realizar investigación e impactar positivamente en la calidad de la misma, logrando de esta manera mejorar la eficiencia y coordinar los esfuerzos de todos los actores del sistema de salud para lograr los objetivos del Buen Vivir. Se incluye como una de las áreas de investigación a la nutrición, que dentro de sus lineamientos menciona a la desnutrición y como sublínea a la lactancia materna y desnutrición.

Por medio de esta investigación se pretende identificar los factores actitudinales que están vinculados con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva en madres con puerperio inmediato atendidas en el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga, y poder actuar de manera eficaz sobre aquellas actitudes posibles de dar solución en las madres con las características anteriormente indicadas, para poder disfrutar de sus beneficios en la salud en más madres y niños. Por lo que es de interés científico y técnico investigar los factores actitudinales involucrados con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva, ya que se está utilizando como instrumento una escala que tiene un excelente validez y fiabilidad, denominada IIFAS (Iowa Infant Feeding Attitude Scale), que se adaptará al español y validará mediante juicio de expertos.

El interés en realizar el presente trabajo de investigación se halla que el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, procura: "promover la lactancia materna como la acción más efectiva para la nutrición y la prevención de enfermedades infecciosas neonatales, sobre todo gastroenteritis", por lo tanto se contribuirá con los datos obtenidos para acercarse a la meta propuesta hasta el año 2017 de incrementar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida del 43.8% al 64%. Esto contribuirá para aproximarse a las metas fijadas en el cuarto y quinto Objetivos del Desarrollo del Milenio.

En el caso del fin de esta investigación es contribuir con la mejora de la duración de la lactancia materna exclusiva en forma efectiva. El propósito de esta investigación es contribuir con una mejora en la intención de otorgar lactancia materna exclusiva, y por ende una mejora en la duración adecuada de la lactancia

materna exclusiva en las madres con puerperio inmediato atendidas en el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.

Al mismo tiempo por contar con la población objeto de estudio, recursos humanos, materiales, físicos y económicos necesarios, es factible realizar el presente trabajo de investigación.

Con el estudio presente se beneficiarán las madres y niños atendidos en esta casa de salud, el personal sanitario del Hospital Provincial General de Latacunga, la Dirección de Salud de Cotopaxi y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador; porque los datos obtenidos ayudarán a tomar acciones en los puntos que están evitando que se ejecute de la manera adecuada la lactancia materna exclusiva. Igualmente beneficia a la Universidad Técnica de Ambato, pues contribuye con soluciones a problemas que afectan a la sociedad ecuatoriana, en este caso ayuda al cumplimiento del tercer objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir, del cuarto y quinto Objetivo del Desarrollo del Milenio y cumplimiento de la Constitución del Ecuador.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo general**

Establecer la relación entre los factores actitudinales con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva en madres con puerperio inmediato atendidas en el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga en el período Agosto del 2014 a Enero del 2015

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Determinar el promedio de intención de otorgar lactancia materna exclusiva en las madres investigadas.
- Conocer el tipo de actitudes de las madres más frecuente respecto a la lactancia materna.



- Establecer si existe relación entre ciertos factores sociodemográficos maternos y la intención de otorgar lactancia materna exclusiva.
- Implementar estrategias de mejoramiento para la promoción de la lactancia materna.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

La investigación publicada en *International Breastfeeding Journal*, en el año 2011, por Amin et al., que lleva por tema "Determinantes relacionados con la interrupción de lactancia entre las madres que trabajan en Malasia", es un estudio transversal. La muestra fue de 290 encuestadas. El instrumento fue un cuestionario estructurado que se ejecutó a mujeres de Malasia con niños entre 6 a 12 meses de edad, que estaban empleadas formalmente. En todas las clínicas de salud del gobierno en el distrito de Petaling, entre julio y septiembre de 2006. Los factores estudiados fueron las características socio-demográficas y laborales. Los resultados indicaron que la lactancia se interrumpió en el 51%. La mayoría (54%) de las madres que descontinuaron la lactancia materna, la dieron a sus bebés por menos de tres meses. En comparación con las madres de Malasia, el riesgo de interrupción de lactancia fueron mayores entre los chinos (OR 3,7, IC 95%: 1.7, 7.8) y las madres indias (OR 7,3, IC del 95%: 1,9, 27,4). El no tener las instalaciones adecuadas de lactancia materna en el lugar de trabajo también fue un factor de riesgo para la interrupción de lactancia (OR 1,8, IC 95%: 1.05, 3.1). La conclusión del estudio señala que es importante que los lugares de trabajo proporcionan instalaciones adecuadas de lactancia materna como una habitación en la que extraer manualmente la leche del pecho y una nevera y permitir que las madres de tiempo flexible para expresar la leche materna. (Amin, R. et al, 2011)

Existe un estudio publicado en *International Breastfeeding Journal*, realizado por Al-Akour et al., en el año 2010, que lleva el título "La intención y las actitudes hacia la lactancia materna entre las mujeres estudiantes de pregrado en una Universidad Pública de Jordania", su objetivo general fue explorar la intención y las actitudes hacia la lactancia materna de los estudiantes de pregrado en la

Universidad Pública en Irbid, ubicada en la parte norte de Jordania. El tipo de estudio fue exploratorio, transversal, la muestra estuvo constituida por 496 estudiantes universitarias. Un total de 66% procedían de las escuelas de medicina y el 61% eran estudiantes de secundaria (en su primer o segundo año), se utilizó como técnicas de recolección de datos: la Escala de Intención de Alimentación Infantil (IFI) y la escala de Iowa de Actitudes hacia la alimentación Infantil (IIFAS). La aprobación ética se obtuvo de la Junta de Investigación Científica de la Universidad, antes del inicio del estudio.

Los resultados muestran que la mayoría de las encuestadas informaron de un compromiso con la lactancia materna ( $M = 7,94$ ,  $DS = 3,92$ ). En general, la mayoría de los estudiantes dio respuestas adecuadas frente a todos los enunciados de actitud ( $M = 57.16$ ,  $DS = 6,1$ ). La mayoría mostró actitudes positivas por no estar de acuerdo con los conceptos erróneos comunes de la lactancia. No hubo diferencias significativas entre los datos demográficos de los participantes y su plan de intención y las actitudes hacia la lactancia materna. Por tanto los resultados sugieren que una cultura en la que se anima, acepta la lactancia materna, produciría actitudes más positivas de lactancia materna y, a su vez, podría conducir a un aumento en la iniciación de la lactancia materna. (Al-Akour et al., 2010)

Una investigación relevante fue realizada en México por Martínez J., Rodríguez L., de la Paz C.; realizada en el año 2012, que lleva por tema: "Prevalencia de intención de otorgar lactancia materna y factores asociados". Tuvo como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados en la intención de otorgar lactancia materna exclusiva en mujeres embarazadas y en etapa puerperal. Respecto a su metodología es un estudio observacional, transversal y analítico que se realizó en el Hospital General de Zona Numero 32, Instituto Mexicano del Seguro Social, Minatitlán, Veracruz. Período de estudio 1 al 15 de marzo de 2012. El universo de estudio comprendió a mujeres embarazadas o en puerperio fisiológico inmediato. La muestra fue de 110. Durante el período de estudio se aplicó una encuesta a las mujeres embarazadas o en puerperio fisiológico inmediato. Los resultados del

estudio indicaron que el 100% de las mujeres manifestaron tener intención de proporcionar LM, se encontró que un 65,5% de las mujeres tienen intención de otorgar LME, en los primeros 4 a 6 meses, también se observó que las mujeres con experiencia en LM tienen mayor intención de proporcionar LM a su hijo actual por un período más prolongado que el otorgado al primer hijo.

Las conclusiones fueron las siguientes: "entre los factores que influyen con mayor peso en la intención de proporcionar LM está el estado civil y el trabajo fuera de casa. Por otro lado las mujeres con experiencia de haber proporcionado LM a hijos anteriores mostraron intención de proporcionar LM por tiempo más prolongado a su hijo actual."

(Martínez, Rodríguez, & de la Paz, 2012)

Otras investigación previa fue realizada por Tampah A., Kumi A., en el año 2013, en Ghana, que lleva por tema: "Determinantes de la lactancia materna exclusiva entre las madres en Ghana: un estudio transversal", su objetivo general fue evaluar los factores predictivos de la lactancia materna exclusiva entre las madres en Ghana. El tipo de estudio fue transversal, se basó en datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de Ghana 2008, para poder calcular la muestra del estudio que estuvo conformada por 316 madres de recién nacidos entre 0 a 5 meses de edad durante el período de la encuesta. Se utilizó la regresión logística binaria para examinar la asociación entre las variables independientes seleccionadas. Los resultados indican que la tasa de lactancia materna exclusiva fue de 64%. Se encontró que el estado civil, región y lugar de parto que se asocia con la práctica de la lactancia materna exclusiva. El modelo de regresión logística indicó que las madres de la Región Volta, quienes lo dieron a luz en un centro de salud del gobierno y las madres que perciben a sus hijos de poseer un tamaño medio tenían más probabilidades de practicar la lactancia materna exclusiva. Las conclusiones del estudio señala de la importancia de recomendar programas de educación en salud apropiados por el Ministerio de Salud dirigidas a las madres que son menos propensas a practicar la lactancia materna exclusiva. (Tampah & Kumi, 2013)

La investigación desarrollada por Gamboa E., López N., Prada G., Gallo K., en el Municipio de Girón, en el año 2005, con el título: "Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable". Tuvo como objetivo general identificar los conocimientos, actitudes, prácticas relacionados con la Lactancia Materna (LM) en mujeres en edad fértil residentes del asentamiento las Marías del Municipio de Girón en el año 2005.

Es un estudio descriptivo-retrospectivo, con 96 mujeres en edad fértil del asentamiento las Marías, Girón, 2005. Se aplicó una encuesta tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP). Los datos fueron digitados y validados en Epi- Info 6,04 y analizados en Stata 8,2. Para analizar las variables continuas, se utilizaron medidas de tendencia central y de variabilidad; las variables categóricas fueron expresadas como proporciones. Los resultados encontrados fueron que el 78,1% de las participantes había tenido hijos. Sólo el 13% tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar. Un 49% no conocía los métodos de conservación de la leche materna. El 69,8% de las participantes tiene actitud de apoyo cuando ve a una familiar lactando. El tiempo promedio de lactancia materna fue 5,7 meses. El alimento con el que más inician la alimentación complementaria es el caldo (88%). Se obtuvo como conclusiones que se presentaron proporciones considerables de mujeres que dieron LM durante menos de seis meses, que iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses y que suspendieron la LM cuando el hijo lactante sufrió alguna enfermedad. (Gamboa E. et al, 2005)

Otro estudio que contribuyó con conocimientos importantes fue realizado por Leguizamón J., López D., Mendía K., ejecutado en Cuenca-Ecuador, con el tema: "Factores que impiden la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida en el Subcentro de salud El Valle. Cuenca, 2013". El objetivo de este estudio fue: "Determinar los factores que impiden la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida". El tipo investigación fue cuantitativa llevada a cabo en una muestra de 64 mujeres en período de lactancia materna del Subcentro de salud descrito; se recogió información sobre datos

demográficos y de factores biológicos, económicos, sociales y psicológicos que pudieran dificultar la lactancia materna exclusiva; a más de datos de los niños; la técnica de recolección de datos fue una entrevista estructurada con la ayuda de un formulario de recolección de la información tras conseguir el consentimiento informado; los datos fueron ingresados en el programa Excel y tabulados en tablas de frecuencias. Los resultados de la investigación mostró que el 53,1% de la población total fue multípara; la alteración en la glándula mamaria de mayor frecuencia fue la poca producción de leche que se presentó en un 53,1%, en lo que hace referencia a la dieta; la mayoría de los alimentos son consumidos en cantidades normales; y en lo referente a la frecuencia: los huevos en un 65,6%; la mantequilla en un 34,4%; pan y galletas 71,9%; leche 68,8%; carnes 71,9%; arroz 71,9%; agua pura 84,4%; té 29,7% y granos un 48,4%, en el 1,6% (1 caso) de la población se presentó gonorrea. La media de edad se ubicó en 25,72 años con una desviación estándar de 6,65 años. La escolaridad de mayor frecuencia fue la secundaria completa con el 35,9% de la población; en el 70,3% de las mujeres procedían del área urbana; el 56,3% tuvo como ocupación ama de casa. El 32,8% posee ingresos económicos mensuales entre los 200-300 dólares y el 50% de la población fue casada. El abuso de drogas fue nulo, únicamente se detectó un 4,7% de consumo de alcohol. La dificultad para agarre del pezón se hizo presente en el 21,9%; sin embargo una de las principales situaciones fue el color amarillento de la piel y ojos con un 60,9%; el vómito en poca cantidad después de cada alimentación se hizo presente en el 21,9%. El 1,6% de los niños tuvo labio leporino y ningún niño presentó intolerancia a la leche materna. Las conclusiones del estudio señalan que la lactancia materna resulta una de las mejores prácticas para el niño y para la madre, las condicionantes que dificultan esta práctica son variadas, sin embargo se pueden controlar en pro de una buena alimentación a los niños. (Leguizamón, López, & Mendía, 2014)

Otra investigación que aportó con información fue la efectuada por Ortiz S., Lara V., que lleva por tema: “Factores relacionados con la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán en el período Enero - Junio de 2012”, el

objetivo general fue: "Determinar los factores que intervienen en la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Tulcán en el período Enero – Junio del 2012".

El tipo de investigación utilizado es de tipo cuantitativo, se obtuvo datos estadísticos basados en la descripción de los sucesos y en el análisis de las situaciones ya realizadas que son expresados en porcentaje y proporciones. El instrumento de recolección de datos fue la encuesta. Los resultados obtenidos demuestran que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna es deficiente, las madres más jóvenes, las amas de casa, un menor nivel de instrucción y las madres solteras conocen menos acerca de lactancia materna. También la falta de preparación e inmadurez es un factor primordial para interrumpir la lactancia materna y además la insuficiente experiencia para afrontar la responsabilidad, siendo no solo el apoyo del equipo de salud sino que influye en gran valor el apoyo familiar y social para esta práctica y sostenimiento de la misma. Las conclusiones a las que llegó la investigación fueron: la poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa de la adolescencia muchas veces determinan el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, en este período de la vida. La lactancia materna en la adolescente es un aspecto que tiene vital importancia en la reducción del riesgo que sufre potencialmente su hijo.

Además influye la estabilidad conyugal favorablemente, el estado emocional positivo, en cambio afecta a la lactancia materna las madres primerizas no tienen la suficiente experiencia para criar y alimentar al bebé con la leche materna a causa de muchos factores entre ellos pueden ser la falta de preparación prenatal, durante el embarazo y después del parto. Asimismo el contacto precoz entre la madre y bebé tiene relación con la mayor cantidad de leche, menos infecciones, mayor crecimiento y mejor recirculación de la temperatura corporal del recién nacido. (Ortiz & Lara, 2013)

## **2.2 FUNDAMENTACIÓN LEGAL**

La presente investigación tiene como sustento legal tanto a nivel nacional como internacional:

### **2.2.1 Los artículos de la Constitución de la República del Ecuador, 2008 que sustentan esta investigación son los siguientes artículos:**

**Que el Artículo 43**, que hace referencia que: "El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el período de lactancia. " (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

**Que el Artículo 45**, menciona que: "Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar."



**Que el Artículo 332**, se estipula que: "El Estado garantizará el respeto a los derechos reproductivos de las personas trabajadoras, lo que incluye la eliminación de riesgos laborales que afecten la salud reproductiva, el acceso y estabilidad en el empleo sin limitaciones por embarazo o número de hijas e hijos, derechos de maternidad, lactancia y el derecho a licencia por paternidad. Se prohíbe el despido de la mujer trabajadora asociado a su condición de gestación y maternidad, así como la discriminación vinculada con los roles reproductivos." (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

**Que el Artículo 363**, en el numeral 1, se estipula que: "El Estado será responsable de:

Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario." (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

### **2.2.2 Ley Orgánica de Salud, 2006.**

Para esta investigación se toma como sustento el siguiente artículo:

**Que el Artículo 17.-** "La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño/a o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad." (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

### **2.2.3 Código de la niñez y adolescencia, 2003.**

Para esta investigación se toma como sustento los siguientes artículos:

**Que el Artículo 24**, "Derecho a la lactancia materna.- Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna."

**Que el Artículo 25**, "Atención al embarazo y al parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las

condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos."

**Que el Artículo 26,** "Derecho a una vida digna.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral.

Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos." (Asamblea Nacional del Ecuador, 2003)

#### **2.2.4 Ley Orgánica del Régimen de la Soberanía Alimentaria del Ecuador, 2009.**

Para esta investigación se toma como sustento los siguientes artículos:

Esta Ley tiene por objeto establecer los mecanismos mediante los cuales el Estado cumpla con su obligación y objetivo de garantizar a las personas, comunidades y pueblos la autosuficiencia de alimentos sanos, nutritivos y culturalmente apropiados de forma permanente. Los siguientes artículos se relacionan con la presente investigación:

**Que el Artículo 24,** "Finalidad de la sanidad.- La sanidad e inocuidad alimentarias tienen por objeto promover una adecuada nutrición y protección de la salud de las personas; y prevenir, eliminar o reducir la incidencia de enfermedades que se puedan causar o agravar por el consumo de alimentos contaminados."

**Que el Artículo 27,** "Incentivo al consumo de alimentos nutritivos.- Con el fin de disminuir y erradicar la desnutrición y malnutrición, el Estado incentivará el consumo de alimentos nutritivos preferentemente de origen agroecológico y orgánico, mediante el apoyo a su comercialización, la realización de programas de promoción y educación nutricional para el consumo sano, la identificación y el etiquetado de los contenidos nutricionales de los alimentos, y la coordinación de las políticas públicas." (Asamblea Nacional del Ecuador, 2009)

### **2.2.5 Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna, 2012.**

Para esta investigación se toma como sustento los siguientes artículos:

**Que el Artículo 1,** "La lactancia materna es un derecho natural del niño y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo."

**Que el Artículo 2,** "Corresponde al Ministerio de Salud Pública, a través de sus unidades operativas, la aplicación de las disposiciones de la presente Ley. Para este efecto deberá diseñar e implementar acciones tendientes a: a) Fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva durante el primer año de vida del niño; b) Establecer en todos los servicios de salud públicos y privados, normas obligatorias que garanticen el contacto inmediato del niño con su madre, luego de su nacimiento; c) Promover y desarrollar educación continua en lactancia materna a los miembros del equipo de salud, la familia y la comunidad; d) Impartir la instrucción oportuna a toda madre embarazada o en período de lactancia sobre los beneficios nutricionales, inmunitarios, psicoafectivos y el efecto anticonceptivo de la lactancia materna, así como respecto del peligro que conlleva el cambio injustificado de ésta por biberones y chupones para los lactantes; e) Propugnar el cumplimiento de las normas del Código Internacional sobre comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la Organización Mundial de la Salud (OMS); y, f) Eliminar toda propaganda relacionada con las fórmulas lácteas en los servicios de salud."

**Que el Artículo 3,** "Esta Ley propende a garantizar una nutrición segura y suficiente a los niños recién nacidos que no tengan necesidades especiales de alimentación dentro del período de lactancia, mediante el fomento y protección de la lactancia materna y la regulación y control de la comercialización de alimentos infantiles, incluyendo los llamados sucedáneos de la leche materna."

**Que el Artículo 4,** "La lactancia materna, como recurso natural, debe proveerse hasta que el niño o niña cumpla dos años de edad."

**Que el Artículo 5,** "Se constituye el Consejo Nacional para el Apoyo a la Lactancia Materna (CONALMA), compuesto por los siguientes miembros:

- a) El Ministro de Salud Pública o el Subsecretario General, quien lo presidirá;
- b) El Ministerio de Industrias y Productividad.
- c) Un delegado del Ministerio de Educación y Cultura;
- d) Un delegado del Ministerio de Inclusión Económica y Social.
- e) La Presidenta Nacional del Instituto de la Niñez y la Familia (INFA) o su delegado."

**Que el Artículo 6,** "El CONALMA podrá solicitar, con el carácter de obligatorio, la participación de entidades públicas y privadas para asegurar el cumplimiento de los fines y objetivos de la presente Ley."

**Que el Artículo 7,** "Son funciones del Consejo Nacional:

- a) Aprobar los programas destinados al fomento y protección de la lactancia materna, así como apoyar los que, sobre esta materia, desarrollen instituciones no gubernamentales;
- b) Crear comités interinstitucionales provinciales para organizar, coordinar, ejecutar y evaluar programas de lactancia materna;
- c) Fomentar la formación y capacitación de los recursos humanos encargados de ejecutar los proyectos de lactancia materna;
- d) Promover la investigación científica y técnica relacionada con la lactancia materna;
- e) Coordinar las acciones para el cumplimiento de las políticas y planes relacionados con la promoción, apoyo y protección a la lactancia materna, realicen las agencias de cooperación internacional y el Gobierno Nacional;
- f) Vigilar que la publicidad y venta de los productos designados cumplan estrictamente con las disposiciones legales sobre la materia, demandando la debida sanción en casos de incumplimiento; y,

g) Elaborar y desarrollar, a través de la Secretaría Nacional de Comunicación (SENACOM), campañas de información destinadas a promocionar el fomento, apoyo y protección de la lactancia materna, así como el conocimiento de las disposiciones de la presente ley."

**Que el Artículo 8,** "Los temas sobre los cuales tratarán los materiales educativos e informativos relacionados con la alimentación de los lactantes, se determinarán en el Reglamento de esta Ley."

**Que el Artículo 9,** "Los materiales informativos y educativos provenientes de las instituciones del sector público, sean impresos o audiovisuales, no podrán contener el nombre o logotipo del fabricante o distribuidor de ningún producto designado.

Los materiales destinados a los profesionales de salud podrán contener información acerca de los productos designados, sólo con fines educativos o científicos.

En ningún establecimiento del sistema de salud se promocionará preparados o productos alimenticios substitutivos de la leche materna."

**Que el Artículo 10,** "Los directores de las unidades de salud en todos sus niveles, aplicarán las medidas necesarias para fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna, conforme a los preceptos de la presente Ley."

**Que el Artículo 11,** "Todo agente de salud o persona, profesional o no, que brinde servicios de salud, deberá fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna, así como eliminar toda práctica que, directa o indirectamente, retrase la iniciación o dificulte la continuación de la lactancia materna."

**Que el Artículo 12,** "Prohíbese a las personas naturales o jurídicas realizar acciones que contravengan las disposiciones de la presente Ley y de su Reglamento."

### **Disposiciones Transitorias**

**Primera.-** "Los organismos que deben acreditar delegado ante el Consejo Nacional para el Apoyo a la Lactancia Materna (CONALMA) lo harán dentro de los treinta días posteriores a la promulgación de esta Ley en el Registro Oficial.

El Presidente del CONALMA convocará a la sesión inaugural del Consejo en los quince días subsiguientes a su integración."

**Segunda.-**"El Presidente de la República dentro del plazo constitucional correspondiente, dictará el Reglamento de esta Ley." (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012)

#### **2.2.6 El Reglamento General A La Ley Orgánica Del Servicio Público, 2011.**

En el Art. 35, que trata de Licencia por maternidad y paternidad, se acuerda que: "La servidora podrá hacer uso del derecho a la licencia por maternidad desde dos semanas anteriores al parto, las que se imputará a las 12 semanas establecidas en la letra c) del artículo 27 de la LOSEP, que podrán ser acumulables. La licencia se justificará con la presentación del respectivo informe médico, y en caso de acumularse a más tardar dentro del término de tres días hábiles de haberse producido el parto mediante la presentación del certificado de nacido vivo otorgado por la autoridad competente; y, a falta de éste, por otro profesional de la salud, y será validado en el IESS en el término de 15 días." (Asamblea Nacional del Ecuador, 2011)

#### **2.2.7 Código Del Trabajo, 2013**

**Que el Artículo 155.-** Guardería infantil y lactancia.- En las empresas permanentes de trabajo que cuenten con cincuenta o más trabajadores, el empleador establecerá anexo o próximo a la empresa, o centro de trabajo, un servicio de guardería infantil para la atención de los hijos de éstos, suministrando gratuitamente atención, alimentación, local e implementos para este servicio.

Las empresas que no puedan cumplir esta obligación directamente, podrán unirse con otras empresas o contratar con terceros para prestar este servicio.

Durante los doce (12) meses posteriores al parto, la jornada de la madre lactante durará seis (6) horas, de conformidad con la necesidad de la beneficiaria.

Corresponde a la Dirección Regional del Trabajo vigilar el cumplimiento de estas obligaciones y sancionar a las empresas que las incumplan. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2013)

### **2.2.8 Ley Reformativa a la Ley de Maternidad Gratuita. Ecuador, Registro Oficial N° 381.**

“La lactancia materna debe ser precoz, exclusiva, mandatoria y a libre demanda”. Programa de maternidad Gratuita y Atención a la infancia. (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

### **2.2.9 También se toma como base para la investigación: El Plan Nacional para el Buen Vivir, 2013-2017.**

El Plan Nacional para el Buen Vivir, en concordancia con los mandatos constitucionales dentro de sus objetivos, políticas y metas prioritarias en salud se puede resaltar los siguientes:

- **En el Objetivo 3 establece:** "Mejorar la calidad de vida de la población".
- **En las políticas y lineamientos estratégicos se puede mencionar las siguientes:**

#### **3.2. Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.**

a) Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.

f) Implementar acciones integrales para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles o degenerativas de alta prioridad, y enfermedades evitables y desatendidas, por consumo de alimentos contaminados y por exposición a agroquímicos u otras sustancias tóxicas.

- i) Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.
- j) Promover la lactancia materna como la acción más efectiva para la nutrición y la prevención de enfermedades infecciosas neonatales, sobre todo gastroenteritis.

**3.6. Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.**

- a) Fortalecer la rectoría de la autoridad nacional sanitaria en nutrición, tanto en la red pública como en la complementaria de atención, así como en otras instituciones del Estado que gestionan recursos, productos y servicios relacionados con la nutrición de la población.
- b) Establecer, a través de la autoridad competente, los requerimientos calóricos y nutricionales estándares recomendados para el país, de acuerdo a edad, sexo y nivel de actividad física y con pertenencia geográfica y cultural.
- c) Fortalecer y desarrollar mecanismos de regulación y control orientados a prevenir, evitar y controlar la malnutrición, la desnutrición y los desórdenes alimenticios durante todo el ciclo de vida.
- f) Desarrollar e implementar mecanismos que permitan fomentar en la población una alimentación saludable, nutritiva y equilibrada, para una vida sana y con menores riesgos de malnutrición y desórdenes alimenticios.
- g) Regular y controlar la entrega de alimentación complementaria a los grupos de atención prioritaria, basándose en los requerimientos nutricionales recomendados para cada grupo poblacional, emitidos por la autoridad nacional en materia de salud y nutrición.

- **En cuanto a las Metas se puede resaltar los siguientes:**

**3.1 Reducir la razón de mortalidad materna en 29%.** Según datos del INEC, del 70.4 muertes por cada 100 000 recién nacidos vivos (2011) a 50 muertes por cada 100 000 recién nacidos vivos (2017).



**3.2 Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41%.** Según datos del INEC, de 10.1 por cada 1 000 recién nacidos vivos (2011) a 6 por cada 1 000 recién nacidos vivos (2017).

**3.3 Erradicar la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años.** Según datos del INEC-ENSANUT-ECV en el 2011 con un 21%, con la meta de llegar al 0% en el año 2017.

**3.6 Aumentar al 64% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.** Según datos del INEC-ENSANUT en el 2011 con un 43,8%, con la meta de llegar al 64% en el año 2017. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2013)

**2.2.10 Los artículos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna que sustentan esta investigación son los siguientes artículos:**

**Que el Artículo 1,** menciona el Objetivo del Código: “contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promocionando la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando estos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.”

**Que el Artículo 2,** indica el Alcance del Código hace referencia que: “El Código se aplica a la comercialización y prácticas con ésta relacionadas de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes; otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón, cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; los biberones y tetinas. Se aplica asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos antedichos y a la información relacionada con su utilización.”

**Que el Artículo 3**, menciona las Definiciones, a efectos del presente Código, se entiende por: "«Sucedáneo de la leche materna»: todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustitutivo parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin."

**Que el Artículo 4**, trata de la Información y educación.

- **En el numeral 4.1.** señala que: "Los gobiernos deben asumir la responsabilidad de garantizar que se facilite a las familias y a las personas relacionadas con el sector de la nutrición de los lactantes y los niños de corta edad una información objetiva y coherente. Esa responsabilidad debe abarcar sea la planificación, la distribución, la concepción y la difusión de la información, sea el control de esas actividades."

- **En el numeral 4.2.** señala que: "Los materiales informativos y educativos, impresos, auditivos o visuales, relacionados con la alimentación de los lactantes y destinados a las mujeres embarazadas y a las madres de lactantes y niños de corta edad, deben incluir datos claramente presentados sobre todos y cada uno de los siguientes extremos:

- a. ventajas y superioridad de la lactancia natural;
- b. nutrición materna y preparación para la lactancia natural y el mantenimiento de ésta;
- c. efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón;
- d. dificultad de volver sobre la decisión de no amamantar al niño y;
- e. uso correcto, cuando sea necesario, de preparaciones para lactantes fabricadas industrialmente o hechas en casa.

Cuando dichos materiales contienen información acerca del empleo de preparaciones para lactantes, deben señalar las correspondientes repercusiones sociales y financieras, los riesgos que presentan para la salud los alimentos o los métodos de alimentación inadecuados y, sobre todo, los riesgos que presenta para la salud el uso innecesario o incorrecto de preparaciones para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna. Con ese material no deben utilizarse

imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna."

- **En el numeral 4.3.** señala que: "Los fabricantes o los distribuidores sólo podrán hacer donativos de equipo o de materiales informativos o educativos a petición y con la autorización escrita de la autoridad gubernamental competente o ateniéndose a las orientaciones que los gobiernos hayan dado con esa finalidad. Ese equipo o esos materiales pueden llevar el nombre o el símbolo de la empresa donante, pero no deben referirse a ninguno de los productos comerciales comprendidos en las disposiciones del presente Código y sólo se deben distribuir por conducto del sistema de atención de salud."

**Que el Artículo 7,** trata de los Agentes de salud.

- **En el numeral 7.1.** estipula que: "Los agentes de salud deben estimular y proteger la lactancia natural, los que se ocupen particularmente de la nutrición de la madre y del lactante deben familiarizarse con las obligaciones que les incumben en virtud del presente Código, incluida la información especificada en el párrafo 4.2."

**Que el Artículo 8,** referente a los Empleados de los fabricantes y de los distribuidores.

- **En el numeral 8.1.** menciona que: "En los sistemas que aplican incentivos de ventas para el personal de comercialización, el volumen de ventas de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código no debe incluirse en el cómputo de las gratificaciones ni deben establecerse cuotas específicas para la venta de dichos productos. Ello no debe interpretarse como un impedimento para el pago de gratificaciones basadas en el conjunto de las ventas efectuadas por una empresa de otros productos que ésta comercialice."

- **En el numeral 8.2.** estipula que: "El personal empleado en la comercialización de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código no debe, en el ejercicio de su profesión, desempeñar funciones educativas en relación con las mujeres embarazadas o las madres de lactantes y niños de corta edad. Ello no

debe interpretarse como un impedimento para que dicho personal sea utilizado en otras funciones por el sistema de atención de salud, a petición y con la aprobación escrita de la autoridad competente del gobierno interesado."

**Que el Artículo 9**, referente al Etiquetado.

- **En el numeral 9.1.** "Las etiquetas deben concebirse para facilitar toda la información indispensable acerca del uso adecuado del producto y de modo que no induzcan a desistir de la lactancia natural."

- **En el numeral 9.2.** "Los fabricantes y distribuidores de las preparaciones para lactantes deben velar porque se imprima en cada envase o en una etiqueta que no pueda despegarse fácilmente del mismo una inscripción clara, visible y de lectura y comprensión fáciles, en el idioma apropiado, que incluya todos los puntos siguientes: a) las palabras «Aviso importante» o su equivalente; b) una afirmación de la superioridad de la lactancia natural; c) una indicación en la que conste que el producto sólo debe utilizarse si un agente de salud lo considera necesario y previo asesoramiento de éste acerca del modo apropiado de empleo; d) instrucciones para la preparación apropiada con indicación de los riesgos que una preparación inapropiada puede acarrear para la salud. Ni el envase ni la etiqueta deben llevar imágenes de lactantes ni otras imágenes o textos que puedan idealizar la utilización de las preparaciones para lactantes. Sin embargo, pueden presentar indicaciones gráficas que faciliten la identificación del producto como un sucedáneo de la leche materna y sirvan para ilustrar los métodos de preparación. No deben utilizarse términos como «humanizado», «maternalizado» o términos análogos. Pueden incluirse prospectos con información suplementaria acerca del producto y su empleo adecuado, a reserva de las condiciones antedichas, en cada paquete o unidad vendidos al por menor. Cuando las etiquetas contienen instrucciones para modificar un producto y convertirlo en una preparación para lactantes, son aplicables las disposiciones precedentes."

- **En el numeral 9.3.** "Los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código y comercializados para la alimentación de lactantes, que no reúnan todos los requisitos de una preparación para lactantes,

pero que puedan ser modificados a ese efecto, deben llevar en el marbete un aviso en el que conste que el producto no modificado no debe ser la única fuente de alimentación de un lactante. Puesto que la leche condensada azucarada no es adecuada para la alimentación de los lactantes ni debe utilizarse como principal ingrediente en las preparaciones destinadas a éstos, las etiquetas correspondientes no deben contener indicaciones que puedan interpretarse como instrucciones acerca de la manera de modificar dicho producto con tal fin."

- **En el numeral 9.4.** "La etiqueta de los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código debe indicar todos y cada uno de los extremos siguientes: a) los ingredientes utilizados; b) la composición/análisis del producto; c) las condiciones requeridas para su almacenamiento y d) el número de serie y la fecha límite para el consumo del producto, habida cuenta de las condiciones climatológicas y de almacenamiento en el país de que se trate".

#### **Que el Artículo 11.** Aplicación y vigilancia

- **En el numeral 11.1.** "Los gobiernos deben adoptar, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas, las medidas oportunas para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código, incluida la adopción de leyes y reglamentos nacionales u otras medidas pertinentes. A ese efecto, los gobiernos deben procurar obtener, cuando sea necesario, el concurso de la OMS, del UNICEF y de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas. Las políticas y las medidas nacionales, en particular las leyes y los reglamentos, que se adopten para dar efecto a los principios y al objetivo del presente Código, deben hacerse públicas y deben aplicarse sobre idénticas bases a cuantos participen en la fabricación y la comercialización de productos comprendidos en las disposiciones del presente Código." (OMS/UNICEF, 2007)

#### **2.2.11 Los 10 Pasos de una Lactancia Exitosa (OMS/UNICEF).**

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacido deben conocer y aplicar la política nacional de lactancia materna y los 10 pasos para una lactancia materna exitosa:

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

Según la Norma Neonatal del Ecuador: Todo Servicio de Salud debe conocer y aplicar la Política Nacional de Lactancia Materna y los 10 Pasos hacia una lactancia materna exitosa. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

### **2.3 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA**

La presente investigación tiene un paradigma crítico–propositivo; es crítico, porque pretende investigar, comprender y explicar si los factores actitudinales se relacionan con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva en madres con puerperio inmediato atendidas en el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga en el período Agosto del 2014 a Enero del 2015.

Es propositivo; porque pretende establecer el mejoramiento de un plan de promoción de lactancia materna vigente, pero que no ha sido utilizado eficazmente, porque aún no se han identificado con claridad si los factores actitudinales tienen relación con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva.

Tiene un fundamento Ontológico, porque pretende comprender las múltiples realidades que intervienen en la intención de otorgar lactancia materna exclusiva.

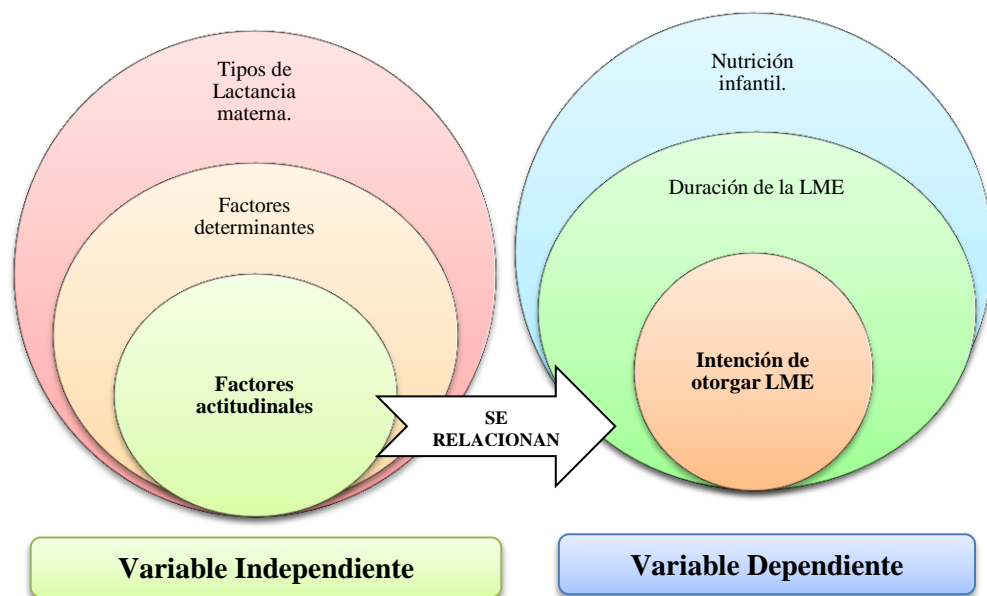
Igualmente tiene un fundamento Epistemológico, porque se realiza un análisis de la situación actual de la intención de otorgar lactancia materna exclusiva en el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga para establecer el mejoramiento de una estrategia vigente de promoción de lactancia materna basándose en los principios del Plan Nacional del Buen Vivir, que dentro de sus objetivos pretende mejorar la calidad de vida de la población, en cierta forma por medio de: "promover la lactancia materna como la acción más efectiva para la nutrición y la prevención de enfermedades infecciosas neonatales, sobre todo gastroenteritis".

Axiológico porque esta investigación tiene como principios los valores morales y éticos que rigen a la medicina. Metodológica en cuanto a la hermenéutica esta investigación se basa en normas y principios de La Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la lactancia materna del Ecuador; el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, especialmente la Norma Neonatal del Ecuador, Norma de Nutrición

en Salud-Propuesta para el fortalecimiento institucional en el área de nutrición en salud, Normas y Protocolos de alimentación para niños y niñas menores de 2 años, la Norma Creciendo Sano, Iniciativa mundial sobre tendencias en lactancia materna, Normas y Protocolos para manejo de bancos de leche humana y para la implementación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, las Normas para la implementación y funcionamiento de lactarios institucionales en los sectores público y privado en el Ecuador y la Estrategia de Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), la Norma de Nutrición de la mujer embarazada y en período de lactancia. Además el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna y finalmente los 10 pasos de la lactancia materna exitosa

En cuanto a la dialéctica esta investigación prioriza el diálogo usando como técnica la encuesta y entrevista.

## 2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES





## **2.5 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **2.5.1 Factores Sociodemográficos.**

En un estudio denominado "Maternal attitudes, normative beliefs, intention and duration of breast-feeding", se incluyeron a los siguientes factores sociodemográficos: edad, estado civil, educación, raza, ingreso familiar, religión, situación laboral, ya sea la madre la intención de volver al trabajo, y si este era el primer hijo de la madre. (de la Mora A. , 1998)

En un estudio que lleva por título "Maternal Attitudes Related to Infant Feeding and Breastfeeding Behaviors in Taiwan", se colocó como características sociodemográficas: a edad, nivel de educación, estado civil, el sexo del bebé, el ingreso anual de la familia, la situación laboral, la paridad, si las mujeres tienen la experiencia previa de lactancia, la condición de las anteriores experiencias de lactancia materna, y el método de entrega, fueron a cobro revertido al ingreso a la estudiar según lo informado por las madres. (Ju Ho. & McGrath, 2010)

### **Factores socioeconómicos**

A nivel socioeconómico se destacan como factores como:

- **La raza.**
- **Edad.**
- **Educación- grado de escolaridad.**
- **Paridad de la madre.** (Baldi, 2008)
- **La estructura familiar.**
- **Los ingresos en la mujer trabajadora.**
- **Empleo- Las condiciones laborales.**

En la actualidad son miles las mujeres que se incorporan día a día a la **actividad laboral** fuera del hogar, muchas de estas mujeres trabajadoras no cuentan con facilidades en sus trabajos para amamantar a sus hijos, por diversas razones.

La lactancia materna requiere una definición de trabajo que respete la crianza y la simbiosis madre criatura como hechos indispensables para el desarrollo del ser humano. A pesar de ello en la actualidad todavía se nota obstáculos para hacer valer sus derechos en cuanto a la licencia para amamantar, en especial en madres con trabajos informales las cuales no cuentan ni siquiera con algún tipo de respaldo por el tipo de trabajo u oficio que realizan.

La implementación de la lactancia materna es también influenciada por el **grado de escolaridad** que poseen las madres. (Calvo, 2009)

Al igual que los factores socioeconómicos, la cultura juega un papel importante en la lactancia materna, porque las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven.

Entre las creencias y mitos propios de la cultura locales, regionales, étnicas se destacan los siguientes:

- **Una buena madre es la que amamanta a su hijo desde muy temprana edad.**
- **Estética materna.**
- **Vergüenza amamantar a sus hijos en público.**
- **El proceso de aculturación.** (Calvo, 2009)

### **2.5.2 Factores actitudinales**

#### **Definición de factores actitudinales de la lactancia materna exclusiva**

En el estudio realizado por Ju Ho. & McGrath, se indicó en la definición de variables que: "Actitud hacia la lactancia materna" como el grado de valor positivo o negativo colocado en la lactancia materna (Ajzen, 1988). (Ju Ho. & McGrath, 2010)

#### **Definición de actitudes:**

Son la organización de creencias, sentimientos y tendencias de conducta hacia objetos, grupos, eventos o símbolos socialmente significativos.

### **Componentes de las actitudes:**

- **Componente Afectivo:** Es la respuesta emocional positiva o negativa de la persona hacia el objeto.
- **Componente de Conducta:** Es la intención de realizar una acción.
- **Componente Cognitivo:** Se refiere a las creencias que tenemos frente a algo, y moldean los componentes anteriores (afectivos y de conducta). Es cuando surge una verdadera asociación entre el objeto y la persona. (Huerta, 2008)

Para tener una mayor comprensión del componente cognitivo se mencionará a continuación la siguiente información:

### **Teorías de Formación de actitudes**

Hay dos teorías sobre su formación:

- Teoría del Aprendizaje
- Teoría de la Consistencia Cognitiva. (Campos, 2008)

#### **Teoría del Aprendizaje**

Se basa en que al aprender, recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos y unas conductas sociales de estos aprendizajes. El aprendizaje de actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

#### **Teoría de la Consistencia Cognitiva**

Consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía. De esa manera se trata de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí. (Campos, 2008)

### **El cambio de las actitudes**

Las actitudes influyen en la conducta social. Por eso quienes pretenden cambiar las conductas de las personas se centran en cambiar las actitudes.

Se suele decir que hay dos formas de cambiar las actitudes, incide sobre ellas: el componente cognitivo y el componente afectivo.

- **Naturaleza cognitiva**

Se utiliza en las personas motivadas y que saben bien lo que desean. Esta es una forma muy útil y se llega a producir este cambio de actitudes durante mucho tiempo. (Campos, 2008)

- **Naturaleza afectiva**

Esta forma de cambio no es tan clara como la cognitiva, sino que intenta producir un cambio mediante la incidencia en el componente sentimental. Y si se llega a producir este cambio, parece ser más temporal. (Campos, 2008)

### **Medición de las Actitudes**

Al igual que cualquier objeto de la naturaleza, un ser humano es susceptible de medición: se le puede medir la estatura, el peso, la temperatura corporal, tensión arterial, el umbral auditivo, la visión e incluso la personalidad.

### **Técnicas de Medición Indirecta**

Aquellas en que el sujeto no conoce que su actitud está siendo evaluada. El investigador interpreta las respuestas en base a dimensiones y categorías diferentes a las que tuvo presentes el sujeto mientras contestaba.

#### **Técnicas:**

- Dilatación de la pupila y reacción psicogalvánica.
- Elección de error de Hammond: serie de ítems de elección múltiple.
- Preferencia de compañero: varias personas en colaboración con el investigador expresan ciertas actitudes y después se pide al sujeto cuya actitud se va a medir que indique su preferencia social por uno o más de estas personas.

### **Técnicas de Medición Directa (Diferencial semántico)**

- Se pide a los sujetos que evalúen un objeto actitudinal en una serie de escalas bipolares semánticas.
- Es un método objetivo de observación y medición del significado psicológico de los conceptos. (Campos, 2008)

### **Escala Tipo Likert**

Estas escalas están formadas por un conjunto de afirmaciones de idéntico valor, a cada una de las cuales se debe responder matizando al grado de acuerdo o desacuerdo que se tiene con ellas. Si sumamos todas las puntuaciones dadas de todas las preguntas de la escala, se obtiene la puntuación de “la actitud” del sujeto en concreto.

Utiliza un nivel de medida ordinal en la que los sujetos son ordenados según su posición favorable o no hacia la actitud en cuestión. Los ítems se presentan en forma de enunciados. La puntuación se asigna de acuerdo a la dirección del ítem sea esta positiva o negativa.

#### **Ventajas:**

- 1) Permite la utilización de ítems que no están directamente relacionados con la actitud que se pretende medir.
- 2) Su construcción es sencilla.
- 3) Su fiabilidad suele ser elevada.

#### **Desventajas:**

- 1) La magnitud comparativa no expresa en cuanto es más favorable un sujeto en la actitud respecto de otro.

La puntuación de un sujeto suele tener significado algo confuso. (Aguero, 2000)

### **2.5.3 Factores Determinantes de La Lactancia Materna**

Los estudios han descrito muchos factores asociados con la intención de amamantar.

Estos factores incluyen la edad materna, el nivel de educación de la madre, el ingreso del hogar familiar, número de hijos, el conocimiento de la madre sobre los beneficios de la lactancia materna, la experiencia previa en lactancia, la actitud hacia la lactancia materna y la red de apoyo social de la madre. Los factores asociados con la intención de amamantar permitirá que toman las decisiones de

atención de salud para planificar y evaluar las intervenciones apropiadas para mejorar la iniciación de la lactancia y la duración. (Al-Akour et al., 2010)

#### **2.5.4 Tipos de lactancia Materna**

##### **Definición de lactancia materna**

Es la alimentación con leche materna que se da a los bebés para satisfacer sus requerimientos nutricionales. La OMS y UNICEF señalan asimismo que "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de las niñas y los niños". (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2011)

##### **Terminología de la lactancia materna**

En 1988, la OMS y UNICEF propusieron una terminología estándar para la recopilación y descripción de los datos del comportamiento de la lactancia materna, actualizada por la OMS, la cual ahora se utiliza ampliamente.

**Lactancia materna exclusiva:** se define como el bebé que se alimenta con solo leche materna, con la posible excepción en determinadas poblaciones de la vitamina D y del hierro, o medicamentos, en lactantes de peso relativamente bajo y sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye agua.

**Lactancia materna predominante o casi exclusiva:** el bebé recibe leche materna como fuente principal de alimento. Permite que el lactante reciba líquidos (agua, infusiones, jugos de frutas, sales de rehidratación oral) y gotas o jarabes (vitaminas, minerales, medicinas), pero no recibe leche artificial y ningún otro alimento.

La lactancia puede ser alta, media o baja y clasificarse como: temprana, intermedia y tardía.

- Alta: Cuando el 80% del total de tetadas son con el seno materno
- Media: Cuando se da seno materno entre el 20 y 79% de las tetadas.

- Baja: Cuando se da seno materno en menos del 20% de las tetadas. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

**Lactancia materna complementaria:** cuando el bebé recibe la leche materna y alimentos sólidos o semisólidos, y permite que el lactante reciba alimentos o líquidos, incluyendo leche no humana.

**Lactancia materna completa (LMComp):** Incluye la lactancia materna exclusiva y la predominante.

**Lactancia materna parcial (LMParc):** El lactante recibe leche artificial u otros alimentos además de la leche materna. (Roig, 2012)

**Lactancia materna:** cuando el niño recibe leche materna en cualquier cantidad y le permite recibir otros alimentos o líquidos, incluyendo leche no humana. (Silva, 2013) Incluye la lactancia materna completa y la lactancia materna parcial. (Roig, 2012)

### **2.5.5 Importancia de la lactancia materna:**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la lactancia materna es el alimento ideal para los niños para contribuir con el adecuado crecimiento y desarrollo, su importancia está basada en que es la fuente de todos los nutrientes y otros numerosos componentes que el recién nacido necesita, además debido a los beneficios que ofrece al niño y madre, a la familia, institucional, al Estado y al medio ambiente. (OMS, 2013)

### **2.5.6 Beneficios en la salud materna:**

- Ayuda a la involución puerperal uterina y del tracto genital y la producción del "globo uterino de seguridad", por medio de la acción de la oxitocina, que estimula contracciones uterinas, lo cual evita las hemorragias postparto.
- La lactancia materna aumenta las opciones anticonceptivas de las mujeres, Método de Amenorrea de la lactancia (MELA). Existen 3 criterios que deben cumplirse para utilizar MELA: 1. Los períodos menstruales de la madre no han regresado; 2. el bebé recibe lactancia materna completa o casi completa, y en

forma frecuente, de día y de noche; 3. El bebé tiene menos de 6 meses de edad. Cumplido los 6 meses de lactancia, se debe utilizar un método de planificación familiar que no afecte a la lactancia, de acuerdo a la condición clínica de la madre. (Simancas, 2010) Si la usuaria elige de manera informada el MELA, y decide que es la mejor alternativa de anticoncepción se debe respetar y apoyar la decisión. El mecanismo de acción de MELA consiste en que la hiperprolactinemia materna inhibe a las gonadotropinas y por tanto la ovulación. (López, Arévalo, Carrero, & Martínez, 2000)

Sin embargo, debe ser valorado su uso de acuerdo al tipo de población, de acuerdo a un metaanálisis. (Van der Wijden, Kleijnen, & Van den Berk, 2009)

- Reduce el riesgo de cáncer de mama (Bartick, 2013) y de ovárico epitelial. Un estudio a gran escala mostró que la reducción del cáncer de mama promediaba el 14% para mujeres que amamantaron alguna vez, comparado con aquellas que nunca amamantaron. Entre las mujeres premenopáusicas, cuanto más prolongada es la duración total de la lactancia a lo largo de la vida, mayor es la protección que la lactancia parece brindar. (Simancas, 2010)

- Reduce el riesgo de cáncer de útero.

- Contribuye a la recuperación más rápida del peso anterior al embarazo. (Bartick, 2013)

- Reduce las tasas de obesidad materna y síndrome metabólico. (Bartick, 2013)

- Disminuye el riesgo de hemorragia postparto y de anemia materna. (Asociación Española de Pediatría, 2014)

- Disminuye el riesgo de fractura de columna y de cadera en la edad postmenopáusica, en base a algunos estudios que reportan una mayor densidad ósea entre mujeres que amamantaron alguna vez, respecto a las que no lo hicieron. Si bien los estudios revelan sistemáticamente una pérdida ósea temporal durante la lactancia, dicha pérdida se recupera por completo después de suspenderla o una vez que regresa la menstruación. (Simancas, 2010)

- Reduce el riesgo de artritis reumatoide. (Asociación Española de Pediatría, 2014)



- Disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial. (Bartick, 2013)
- Reduce la ansiedad y depresión. (Asociación Española de Pediatría, 2014)
- La leche baja más rápido dentro de los primeros días cuando el niño o niña mama desde que nace. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012)

### **Beneficios a corto plazo en la salud del niño:**

- El calostro es la primera leche que produce la madre después del parto, lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012)
- Aporta al crecimiento, desarrollo saludables: los nutrientes de la leche materna son mejores que cualquier sustituto; su composición permite a los bebés digerir fácilmente los nutrientes que necesitan.
- Ayuda a fortalecer el vínculo emocional entre madre y los hijos.
- Brinda protección contra la diarrea e infección respiratoria aguda, que son los dos tipos de enfermedad más comunes en la infancia, reduciendo la exposición del bebé al agua potable potencialmente contaminada y ayudando que el propio sistema inmune del bebé se desarrolle contra los patógenos.
- La lactancia materna exclusiva ayuda a reducir la incidencia de infecciones del oído medio en los niños que pueden causar el deterioro auditivo y retrasar el desarrollo del habla. (Bartick, 2013)
- Según estudios recientes revelan que los niños amamantados tiene un mejor desarrollo cognitivo. (Simancas, 2010)
- Ayuda a tener menos propensión a las infecciones del tracto urinario,
- Menor riesgo de muerte súbita del lactante y de mortalidad durante el primer año de vida. (Asociación Española de Pediatría, 2014) (Bartick, 2013)
- Se mantiene mejor la temperatura corporal basal de los lactantes (se enfrían menos que cuando reciben la lactancia artificial). (López, Arévalo, Carrero, & Martínez, 2000)
- Ayuda a tener menos propensión a tener estreñimiento.
- Contribuye a tener menos propensión a padecer de los cólicos.
- Ayuda a tener menos propensión a la desnutrición infantil.

- Ayuda a tener menos tendencia deficiencia de micronutrientes. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012) Esto se explica porque la leche materna provee 5 veces más hierro que otros tipos de leche. Es rica en vitamina A, para el desarrollo de la vista. Aporta la cantidad adecuada de calcio y fósforo, para el desarrollo de los huesos, dientes y músculos. Proporciona la cantidad exacta de vitamina B, importante para el desarrollo del sistema nervioso. (UNICEF Ecuador, 2008)

### **Beneficios a mediano largo plazo para los niños**

- Parece tener un pequeño efecto protector contra el sobrepeso u obesidad infantil. Sin embargo alguna evidencia sugiere que la alimentación con leche de un biberón puede estar vinculada con el deseo del cuidador para vaciar la botella, lo que puede contribuir a la sobrealimentación y la obesidad. (Bartick, 2013)
- Menos propensos a sufrir Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, hipertensión arterial, hipercolesterolemia. (Freire, W. et al, 2013)
- Mejores resultados en test de inteligencia. (OMS., 2014)
- Menos frecuencia desarrollo de patologías alérgicas como dermatitis atópica, asma.
- Disminución del riesgo de enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal.
- Disminución de riesgo de esclerosis múltiple.
- Disminución de riesgo de cáncer.
- Menor riesgo de padecer hiperactividad, ansiedad y depresión.
- Menor propensión a sufrir maltrato infantil. (Asociación Española de Pediatría, 2014)

### **Beneficios económicos y sociales:**

- Contribuye un mejor desarrollo afectivo, emocional e intelectual de la persona gracias a la relación afectiva madre-hijo que se establece durante la lactancia.
- Es más barata y favorece el ahorro familiar y del Estado. En el caso de la mayoría de las familias del mundo en desarrollo la alimentación con fórmulas es

inaccesible. Las mujeres que amamantan se ahorran los gastos de comprar una fórmula y también de suministros como biberones, chupones, y el equipo de esterilización y refrigeración. (Simancas, 2010)

- Es más cómoda pues no hay que prepararla, ni disolverla en agua y sí se puede administrar en cualquier lugar. (López, Arévalo, Carrero, & Martínez, 2000)

### **Beneficios Ecológicos:**

La leche humana es un producto natural, renovable y no contaminante; que ayuda a evitar el daño al medio ambiente, ya que para procesar leche artificial, fabricar envases y biberones, involucra el consumo de combustible, uso de aluminio, estaño, cartón y papel para la elaboración de recipientes, producción de plástico, vidrio, silicona o de hule, que al ser incinerados como basura, generan sustancias cancerígenas (dioxinas), que al desecharse generan basura. Además la producción de leche de vaca ha provocado la destrucción de bosques para crear pastizales. Se usa indiscriminadamente el agua para preparar la fórmula láctea, lavar los utensilios y hervir los biberones y chupones. (Aguilar & Fernández, 2006)

### **Beneficios para la institución:**

- Menor ausentismo de la madre. Se ha comprobado que los niños y niñas amamantados se enferman menos porque son más saludables.
- Mayor adhesión al empleo, al brindar comodidad y valorar necesidades de las funcionarias.
- Mayor permanencia de las estudiantes en los centros educativos.
- Percepción más positiva de la imagen de la institución para la madre, su familia y la sociedad. (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2011)

### **2.5.7 Intención de otorgar lactancia materna exclusiva.**

#### **Definición de intención:**

En un artículo publicado por Bonilla E., en el año 2008, señala que la intención se define como: "el pensamiento enfocado para realizar una acción determinada". "Para que la intención sea efectiva es necesario escoger el momento apropiado." (Bonilla, 2008)

En el estudio realizado por Khatun, la intención de la lactancia materna exclusiva es el grado de disposición psicológica de la madre para realizar o no realizar lactancia materna exclusiva a sus bebés hasta los seis meses. (Khatun, Punthmatharith, & Orapiriyakul, 2010)

"La intención es un antecedente inmediato de la conducta y se define como la percepción de un individuo hacia el rendimiento de un comportamiento particular (Fishbein y Ajzen, 1975)." (Mutuli, 2014)

Según el estudio realizado por Tarrant et al, informó recientemente que la intención de otorgar lactancia materna es un predictor significativo de la iniciación de la lactancia y la lactancia materna a las seis semanas entre las mujeres irlandesas. (Tarrant R. et al, 2010)

### **2.5.8 Duración de lactancia materna exclusiva.**

El tiempo óptimo de duración de la lactancia materna exclusiva es un punto importante de salud pública. La OMS, apoyándose en la evidencia científica actual, recomienda que el tiempo adecuado que el niño debe recibir solo leche materna sea de 6 meses, (Kramer & Kakuma, 2007), incluida la leche extraída, y no otros líquidos o sólidos, con excepción de gotas o jarabes de vitaminas, suplementos minerales o medicinas como vitamina D, o hierro o uso de antibióticos en lactantes de peso relativamente bajo. (Camargo & Latorre, 2011) (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

Posteriormente a este tiempo debe ser seguida de la introducción de alimentos complementarios y la continuación de la lactancia materna hasta los dos años o más. Esta recomendación es aplicable a todas las poblaciones, no sólo en los países pobres. Sin embargo, no existe consenso ni evidencias científicas que demuestren que a partir de cierto momento existen inconvenientes debidos a la lactancia prolongada. (Santisteban, 2001) El apoyo a la recomendación de la lactancia materna exclusiva se fundamenta en que está bien demostrado que el

lactante no necesita nada más que leche materna hasta los seis meses de edad ya que ésta le aporta todos los nutrientes necesarios, los beneficios tanto maternos como para el niño, y por otro lado, la introducción más temprana de otros alimentos puede causarle problemas. (Silva, 2013)

### **2.5.9 Nutrición infantil**

#### **Definición de Nutrición**

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Además su importancia radica en que la nutrición a lo largo del ciclo de la vida es uno de los principales determinantes de la buena salud, del desempeño físico-mental, y es fundamental para el desarrollo individual y nacional. (Freire, W. et al, 2013)

#### **Definición de Alimentación:**

La alimentación normal es aquella compuesta por los diferentes nutrientes que han sido recomendados para cubrir los requerimientos del organismo.

Los requerimientos del organismo: son las cantidades de energía, hidratos de carbono lípidos, proteínas, vitaminas, minerales y otros elementos que un individuo sano debe ingerir para satisfacer todas sus necesidades fisiológicas según su edad, sexo y estado biológico. (Barragán, Moiso, Mestorino, & Ojea, 2007)

Según la publicación "Para la Vida", de la UNICEF, en el año 2010 se menciona que la buena nutrición en niños en época de lactancia es: " Alimentar al bebé exclusivamente con leche materna cada vez que tiene hambre y durante los primeros seis meses de vida, empezar a darle alimentos apropiados y nutritivos a los 6 meses, y continuar la lactancia natural hasta los 2 años o más, son medidas que aportan al niño una nutrición óptima y grandes beneficios para su salud."

Adicionalmente, a la alimentación, recibe afecto y el contacto con su madre, padre o la persona que lo cuida. (UNICEF, 2010) Para ello es importante que vaya de la mano con el aseguramiento de un buen estado de salud y de nutrición de las madres, ya que están íntimamente relacionados con la salud y nutrición del niño. Para ello se ha establecido "La estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño", que destaca a la nutrición como un componente fundamental y universalmente reconocido del derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud, tal como se declara en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Las mujeres, por su parte, tienen derecho a una nutrición adecuada, a decidir el modo de alimentar a sus hijos, a disponer de información completa y unas condiciones adecuadas que les permitan poner en práctica sus decisiones. En muchos entornos, estos derechos aún no se han hecho efectivos. (OMS, 2003)

#### **2.5.10 Teoría de la conducta planificada.**

Para una mayor comprensión de la intención de conducta a dar lactancia materna exclusiva se puede hacerlo mediante la teoría de la conducta planificada.

"La teoría de la conducta planificada (Ajzen y Madden, 1986; Ajzen, 1991) se ha convertido en uno de los marcos conceptuales más influyente y popular para el estudio del comportamiento humano (Ajzen, 2001).

Un número de investigadores han empezado a confiar en la teoría del comportamiento planeado en sus intentos de predecir y comprender las intenciones de las personas a participar en varios comportamientos (Ajzen, 1991). Dodgson, Henly, y Tarrant (2003) aplicaron la teoría del comportamiento planeado para evaluar la aplicación transcultural de esta teoría en la duración de la lactancia materna entre las nuevas madres en Hong Kong.

La teoría de la conducta planificada asume que:

**La conducta:** es el acto realizado por un individuo, por lo tanto es una función de la información relevante y de creencias relevantes para el comportamiento. Estas creencias sobresalientes son consideradas como las determinantes predominantes de las intenciones y acciones de las personas. (Ju Ho. & McGrath, 2010)

Se describen tres tipos de creencias sobresalientes:

- **Las creencias de comportamiento:** que asumen las actitudes de influencia hacia el comportamiento.
- **Las creencias normativas:** que forman determinantes básicos de la norma subjetiva y el control de las creencias que son la base de control de la conducta perceptiva. (Ju Ho. & McGrath, 2010)

Se supone que son tres factores determinantes independientes de una intención de conducta: actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y el control conductual percibido.

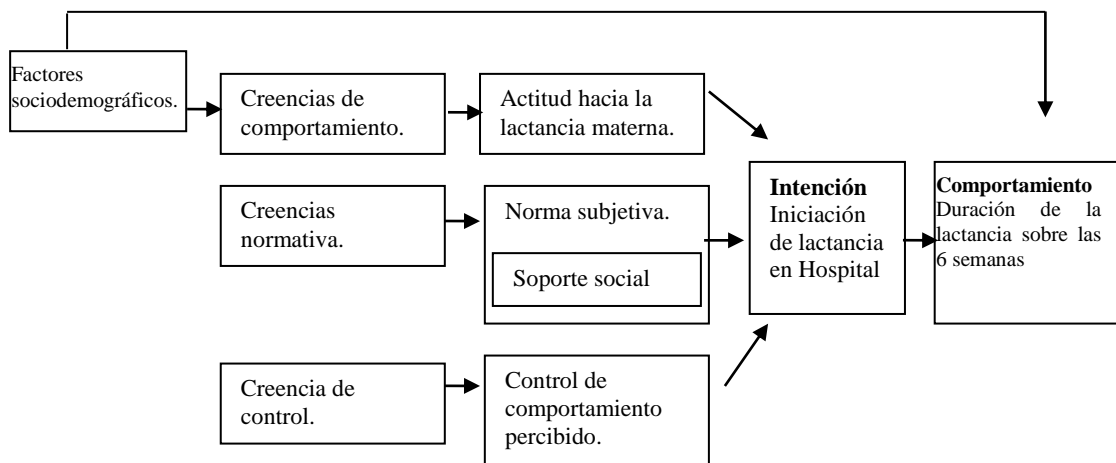
- **La actitud hacia el comportamiento:** expresa el grado en que un individuo tiene una evaluación favorable o desfavorable de la conducta en cuestión. (Ju Ho. & McGrath, 2010)
- **Norma subjetiva:** expresa la presión social percibida por un individuo para realizar o no realizar la conducta. (Ju Ho. & McGrath, 2010)
- **El control del comportamiento percibido:** expresa como el individuo percibe facilidad o dificultad para hacer el comportamiento y se presume para reflejar las experiencias del pasado, así como las barreras y obstáculos esperados. (Ju Ho. & McGrath, 2010)

*Generalmente, cuanto más positiva la actitud y la norma subjetiva son, y cuanto mayor sea el control del comportamiento percibido es, el que una persona mayor probabilidad tendrá intenciones más fuertes para llevar a cabo el comportamiento bajo consideración (Ajzen, 1991; Ajzen, 2001). (Ju Ho. & McGrath, 2010)*

La Teoría del comportamiento planeado afirma que la intención lactancia materna está determinada por la actitud de la madre, lo que refleja los sentimientos positivos o negativos hacia el desarrollo de una intención de practicar el lactancia materna comportamiento óptimo de lactancia. (Mutuli, 2014)

" Wambach (1997) encontró que la actitud fue el predictor más dominante de la intención de la lactancia materna mientras que la norma subjetiva no fue un factor de predicción de la intención de la lactancia materna de las madres." (Khatun, Punthmatharith, & Orapiriyakul, 2010)

**Gráfico N° 1: Adaptación de la Teoría de modelo de la conducta planificada.**



**Fuente:** (Ju Ho. & McGrath, 2010) (Ver ANEXO 8).



### **2.5.11 Alimentación complementaria**

#### **Definición de alimentación complementaria:**

Es la introducción progresiva de otros alimentos aparte de leche materna, que sigue siendo la alimentación básica del niño, a partir de los 6 meses de edad a los 18 a 24 meses de edad.

Según la OMS destaca que la lactancia materna no debe reducirse al comenzar a introducir alimentos complementarios; los cuales deben administrarse con cuchara o taza, y no con biberón; los alimentos deben ser inocuos y estar disponibles a nivel local, y es necesario bastante tiempo para que los niños pequeños aprendan a comer alimentos sólidos. (OMS., 2014) La importancia de una buena nutrición durante los primeros dos años de vida es incuestionable. Una nutrición inadecuada durante este período puede retrasar el desarrollo físico y mental del niño para el resto de su vida. (UNICEF, 2010)

Según las Normas y Protocolos de alimentación para niños y niñas menores de 2 años, debe ser aplicada para dar Consejería en alimentación infantil a las madres, desde cuando ellas vienen a las consultas prenatales y se continúan luego del parto.

Algunos de los lineamientos a continuación deben ser aplicados durante todo el período de aprendizaje del niño/a que corresponde al comprendido entre los 6 meses y los 2 años de edad y, algunas de ellos, mantenerse como buenos hábitos alimentarios:

- a.** Mantener la Lactancia Materna Exclusiva por lo menos los primeros seis meses de vida.
- b.** Mantener la lactancia materna a libre demanda hasta los dos años de edad o más con alimentación complementaria.
- c.** Capacitar a la madre o a la persona que cuida al niño/a para el correcto lavado de manos antes y después de preparar los alimentos.

- d.** Indicar la preparación y almacenamiento de los alimentos complementarios con buenas prácticas de higiene.
- e.** El niño/a debe tener sus propios utensilios (plato soper, plato tendido, vaso, y cuchara de bordes lisos).
- f.** Prohibir a la madre el uso de medicamentos no prescritos por un profesional de la salud.
- g.** Prohibir a la madre el consumo de bebidas alcohólicas.
- h.** Prohibir a la madre el consumo de cigarrillo o drogas.
- i.** La alimentación debe continuar durante y después de la enfermedad.
- j.** No suspender la leche materna cuando el niño/a o la madre estén enfermos.
- k.** No hay ninguna base científica para recomendar la introducción de un alimento antes que otro siempre que se trate de alimentos sanos con poco potencial alergénico. Es indiferente empezar por la fruta, la verdura o los cereales. Evitar ser prescriptivo en el uso de uno u otro alimento.
- l.** Hasta los 12 meses de edad del niño/a, no dar alimentos que suelen causar alergias como: pescado, soya, maní, durazno, frutas cítricas, leche de vaca y sus derivados, frutas del bosque (moras, frambuesas y cualquier otro que cause alergia en algún miembro de la familia).
- m.** No dar alimentos con gluten (cualquiera que lleve trigo, avena, centeno o cebada, como por ejemplo el pan y las galletas) hasta como mínimo los 8 meses, siempre y cuando ya se hayan introducido previamente los cereales sin gluten, en caso contrario esperar y empezar por estos últimos.
- n.** Evitar la administración de bebidas o jugos con un bajo valor nutritivo, como té, café y bebidas gaseosas.
- o.** La introducción de alimentos debe ser progresiva e incluir diferentes grupos. Al inicio los alimentos deben ser ofrecidos uno a uno:
- 1.** Cereales: Arroz, maíz, quinua
  - 2.** Tubérculos: papa, yuca, camote.
  - 3.** Frutas dulces: manzana, pera, sandía, banano, papaya, melón.
  - 4.** Verduras: acelga, espinaca, zanahoria, apio, zapallo, remolacha
  - 5.** Carnes: res, pollo, pavo
  - 6.** Agua, se debe ofrecer entre comidas.

Algunos alimentos dentro de estos grupos tienen que ser restringidos al inicio:

- Se debe esperar hasta los 12 meses para introducir frutas cítricas;
- Se debe esperar hasta los 8 meses para la introducción de crucíferas: col, brócoli, coliflor, rábanos, nabos entre otras.
- Se debe esperar hasta los 8 meses para introducir pescado (que debe ser fresco y bien cocido) y,
- Se debe esperar hasta los doce meses para introducir carne de cerdo. (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2013)

### **2.5.12 Validez de contenido.**

#### **Definición de validez de contenido:**

Para autores como Ding y Hershberger (2002), la validez de contenido es un componente importante de la estimación de la validez de inferencias derivadas de los puntajes de las pruebas, ya que brinda evidencia acerca de la validez de constructo y provee una base para la construcción de formas paralelas de una prueba en la evaluación a gran escala.

La validez de contenido se establece en diferentes situaciones, siendo dos de las más frecuentes: (a) el diseño de una prueba, y (b) la validación de un instrumento que fue construido para una población diferente, pero que se adaptó mediante un procedimiento de traducción (equivalencia semántica).

Hyrkäs, Appelqvist--Schmidlechner y Oksa (2003) plantean que es muy frecuente que instrumentos que ya han sido estandarizados en países de habla inglesa sean utilizados en países de habla no inglesa, por lo cual se debe realizar el proceso de traducción, adaptación y estandarización del instrumento para dichos países.

Estos procesos presentan dificultades importantes, ya que la sola adaptación del instrumento no necesariamente genera una equivalencia cultural debido a las barreras del idioma, a significados culturales diferentes de un constructo particular o a una variedad de interpretaciones de un comportamiento observado basado en normas culturales.

Es por esto que se hace necesario validar dichos instrumentos en términos de su contenido, y es allí donde la evaluación realizada por expertos cobra especial relevancia, pues son ellos quienes deben eliminar los ítems irrelevantes y modificar los ítems que lo requieran, como en el caso de expresiones idiomáticas.

### **Juicio de expertos**

La validez de contenido generalmente se evalúa a través de un panel o un juicio de expertos, y en muy raras ocasiones la evaluación está basada en datos empíricos (Ding & Hershberger, 2002). En concordancia con esto, Utkin (2005) plantea que el juicio de expertos en muchas áreas es una parte importante de la información cuando las observaciones experimentales están limitadas. Esta aseveración es particularmente cierta en el caso de la psicología, donde dicho juicio se ha convertido en la estrategia principal para la estimación de la validez de contenido.

El juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones.

McGartland, Berg, Tebb, Lee y Rauch(2003), proponen como criterio básico de selección únicamente el número de publicaciones o la experiencia. Para una discusión sobre educación vs. experiencia en los jueces, ver Summers, Williamson y Read (2004).

De otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento; sin embargo, la decisión sobre qué cantidad de expertos es la adecuada varía entre autores. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta 20 expertos, Hyrkäs et al. (2003) manifiestan que 10 brindarían una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento.

Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkäs et al. (2003).

El juicio de expertos se usa en múltiples ámbitos de la evaluación psicológica, desde la medición de la confiabilidad de los profesionales en salud mental para evaluar la competencia de pacientes psiquiátricos respecto al consentimiento informado (Kitamura & Kitamura, 2000), hasta la validación de contenido de pruebas estandarizadas de altas especificaciones.

### **Pasos para realizar un juicio de expertos**

Varios autores como Skjong y Wentworht (2000), y de Arquer (1995) han propuesto diversos pasos para la realización del juicio de expertos: (a) Preparar instrucciones y planillas, (b) seleccionar los expertos y entrenarlos, (c) explicar el contexto, (d) posibilitar la discusión, y (e) establecer el acuerdo entre los expertos por medio del cálculo de consistencia. Además de estos pasos comunes a los diferentes autores, se debe instruir claramente al juez en la dimensión y el indicador que mide cada ítem o un grupo de ellos. (Escobar & Cuervo, 2008)

## **2.6 HIPÓTESIS**

Los factores actitudinales se relacionan con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva en madres con puerperio inmediato atendidas en el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga en el período Agosto del 2014 a Enero del 2015.

## **2.7 SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES**

**Objeto de estudio:** Madres con puerperio inmediato.

**Variable Independiente:** Factores actitudinales.

**Variable Dependiente:** Intención de otorgar lactancia materna exclusiva.

**Término de relación:** se relacionan con

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO**

Se trata de una investigación con un enfoque predominantemente cualitativo; porque buscó determinar si los factores actitudinales se relacionan con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva; también ya que es propia de las ciencias humanas, privilegia técnicas cualitativas y busca la comprensión de los fenómenos sociales.

Aunque también esta investigación tiene un enfoque cuantitativo o normativo; porque buscó determinar las causas de los hechos y el análisis de los resultados se lo realiza mediante tablas y gráficos.

### **3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación es de Campo; porque se la realiza directamente en el lugar en el que se producen los hechos, es decir, en el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga. Además porque el investigador puede adentrarse a la realidad para obtener la información de acuerdo con los objetivos planteados en este proyecto.

### **3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Es de tipo descriptivo-transversal; ya que determinó si los factores actitudinales influyen en la intención de otorgar lactancia materna exclusiva en un período de tiempo determinado.

### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.4.1 Población**

La población a la que se realizó el estudio fueron las madres con puerperio inmediato atendidas en el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.

### 3.4.2 Muestra

Se utilizó el muestreo no probabilístico de tipo intencional, en donde se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión que se plantearon en la investigación.

### 3.4.3 Tamaño de la Muestra

Para el cálculo de la muestra se la realizó en base al acumulado de recién nacidos vivos durante el segundo semestre del año 2013 en el Hospital Provincial General de Latacunga, datos proporcionados por el Departamento de Estadística de esta casa de salud.

El total de recién nacidos vivos durante el período mencionado fue de 718, dato que nos sirve para el cálculo muestral.

El tamaño de la muestra se calculó de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z^2PQN}{Z^2PQ + Ne^2}$$

n = tamaño de la muestra

Z = Nivel de confiabilidad 95%  $\rightarrow 0,95/2 = 0,4750 \rightarrow Z = 1,96$

P = Probabilidad de ocurrencia 0,5

Q = Probabilidad de no ocurrencia  $1 - 0,5 = 0,5$

N = Población 718

e = Error de muestreo 0,05 (5%)

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5)(0,5)718}{(1,96)^2 (0,5)(0,5) + 718 (0,05)^2}$$

$$n = 250$$

#### **Criterios de Inclusión**

- Madres que deseen participar en el estudio.

#### **Criterios de Exclusión**

- Se excluyó a las madres que tengan contraindicación absoluta de la lactancia (madre portadora de diagnóstico de infección por VIH; madre con enfermedad materna psiquiátrica grave (psicosis-neurosis); madre con lactante con

galactosemia; madres con lactante con leucinosis; madres con lactante con fenilcetonuria; madres con lactante con intolerancia a la lactosa; madre que usa compuestos radioactivos, madre que consume drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana y anfetaminas), madre que consumen amiodarona, lindano.)

### **Criterios Éticos**

- Confidencialidad: Se garantizó a las madres que la información obtenida a través de las encuestas iba a ser accesible sólo para los interesados en el trabajo de investigación, recalando además el anonimato de los cuestionarios y respetando la individualidad y el espacio de la madre al momento de contestar las preguntas, sin que exista manipulación de terceras personas para sus respuestas.
- Anonimato: Los cuestionarios no solicitaron el nombre de las madres dentro de los datos informativos.



### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

#### 3.5.1. Variable Independiente.

- Factores actitudinales.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS/INSTRUMENTOS
Factores actitudinales:  Son elementos que involucran el grado de valor positivo o negativo colocado en la lactancia materna, para su mejor comprensión tienen una parte afectiva, cognitiva y conductual.	Factores sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Grupo étnico.</li> <li>• Instrucción</li> <li>• Estado civil actual</li> <li>• Situación económica</li> <li>• Ocupación</li> <li>• Paridad</li> <li>• Experiencia anterior</li> <li>• Calidad de experiencia anterior</li> <li>• Tipo de parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué factores sociodemográficos presentan las madres encuestadas?</li> </ul>	<p>Técnica: Encuesta.</p> <p>Instrumento: Cuestionario.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitudes de la madre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte afectiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El amamantamiento aumenta el vínculo madre-hijo.</li> <li>• Las madres que alimentan con fórmula se pierden una de las grandes alegrías de la maternidad.</li> <li>• Los padres se sienten excluidos, si una madre amamanta.</li> <li>• Las madres no deben amamantar a sus hijos en lugares</li> </ul>	<p>Técnica: Encuesta.</p>

			públicos como restaurantes.*	Instrumento: Cuestionario.
		• Parte cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los beneficios nutricionales de la leche materna sólo duran hasta que el bebé deja de recibir definitivamente leche materna. *</li> <li>• La alimentación con fórmula láctea es más cómoda que la lactancia materna. *</li> <li>• La leche materna es deficiente en hierro. *</li> <li>• Los bebés alimentados con fórmula son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche materna.</li> <li>• Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés que son alimentados con fórmula.</li> <li>• La leche materna es el alimento ideal para los bebés.</li> <li>• La leche materna se digiere más fácilmente que la fórmula.</li> <li>• La fórmula es tan saludable para un bebé como la leche materna. *</li> </ul> <p>La leche materna es más barata que la fórmula.</p>	Técnica: Encuesta.  Instrumento: Cuestionario.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte conductual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La alimentación con fórmula es la mejor opción si la madre tiene previsto estudiar o trabajar fuera del hogar. *</li> <li>• Una madre que de vez en cuando bebe alcohol, no debe dar el pecho a su bebé. *</li> </ul>	
--	--	---	--	--

**Tabla N° 1: Operacionalización de variables “variable independiente”**

**Elaborado por:** John Romero Cevallos.

### 3.5.2.Variable Dependiente.

- Intención de otorgar lactancia materna exclusiva.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS
<p>Intención de otorgar lactancia materna exclusiva: Es el grado de disposición psicológica de la madre para realizar o no realizar lactancia materna exclusiva a sus bebés hasta los seis meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intención de otorgar lactancia materna exclusiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de meses que dura la lactancia materna exclusiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usted, ¿tiene la intención de dar el seno materno a su hijo o hija?</li> <li>¿Durante qué tiempo piensa o pretende retirarle definitivamente el seno materno a su hijo o hija?</li> <li>¿Hasta qué mes o momento usted piensa o pretende darle SOLO el seno materno a su hijo o hija?</li> </ul>	<p>Técnica: Encuesta.</p> <p>Instrumento: Cuestionario.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentación complementaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿En qué mes piensa usted iniciar el darle alimentos diferentes a la leche materna (aguas aromáticas endulzadas, o papillas) a su hijo o hija?</li> </ul>	

**Tabla N° 2: Operacionalización de variables “variable dependiente”**

**Elaborado por:** John Romero Cevallos.

### 3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

1. Se incluyó en la encuesta datos generales sociodemográficos, para darle un mayor realce a este trabajo investigativo al caracterizar a la población.
2. Se buscó un instrumento probado para la medición de actitudes maternas hacia la lactancia materna (Ver ANEXO 7), denominado Escala Iowa de actitud de alimentación Infantil (IIFAS), diseñada por de la Mora A. et al. (1998).
3. Se tradujo dicha escala de la versión original en inglés al español, mediante la traducción lineal.
4. Para la valoración de la intención de otorgar lactancia materna exclusiva, se diseñó 6 preguntas.
5. Luego la encuesta inicial (Ver ANEXO 5) fue sometida a validación por juicio de expertos (6) en el tema, se procedió a corregir los enunciados hasta que se consideró que era lo suficientemente adecuada para poder ejecutar la encuesta.

Los cambios sugeridos por los expertos a la técnica encuesta fueron los siguientes:

En las preguntas de datos generales:

- En la pregunta 2. ¿Con qué grupo étnico se identifica?, para una mejor identificación de las mujeres encuestadas, se modificó de "afroecuatoriano", a "negro", ya que en caso de existir pacientes procedentes fuera del país de este tipo de raza, no se identificarían de forma adecuada.
- Se eliminó la pregunta 9, por no tener relevancia para la investigación.
- Se incluyó una nueva pregunta de ¿Si usted previamente dio el seno, su experiencia fue? Buena, Regular o Mala.

En las afirmaciones de actitudes, que son las de mayor interés se sugirió realizar los siguientes cambios para facilitar la comprensión de las encuestadas:

- En todas las afirmaciones que incluyen el término "fórmula láctea", se añadió un sinónimo entre paréntesis (leche de tarro).
- En la palabra "deficiente" se añadió un sinónimo entre paréntesis (pobre), en la afirmación 4.
- En la palabra excluidos se añadió un sinónimo entre paréntesis (alejados), en la afirmación 11.
- En la palabra "ideal" se añadió un sinónimo entre paréntesis (mejor), en la afirmación 12.
- En la palabra "sobrealimentados" se añadió un sinónimo entre paréntesis (gordos), en la afirmación 5 y 10.

Para facilitar la comprensión de las opciones de las preguntas a las mujeres encuestadas se realizó estas modificaciones:

De "Fuerte desacuerdo" a "Completamente en desacuerdo", de "Neutral" a "Indecisa", también de "Fuerte acuerdo" a "Completamente acuerdo". Cada frase obtuvo de 1 a 5 puntos según la opinión que manifestó la madre frente a cada afirmación.

6. Posteriormente se inició la prueba piloto, donde se identificó pequeños detalles a mejorar en la encuesta, se optó por eliminar las preguntas con poca relevancia para el cumplimiento de los objetivos y se obtuvo el instrumento definitivo (Ver ANEXO 4).

7. La recolección de datos se realizó durante los días Lunes a Domingo, mediante encuestas en el mes de Noviembre y Diciembre del 2014, desde las 19:00 PM hasta las 22:00 PM, horario de mayor facilidad para acceder a las pacientes, se recogió los datos por parte del mismo investigador de forma oral y se escribió las respuestas señaladas de cada informante, de forma que no exista sesgo a la hora de la recolección de datos. (Ver ANEXO 11)

### **3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

El procesamiento de la información se realizó de la siguiente manera, se introdujo la información en una base de datos, utilizando el programa Excel.

Luego se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 20, para el análisis descriptivo de los datos generales maternos, factores actitudinales se incluyó la elaboración de gráficos y tablas, para una mejor interpretación. Para ver si existe relación entre factores sociodemográficos con intención de otorgar LME se realizó con Chi cuadrado.

Posteriormente, se utilizó el mismo programa para la verificación de la hipótesis mediante un análisis de regresión lineal, con un intervalo de confianza del 95%, y un margen de error del 5%. Y todos los valores de  $p < 0,05$  fueron considerados como significativos.

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

**4.1. DATOS GENERALES DE LA MADRE**

**4.1.1 Edad materna**

**Tabla N° 3: Edad materna**

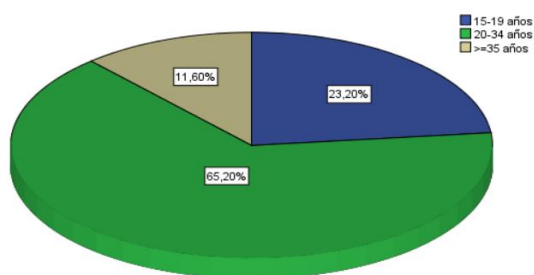
Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
15-19 años	58	23,2	23,2	23,2
20-34 años	163	65,2	65,2	88,4
>=35 años	29	11,6	11,6	100,0
Total	250	100,0	100,0	

N	Válidos	250
	Perdidos	0
Media		24,69
Mediana		23,00
Moda		22
Desv. tip.		6,137
Varianza		37,661
Mínimo		15
Máximo		43

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 2: Edad materna**



La tabla N° 3 muestra que el rango de edad osciló entre 15 a 43 años, con un promedio de 24,69 años. La desviación estándar 6,137. La mayoría pertenecen al grupo etario de los 20 a 34 años (65,2%), seguido del grupo de los 14 a 19 años (23,2%). Estas cifras tienen cierta correlación con los resultados del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) pues indica que el 51,66% del total de nacimientos provienen de madres entre 20 y 29 años.

Además casi 1 de cada 4 madres que fueron encuestadas pertenecen al grupo etario de los 15 a 19 años, esta cifra tiene correlación a lo publicado por el INEC que indica que el 19,21% fueron de mujeres entre 15 y 19 años de edad (INEC, 2013)



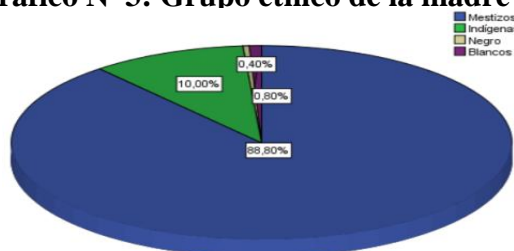
#### 4.1.2 Grupo étnico de la madre

**Tabla N° 4: Grupo étnico de la madre**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mestizos	222	88,8	88,8	88,8
Indígenas	25	10,0	10,0	98,8
Negro	1	,4	,4	99,2
Blancos	2	,8	,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 3: Grupo étnico de la madre**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 3 se observa la mayoría se identificaron como mestizos ( 88,8%), estos datos tienen relación con las cifras del Censo INEC 2010, pues señala que el 72,1% de cotopaxenses se identificó como mestizo. Con el grupo indígenas un 10%, que es mucho menor a lo indicado por INEC con el 22,1%. (INEC, 2011)

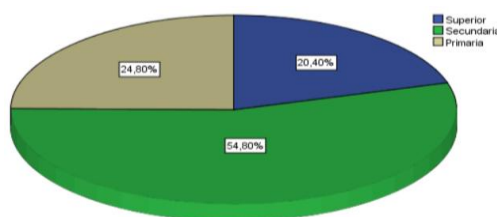
#### 4.1.3 Instrucción de la madre

**Tabla N° 5: Instrucción de la madre**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Superior	51	20,4	20,4	20,4
Secundaria	137	54,8	54,8	75,2
Primaria	62	24,8	24,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 4: Instrucción de la madre**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

El gráfico N° 4 indica claramente que la mayoría (54,8%) alcanzó la secundaria incompleta y completa (bachillerato), estos datos son confirmados por la base de datos del INEC, pues indica que el 51,1% de las madres en el país tienen un nivel de instrucción de educación básica y el 23,1% educación media. (INEC, 2013) Mientras que 1 de cada 4 madres tienen instrucción primaria incompleta o completa. Por otro lado algo que llama la atención fue no hallar madres analfabetas, a pesar que el INEC señala una cifra de 13,6% en la provincia de Cotopaxi. (INEC, 2011) En fin se nota que existe un cierto rezago en la educación de las mujeres lo que puede tener implicaciones en el acceso de información de la lactancia materna.

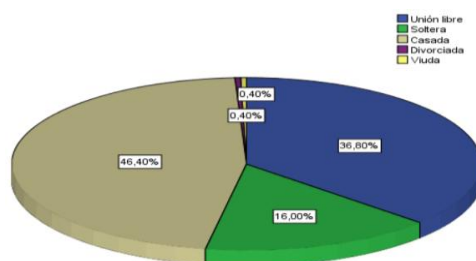
#### 4.1.4 Estado civil de la madre

**Tabla N° 6: Estado civil de la madre**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Unión libre	92	36,8	36,8	36,8
Soltera	40	16,0	16,0	52,8
Casada	116	46,4	46,4	99,2
Divorciada	1	,4	,4	99,6
Viuda	1	,4	,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 5: Estado civil de la madre**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el Gráfico N° 5 se muestra que predominan en conjunto las mujeres casadas y en unión libre que corresponde al 83,2%, esto concuerda con las cifras del INEC el cual señaló que un 71%. Sin embargo llama la atención que las madres solteras (16%) en el presente estudio supera a las cifras del INEC (9%), lo cual tiene implicaciones en la posibilidad de tener educación e información apropiada sobre

los cuidados personales y del niño y pudiera estar influyendo en las actitudes maternas hacia la lactancia. (INEC, 2013) Además son corroborados por Blum C, López N. que informan que el 91,6% tenía pareja; es decir estaba casada o vivía en unión libre. (Blum & López, 2007)

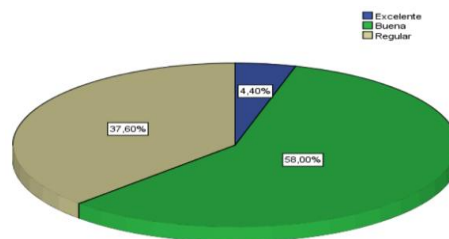
#### 4.1.5 Situación económica de la madre

**Tabla N° 7: Situación económica de la madre**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Excelente-Buena	156	62,4	62,4	62,4
Regular	94	37,6	37,6	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 6: Situación económica de la madre**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el Gráfico N° 6 se aprecia que la mayoría de mujeres consideran que su situación económica es buena (58%) y regular (37,6%); lo que no coincide con una publicación realizada en Ecuador, en el año 2006 pues la mayoría de personas consideraban su situación económica como regular. (Seligson J. et al, 2006) Los resultados parecen indicar que ha existido una aparente mejoría en la economía de las madres.

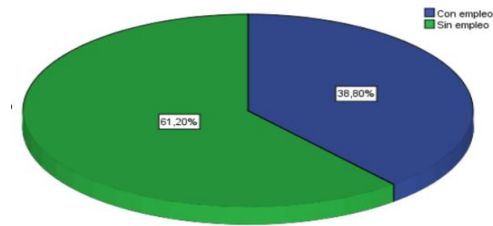
#### 4.1.6 Ocupación de la madre

**Tabla N° 8: Ocupación de la madre**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con empleo	97	38,8	38,8	38,8
Sin empleo	153	61,2	61,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

### Gráfico N° 7: Ocupación de la madre



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

El Gráfico N° 7 indica que la mayoría de las encuestadas no cuentan con un empleo, con un 61,2%; de estas una buena parte realizan quehaceres domésticos y estudiantes.

Esto es confirmado por los datos del INEC porque señalan que el 45,3% de las madres se dedican a quehaceres domésticos; mientras que el 38,8% cuenta con un empleo fuera del hogar predominando las comerciantes, estos datos son menores que las cifras del INEC pues señalan que el 42,9% trabaja fuera del hogar, de estas últimas el 22,9% se dedica al comercio. (INEC, 2013)

En un estudio ejecutado en Malasia las madres amas de casa también eran más propensas a amamantar que las madres que trabajan (OR: 3,66; IC del 95%: 2.45-5.46) (Tan, 2009). (Anggraeni, Busakorn, & Petpichetchian, 2014)

Una investigación efectuada en México halló que el 47,3% de las madres que participaron se dedica al hogar lo cual es una situación ventajosa para la práctica de la LM al prevenir la separación de la madre y el lactante durante las horas de trabajo; sin embargo la mayoría que corresponde al 52,7% tienen un trabajo fuera del hogar de las cuales el mayor porcentaje trabaja alrededor de 8 horas. (Martínez, Rodríguez, & de la Paz, 2012)

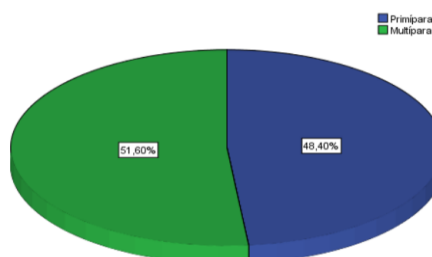
#### 4.1.8 Paridad materna

**Tabla N° 9: Paridad materna**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primipara	121	48,4	48,4	48,4
Multipara	129	51,6	51,6	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 8: Paridad materna**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 8 se muestra que el 51,6% tuvieron su segundo o más partos, lo que indica un ligero predominio del grupo de las madres múltiples. Es importante tener en cuenta que un estudio ejecutado en Jordania revelaron que las madres múltiples tuvieron mayor probabilidad de amamantar sus hijos en comparación a las madres primíparas (OR: 1,19 IC del 95%: 0,77 a 1,85) (Khassawneh M. et al, 2006)

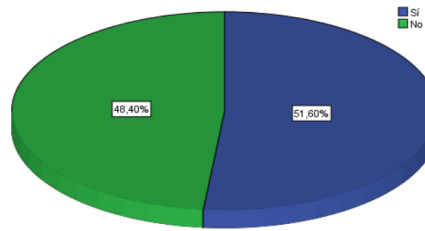
#### 4.1.9 Lactancia materna previa

**Tabla N° 10: Lactancia materna previa**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	129	51,6	51,6	51,6
No	121	48,4	48,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 9: Lactancia materna previa**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 9 se muestra que el 51,6% de las madres dio la lactancia previamente, es decir todas las madres multíparas ofrecieron el seno materno en su anterior experiencia.

Estos resultados deben ser tomados en cuenta pues Moraes M. et al refieren que la experiencia previa en dar de lactar se asocia a mayor duración de LME. (Moraes M. et al, 2011)

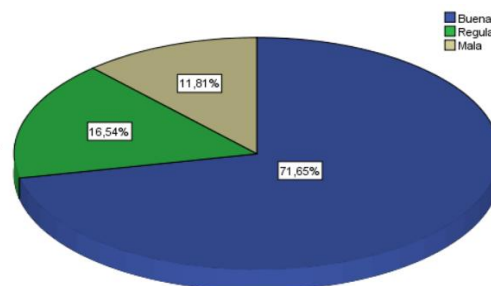
#### 4.1.10 Tipo de experiencia de lactancia materna previa

**Tabla N° 11: Tipo de experiencia de lactancia materna previa**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Buena	91	36,4	71,7	71,7
Regular	21	8,4	16,5	88,2
Mala	15	6,0	11,8	100,0
Total	127	50,8	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 10: Tipo de experiencia de lactancia materna previa**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 10 se aprecia que tuvieron una experiencia buena, 91 madres que representan un 71,6%, fue regular para un 16,54% y mala para el 11,8%.

Estos datos tienen correlación con un estudio investigativo realizado en Taiwán, el cual informa que la experiencia de lactancia materna previa fue buena en el 70,3%, y fue mala en el 29,7% (Ju Ho. & McGrath, 2010)

Hay que tener en cuenta que las experiencias previas de lactancia son parte importante de la motivación de una mujer para amamantar a su hijo: un fracaso anterior disminuirá la motivación, mientras que una experiencia previa positiva la aumentará. La ansiedad y la falta de conocimientos de la primípara también pueden obstaculizar el éxito de la lactancia; una multípara que amamantó antes a un hijo generalmente tiene menos problemas. (Gutiérrez, 2007)

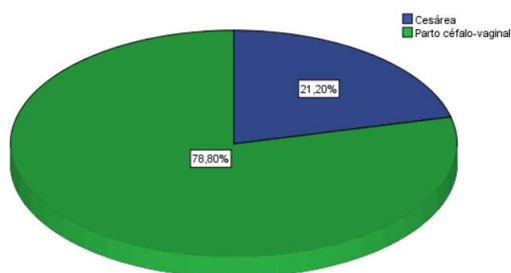
#### 4.1.11 Tipo de parto

**Tabla N° 12: Tipo de parto**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cesárea	53	21,2	21,2	21,2
Parto céfalo-vaginal	197	78,8	78,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 11: Tipo de parto**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 11, la mayoría tuvieron un parto cefalo-vaginal (78,8%), los datos obtenidos concuerdan con el estudio investigativo efectuado en Ecuador el

cual señala que el parto cefalo-vaginal fue el predominante con un 56,1%. (Blum & López, 2007)

Mientras que un 21,2% lo hicieron por cesárea, es claro que existe un porcentaje de cesáreas mayor a lo recomendado, ya que un 10 a 15% de cesáreas según la OMS disminuye los riesgos para la salud materna y neonatal, debido a las diversas complicaciones y costos adicionales para el sistema de salud. (Suárez L. et al, 2012)

## 4.2. FACTORES ACTITUDINALES

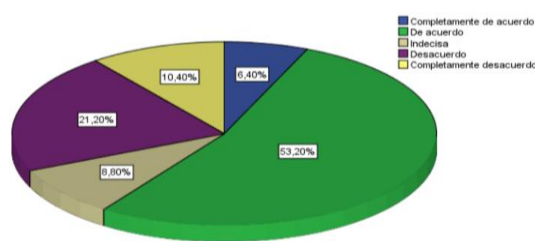
### 4.2.1.1 Los beneficios nutricionales de la leche materna sólo duran hasta el destete

**Tabla N° 13: Los beneficios nutricionales de la leche materna sólo duran**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente de acuerdo	16	6,4	6,4	6,4
De acuerdo	133	53,2	53,2	59,6
Indecisa	22	8,8	8,8	68,4
Desacuerdo	53	21,2	21,2	89,6
Completamente desacuerdo	26	10,4	10,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 12: Los beneficios nutricionales de la leche materna sólo duran hasta el destete**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 12 se constata que el 40,4% la muestra no se compromete firmemente a esta afirmación. Estos resultados hallados en la presente investigación, son menores a lo mencionado por un trabajo investigativo, el cual indicó que las madres estaban de acuerdo o completamente de acuerdo respecto que los beneficios de la leche materna sólo duran mientras el bebé está siendo



amamantado con un 86,3%. (Shahbar, 2014) Esto señala claramente al personal de salud que es importante informar a las madres, en especial a las primíparas, no sólo sobre los beneficios a corto plazo, sino también sobre los beneficios a largo plazo para el niño y la madre, tal como lo destaca la OMS. (OMS., 2014)

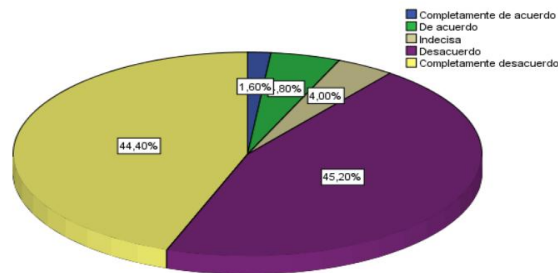
#### 4.2.2 La alimentación con fórmula láctea es más cómoda que la lactancia materna

**Tabla N° 14: La alimentación con fórmula láctea es más cómoda que la**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente de acuerdo	4	1,6	1,6	1,6
De acuerdo	12	4,8	4,8	6,4
Indecisa	10	4,0	4,0	10,4
Desacuerdo	113	45,2	45,2	55,6
Completamente desacuerdo	111	44,4	44,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 13: La alimentación con fórmula láctea es más cómoda que la lactancia materna**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 13 se muestra que el 89,6% estuvo desacuerdo y completamente en desacuerdo, lo que implica un desacuerdo hacia este enunciado, la respuesta de las madres es apoyada por la literatura médica como un libro publicado en Estados Unidos en el año 2009, el cual indica que la lactancia materna es más conveniente, ya que implica menos equipo y preparación. (Grosvenor & Smolin, 2009)

También un artículo menciona que en la alimentación con fórmula láctea existe el problema constante de la compra y decisiones, si hay suficiente fórmula en la casa y si los recipientes son lo bastante estéril. Además tiene que calentar los recipientes y luego enfriarlos si ellos llegan a calentarse. (Tompson, 1971)

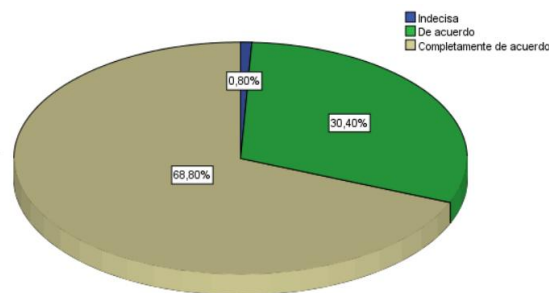
#### 4.2.3 La lactancia materna aumenta el vínculo madre-hijo

**Tabla N° 15: La lactancia materna aumenta el vínculo madre-hijo**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Indecisa	2	,8	,8	,8
De acuerdo	76	30,4	30,4	31,2
Completamente de acuerdo	172	68,8	68,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 14: La lactancia materna aumenta el vínculo madre-hijo**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

El gráfico N° 14 indica que el 99,2% estuvo de acuerdo y completamente de acuerdo, por tanto la muestra en general estuvo de acuerdo con este enunciado, esto es ratificado por literatura médica que señala lo siguiente: el vínculo afectivo entre madre e hijo durante el amamantamiento es una experiencia satisfactoria para la madre, pues el niño tiene una necesidad instintiva de protección, además de aquella de ser alimentado, ese mutuo acercamiento tiene efectos positivos para la vida. (Gutiérrez, 2007)

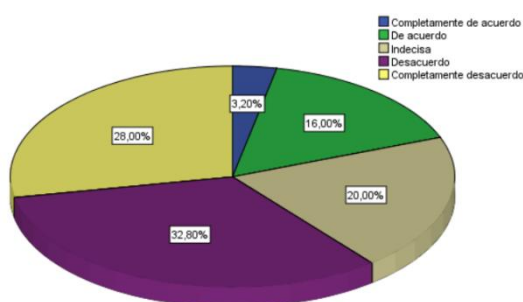
#### 4.2.4 La leche materna es deficiente en hierro

**Tabla N° 16: La leche materna es deficiente en hierro**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente de acuerdo	8	3,2	3,2	3,2
De acuerdo	40	16,0	16,0	19,2
Indecisa	50	20,0	20,0	39,2
Desacuerdo	82	32,8	32,8	72,0
Completamente desacuerdo	70	28,0	28,0	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 15: La leche materna es deficiente en hierro**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

El gráfico N° 15 muestra que el 60,8% estuvo en desacuerdo y completamente desacuerdo; es decir la muestra en general no estuvo de acuerdo con esta afirmación, a pesar de ello cerca del 40% de las madres creen que la leche materna es deficiente en hierro o desconocen que la leche posee la cantidad correcta de hierro para el niño.

Esto concuerda con un estudio realizado en Tailandia, el cual también menciona que para responder esta afirmación se requiere una cierta cantidad de conocimiento y podría ser un tema difícil si sólo tiene la instrucción hasta la escuela secundaria, que tenían la mayoría de las mujeres de aquel estudio. (Johansson & Westmar, 2013)

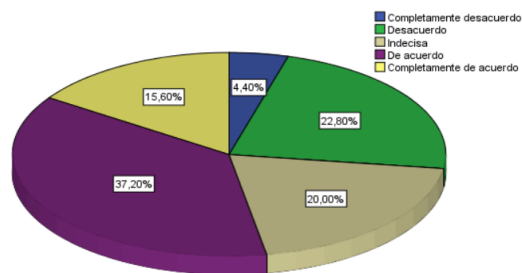
#### 4.2.5 Los bebés alimentados con fórmula son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche materna

**Tabla N° 17: Los bebés alimentados con fórmula son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche materna**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente desacuerdo	11	4,4	4,4	4,4
Desacuerdo	57	22,8	22,8	27,2
Indecisa	50	20,0	20,0	47,2
De acuerdo	93	37,2	37,2	84,4
Completamente de acuerdo	39	15,6	15,6	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 16: Los bebés alimentados con fórmula son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche materna**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

El gráfico N° 16 indica un ligero acuerdo con esta afirmación, ya que el 52,8% estuvo de acuerdo y completamente de acuerdo; sin embargo en conjunto un 47,2% de la población se mantuvo indecisa, en desacuerdo y completamente desacuerdo.

Esto muestra claramente que el personal de salud debe abordar a las madres del peligro potencial que tiene la leche artificial, pues puede llevar a sobrealimentar al bebé, ya que según Li, F. y Grummer S., en el año 2008, menciona alguna evidencia sugerente que la alimentación con leche artificial puede estar vinculada con el deseo del cuidador para vaciar la botella, lo que puede contribuir a la sobrealimentación y la obesidad (Bartick, 2013)

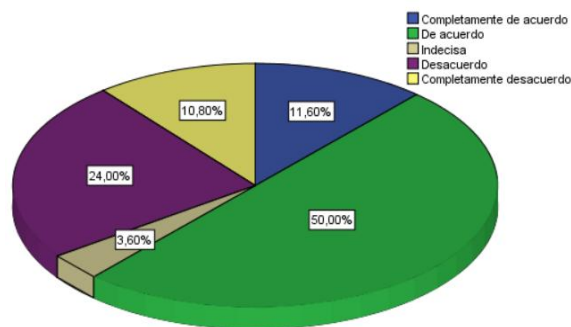
#### 4.2.6 La alimentación con fórmula es la mejor opción si la madre tiene previsto estudiar o trabajar fuera del hogar

**Tabla N° 18: La alimentación con fórmula es la mejor opción si la madre tiene previsto estudiar o trabajar fuera del hogar**

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente de acuerdo	29	11,6	11,6	11,6
De acuerdo	125	50,0	50,0	61,6
Indecisa	9	3,6	3,6	65,2
Desacuerdo	60	24,0	24,0	89,2
Completamente desacuerdo	27	10,8	10,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

Fuente: Hospital Provincial General de Latacunga. Elaborado por: John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 17: La alimentación con fórmula es la mejor opción si la madre tiene previsto estudiar o trabajar fuera del hogar**



Fuente: Hospital Provincial General de Latacunga. Elaborado por: John Romero Cevallos.

El gráfico N° 17 muestra que la mayoría de la muestra (61,6%) contestó de acuerdo y completamente de acuerdo, el 3,6% estuvo indecisa, el 34,8% contestó en desacuerdo y completamente desacuerdo. Esto indica que la muestra en general tuvo un ligero acuerdo con esta afirmación.

Shahbar A. refiere que el 56,9% de las mujeres también cree que la alimentación con fórmula es la mejor opción para una madre si ella está trabajando. (Shahbar, 2014) Esto tiene relación con las madres encuestadas, lo que indica claramente que la inserción laboral o los estudios de la mujer puede influir en la intención de dar la lactancia materna exclusiva. Por tanto, es necesario por parte del personal de salud sugerir que cuando la madre trabaja o por alguna razón no

pueda estar todo el tiempo con su bebé, es posible seguir con la lactancia exclusiva gracias a los métodos de extracción y de almacenamiento de la leche materna, de preferencia manual, por ser el método más sencillo y efectivo. (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2012)

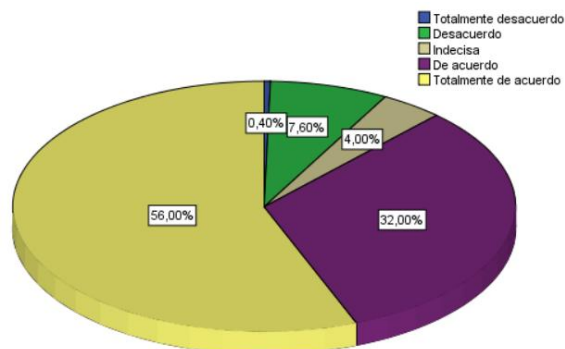
#### 4.2.7 Las madres que alimentan con fórmula se pierden una de las grandes alegrías de la maternidad

**Tabla N° 19: Las madres que alimentan con fórmula se pierden una de las grandes alegrías de la maternidad**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente desacuerdo	1	,4	,4	,4
Desacuerdo	19	7,6	7,6	8,0
Indecisa	10	4,0	4,0	12,0
De acuerdo	80	32,0	32,0	44,0
Completamente de acuerdo	140	56,0	56,0	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 18: Las madres que alimentan con fórmula se pierden una de las grandes alegrías de la maternidad**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 18 se constata que el 88% estuvo de acuerdo y completamente de acuerdo. Estos resultados indican que la muestra en general estuvo de acuerdo con esta afirmación, a pesar de ello es evidente la necesidad de enfatizar en las madres que dar fórmula láctea implica la pérdida de establecer un mayor contacto con el niño, lo que por el contrario la lactancia brinda un espacio de contacto íntimo, en donde el contacto corporal, el olor, la voz, las miradas, serán las

primeras demostraciones de amor y de comunicación entre la madre y el bebé. (Pinilla, Domínguez, & García, 2014)

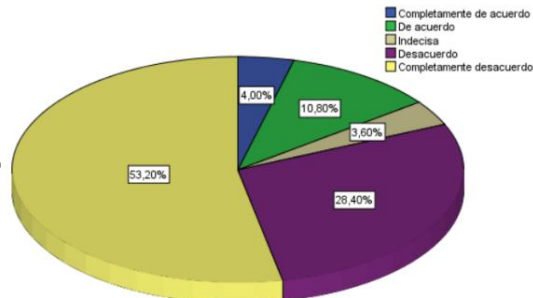
#### 4.2.8 Las madres no deben amamantar a sus hijos en lugares públicos como restaurantes

**Tabla N° 20: Las madres no deben amamantar a sus hijos en lugares públicos como restaurantes**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente de acuerdo	10	4,0	4,0	4,0
De acuerdo	27	10,8	10,8	14,8
Indecisa	9	3,6	3,6	18,4
Desacuerdo	71	28,4	28,4	46,8
Completamente desacuerdo	133	53,2	53,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 19: Las madres no deben amamantar a sus hijos en lugares públicos como restaurantes**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 19 se observa que el 81,6% de las madres manifestó estar completamente desacuerdo y en desacuerdo, esto implica que la muestra en general estuvo en desacuerdo con esta afirmación, estos resultados coinciden parcialmente con lo hallado en una investigación realizada en el Oeste de Arabia Saudita pues la mayoría de las mujeres (55,9%) cree que las mujeres no deben amamantar en lugares públicos como restaurantes y centros comerciales. (Shahbar, 2014)

A pesar de ello se nota que se debe explicar a las madres que no es una razón suficiente la vergüenza comparable al limitar la lactancia a su hijo, pues de acuerdo a un estudio realizado en Europa, las madres que tenían una actitud negativa a la lactancia materna en público eran más propensas a dejar de amamantar en público (OR = 0,06, 95% CI 0,02, 0,18); y las que nunca había amamantado en público estaban en más probabilidad de interrumpir antes la lactancia materna (OR = 1,51 IC del 95%: 1,11, 2,05). (Scott J. et al, 2010)

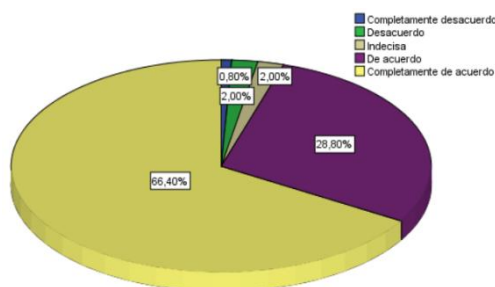
#### 4.2.9 Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés que son alimentados con fórmula

**Tabla N° 21: Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés que son alimentados con fórmula**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente desacuerdo	2	,8	,8	,8
Desacuerdo	5	2,0	2,0	2,8
Indecisa	5	2,0	2,0	4,8
De acuerdo	72	28,8	28,8	33,6
Completamente de acuerdo	166	66,4	66,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 20: Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés que son alimentados con fórmula**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

La tabla N° 20 reveló que el 95,2% respondió de acuerdo y completamente de acuerdo; lo que tiene correlación con una investigación realizada en el Oeste de Arabia Saudita, respecto que los bebés amamantados son más saludables que los bebés alimentados con fórmula lo señalaron el 87,3%. (Shahbar, 2014)



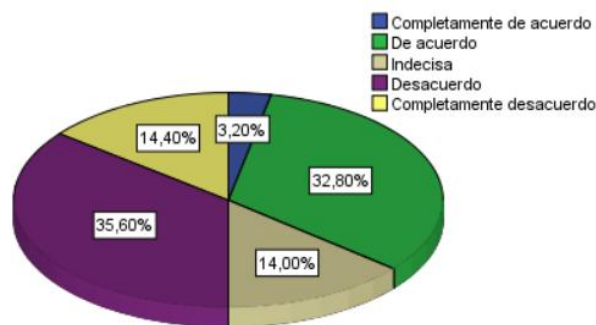
**4.2.10 Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con fórmula**

**Tabla N° 22: Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con fórmula**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente de acuerdo	8	3,2	3,2	3,2
De acuerdo	82	32,8	32,8	36,0
Indecisa	35	14,0	14,0	50,0
Desacuerdo	89	35,6	35,6	85,6
Completamente desacuerdo	36	14,4	14,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 21: Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con fórmula**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 21 muestra que 1 de cada 2 mujeres creen incorrectamente o están indecisas que la lactancia favorece para que el bebé se sobrealimente, lo que permite inferir que hace falta enfatizar en las madres que la evidencia apunta a un efecto causal entre la lactancia y menores tasas de obesidad infantil, pero esto se ve mejor en duraciones más largas de la lactancia materna y el efecto puede ser relativamente pequeño. (Bartick, 2013)

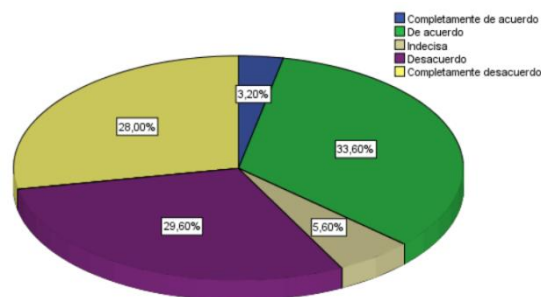
#### 4.2.11 Los padres se sienten excluidos, si una madre amamanta

**Tabla N° 23: Los padres se sienten excluidos, si una madre amamanta**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente de acuerdo	8	3,2	3,2	3,2
De acuerdo	84	33,6	33,6	36,8
Indecisa	14	5,6	5,6	42,4
Desacuerdo	74	29,6	29,6	72,0
Completamente desacuerdo	70	28,0	28,0	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 22: Los padres se sienten excluidos, si una madre amamanta**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 22 se revela que el 57,6% de las madres se mostró desacuerdo y completamente desacuerdo, esto indica un ligero desacuerdo hacia esta afirmación. Estos resultados coinciden parcialmente con una investigación ejecutada por Shahbar A. pues un alto porcentaje de las mujeres estuvieron en total desacuerdo y acuerdo (77,4%) en que los padres se sienten excluidos si la madre amamanta a su hijo. (Shahbar, 2014) Al parecer se debe fomentar más la inclusión del padre, ya que la lactancia tiene mayor éxito al contar con apoyo familiar.

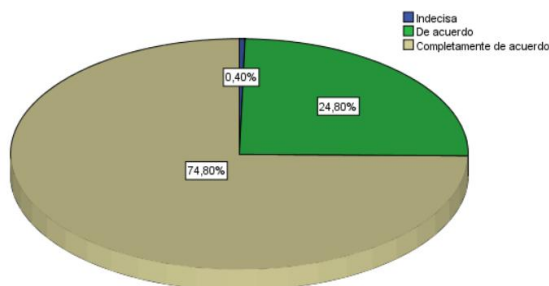
#### 4.2.12 La leche materna es el alimento ideal para los bebés

**Tabla N° 24: La leche materna es el alimento ideal para los bebés**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Indecisa	1	,4	,4	,4
De acuerdo	62	24,8	24,8	25,2
Completamente de acuerdo	187	74,8	74,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 23: La leche materna es el alimento ideal para los bebés**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 23 se observa un fuerte acuerdo con esta afirmación (99,6%). Esto evidencia claramente que la mayoría de las encuestadas cree que es la leche materna el mejor alimento, lo que coincide con la OMS que indica que la lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. (OMS, 2013)

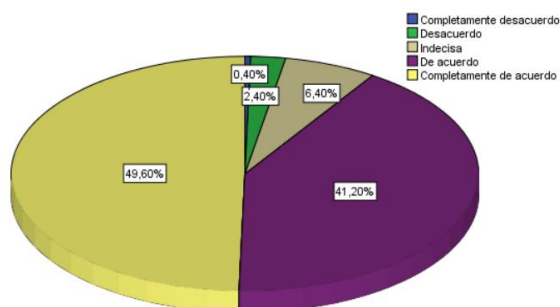
#### 4.2.13 La leche materna se digiere más fácilmente que la fórmula

**Tabla N° 25: La leche materna se digiere más fácilmente que la fórmula**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente desacuerdo	1	,4	,4	,4
Desacuerdo	6	2,4	2,4	2,8
Indecisa	16	6,4	6,4	9,2
De acuerdo	103	41,2	41,2	50,4
Completamente de acuerdo	124	49,6	49,6	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 24: La leche materna se digiere más fácilmente que la fórmula**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 24 se aprecia que 90,8% de las madres estuvo de acuerdo y completamente de acuerdo con la afirmación planteada, lo que revela que en general la muestra estuvo de acuerdo con la afirmación. Esta actitud positiva es ratificada por Dewey, en el año 2000, el cual indica que la composición de la leche materna cambia durante todo el período de lactancia de acuerdo con los requerimientos de cada bebé y tiene un equilibrio adecuado de nutrientes que son fácilmente digeridos y biodisponibles. (Velpuri, 2004)

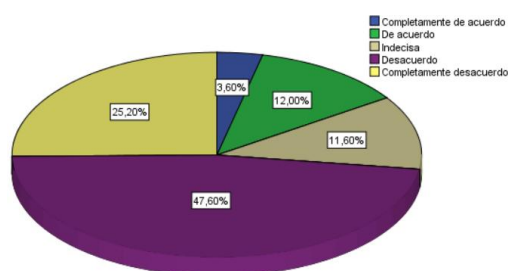
#### 4.2.14 La fórmula es tan saludable para un bebé como la leche materna

**Tabla N° 26: La fórmula es tan saludable para un bebé como la leche materna**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente de acuerdo	9	3,6	3,6	3,6
De acuerdo	30	12,0	12,0	15,6
Indecisa	29	11,6	11,6	27,2
Desacuerdo	119	47,6	47,6	74,8
Completamente desacuerdo	63	25,2	25,2	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 25: La fórmula es tan saludable para un bebé como la leche**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 25 señala que el 72,8% de la muestra respondió desacuerdo y completamente desacuerdo, por tanto los datos obtenidos son parcialmente similares a lo señalado por Shahbar A. que la mayoría de las madres consideraban que la fórmula es tan saludable para los bebés como la leche materna (90,4%). (Shahbar, 2014)

En el artículo publicado por Bartick M., menciona que la Academia Americana de Pediatría (AAP) y otras organizaciones médicas definen a la lactancia materna como la norma fisiológica contra la cual todos los otros métodos de alimentación infantil se deben comparar. (Bartick, 2013) Esto permite entender de la superioridad que tiene la leche materna ante la fórmula láctea. Además según New Jersey Department of Health, indica que la leche humana es muy superior y no se puede duplicar. Los nutrientes y anticuerpos en la leche humana son aptos

únicamente para el desarrollo físico y mental del bebé humano. La leche humana contiene factores de crecimiento humano, mientras que la fórmula a base de leche de vaca contiene factores de crecimiento bovino. La composición de la leche materna cambia durante la lactancia y como el bebé crece para satisfacer las cambiantes necesidades del bebé. (New Jersey Department of Health, 2014)

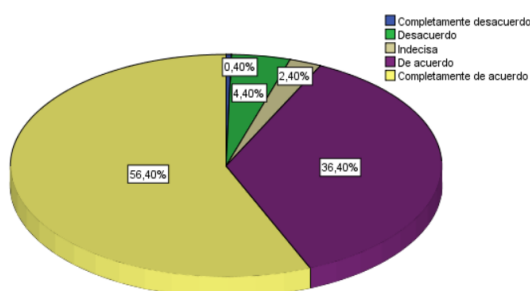
#### 4.2.15 La lactancia materna es más conveniente que la alimentación con fórmula láctea

**Tabla N° 27: La lactancia materna es más conveniente que la alimentación con fórmula láctea**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente desacuerdo	1	,4	,4	,4
Desacuerdo	11	4,4	4,4	4,8
Indecisa	6	2,4	2,4	7,2
De acuerdo	91	36,4	36,4	43,6
Completamente de acuerdo	141	56,4	56,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 26: La lactancia materna es más conveniente que la alimentación con fórmula láctea**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 26 se observa que el 92,8% estuvo completamente de acuerdo y de acuerdo, todo esto indica un fuerte acuerdo con la afirmación. Estos resultados son corroborados con un estudio investigativo, el cual indica que la mayoría de las mujeres estaban de acuerdo o muy de acuerdo en que la lactancia materna es más conveniente que la alimentación con fórmula (88,3%). (Shahbar, 2014)

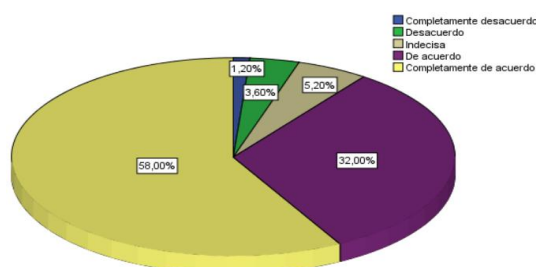
#### 4.2.16 La leche materna es más barata que la fórmula

**Tabla N° 28: La leche materna es más barata que la fórmula**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente desacuerdo	3	1,2	1,2	1,2
Desacuerdo	9	3,6	3,6	4,8
Indecisa	13	5,2	5,2	10,0
De acuerdo	80	32,0	32,0	42,0
Completamente de acuerdo	145	58,0	58,0	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 27: La leche materna es más barata que la fórmula**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 27 se nota que respondieron estar completamente de acuerdo y de acuerdo un 90% de la muestra, lo que señala un fuerte acuerdo con esta afirmación.

Por lo tanto la mayoría de las encuestadas coinciden con lo que expresan varias publicaciones tales como "Normas para la Implementación y Funcionamiento de lactarios institucionales en los sectores público y privado en el Ecuador", entre los beneficios para la familia de la práctica de la lactancia materna incluye que se ahorra dinero al no comprar otras leches, teteros, chupones y combustible para su cocción. (MSP/Coordinación Nacional de Nutrición, 2011)

Otra publicación que complementa lo anteriormente referido muestra que el uso de sustitutos de la leche materna es más costoso para las familias. Si bien las madres que amamantan necesitan comer un poco más que quienes no amamantan, el costo de los alimentos que aportan las calorías adicionales necesarias

recomendadas, es pequeño y significa un ahorro importante si se compara con los costos de comprar fórmulas y biberones. Sobre todo significa un ahorro en gastos médicos por menos enfermedades del niño. (Wellstart International, 2013)

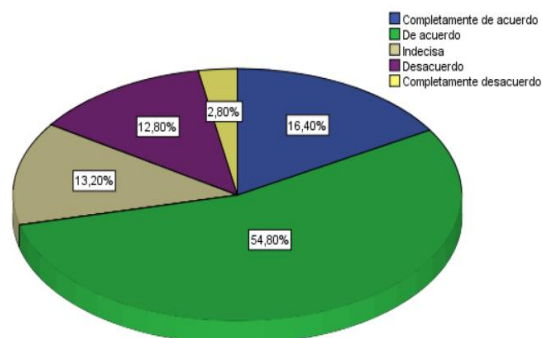
#### 4.2.17 Una madre que de vez en cuando bebe alcohol, no debe dar el pecho a su bebé

**Tabla N° 29: Una madre que de vez en cuando bebe alcohol, no debe dar el pecho a su bebé**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente de acuerdo	41	16,4	16,4	16,4
De acuerdo	137	54,8	54,8	71,2
Indecisa	33	13,2	13,2	84,4
Desacuerdo	32	12,8	12,8	97,2
Completamente desacuerdo	7	2,8	2,8	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 28: Una madre que de vez en cuando bebe alcohol, no debe dar el pecho a su bebé**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 28 se observa que estuvieron completamente de acuerdo y de acuerdo el 71,2% de la muestra, lo cual indica que la muestra en general estuvo de acuerdo con esta declaración, por lo tanto se debe sugerir que el personal de salud señale a las madres que la ingesta ocasional de alcohol no es una razón para suspender o no iniciar la lactancia materna de acuerdo a la literatura médica. (Wellstart International, 2013)



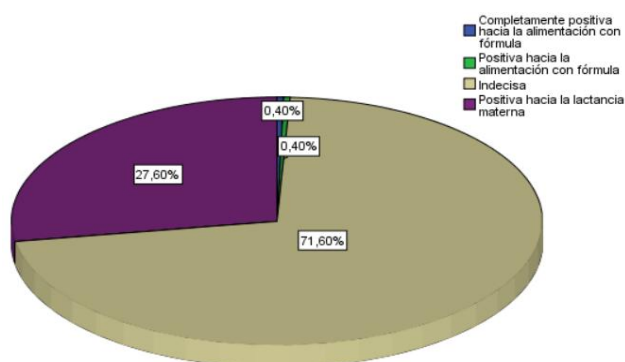
#### 4.2.18 Interpretación de escala de actitudes

**Tabla N° 30: Interpretación de escala de actitudes**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Completamente positiva hacia la alimentación con fórmula	1	,4	,4	,4
Positiva hacia la alimentación con fórmula	1	,4	,4	,8
Indecisa	179	71,6	71,6	72,4
Positiva hacia la lactancia materna	69	27,6	27,6	100,0
Total	250	100,0	100,0	

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 29: Interpretación de escala de actitudes**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

En el gráfico N° 29 se observa que estuvo indecisa el 71,6% de la muestra. Por otro lado 1 de cada 4 encuestadas se mantuvo positiva hacia la lactancia materna y completamente positiva hacia la lactancia materna.

Esto coincide con un estudio realizado en Tailandia, debido a que el 80% de las madres representado al grupo de indecisa o neutral; lo que indica que es difícil saber lo que sus opiniones son realmente acerca de la lactancia, y que las madres sólo podían considerar a la lactancia materna como algo "normal" que todo el mundo lo hace después del parto sin tener ninguna opinión extrema al respecto. Según Dungy, et al. (2008) el método que utiliza estos tres subgrupos era una manera fiable para calcular las actitudes de las madres. (Johansson & Westmar, 2013)

Es importante señalar que las actitudes indecisa o neutral de la mujer indican que durante el período prenatal sus actitudes hacia la lactancia materna no estaban todavía completamente formadas, y por lo tanto la orientación materna de conocimientos y actitudes durante el embarazo podrían proporcionar una gran oportunidad para administración de programas educativos y de apoyo. (Jessri et al, 2012) Claramente es notable que se debe reforzar la consejería prenatal de lactancia materna en el primer nivel de atención y a nivel hospitalario.

#### 4.3 INTENCIÓN DE OTORGAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

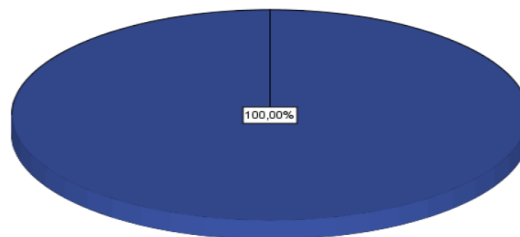
##### 4.3.3 Intención de otorgar lactancia materna

**Tabla N° 31: Intención de otorgar lactancia materna**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sí	250	100,0	100,0	100,0

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 30: Intención de otorgar lactancia materna**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

El gráfico N° 30 muestra que tienen intención de otorgar la lactancia materna todas las encuestadas (100%). Lo que coincide con una investigación, la cual señala que tenían la intención de proporcionar LM a su hijo el 100%. (Martínez, Rodríguez, & de la Paz, 2012) Esto es diferente a lo reportado por Wen L. et al. que reportan una frecuencia de intención del 42%. (Wen L. et al, 2009)

#### 4.3.4 Intención de retirar definitivamente la lactancia materna

**Tabla N° 32: Intención de retirar definitivamente la lactancia materna**

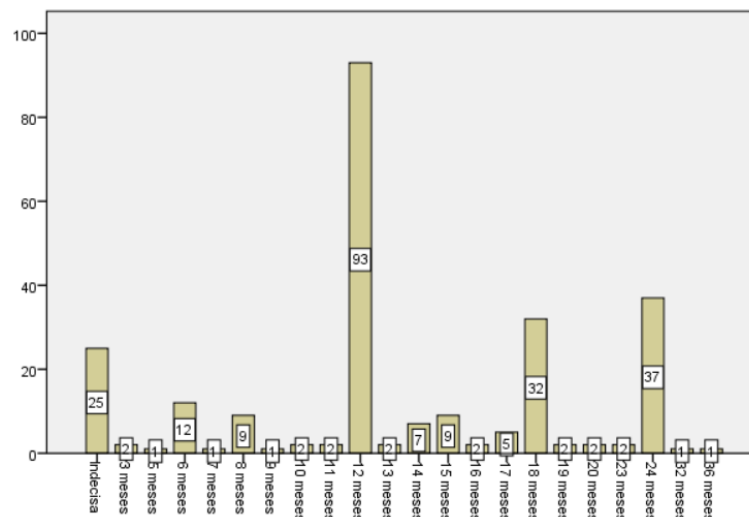
Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Indecisa	25	10,0	10,0	10,0
3 meses	2	,8	,8	10,8
5 meses	1	,4	,4	11,2
6 meses	12	4,8	4,8	16,0
7 meses	1	,4	,4	16,4
8 meses	9	3,6	3,6	20,0
9 meses	1	,4	,4	20,4
10 meses	2	,8	,8	21,2
11 meses	2	,8	,8	22,0
12 meses	93	37,2	37,2	59,2
13 meses	2	,8	,8	60,0
14 meses	7	2,8	2,8	62,8
15 meses	9	3,6	3,6	66,4
16 meses	2	,8	,8	67,2
17 meses	5	2,0	2,0	69,2
18 meses	32	12,8	12,8	82,0
19 meses	2	,8	,8	82,8
20 meses	2	,8	,8	83,6
23 meses	2	,8	,8	84,4
24 meses	37	14,8	14,8	99,2
32 meses	1	,4	,4	99,6
36 meses	1	,4	,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

N	Válidos	250
	Perdidos	0
Media		13,54
Mediana		12,00
Moda		12
Desv. tip.		6,782
Mínimo		1
Máximo		36

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 31: Intención de retirar definitivamente la lactancia materna**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

La tabla N° 32 revela que solamente tienen la intención de retirar definitivamente la lactancia materna hasta los 24 meses el 14,8%. La media del destete es de 13,54 meses, el rango de los 3 meses a 36 meses, y una desviación estándar de 6,782. Por tanto, se puede inferir que existiría un comportamiento inadecuado en la mayoría de las madres con respecto a la edad ideal para realizar el destete de acuerdo a la OMS. Estos resultados tendrían cierta relación con los datos del estudio realizado en Minatitlán, México, el tiempo de destete, es decir el momento hasta el que pretenden retirar definitivamente la lactancia materna va desde 1 mes

hasta los 24 meses con una media de 8,791 meses y una desviación estándar 3,945. (Martínez, Rodríguez, & de la Paz, 2012)

#### 4.3.5 Intención de otorgar lactancia materna exclusiva

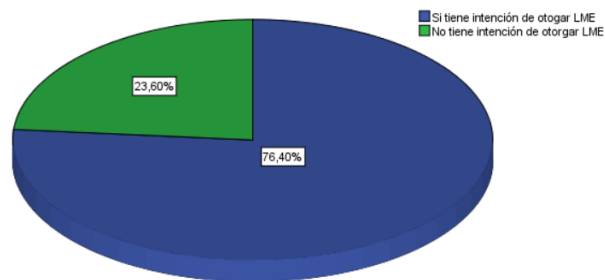
**Tabla N° 33: Intención de otorgar lactancia materna exclusiva**

Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si tiene intención de otorgar LME	191	76,4	76,4	76,4
No tiene intención de otorgar LME	59	23,6	23,6	100,0
Total	250	100,0	100,0	

N	Válidos	250
	Perdidos	0
Media		7,28
Mediana		6,00
Moda		6
Desv. tip.		4,726
Mínimo		1
Máximo		26

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 32: Intención de otorgar lactancia materna exclusiva**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

La tabla N° 33 muestra que 76,4% de las madres tiene la intención de otorgar lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, de estas algunas querían hacerlo más allá de los 6 meses de edad. El rango de intención de otorgar lactancia materna exclusiva va de 1 semana a 26 meses, con una media de 7,8 meses, desviación estándar de 4,726. En consecuencia, se puede inferir que existiría un comportamiento inadecuado de la lactancia materna exclusiva con respecto a la edad ideal para realizar el destete de acuerdo a la OMS.

Los datos obtenidos tienen cierta relación con un estudio realizado en México, en donde se encontró que la intención de dar lactancia materna exclusiva va de 0 a 12 meses, con una media de 4,7 meses, desviación estándar de 2,236. (Martínez, Rodríguez, & de la Paz, 2012)

### 4.3.6 Intención de inicio de alimentación complementaria

**Tabla N° 34: Intención de inicio de alimentación complementaria**

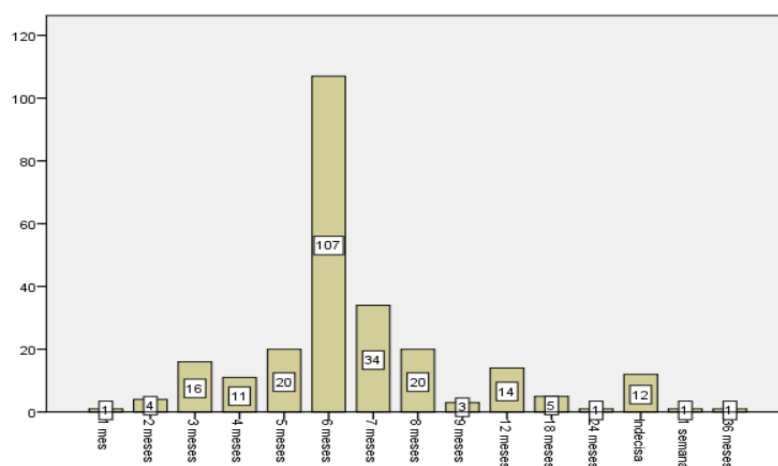
Variable:	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
6 meses	106	42,4	42,4	42,4
Después de los 6 meses	79	31,6	31,6	74,0
Antes de los 6 meses	54	21,6	21,6	95,6
Indecisa	11	4,4	4,4	100,0
Total	250	100,0	100,0	

N	Válidos	250
	Perdidos	0
Media		1,88
Mediana		2,00
Moda		1
Dev. tip.		,897
Varianza		,805
Mínimo		1
Máximo		4

**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Gráfico N° 33: Intención de inicio de alimentación complementaria**



**Fuente:** Hospital Provincial General de Latacunga. **Elaborado por:** John Romero Cevallos.

La tabla N° 34 muestra que el 42,6% tiene la intención de otorgar la ablactación desde los 6 meses de edad, que es lo aconsejado según las guías de la OMS. El tiempo de intención de iniciar la ablactación en las madres va desde la 1 semana a los 26 meses, con una media de 7,28 meses y desviación estándar de 4,726. Por tanto existe poca relación con los datos de un estudio el cual menciona que el tiempo de intención de iniciar la ablactación en las madres va desde los 3 a los 12 meses con una media de 5,4 y desviación estándar de 1,9. (Martínez, Rodríguez, & de la Paz, 2012)

Además un punto que llamó mucho la atención durante la recolección de datos fue algo que coincide con un estudio realizado en México, que algunas de las madres(datos no presentados) tenían una comprensión limitada del término "lactancia materna exclusiva". (Martínez, Rodríguez, & de la Paz, 2012) Esto puede sugerir que hace falta una mayor consejería en lactancia materna.

#### 4.4 ANÁLISIS DE RELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS E INTENCIÓN DE OTORGAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

Tabla N° 35: Análisis con Chi cuadrado de relación entre factores sociodemográficos e intención de otorgar lactancia materna exclusiva.

##### Hospital Provincial General Latacunga Diciembre 2014

VARIABLE:		Intención de otorgar LME n (%)	No hay intención de otorgar LME n (%)	Valor p
<b>Edad:</b>	15-19 años	45 (77,6%)	13(22,4%)	0,877
	20-34 años	123 (75,5%)	40 (24,5%)	
	≥ 35 años	23 (79,3%)	6 (20,7%)	
	Total:	191 (76,4%)	59 (23,6%)	
<b>Grupo étnico:</b>	Mestizos	174(78,4%)	48(21,6%)	0,15
	Indígenas	15 (60%)	10 (40%)	
	Negro	1 (100%)	0 (0%)	
	Blancos.	1 (50%)	1 (50%)	
	Total:	191 (76,4%)	59 (23,6%)	
<b>Instrucción:</b>	Superior	37(72,5%)	14 (27,5%)	0,589
	Secundaria	104 (75,9%)	33 (24,1%)	
	Primaria	50 (80,6%)	12 (19,4%)	
	Total:	191(76,4%)	59 (23,6%)	
<b>Estado civil:</b>	Unión libre	68(73,9%)	24 (26,1%)	0,188
	Soltera	28 (70,0%)	12 (30,0%)	
	Casada	94 (81%)	22 (19%)	
	Divorciada	1 (100%)	0 (0%)	
	Viuda	0 (0%)	1 (100%)	
	Total:	191 (76,4%)	59 (23,6%)	
<b>Situación económica:</b>	Excelente	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0,063
	Buena	103 (71%)	42 (29%)	
	Regular	79 (84%)	15 (16%)	
	Total:	191 (76,4%)	59 (23,6%)	
<b>Ocupación:</b>	Con empleo	73(75,3%)	24 (24,7%)	0,735
	Sin empleo	118 (77,1%)	35 (22,9%)	
	Total:	191 (76,4%)	59 (23,6%)	
<b>Paridad:</b>	Primípara	86(71,1%)	35(28,9%)	0,055
	Múltipara	105 (81,4%)	24 (18,6%)	
	Total:	191 (76,4%)	59 (23,6%)	
<b>Experiencia anterior:</b>	Sí	104 (80,6%)	25 (19,4%)	0,105
	No	87 (71,9%)	34 (28,1%)	
	Total:	191 (76,4%)	59 (23,6%)	
<b>Tipo de experiencia anterior:</b>	Buena	74 (81,3%)	17 (18,7%)	0,197
	Regular	19 (90,5%)	2 (9,5%)	
	Mala	10 (66,7%)	5 (33,3%)	
	Total:	103 (81,3%)	24 (18,9%)	
<b>Tipo de parto:</b>	Cesárea	40 (75,5%)	13 (24,5%)	0,858
	Parto normal	151 (76,6%)	46 (23,4%)	
	Total:	191 (76,4%)	59 (23,6%)	

Elaborado por: John Romero Cevallos.

Fuente: Base de Datos del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20

La tabla N° 35 muestra que ninguno de los factores sociodemográficos tiene relación con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva, debido a que no existe una diferencia estadísticamente significativa.

#### 4.5 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

**Tabla N° 36: Análisis de regresión lineal para relación entre actitudes maternas e intención de otorgar lactancia materna exclusiva. Hospital Provincial General Latacunga Diciembre 2014**

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B		Correlaciones		
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior	Orden cero	Parcial	Semiparcial
1 (Constante)	1,327	,187		7,101	,000	,959	1,695			
INTERPRETACIÓN DE ACTITUDES (Binned)	-,028	,057	-,031	-,492	,623	-,139	,084	-,031	-,031	-,031

a. Variable dependiente: INTENCIÓN LME

**Elaborado por:** John Romero Cevallos.

**Fuente:** Base de Datos del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20

#### **Decisión:**

Para la investigación se plantea la siguiente hipótesis “Los factores actitudinales se relacionan con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva en madres con puerperio inmediato atendidas en el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga en el período Agosto del 2014 a Enero del 2015” y se obtiene mediante análisis de regresión lineal un valor de  $p= 0,623$ ; que no es estadísticamente significativo, con lo cual se rechaza la hipótesis alternativa; y se acepta la hipótesis nula. Tabla N° 36

Este hallazgo es consistente con el estudio de Hill et al. (2008), que encontraron que la actitud a la lactancia materna no predijo intención de la lactancia materna. (Khatun, Punthmatharith, & Orapiriyakul, 2010)

Los resultados del presente estudio van en contraposición con otros estudios que encontraron una correlación entre la actitud de la lactancia materna y la intención de la lactancia materna exclusiva de la madre tales como: Khatun, Punthmatharith & Orapiriyakul ( $r = 0,50$ ,  $p = 0,000$ ) (Khatun, Punthmatharith, & Orapiriyakul, 2010), además Duckett et al., 1998; Kloebler-Tarver, Thompson y Kathleen, 2002; Ramayah et al, 2005; Dyson et al., 2010 (Mutuli, 2014)

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Se realizó una investigación en el Hospital Provincial General de Latacunga para determinar si los factores actitudinales influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva en madres con puerperio inmediato, se obtuvo las siguientes conclusiones y recomendaciones:

#### **5.1 CONCLUSIONES**

- Mediante la prueba de análisis de regresión lineal se encontró que los factores actitudinales no se relacionan con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva ( $p= 0,623$ ).

- El tiempo de intención de otorgar lactancia materna exclusiva de las madres encuestadas fue en promedio de 7,8 meses, con una desviación estándar de 4,726.

- Ninguno de los factores sociodemográficos investigados tienen una relación con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva, debido a que no existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p>0,05$ ).

- Llamó la atención que la mayoría de la muestra señaló actitudes maternas con tendencia indecisa o neutral (71,6%); lo cual indica que se debe reforzar la consejería prenatal en lactancia materna en el primer nivel de atención, y la consejería a nivel hospitalario.

- La mayoría de la muestra pertenece al rango de los 15 a 43 años, el grupo etario predominante fue de los 20 a 30 años, identificándose el 88,8% con la raza mestiza, alcanzó la secundaria incompleta y completa (54,8%), el estado civil predominante fue casada y unión libre con un 83,2%, la condición económica en



la mayoría de madres suele ser buena, la mayoría no tienen empleo, de aquellas principalmente se dedican a quehaceres domésticos y como estudiantes.

- Las pacientes multíparas (51,6%) predominaron, todas indicaron que han dado de lactar anteriormente, de éstas un 71,6% indicaron que su experiencia fue buena. En cambio sobre la forma de nacimiento, la cesárea se dio en un 21,2%, y parto céfalo-vaginal con un 78,8%.

- Cerca del 45% de la muestra respondió incorrectamente que los beneficios nutricionales de la leche materna sólo duran a corto plazo, por lo que es necesario que el personal de salud informe a las madres sobre los beneficios de la LM especialmente a largo plazo.

- Casi el 40% de las madres creen que la leche materna es deficiente en hierro, por lo que es necesario enfatizar que la leche materna tiene los requerimientos necesarios de hierro y del resto de nutrientes para su hijo.

- Cerca del 50% de la muestra se mantuvo indecisa o en desacuerdo y completamente desacuerdo al respecto que la fórmula láctea favorece para que sea sobrealimentado el bebé, lo que muestra claramente que el personal de salud debe abordar a las madres del peligro potencial que tiene la leche artificial porque puede estar vinculada con el deseo del cuidador para vaciar la botella.

- Las madres encuestadas tienen cierta tendencia de acuerdo que la fórmula láctea es la mejor opción si la madre tiene previsto trabajar o estudiar fuera del hogar, lo que indica claramente que la inserción laboral o el estudio de la mujer podría influir en la intención de dar la lactancia materna exclusiva. Por tanto, es necesario por parte del personal de salud sugerir que cuando la madre trabaja o por alguna razón no pueda estar todo el tiempo con su bebé, es posible seguir con la lactancia exclusiva gracias a los métodos de extracción y de almacenamiento de la leche materna, de preferencia manual, por ser el método más sencillo y efectivo.

- Es importante destacar que 1 de cada 2 mujeres creen incorrectamente o están indecisas que la lactancia favorece para que el bebé se sobrealimente, por lo cual hace falta enfatizar en las madres que la evidencia apunta a un pequeño efecto protector de la LM para desarrollar obesidad infantil.
  
- A pesar que un poco más del 25% creen incorrectamente o están indecisas sobre que la fórmula es tan saludable para los bebés como la leche materna, es necesario en las madres enfatizar la superioridad de la lactancia materna con respecto a la leche artificial para el desarrollo físico y mental del bebé humano.
  
- La mayoría de la muestra estuvo completamente de acuerdo y de acuerdo respecto que los bebés alimentados con lactancia materna son más saludables, que es la leche materna el mejor alimento, que se digiere más fácilmente que la fórmula láctea, que es más conveniente que la alimentación con fórmula, la leche materna es más barata y que aumenta el vínculo madre-hijo.
  
- Al encontrar que la mayoría de la muestra (71,2%) cree equivocadamente que no se debe dar el pecho al bebé si de vez en cuando se bebe alcohol, permite sugerir al personal de salud que debe señalar a las madres que la ingesta ocasional de alcohol no es una razón para suspender o no iniciar la lactancia materna.
  
- Todas las encuestadas refirieron que tienen la intención de otorgar lactancia materna; por otra parte, sobre la intención de retirar definitivamente la lactancia materna, el promedio fue de 13,54 meses con una desviación estándar de 6,782.
  
- El tiempo de intención de inicio de alimentación complementaria fue en promedio de 7,28 meses, con una desviación estándar de 4,726.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

- Implementar estrategias de control y mejoramiento de la consejería prenatal en lactancia materna en el primer nivel de atención por parte del Distrito de Salud de Cotopaxi.
  
- Fomentar una capacitación continua al personal de salud; ya que existe una rotación frecuente de personal de salud tales como: internos rotativos de Medicina, enfermería y obstetricia; además en personal médico y de enfermería a contrato.
  
- Fomentar la creación del Comité de Lactancia materna en Cotopaxi, para poder fomentar mejores prácticas de lactancia a nivel de primer y segundo nivel de atención.
  
- Se requiere la implementación de Plan de monitoreo mediante un formulario de registro de actividades y matriz de indicadores de cumplimiento en la consejería de lactancia materna para madres con puerperio inmediato del Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.
  
- Fomentar la creación de una sala de apoyo de lactancia materna, no necesariamente solo para mujeres del personal de esta casa de salud, sino también para madres que estén en período de embarazo y postparto para brindarles información, educación, capacitación continua.
  
- Es importante en un futuro realizar una investigación transversal para determinar si la norma subjetiva se relaciona con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva, basado en la Teoría de la Conducta Planificada.

- Es trascendental un futuro estudio longitudinal prospectivo para determinar las relación entre la norma subjetiva, control de comportamiento percibido e intención de otorgar lactancia materna exclusiva con la duración de la lactancia materna exclusiva a las seis semanas después del parto.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 DATOS INFORMATIVOS**

##### **6.1.1 TEMA**

Plan de monitoreo mediante un formulario de registro de actividades y matriz de indicadores de cumplimiento en la consejería de lactancia materna para madres con puerperio inmediato del Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.

##### **6.1.2 INSTITUCIÓN EJECUTORA**

La presente propuesta se ejecutará en el Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.

##### **6.1.3 BENEFICIARIOS**

Directos:

- Madres en puerperio inmediato del Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.
- Recién nacidos vivos del Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.

Indirectos:

- Familiares de los niños y madres.
- Hospital Provincial General de Latacunga.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

##### **6.1.4 UBICACIÓN**

- **Lugar:** Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.
- **Cantón:** Latacunga.
- **Provincia:** Cotopaxi.

### **6.1.5 TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN**

Se pretende ejecutar la propuesta, dando conocimiento al Director del Hospital Provincial General de Latacunga de los resultados de la investigación y de la propuesta para ejecutarla, luego se realizará la socialización de los datos obtenidos a todo el personal que labora en el Área de Maternidad, y también fortalecer el accionar del Servicio de Neonatología del Hospital Provincial General de Latacunga con la ayuda del Equipo encargado del Mejoramiento Continuo de la Calidad de Salud Materno-infantil del Hospital Provincial General de Latacunga, al mes de la socialización se continuará con su seguimiento mensualmente de forma continua y permanente.

### **6.1.6 EQUIPO RESPONSABLE**

- El investigador quien dará a conocer y organizará la propuesta.
- Director del Hospital Provincial General de Latacunga
- Equipo encargado del Mejoramiento Continuo de la Calidad del Salud Materno-neonatal del Hospital Provincial General de Latacunga.
- Médicos Residentes de Neonatología del Hospital Provincial General de Latacunga
- Personal de enfermería y auxiliares del Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.
- Internos Rotativos de Medicina, Obstetricia y Enfermería del Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.

### **6.1.7 PRESUPUESTO**

Para la ejecución de la propuesta se ha establecido un presupuesto económico de 700 dólares, en la Tabla N° 37 se describe la distribución de los gastos de acuerdo a cada fase del Modelo Operativo.

## 6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Luego de la investigación realizada en el Hospital Provincial General de Latacunga, se encontró que la mayoría de la muestra pertenece al grupo etario de los 20 a 30 años, identificándose el 88,8% con la raza mestiza, alcanzó la secundaria incompleta y completa (54,8%), el estado civil predominante fue casada y unión libre con un 83,2%, la condición económica en la mayoría de madres suele ser buena, la mayoría no tienen empleo, de aquellas principalmente se dedican a quehaceres domésticos y estudiantes.

Las pacientes multíparas (51,6%) predominaron, todas indicaron que han dado de lactar anteriormente, de éstas un 71,6% indicaron que su experiencia fue buena. En cambio sobre la forma de nacimiento, la cesárea se dio en un 21,2%, y parto céfalo-vaginal con un 78,8%.

El tiempo de intención de otorgar lactancia materna exclusiva de las madres encuestadas fue en promedio de 7,8 meses, con una desviación estándar de 4,726.

Se encontró que ninguno de los factores sociodemográficos investigados tienen una relación con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva, debido a que no existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

A pesar que se encontró que los factores actitudinales no se relacionan con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva ( $p = 0,623$ ) mediante la prueba de análisis de regresión lineal; sin embargo llamó la atención que la mayoría de la muestra señaló actitudes maternas con tendencia indecisa o neutral (71,6%), lo cual indica que se debe reforzar la consejería prenatal en lactancia materna en el primer nivel de atención, y la consejería a nivel hospitalario.

Por lo que es necesario que se llame la atención a la Dirección Provincial de Salud de Cotopaxi para que se implemente estrategias de control y mejoramiento de la

consejería prenatal en lactancia materna en el primer nivel de atención, por otra parte a nivel hospitalario se sugiere la implementación de un Plan de monitoreo mediante un formulario de registro de actividades y matriz de indicadores de cumplimiento en la consejería de lactancia materna para madres con puerperio inmediato del Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.

- Para lograr ello a nivel hospitalario, el formulario de registro de actividades se deberá completar junto con las hojas de Neonatología por parte del Personal de Medicina y/o Enfermería durante la visita nocturna, por otro lado ya que al momento existe un Equipo encargado del Mejoramiento Continuo de la Calidad para la Reducción de la Mortalidad Materno-infantil del Hospital Provincial General de Latacunga, se les delegará la responsabilidad de revisar 30 historias clínicas al azar que cuentan con estos formularios antes descritos y se colocará en la matriz de indicadores de cumplimiento mensualmente, primeramente revisando el instructivo para el llenado de esta hoja. Por tanto el llenado será bastante parecido a las hojas de la Red CONE.

### **6.3 JUSTIFICACIÓN**

La presente propuesta de investigación se justifica porque pretende aumentar la duración de la lactancia materna exclusiva de las madres del Área del Hospital Provincial General de Latacunga, a través de la implementación de Plan de monitoreo mediante un formulario de registro de actividades y matriz de indicadores de cumplimiento en la consejería de lactancia materna hacia las madres con puerperio inmediato del Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.

Puesto que la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño es considerada en la actualidad una de las mejores formas de intervención y está vigente en esta casa de salud se debe continuar fomentándola, para que se pueda cumplir de mejor manera será de ayuda la implementación de un formulario de registro de actividades de consejería que será llenado ejecutada por el personal de salud en cada paciente, y finalmente la utilización de la matriz de indicadores de cumplimiento es factible porque esta casa de salud dispone de un Equipo



encargado del Mejoramiento Continuo de la Calidad para la Reducción de la Mortalidad Materno-infantil, debido a las experiencias parecidas anteriormente que han ayudado a la reducción de la Mortalidad Materno-infantil con controles mensuales, mediante un establecimiento de correctivos en la calidad de atención del personal de salud. Por lo cual todo los antecedentes indicados por parte del equipo mencionado muestra que esté presente plan no tendrá inconvenientes en su monitoreo.

En fin permitirá mejorar continuamente la calidad de consejería que reciben las madres con puerperio inmediato por parte del personal de salud, pues al establecer un incumplimiento o irregularidades se generará los correctivos necesarios para un mejor desempeño del personal de salud.

#### **6.4.1 Objetivo General:**

Implementar un Plan de monitoreo mediante un formulario de registro de actividades y una matriz de indicadores de cumplimiento en la consejería de lactancia materna para madres con puerperio inmediato del Área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga.

#### **6.4.2 Objetivos Específicos:**

- Mejorar el promedio de duración de la lactancia materna exclusiva.
- Mejorar continuamente la calidad de consejería que reciben las madres con puerperio inmediato por parte del personal de salud.
- Aumentar los conocimientos de las madres sobre lactancia materna a través de la consejería materna.

### **6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

La presente propuesta es factible de ser aplicada, ya que se dispone del espacio físico en el que se ejecutará, es decir en el área de Maternidad del Hospital Provincial General de Latacunga, además se cuenta con los recursos tecnológicos,

humanos y financieros necesarios para su realización y mejorar la duración de la lactancia materna exclusiva.

También este estudio tiene factibilidad legal así como lo demuestra **el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna**, en el **Artículo 4, numeral 4.1**; que abarca sobre la Información y educación.

Así también se sustenta en el **Código de la niñez y adolescencia del 2003**, lo que manifiesta en el **Artículo 24**, que trata del Derecho a la lactancia materna

Así también se sustenta en la **Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia Materna** en los siguientes artículos: **Artículo 2 y Artículo 11**. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012)

## **6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-CIENTÍFICA**

### **6.6.1 Definición de consejería:**

La consejería surge en el mundo hace más de 60 años dentro de un marco educativo y social. Desde entonces se ha llamado consejero a aquella persona que se dedica a la asesoría, orientación o consultoría. Es vista como una profesión de ayuda, donde se crea un espacio para hablar de una problemática humana determinada, facilitando a las personas una mejor calidad de vida.

Se otorga a la persona cuando ésta solicita ayuda para resolver problemas específicos; el consejero también se dedica a ser facilitador de las capacidades humanas.

### **Características de la consejería:**

- **Requiere estar focalizada.** Se trabaja un solo tema con el fin de identificar la problemática.
- **Se ofrece cara a cara.** Debe realizarse en persona para facilitar la interacción.

- **Proporciona información veraz y suficiente.** De acuerdo a la necesidad y conocimientos del usuario.
- **Requiere de un espacio físico que permita la confidencialidad.** Para que el usuario pueda expresar sus emociones.
- **Tiempo de duración acotado.** La consejería no debe exceder de 45 minutos y de 10 sesiones como máximo.
- **No directiva.** El consejero debe dirigir la sesión de forma sutil, buscando conocer la demanda real del usuario, favoreciendo un ambiente que facilite el diálogo entre ambos.
- **El consejero no juzga.** Es necesario evitar enjuiciar, etiquetar y regañar a la persona, lo que permitirá crear una atmósfera de cordialidad, entendimiento y respeto.
- **Conserva la confidencialidad.** Es necesario evitar enjuiciar, etiquetar y regañar a la persona, lo que permitirá crear una atmósfera de cordialidad, entendimiento y respeto. (CENSIDA, 2006)

Respecto a lo antes mencionado es corroborado por varios artículos de estudios previos que han demostrado que la consejería es una herramienta útil para mejorar la frecuencia y duración de la lactancia. Con referencia al contacto temprano, esta práctica está relacionada con el programa llamado “los 10 pasos hacia una lactancia feliz”, que es requisito para la certificación de los “Hospitales Amigos del Niño y de la Madre”. Otros artículos de estudios han demostrado que los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre también mejoran la duración y la frecuencia de la lactancia. (Bernal, Orjuela, & Sarmiento, 2014)

Además se deben fortalecer los programas de educación continua al personal de salud, preparándolo adecuadamente, consiguiendo una alta cualificación del mismo para que impartan la orientación necesaria a las madres sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, fomentando su duración ideal y efectos positivos sobre las condiciones y calidad de vida del binomio madre e hijo, a través de la implementación y adherencia a estrategias como AIEPI. (Bernal, Orjuela, & Sarmiento, 2014)

## **6.6.2 Plan de monitoreo:**

### **Definición de Monitoreo:**

Es el acompañamiento sistemático y periódico de la ejecución de una actividad o proyecto para el avance en la ejecución de una meta, la adecuada utilización de recursos para lograr dicho avance y la consecución de los objetivos planteados durante el proceso de ejecución, con el fin de detectar, oportunidades, deficiencias, obstáculos o necesidades de ajuste.

El monitoreo no es seguimiento porque este concepto implica “ir tras algo”. En cambio, el acompañamiento significa “ir junto a algo”. La categoría de acompañamiento técnicamente es más dinámica que el simple seguimiento que connota pasividad.

El monitoreo se debe constituir no solo como un instrumento de control administrativo (control de actividades, metas), sino como una herramienta de gestión que permite tomar decisiones estratégicas sobre la base de una análisis del entorno y observación del avance y cumplimiento, de los objetivos propuestos en los planes.

El monitoreo emite juicios de valor, basados sobre todas las actividades programadas en los planes, especialmente, aquellas que se consideran esenciales, según la prioridad de cada instancia.

### **6.6.2.1 PROCEDIMIENTO PARA EL MONITOREO DE PLANES OPERATIVOS**

- Conformar un equipo base
- Elaborar el Plan de Monitoreo y Evaluación
- Difusión del Plan de Monitoreo y Evaluación
- Procedimiento de análisis de información

- Elaborar el informe de monitoreo correspondiente, el cual debe incluir los avances y logros, problemas encontrados y medidas correctivas sugeridas a cada unidad de análisis.
- Socialización de resultados. (Universidad Técnica de Cotopaxi, 2008)

### **6.6.3 Mejoramiento Continuo de la Calidad:**

El Mejoramiento Continuo de la Calidad es un enfoque gerencial que busca el desarrollo organizacional ordenado y planificado, orientado a la satisfacción de las necesidades del/a usuario/a y del cumplimiento de normas técnicas, organizando, identificando y mejorando todos los aspectos de los procesos de atención en los servicios de salud.

### **6.6.4 Garantía de calidad.**

La definición de la calidad es un momento metodológico del mejoramiento continuo de los procesos en el cual se define operativamente la calidad esperada a través de la formulación de estándares clínicos, administrativos y de satisfacción de usuarios/as.

Para la formulación de estándares se consulta manuales, guías y protocolos existentes (tanto nacionales como internacionales) de donde se extraen y adaptan criterios.

### **6.6.5 Medición de la calidad.**

La medición de la calidad, es la verificación sistemática del desempeño de un proceso a través del grado de cumplimiento de ciertos estándares e indicadores seleccionados.

### **6.6.6 Indicador de calidad.**

Es una medida que puede emplearse para determinar el grado de cumplimiento de los estándares, midiendo toda discrepancia o brecha que exista entre el desempeño

ideal y el real en los procesos clínicos, administrativos y los resultados de la satisfacción de usuarios.

**6.6.7 Indicador de Efectividad.-** Expresa la relación entre lo logrado y lo programado, en cuanto a metas.

**Efectividad**= Meta lograda / Meta Programada x 100 (MSP, 2008)

#### **6.6.9 Instrumentos para medir la calidad.**

Una vez desarrolladas las matrices de los estándares e indicadores con su operacionalización, es necesario diseñar y validar los instrumentos con lo que se recolectaran y procesaran los datos. Estos instrumentos los aplicará el Equipo de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC) en la casa de salud correspondiente, en este caso el Hospital Provincial General de Latacunga, de forma continua, una vez al mes y tomar los correctivos necesarios.

En términos generales los instrumentos consisten en una distribución adecuada de preguntas relativas a los estándares establecidos, en los que se halla espacios para sus respuestas.

#### **Cada formulario consta de:**

- **Encabezado**, donde deben ser llenados los datos generales de la provincia, área de Salud, Unidad Operativa, fecha de medición, mes evaluado y el/a responsable de la medición.
- **Número y descripción del estándar**, redactado cada estándar.
- **Instructivo**, de cómo obtener en la práctica la información y el llenado del instrumento respectivo.
- **Instrumento**, de recolección de datos en forma de tabla en la que contiene ítem por ítem los condicionantes del estándar y un espacio para clasificar con un “+” si cumple o un “-” si no cumple, o casillas en blanco en los casos en que se requiera completar estándares numéricos, al final de la tabla se encuentra espacios para procesar la información.

- Cuando la información es obtenida desde las historias clínicas, los instrumentos contienen un casillero que permite colocar el número de la historia clínica, para verificar más adelante la información, si es necesario.
- **Procesamiento** para obtener el valor indicado. (Robalino, 2014)

Para el control se desarrolló una hoja de indicadores para el control de consejería de lactancia materna y para el seguimiento se desarrolló un instrumento de recolección de datos y una matriz de indicadores de cumplimiento (Ver ANEXO 9, ANEXO 10), se ha basado en las Normas y Protocolos de alimentación para niños y niñas menores de 2 años, la Norma Creciendo Sano y la Estrategia de Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), Norma Neonatal del Ecuador.

## **6.7 MODELO OPERATIVO**

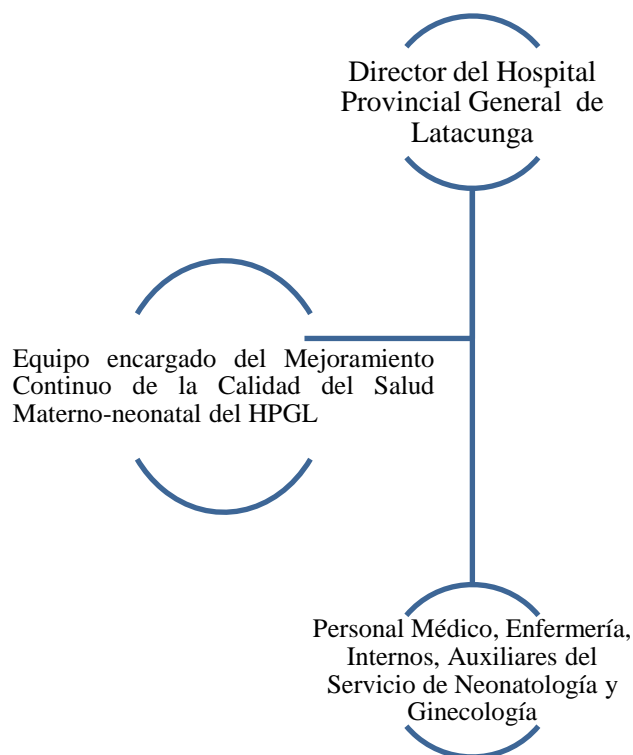
<b>FASES</b>	<b>METAS</b>	<b>EVALUACIÓN</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>PRESUPUESTO</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>PLANIFICACIÓN</b> - Autorización para realizar la propuesta - Presentación de la propuesta - Esquema de programación de la propuesta	- Comunicar al Director del Hospital Provincial General de Latacunga los resultados de la investigación y la propuesta planteada. - Obtener la autorización para la ejecución de la propuesta.	- Entrega de los resultados y de la propuesta. - Recepción de la aprobación para la ejecución de la propuesta. - Realización de un diseño inicial del formulario de registro de actividades y matriz de indicadores de cumplimiento en consejería de lactancia materna.	- Solicitud al Director del Hospital Provincial General de Latacunga - Volantes de promoción (copias). - Talento humano.	300 dólares	- John Romero (coordinación)	2 meses
<b>EJECUCIÓN</b> - Convocatoria al Equipo encargado del Mejoramiento Continuo de la Calidad del Salud Materno-infantil del Hospital Provincial General de Latacunga. - Implementación de formulario de registro de actividades y matriz de indicadores de cumplimiento.	- Capacitación al personal de salud sobre el contenido y uso de formulario de registro de actividades para consejería de lactancia materna y matriz de indicadores. - Ejecución de la utilización de formulario de registro de actividades y matriz de indicadores de cumplimiento.	- Revisión y evaluación por parte de los miembros encargados del Mejoramiento Continuo de la Calidad del Salud Materno-infantil. - Aplicación piloto en pacientes. - Correcciones en formulario de registro de actividades y matriz de indicadores de cumplimiento. - Diseño final e impresión. - Difusión de la propuesta.	- Formulario de registro de actividades - Matriz de indicadores de cumplimiento - Historias clínicas - Recursos Humanos	200 dólares	-Director del Hospital Provincial General de Latacunga -Líder de Medicina y Enfermería del Servicio de Neonatología.	2 meses



<p><b>EVALUACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar cumplimiento de la propuesta</li> <li>- Modificaciones y ajustes en el transcurso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe mensual mediante el instrumento de recolección de datos.</li> <li>- Seguimiento continuo mensual de actividades para consejería de lactancia.</li> <li>- Implementación ajustes del formulario de registro de actividades para consejería de lactancia materna y matriz de indicadores de cumplimiento en consejería de lactancia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación mensual de la utilidad de formulario de registro de actividades para consejería de lactancia materna en las pacientes y matriz de indicadores de cumplimiento.</li> <li>- Aplicar correctivos en la consejería dada por el personal de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulario de registro de actividades</li> <li>- Matriz de indicadores.</li> <li>- Historias Clínicas.</li> <li>- Copias</li> <li>- Recursos Humanos.</li> </ul>	<p>200 dólares</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Director del Hospital Provincial General de Latacunga</li> <li>- Líder de Medicina y Enfermería del Servicio de Neonatología.</li> <li>- Equipo encargado del Mejoramiento Continuo de la Calidad del Salud Materno-neonatal del Hospital Provincial General de Latacunga.</li> </ul>	<p>De forma continua, permanente y mensual.</p>
---	--	--	---	--------------------	--	---

**Tabla N° 37:** Modelo operativo de la propuesta  
**Elaborado por:** John Romero Cevallos

## 6.8 ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS



**Gráfico N° 34. Administración de recursos**

**Elaborado por:** John Romero Cevallos

## 6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

- La realizará el Director del Hospital Provincial General de Latacunga, quien recibirá un informe mensual por parte del Equipo encargado del Mejoramiento Continuo de la Calidad de Salud Materno-neonatal del HPGL, acerca de la implementación del formulario de registro de actividades y matriz de indicadores para consejería de lactancia materna en las madres con puerperio inmediato para de esta manera evaluar la propuesta y aplicación de la misma de forma continua y permanente.

Además servirá para realizar correctivos en la calidad de la consejería que reciben las madres y al rectificarlos puedan tener mejores prácticas de lactancia materna.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

### BIBLIOGRAFÍA:

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Editorial Jurídica del Ecuador.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2008). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Quito: Editorial Jurídica del Ecuador.

Asamblea Nacional del Ecuador. (2011). *Reglamento General a la Ley Orgánica del Servicio Público*. Quito: Editorial Jurídica del Ecuador.

Barragán, H., Moiso, A., Mestorino, M., & Ojea, O. (2007). *Fundamentos De Salud Pública, Primera Parte*. La Plata: Editorial Universidad de La Plata.

Blum, C., & López, N. (2007). *Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas acerca de la lactancia materna en el Hospital Carlos Andrade Marín durante el período de septiembre del 2007*. Quito: PUCE. Obtenido de Facultad de Medicina. PUCE. Quito. 93 p.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2009). Informe alimentario nutricional. Provincia de Cotopaxi 2008. Quito: Editorial Centro Orientamento Educativo.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). *Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI OPS/OMS Ecuador*. Quito: Editorial del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). *Componente Normativo Neonatal*. Quito: Editorial CONASA.

Simancas, T. (2010). La lactancia materna aporta múltiples beneficios? *Revista Correo poblacional Salud Reproductiva y Gerencia en Salud*. Quito: CEPAR

UNICEF. (2012). *Lactancia materna*. Quito: Editorial Quemacoco.

Valdes, V., Pérez, A., & Labbok, M. (1994). *Lactancia para la madre y el niño*. Santiago: Técnicas Mediterráneo.

### LINKOGRAFÍA:

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (2012). *Proyecto de Mejoramiento de la Atención de la Salud*. Recuperado el 27 de Agosto de 2014, de Unidad de Nutrición, Salud de la familia y comunidad de la OPS : [http://www.maternoinfantil.org/index.php?id\\_menu=8](http://www.maternoinfantil.org/index.php?id_menu=8)

Aguero, R. (2000). *Escalas De Actitud*. Recuperado el 01 de Junio de 2014, de <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/DEPARTAMENTOS/cienciasfuncionales/farmacolog%C3%ADa/Acti.pdf>

Aguilar, M., & Fernández, M. (2006). *Lactancia materna exclusiva*. Recuperado el 01 de Junio de 2014, de Monografía electrónica UNAM: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no50-4/RFM050000406.pdf>

Anggraeni, M., Busakorn, P., & Petpichetchian, W. (2014). *The proposed causal model of exclusive breastfeeding practice among Muslim mothers*. Recuperado el 03 de Noviembre de 2014, de Songklanagarind Journal of Nursing Vol. 34, Supplement, January - April 2014: <http://www.nur.psu.ac.th/journal/file/153file2842.pdf>

Asamblea Nacional del Ecuador. (2009). *Ley orgánica del régimen de la soberanía alimentaria*. Recuperado el 02 de Junio de 2014, de <http://www.soberaniaalimentaria.gob.ec/wp-content/uploads/2011/04/LORSA.pdf>

Asamblea Nacional del Ecuador. (2012). *Ley de fomento, apoyo y protección a la Lactancia Materna*. Recuperado el 01 de Junio de 2014, de <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2012/05/LEY-DE-FOMENTO-APOYO-Y-PROTECCION-A-LA-LACTANCIA-MATERNA.pdf>

Asamblea Nacional del Ecuador. (2013). *Código Del Trabajo*. Recuperado el 03 de Agosto de 2014, de [http://www.pichincha.gob.ec/phocadownload/leytransparencia/literal\\_a/normasderregulacion/codigo\\_trabajo.pdf](http://www.pichincha.gob.ec/phocadownload/leytransparencia/literal_a/normasderregulacion/codigo_trabajo.pdf)

Asociación Española de Pediatría. (2014). *Recomendaciones Sobre Lactancia Materna Del Comité De Lactancia Materna De La Asociación Española De Pediatría*. Recuperado el 16 de Mayo de 2014, de Asociación Española de Pediatría: [http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones\\_lm\\_16-5-2014.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_16-5-2014.pdf)

Baldi, D. (2008). *Promoción de la Lactancia Materna*. Recuperado el 30 de Mayo de 2014, de Rev. Enfermería actual en Costa Rica.: [dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745762.pdf](http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2745762.pdf)

Bernal, M., Orjuela, C., & Sarmiento, C. (2014). *Acciones de promoción y fortalecimiento de la lactancia materna*. Recuperado el 09 de Enero de 2015, de Universidad Nacional de Colombia: <http://www.bdigital.unal.edu.co/39666/1/marielabernalmota.2014.pdf>

Bonilla, E. (2008). *Evidencias sobre el poder de la intención*. Recuperado el 06 de Noviembre de 2014, de Instituto de investigaciones. 49:595-615:

[http://es.slideshare.net/JohnRomeroCevallos/savedfiles?s\\_title=evidencia-del-poder-de-la-intencion&user\\_login=palomadiazruiz](http://es.slideshare.net/JohnRomeroCevallos/savedfiles?s_title=evidencia-del-poder-de-la-intencion&user_login=palomadiazruiz)

Calvo, C. (2009). *Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento*. Recuperado el 30 de Abril de 2014, de Rev. Enfermería actual en Costa Rica.: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>

Camargo, F., & Latorre, J. (2011). *Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva, Hacia la Promoción de la Salud*. Recuperado el 19 de Mayo de 2014, de Revista Hacia la Promoción de la Salud.: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16\(1\)\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16(1)_5.pdf)

Campos, S. (2008). *Estrategias de aprendizaje de apoyo*. Recuperado el 28 de Mayo de 2014, de <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/680/4/CAPITULOII.pdf>

CENSIDA. (2006). *Manual sobre Consejería en VIH/SIDA e ITS*. Recuperado el 20 de Enero de 2015, de [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/manual\\_consejeria.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/manual_consejeria.pdf)

de la Mora, A. (1998). *Maternal attitudes, normative beliefs, intention and duration of breast-feeding*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2014, de (Thesis (M.S.), Iowa State University): [http://www.researchgate.net/publication/35272881\\_Maternal\\_attitudes\\_normative\\_beliefs\\_intention\\_and\\_duration\\_of\\_breast-feeding\\_](http://www.researchgate.net/publication/35272881_Maternal_attitudes_normative_beliefs_intention_and_duration_of_breast-feeding_)

de la Mora, A. R. (1999). *The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: analysis of reliability and validity*. Recuperado el 20 de 10 de 2014, de Journal of Applied Social Psychology 1999, 29:2362-2380.: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1559-1816.1999.tb00115.x/abstract>

Diario La Hora. (2013). *Inicia semana de la lactancia materna*. Recuperado el 05 de Junio de 2014, de La Hora: [http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101542982/-1/Inicia\\_semana\\_de\\_la\\_lactancia\\_materna.html#.U4TFEvl5NSA](http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101542982/-1/Inicia_semana_de_la_lactancia_materna.html#.U4TFEvl5NSA)

Escobar, J., & Cuervo, Á. (2008). *Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización*. Recuperado el 02 de Octubre de 2014, de Avances en Medición, 6, 27-36: [http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3\\_Juicio\\_de\\_expertos\\_27-36.pdf](http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf)

Faria, C., Oliveira, M., Molina, M., & Nogueira, S. (2014). *Determinantes de la intención de amamantar exclusivamente durante seis meses en dos ciudades de Estado de Río de Janeiro, Brasil*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2014, de 20th IEA World Congress of Epidemiology: <https://wce.confex.com/wce/2014/webprogram/Paper1114.html>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2014). *UNICEF promovió la campaña "Tu leche es amor" en la Semana Mundial de la Lactancia Materna*. Recuperado el 26 de Agosto de 2014, de UNICEF: [http://www.unicef.org/ecuador/media\\_27751.htm](http://www.unicef.org/ecuador/media_27751.htm)

Freire, W. et al. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU*. Recuperado el 27 de Junio de 2014, de INEC: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/Publicacion%20ENSANUT%202011-2013%20tomo%201.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Publicacion%20ENSANUT%202011-2013%20tomo%201.pdf)

Gamboa E. et al. (2005). *"Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable"*. Recuperado el 08 de Octubre de 2014, de Rev. chil. nutr. v.35 n.1 Santiago: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182008000100006&lang=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000100006&lang=pt)

Gómez, M., & Manrique, L. (2010). *Conocimientos De Las Multiparas Embarazadas De 20-28 Años Sobre La Lactancia Materna En La Consulta Externa De Ginecología Del "Hospital Naval Guayaquil" Enero 2008 – Julio 2009*. Recuperado el 17 de Mayo de 2014, de <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/126/1/11%20CONOCIMIENTOS%20DE%20LAS%20MULTIPARAS%20%20EMBARAZADAS.pdf>

Grosvenor, M., & Smolin, L. (2009). *Visualizing nutrition*. Obtenido de Hoboken, N.J: Wiley.: <http://books.google.com.ec/books?id=thqY1SKh8hoC&pg=PA392&lpg=PA392&dq=Formula-feeding+is+more+convenient+than+breast-feeding&source=bl&ots=4I9E7iMmCE&sig=tHrFa0kcF0x1aki7KsxFcGbAEUA&hl=es-419&sa=X&ei=gUCCVNbUDseEgwS1sYLoAw&ved=0CE0Q6AEwBjgK#v=onepage&q=F>

Gutiérrez, Y. (2007). *Situación de la lactancia materna exclusiva y factores que determinan su duración en madres atendidas en el Hospital Materno Infantil "Los Andes" El Alto Octubre 2005*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2014, de Universidad Mayor de San Andrés:

<http://bibliotecadigital.umsa.bo:8080/rddu/bitstream/123456789/3614/1/T-PG-561.pdf>

Huerta, J. (2008). *Actitudes humanas, actitudes sociales*. Recuperado el 11 de Mayo de 2014, de <http://www.umer.es/images/doc/n47.pdf>

INEC. (2011). *Fascículo Provincial Cotopaxi*. Recuperado el 26 de Diciembre de 2014, de INEC: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/cotopaxi.pdf>

INEC. (2013). *Características de las Madres en el Ecuador*. Recuperado el 25 de Diciembre de 2014, de Instituto Nacional de Estadística y Censos: [http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com\\_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es](http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es)

Johansson, L., & Westmar, H. (2013). *Breastfeeding attitudes and confidence among mothers in a rural area of Thailand*. Recuperado el Diciembre de 2014, de Department of public health and caring sciences: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:625003/FULLTEXT01.pdf>

Ju Ho., Y., & McGrath, J. (2010). *Maternal Attitudes Related to Infant Feeding and Breastfeeding Behaviors in Taiwan*. Recuperado el 06 de Noviembre de 2014, de VCU Theses and Dissertations. Paper 2081.: <http://scholarscompass.vcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3080&context=etd>

Khassawneh M. et al. (2006). *Knowledge, attitude and practice of breastfeeding in the north of Jordan: a cross-sectional study*. Obtenido de International Breastfeeding Journal 2006, 1:17: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/pdf/1746-4358-1-17.pdf>

Khatun, S., Punthmatharith, B., & Orapiriyakul, R. (2010). *The Influence of Breastfeeding Attitude and Subjective Norm on Intention to Exclusive Breastfeeding of Mothers in Dhaka, Bangladesh*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2014, de The 2nd International Conference on Humanities and Social Sciences. April 10th, 2010 Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University: <http://tar.thailis.or.th/bitstream/123456789/942/1/011.pdf>

La Gaceta. (2012). *Varias actividades por la semana de la lactancia materna*. Obtenido de La Gaceta: <http://lagaceta.com.ec/index.php/noticias/latacunga/4973-varias-actividades-por-la-semana-de-la-lactancia-materna>

La Liga de la leche materna. (2012). *Información en Español*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2014, de <http://www.llli.org/ecuador.html>

Leguizamón, J., López, D., & Mendía, K. (2014). *“Factores que impiden la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida en el Subcentro de salud El Valle. Cuenca, 2013”*. Recuperado el 30 de Agosto de 2014, de Repositorio de Universidad de Cuenca: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5546/1/TESIS.pdf>

Leung, T., Tam, W., Hung, E., Fok, T., & Wong, G. (2003). *Sociodemographic and atopic factors affecting breastfeeding intention in Chinese mothers*. Recuperado el 06 de Noviembre de 2014, de J Paediatrics Child Health 2003; 39:460-464: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1754.2003.00189.x/abstract>

López, P., Arévalo, B., Carrero, R., & Martínez, J. (2000). *La lactancia natural o materna: conceptos básicos y trascendencia actual*. Recuperado el 17 de Mayo de 2014, de Revista de Medicina General y Familia: <http://www.mgyf.org/medicinageneral/abril2000/360-369.pdf>

Martínez, J., Rodríguez, L., & de la Paz, C. (2012). *Prevalencia de intención de otorgar lactancia materna y factores asociados*. Recuperado el 19 de Octubre de 2014, de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/33571/1/martineztorresjuana.pdf>

Mazenett, E. (2012). *Factores relacionados con el hábito de lactancia materna en mujeres de 15 a 44 años del distrito de Cartagena*. Recuperado el 24 de Mayo de 2014, de Repositorio de Universidad Nacional de Colombia: <http://www.bdigital.unal.edu.co/9899/1/598037.2012.pdf>

McInnes, R., Love, J., & Stone, D. (2001). *Independent predictors of breastfeeding intention in a disadvantaged population of pregnant women*. Recuperado el 06 de Noviembre de 2014, de BMC Public Health 2001; 1:10: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/1/10>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2011). *Nutrición en Salud. Propuesta para el fortalecimiento Institucional en el área de nutrición en salud*. Recuperado el 30 de Agosto de 2014

Moraes M. et al. (2011). *Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria*. Recuperado el 26 de Diciembre de 2014, de Arch Pediatr Urug 2011; 82(1): 10-17: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v82n1/v82n1a03.pdf>

MSP. (2008). *Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos*. Recuperado el 18 de Enero de 2015, de [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D65.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D65.pdf)



MSP Ecuador. (2008). *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Recuperado el 17 de Junio de 2014, de Biblioteca del Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <http://www.scribd.com/doc/100715489/Plan-Nacional-de-Reduccion-Acelerada-de-la-Mortalidad-Materna-y-Neonatal>

MSP Ecuador. (2012). *Ministerio de Salud, UNICEF y OPS promueven la lactancia materna*. Recuperado el 25 de Agosto de 2014, de <http://www.salud.gob.ec/tag/salud/page/4/>

MSP Ecuador. (2012). *Por la Disminución de la Muerte Materna y Neonatal Proyecto Red Cone Cotopaxi*. Recuperado el 03 de Septiembre de 2014, de Noticias del Gobierno de la República del Ecuador: [http://instituciones.msp.gob.ec/dps/cotopaxi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=264:por-la-disminucion-de-la-muerte-materna-y-neonatal-proyecto-red-cone-cotopaxi-&catid=5:noticias&Itemid=83](http://instituciones.msp.gob.ec/dps/cotopaxi/index.php?option=com_content&view=article&id=264:por-la-disminucion-de-la-muerte-materna-y-neonatal-proyecto-red-cone-cotopaxi-&catid=5:noticias&Itemid=83)

MSP Ecuador. (2013). *Cuatro establecimientos públicos de salud fueron acreditados como “Amigos del Niño”*. Recuperado el 26 de Agosto de 2014, de Noticias del Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <http://www.salud.gob.ec/cuatro-establecimientos-publicos-de-salud-fueron-acreditados-como-amigos-del-nino/>

MSP Ecuador. (2013). *La lactancia materna reduce la mortalidad de los recién nacidos*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/la-lactancia-materna-reduce-la-mortalidad-de-los-recien-nacidos/>

MSP Ecuador/Coordinación Nacional de Nutrición. (2012). *Vigilancia del Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna en Ecuador Informe*. Recuperado el 21 de Agosto de 2014, de <http://www.uide.edu.ec/NOTICIAS/NUTRIOLOGIA/CODIGO-INTERNACIONAL-COMERCIALIZACION-SUCEDANEOS/CODIGO-INTERNACIONAL-COMERCIALIZACION-SUCEDANEOS.pdf>

MSP/Coordinación Nacional de Nutrición. (2011). *Normas para la Implementación y Funcionamiento de lactarios institucionales en los sectores público y privado en el Ecuador*. Recuperado el 20 de Agosto de 2014, de Biblioteca del Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/08/LACTARIOS-INSTITUCIONALES.pdf>

MSP/Coordinación Nacional de Nutrición. (2012). *Creciendo Sano*. Recuperado el 26 de Agosto de 2014, de Biblioteca del MSP: [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/CRECIENDO\\_SANO.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/CRECIENDO_SANO.pdf)

MSP/Coordinación Nacional de Nutrición. (2012). *Normas y protocolos para manejo de bancos de leche humana y para la implementación de la iniciativa Hospital Amigo del niño*. Recuperado el 15 de Septiembre de 2014, de Biblioteca del Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/LA%20LACTANCIA%20MATERNA%20A%20NIVEL%20HOSPITALARIO.pdf>

MSP/Coordinación Nacional de Nutrición. (2013). *Normas y Protocolos de alimentación para niños y niñas menores de 2 años*. Recuperado el 02 de Septiembre de 2014, de Biblioteca del Ministerio de Salud Pública del Ecuador: [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/Alimentacion\\_nino\\_menor\\_2anios.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/Alimentacion_nino_menor_2anios.pdf)

Mutuli, L. (2014). *Applicability of Theory of Planned Behavior in understanding Breastfeeding Intention of Postpartum Women*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2014, de International Journal of Multidisciplinary and Current Research Vol.2 (March-April-2014): <http://ijmcr.com/applicability-of-theory-of-planned-behavior-in-understanding-breastfeeding-intention-of-postpartum-women/>

New Jersey Department of Health. (2014). *Myths and Facts About Breastfeeding*. Obtenido de New Jersey WIC Services: <http://www.state.nj.us/health/fhs/wic/breastfeedingmyth.shtml>

Noticias Chimborazo. (2014). *Terminó semana de promoción de lactancia materna*. Recuperado el 03 de Septiembre de 2014, de Noticias Chimborazo: <http://noticiaschimborazo.blogspot.com/2014/08/termino-semana-de-promocion-de.html>

OMS. (1991). *Innocenti declaration: On the protection, promotion and support of breastfeeding*. Recuperado el 15 de Mayo de 2014, de Ecology of Food and Nutrition Volume 26, Issue 4: [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03670244.1991.9991210#.VD8F9\\_15Md8](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03670244.1991.9991210#.VD8F9_15Md8)

OMS. (2003). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño pequeño*. Recuperado el 24 de Agosto de 2014, de [http://www.unicef.org/ecuador/estrategia\\_mundial\\_para\\_la\\_alimentacion\\_del\\_lactante.pdf](http://www.unicef.org/ecuador/estrategia_mundial_para_la_alimentacion_del_lactante.pdf)

OMS. (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Recuperado el 20 de Mayo de 2014, de [http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf)

OMS. (2013). *Avances y retos de la lactancia materna: Colombia 1970 a 2013. Un recorrido sobre 40 años de experiencias en la aplicación de políticas públicas*. Recuperado el 25 de Mayo de 2014, de Biblioteca Sede de la OPS: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D416.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D416.pdf)

OMS. (2013). *Lactancia materna*. Recuperado el 15 de Mayo de 2014, de Temas de Nutrición: [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)

OMS. (2013). *World health statistics 2013*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2014, de WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2013\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf)

OMS. (2014). *10 datos sobre la lactancia materna*. Recuperado el 10 de Abril de 2014, de <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

OMS/OPS. (2014). *Importancia de la leche materna*. Recuperado el 4 de Abril de 2014, de [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1121:enero-29-2014&Itemid=356](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1121:enero-29-2014&Itemid=356)

OMS/UNICEF. (2007). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche, Materna, OMS/UNICEF, 1981*. Recuperado el 28 de Mayo de 2014, de Biblioteca Virtual de Pediatría Argentina: <http://www.bvspediatria.org.ar/lactancia/codigo.pdf>

OMS/UNICEF. (2008). *Iniciativa Hospital Amigo del Niño*. Recuperado el 2 de Junio de 2014, de Biblioteca Sede OPS: [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourse\\_s3\\_es.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s3_es.pdf)

OPS. (2012). *Apoyo conjunto de OPS y UNICEF al plan estratégico del Consejo Nacional De Lactancia Materna (CONALMA)*. Recuperado el 23 de Agosto de 2014, de Página Web de Organización Panamericana de la Salud: [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=613:apoyo-conjunto-de--ops-y-unicef-al-plan-estratgico-del-consejo-nacional-de-lactancia-materna-conalma&Itemid=360](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=613:apoyo-conjunto-de--ops-y-unicef-al-plan-estratgico-del-consejo-nacional-de-lactancia-materna-conalma&Itemid=360)

OPS. (2013). *MSP destaca la lactancia materna como una política fundamental para la erradicación de la desnutrición infantil*. Recuperado el 25 de Agosto de 2014, de Página Web de Organización Panamericana de la Salud: [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_content&view=article&id=985:m-sp-destaca-lactancia-materna-politica-fundamental-erradicacion-desnutricion-infantil&catid=297:events&Itemid=360](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=985:m-sp-destaca-lactancia-materna-politica-fundamental-erradicacion-desnutricion-infantil&catid=297:events&Itemid=360)

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2001). *Perfiles Nutricionales por Países – ECUADOR*. Recuperado el 18 de Junio de 2014, de FAO: <ftp://ftp.fao.org/ag/agn/nutrition/ncp/ecumap.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Nutrición*. Recuperado el 18 de Mayo de 2014, de Temas de salud de OMS: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

Ortiz, S., & Lara, V. (2013). “*Factores relacionados con la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán en el periodo enero - junio*”. Recuperado el 16 de Septiembre de 2014, de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1996/1/06%20ENF%20525%20TESIS.pdf>

Parry, J. (2011). *Factors affecting exclusive breastfeeding among Hong Kong mothers giving birth in a public hospital*. Recuperado el 07 de Noviembre de 2014, de The University of Hong Kong: <http://hub.hku.hk/bitstream/10722/145757/3/FullText.pdf?accept=1>

Pinilla, E., Domínguez, C., & García, A. (2014). *Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva*. Recuperado el 26 de Diciembre de 2014, de *Enferm. glob., Murcia*, 13(33): 59-70.: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100004&lng=es).

Proyecto ISSANDES/Centro Internacional de la papa. (2013). *Indicadores nutricionales. Fortalecimiento de la innovación agrícola pro-pobre para la seguridad y soberanía alimentaria en la región andina-ISSANDES. Proyecto CIP-EU-IFAD*. Recuperado el 02 de Septiembre de 2014, de [http://192.156.137.121:8080/cipotato/region-quito/congresos/v-congreso-ecuatoriano-de-la-papa/sylvia\\_gallegos.pdf](http://192.156.137.121:8080/cipotato/region-quito/congresos/v-congreso-ecuatoriano-de-la-papa/sylvia_gallegos.pdf)

Robalino, M. (2014). *Criterio 17. 1. Plan Integral de Mejor de la Calidad*. Recuperado el 16 de Enero de 2015, de <http://hospitalriobamba.gob.ec/lotaip/PlanCalidad.pdf>

Sacristán, A., & Lozano, J. (2011). *Rev Pediatr Aten Primaria*. Obtenido de Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León.: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322011000100004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000100004>.

Santisteban, J. (2001). *Curso de Lactancia Materna*. Obtenido de Enlace Hispano Americano de Salud.:

<http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/lactancia%20materna/Clase%20301%20-%202010.htm>

Scott J. et al. (2010). *An investigation of maternal attitudes to breast-feeding in public and breast-feeding duration in four European centres*. Recuperado el 26 de Diciembre de 2014, de Proceedings of the Nutrition Society (2010), 69: [http://www.researchgate.net/publication/259403577\\_An\\_investigation\\_of\\_maternal\\_attitudes\\_to\\_breast-feeding\\_in\\_public\\_and\\_breast-feeding\\_duration\\_in\\_four\\_European\\_centres](http://www.researchgate.net/publication/259403577_An_investigation_of_maternal_attitudes_to_breast-feeding_in_public_and_breast-feeding_duration_in_four_European_centres)

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017. República del Ecuador*. Recuperado el 15 de Junio de 2014, de SENPLADES: <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

Seligson J. et al. (2006). *Auditoría de la democracia: Ecuador 2006*. Recuperado el 26 de Diciembre de 2014, de Editorial CEDATOS/GALLUP International: [https://books.google.com.ec/books?id=znYRP7qo7NIC&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=znYRP7qo7NIC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Shahbar, A. (2014). *Factors associated with breastfeeding in Western of Saudi Arabia*. Recuperado el 25 de Diciembre de 2014, de Massey University Palmerston North: [http://mro.massey.ac.nz/bitstream/handle/10179/5551/02\\_whole.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://mro.massey.ac.nz/bitstream/handle/10179/5551/02_whole.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Silva, G. (2013). *Leche materna y lactancia, siempre actual*. Recuperado el 01 de Junio de 2014, de Sociedad Colombiana de Pediatría: [http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PDF/1\\_leche\\_materna.pdf](http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PDF/1_leche_materna.pdf)

Suárez L. et al. (2012). *Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto*. Recuperado el 24 de Diciembre de 2014, de ENSANUT: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>

Tarrant R. et al. (2010). *The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland*. Recuperado el 06 de Noviembre de 2014, de Public Health Nutr 2010, 13:760-770.: <http://arrow.dit.ie/scschbioart/23/>

Telégrafo, E. (2013). *17 bancos de leche materna, meta para 2015*. Recuperado el 23 de Agosto de 2014, de Diario El Telégrafo: <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/17-bancos-de-leche-materna-meta-para-2015.html>

Tompson, M. (1971). *The convenience of breast feeding*. Recuperado el 28 de Diciembre de 2014, de The American Journal of Clinical Nutrition 24: August 1971, p. 91-92.: <http://ajcn.nutrition.org/content/24/8/991.full.pdf>

UNICEF. (2010). *Declaración de Innocenti, Sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna*. Recuperado el 20 de Mayo de 2014, de UNICEF: <http://www.durga.org.es/webdelparto/unicef.htm>

UNICEF. (2010). *Para la Vida*. Recuperado el 01 de Agosto de 2014, de UNICEF: [http://www.unicef.org/lac/Facts\\_for\\_Life-Book\\_SP\\_04062010\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Facts_for_Life-Book_SP_04062010(1).pdf)

UNICEF Ecuador. (2008). *Tríptico Lactancia Materna, issuu* . Recuperado el 10 de Octubre de 2014, de [http://issuu.com/unicef\\_ecuador/docs/triptico](http://issuu.com/unicef_ecuador/docs/triptico)

Universidad Técnica de Cotopaxi. (2008). *Metodología para el seguimiento y evaluación del plan estratégico de desarrollo institucional y de los planes operativos*. Recuperado el 28 de Enero de 2015, de <http://www.utc.edu.ec/utc3/Portals/0/utc/pdfs/METODOLOG%C3%8DA%20SEGUIMIENTO%20Y%20EVALUACI%C3%93N%20PEDI.pdf>

Van der Wijden, C., Kleijnen, J., & Van den Berk, T. (2009). *Lactational amenorrhea for family planning (Review)*. Recuperado el 01 de 09 de 2014, de Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.: <http://www.bibliotecacochrane.com/pdf/CD001329.pdf>

Velpuri, J. (2004). *Breastfeeding knowledge, and attitudes, beliefs, and intentions regarding breastfeeding in the workplace among students and professionals in health-related fields*. Recuperado el 25 de Diciembre de 2014, de Virginia Polytechnic Institute and State University: <http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-09242004-172258/unrestricted/Dissertation.pdf>

Veneman, A. (2008). *Retomando El Tema De La Lactancia Materna En La Región De América Latina Y El Caribe-Un Compromiso De UNICEF*. Recuperado el 28 de Mayo de 2014, de [http://www.unicef.org/lac/lactancia\\_materna\\_tacro.pdf](http://www.unicef.org/lac/lactancia_materna_tacro.pdf)

Wellstart International. (2013). *Lactation Management Self-Study Modules*., Recuperado el 24 de Diciembre de 2014, de Fourth Edition, Shelburne, Vermont: Wellstart International.: <http://www.wellstart.org/ModuloSPN.pdf>

Wen L. et al. (2009). *Intention to breastfeed and awareness of health recommendations: findings from first-time mothers in southwest Sydney, Australia*. Recuperado el 25 de Diciembre de 2014, de International Breastfeeding

Journal 2009, 4:9:  
<http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/4/1/9>

### **CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASES DE DATOS UTA**

**SPRINGER:** Al-Akour et al. (2010). *Factors affecting intention to breastfeed among Syrian and Jordanian mothers: a comparative cross-sectional study*. Retrieved Octubre 10, 2014, from International Breastfeeding Journal 2010, 5:6: <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/5/1/6>

**SPRINGER:** Amin, R. et al. (2011). *Work related determinants of breastfeeding discontinuation among employed mothers in Malaysia*. Retrieved Octubre 15, 2014, from International Breastfeeding Journal 2011, 6:4: [http://download.springer.com/static/pdf/474/art%253A10.1186%252F1746-4358-6-4.pdf?auth66=1413349248\\_f19](http://download.springer.com/static/pdf/474/art%253A10.1186%252F1746-4358-6-4.pdf?auth66=1413349248_f19)

**INFORMAWORLD:** Bartick, M. (2013). *Breastfeeding and Health: A Review of the Evidence*. Retrieved from Journal of Women, Politics & Policy, 34:4, 317-329. Junio 10, 2014, from <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/1554477X.2013.835651>

**EBSCO:** El-Khedr, S., & Lamadah, S. (2014). *Knowledge, Attitude and Practices of Saudi Women Regarding Breast Feeding at Makkah Al Mukkaramah*. Recuperado el 26 de Diciembre de 2014, de Journal of Biology, Agriculture and Healthcare Vol.4, No.9, 2014: <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JBAH/article/view/12654/12952>

**INFORMAWORLD:** Jelliffea, D., & Jelliffea, E. (2008). *The Preventive Role of Breastfeeding*. Recuperado el 13 de Agosto de 2014, de Prevention in Human Services Volume 5, Issue 1: [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J293v05n01\\_06#.VD8LGfl5Md8](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J293v05n01_06#.VD8LGfl5Md8)

**SPRINGER:** Jessri M. et al. (2012). *Prevalence and Predictors of Infant Feeding Practices in Alberta, Western Canada*. Recuperado el 27 de Diciembre de 2014, de BMC Pediatrics 2013, 13:77: <http://link.springer.com/article/10.1186%2F1471-2431-13-77#page-1>

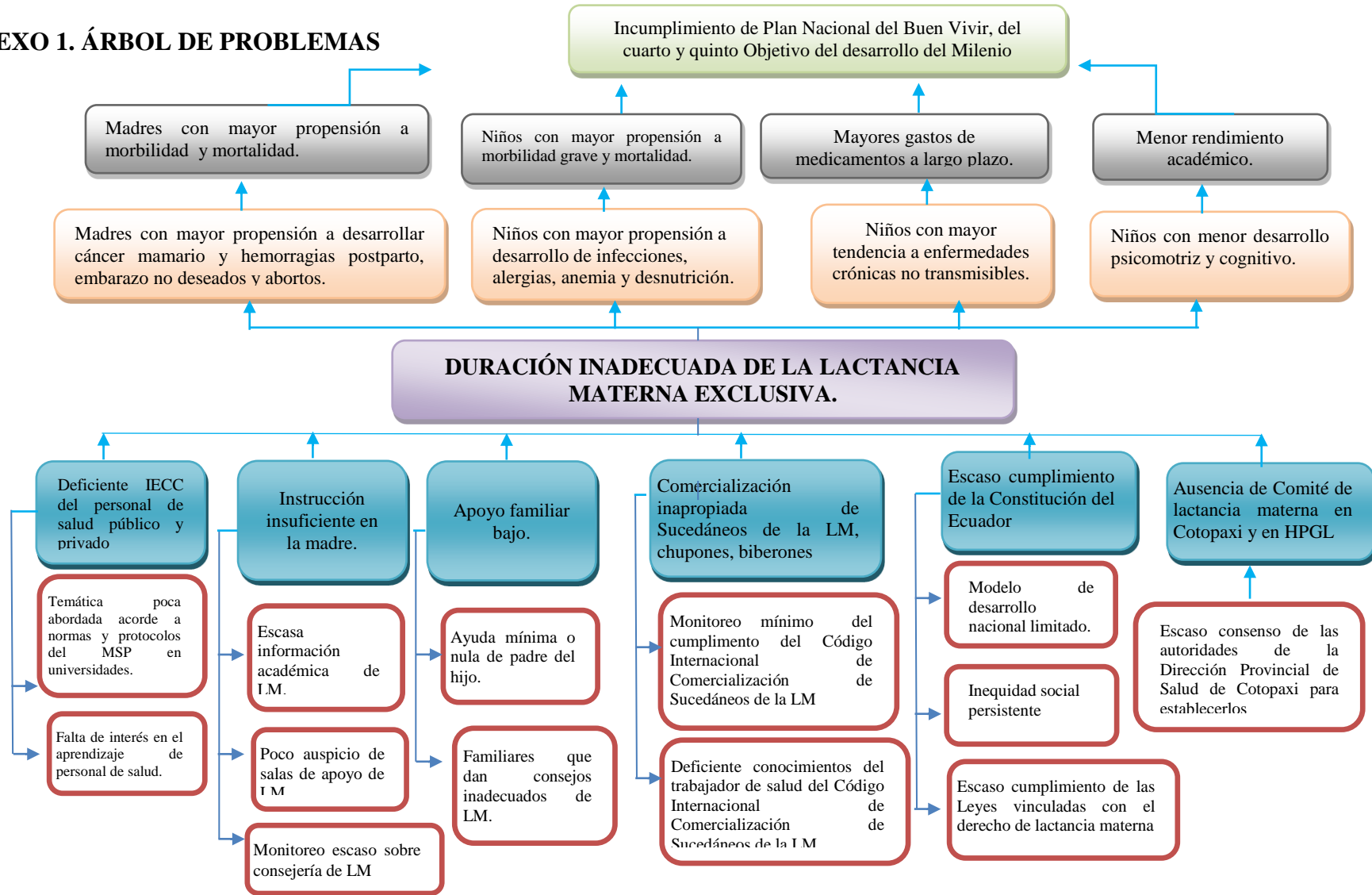
**INFORMAWORLD:** OMS. (1991). *Innocenti declaration: On the protection, promotion and support of breastfeeding*. Recuperado el 15 de Mayo de 2014, de Ecology of Food and Nutrition Volume 26, Issue 4: [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03670244.1991.9991210#.VD8F9\\_15Md8](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03670244.1991.9991210#.VD8F9_15Md8)

**SPRINGER:** Tampah, A., & Kumi, A. (2013). *Determinants of exclusive breastfeeding among*. Recuperado el 11 de Octubre de 2014, de International Breastfeeding Journal 2013, 8:13: [http://download.springer.com/static/pdf/147/art%253A10.1186%252F1746-4358-8-13.pdf?auth66=1413343925\\_2bbaedeb722dec02958e4d110cd14585&ext=.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/147/art%253A10.1186%252F1746-4358-8-13.pdf?auth66=1413343925_2bbaedeb722dec02958e4d110cd14585&ext=.pdf)

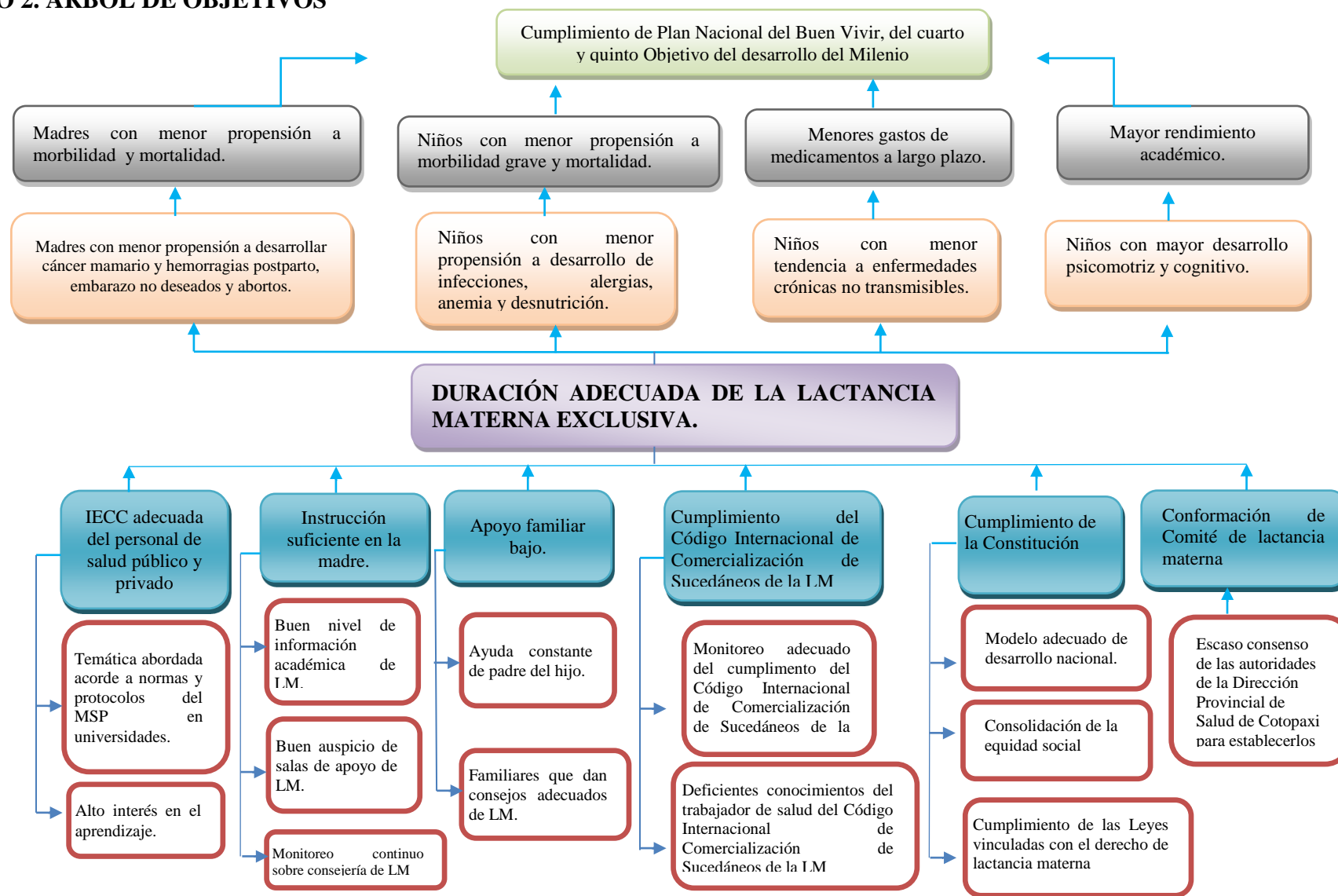


**ANEXOS**

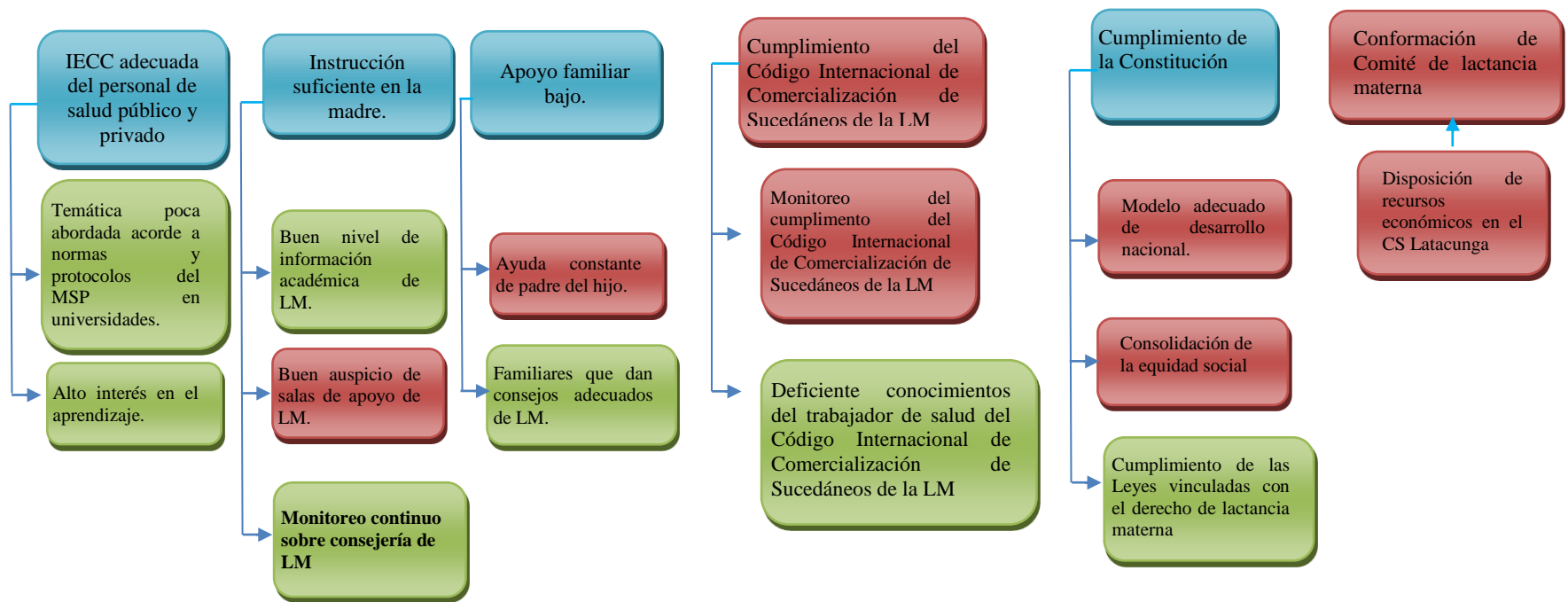
**ANEXO 1. ÁRBOL DE PROBLEMAS**



## ANEXO 2. ÁRBOL DE OBJETIVOS



### ANEXO 3. ÁRBOL DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN



## ANEXO 4. ENCUESTA EJECUTADA EN LA MUESTRA.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

Estimada madre, el presente test tiene como objetivo establecer factores actitudinales relacionados con la intención de otorgar lactancia materna exclusiva, el mismo que es parte del trabajo de investigación que estoy llevando a cabo como requisito previo a la obtención del título de Médico General.

Solicito de la manera más atenta su colaboración y que las preguntas sean contestadas de la manera más SINCERA posible. Se guardará su identidad y datos que usted manifieste.

### DATOS GENERALES:

**Responda para llenar los espacios vacíos según corresponda y marque una sola respuesta con una (X) en las preguntas que tengan opciones:**

1. ¿Qué edad tiene? _____ años cumplidos
2. ¿Con qué grupo étnico se identifica? (1) Mestizos___ (2) Indígenas.____ (3) Negro ___ (4) Blancos. _____ (5) Montubios. _____ (6) Mulatos. _____
3. ¿Hasta qué año o grado estudió? (1) Superior completo ___ (2) Superior incompleto___ (3) Bachiller___ (4) Secundaria incompleta ___ (5) Primaria completa ___ (6) Primaria incompleta ___ (7) Analfabeta _____
4. ¿Cuál es su estado civil actual?(1) Unión libre___ (2) Soltera ___ (3) Casada ___ (4) Divorciada___ (5) Viuda_____
5. ¿Con los ingresos que usted percibe, considera que su situación económica es:? (1) Excelente. ___ (2) Buena. ___ (3) Regular. ___ (4) Mala. ___
6. ¿Cuál es su ocupación? _____
7. ¿Cuántos hijos tiene, incluido el presente? (Paridad) (1) Primer parto. ___ (2) Segundo o más nacimientos. _____
8. ¿Ha dado de lactar anteriormente? (1) Sí ___ (2) No. _____
9. ¿Si usted previamente dio el seno su experiencia fue? (1) Buena ___ (2) Regular. ___ (3) Mala. _____
10. ¿ Por cuál tipo de parto nació su último hijo? (1) Cesárea ___ (2) Parto normal. _____

### FACTORES ACTITUDINALES:

**Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo, encerrando con un círculo el número que se corresponda mejor con su opinión:**

(CD = completamente en desacuerdo, D = desacuerdo, I = indecisa, A = de acuerdo, CA = completamente de acuerdo). Usted puede elegir cualquier número del 1 al 5.

PREGUNTAS:	CD	D	I	A	CA
1.Los beneficios de la leche materna sólo duran hasta que el bebé deja de recibir definitivamente leche materna. *	1	2	3	4	5
2.La alimentación con fórmula láctea (leche de tarro) es más cómoda que la lactancia materna. *	1	2	3	4	5

3. La lactancia materna aumenta el vínculo madre-hijo.	1	2	3	4	5
4. La leche materna es deficiente (pobre) en hierro. *	1	2	3	4	5
5. Los bebés alimentados con fórmula (leche de tarro) son más propensos a ser sobrealimentados(gordos) que los bebés alimentados con leche materna.	1	2	3	4	5
6.La alimentación con fórmula (leche de tarro) es la mejor opción si la madre tiene previsto estudiar o trabajar fuera del hogar. *	1	2	3	4	5
7. Las madres que alimentan con fórmula (leche de tarro) se pierden una de las grandes alegrías de la maternidad.	1	2	3	4	5
8. Las madres no deben amamantar a sus hijos en lugares públicos como restaurantes. *	1	2	3	4	5
9. Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés que son alimentados con fórmula (leche de tarro).	1	2	3	4	5
10. Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados (gordos) que los bebés alimentados con fórmula(leche de tarro). *	1	2	3	4	5
11. Los padres se sienten excluidos(alejados), si una madre amamanta. *	1	2	3	4	5
12. La leche materna es el (mejor) alimento ideal para los bebés.	1	2	3	4	5
13. La leche materna se digiere más fácilmente que la fórmula (leche de tarro).	1	2	3	4	5
14. La fórmula (leche de tarro) es tan saludable para un bebé como la leche materna. *	1	2	3	4	5
15. La lactancia materna es más cómoda que alimentación con fórmula láctea (leche de tarro).	1	2	3	4	5
16. Dar la leche materna es más barato que dar la fórmula (leche de tarro).	1	2	3	4	5
17. Una madre que de vez en cuando bebe alcohol, no debe dar el pecho a su bebé. *	1	2	3	4	5

Los enunciados marcados con un asterisco son marcadores negativos y las puntuaciones de cada elemento se suman. Las puntuaciones más altas indican actitudes más positivas hacia la lactancia.

#### **INTENCIÓN DE OTORGAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:**

■ Usted, ¿ tiene INTENCIÓN de dar el seno materno?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

■ ¿En qué momento PIENSA O PRETENDE retirarle definitivamente el seno materno a su hijo o hija?  
\_\_\_\_\_ Tiempo en meses.

■ ¿Hasta qué mes o momento usted PIENSA O PRETENDE darle SOLO el seno materno? \_\_\_\_\_  
Tiempo en meses.

■ ¿En qué mes usted PIENSA O PRETENDE iniciar alimentos diferentes a la leche materna (aguas aromáticas endulzadas, papillas o purés) a su hijo o hija? \_\_\_\_\_ Tiempo en meses.

*Gracias por su colaboración*

En el caso de los enunciados que están marcados con asterisco fueron invertidos (es decir, 1 = 5, 2 = 4, 4 = 2, 5 = 1), y las puntuaciones de cada elemento se sumarán en conjunto. A continuación se coloca una tabla de interpretación, las puntuaciones más altas indican actitudes más positivas hacia la lactancia materna, sin embargo, es sólo una guía como las puntuaciones pueden fluctuar un poco entre los participantes.

**Interpretación:**

<b>Actitud materna</b>	<b>Puntaje</b>
Muy positiva hacia la lactancia materna	<b>81-85</b>
Positiva hacia la lactancia materna	<b>70-80</b>
Indecisa	<b>49-69</b>
Positiva hacia la alimentación con fórmula	<b>38-48</b>
Muy positiva hacia la alimentación con fórmula	<b>17-37</b>

## ANEXO 5. ESCALA INICIAL PREVIA A LA REVISIÓN POR EXPERTOS DEL TEMA.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

Estimada madre, el presente test tiene como objetivo establecer factores actitudinales relacionados con la duración de la lactancia materna exclusiva, el mismo que es parte del trabajo de investigación que estoy llevando a cabo como requisito previo a la obtención del título de Médico General.

Solicito de la manera más atenta su colaboración y que las preguntas sean contestadas de la manera más SINCERA posible. Se guardará su identidad y datos que usted manifieste.

### DATOS GENERALES:

**Responda llenando en los espacios vacíos según corresponda y marque una sola respuesta con una (X) en las preguntas que tengan opciones:**

1. ¿Qué edad tiene? _____
2. ¿Con qué grupo étnico se identifica? (1) Mestizos___ (2) Indígenas.___ (3) Afroecuatorianos ___ (4) Blancos. ___ (5) Montubios. ___ (6) Mulatos. ___
3. ¿Hasta qué año o grado estudió? (1) Superior completo ___ (2) Superior incompleto___ (3) Bachiller___ (4) Secundaria incompleta ___ (5) Primaria completa ___ (6) Primaria incompleta ___ (7) Analfabeta ___
4. ¿Cuál es su estado civil actual?(1) Unión libre___ (2) Soltera ___ (3) Casada ___ (4) Divorciada ___ (5) Viuda___
5. ¿Con los ingresos que usted percibe, considera que su situación económica es? : (1) Excelente. ___ (2) Buena. ___ (3) Regular. ___ (4) Mala. ___
6. ¿Cuál es su ocupación? _____
7. ¿Cuántos hijos tiene, incluido el presente? (Paridad) (1) Primer parto. ___ (2) Segundo o más nacimientos. ___
9. ¿Cuál es el sexo del bebé? (1) Femenino. ___ (2) Masculino. ___
8. ¿Ha dado de lactar anteriormente? (1) Sí ___ (2) No. ___
10. ¿Por cuál tipo de parto nació su último hijo? (1) cesárea ___ (2) parto céfalo-vaginal. ___

### FACTORES ACTITUDINALES:

#### ESCALA DE MEDICIÓN DE ACTITUDES DE ALIMENTACIÓN INFANTIL ADAPTADA AL ESPAÑOL DE IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE (IIFAS).

**Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo, encerrando con un círculo el número que se corresponda mejor con su opinión:**

(MD = muy desacuerdo, D = desacuerdo, I = indecisa, DA = de acuerdo, MA = muy de acuerdo). Usted puede elegir cualquier número del 1 al 5.

La escala ha sido traducida al español, cuidando el sentido de cada afirmación y adaptando el sentido de ciertas palabras al contexto ecuatoriano.

PREGUNTAS:	MD	D	I	A	MA
1. Los beneficios de la leche materna sólo duran hasta que el bebé deja de recibir definitivamente leche materna. *	1	2	3	4	5

2. La alimentación con fórmula láctea es más cómoda que la lactancia materna. *	1	2	3	4	5
3. El amamantamiento aumenta el vínculo madre-hijo.	1	2	3	4	5
4. La leche materna es deficiente en hierro. *	1	2	3	4	5
5. Los bebés alimentados con fórmula son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con leche materna.	1	2	3	4	5
6. La alimentación con fórmula es la mejor opción si la madre tiene previsto estudiar o trabajar fuera del hogar. *	1	2	3	4	5
7. Las madres que alimentan con fórmula se pierden una de las grandes alegrías de la maternidad.	1	2	3	4	5
8. Las madres no deben amamantar a sus hijos en lugares públicos como restaurantes. *	1	2	3	4	5
9. Los bebés alimentados con leche materna son más sanos que los bebés que son alimentados con fórmula.	1	2	3	4	5
10. Los bebés alimentados con leche materna son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés alimentados con fórmula. *	1	2	3	4	5
11. Los padres se sienten excluidos, si una madre amamanta. *	1	2	3	4	5
12. La leche materna es el alimento ideal para los bebés.	1	2	3	4	5
13. La leche materna se digiere más fácilmente que la fórmula.	1	2	3	4	5
14. La fórmula es tan saludable para un bebé como la leche materna. *	1	2	3	4	5
15. La lactancia materna es más cómoda que alimentación con fórmula láctea.	1	2	3	4	5
16. Dar la leche materna es más barato que dar la fórmula.	1	2	3	4	5
17. Una madre que de vez en cuando bebe alcohol, no debe dar el pecho a su bebé. *	1	2	3	4	5

Los enunciados marcados con un asterisco son marcadores negativos y las puntuaciones de cada elemento se suman. Las puntuaciones más altas indican actitudes más positivas hacia la lactancia.

#### INTENCIÓN DE OTORGAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:

1. Señora, usted tiene **INTENCIÓN** de otorgar lactancia materna o pecho materno.

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

2. En caso de respuesta positiva, durante que tiempo **PIENSA O PRETENDE** otorgarle lactancia materna a su hijo o hija \_\_\_\_\_ Tiempo en meses.

3. ¿En qué momento piensa usted que le puede otorgar **LECHE ENTERA** como leche de vaca, leche líquida de bote o leche en polvo? Favor de anotar en que mes o momento. \_\_\_\_\_

4. ¿En qué mes piensa usted iniciar a otorgarle **PAPILLAS** a su hijo o hija? \_\_\_\_\_

PREGUNTAS:	MD	D	I	DA	MA
5. Considera adecuado dar el seno materno <b>EXCLUSIVO</b> hasta los 6 meses de edad.	1	2	3	4	5
6. Considera adecuado añadir otros alimentos junto a la leche materna antes de los 6 meses de edad.	1	2	3	4	5

*Gracias por su colaboración*



## **ANEXO 6. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente documento manifiesto mi voluntad de participar en la investigación: **“FACTORES ACTITUDINALES RELACIONADOS CON LA INTENCIÓN DE OTORGAR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA”**, realizada por el Sr. John Patricio Romero Cevallos, egresado de la Carrera de Medicina de la Universidad Técnica de Ambato.

Habiendo sido informada, conozco en detalle del propósito y objetivo de la misma, se me ha explicado que mi nombre será mantenido en secreto y que los resultados serán confidenciales y podrán ser publicados.

He podido hacer las preguntas que me han permitido aclarar mis dudas y conozco que puedo retirarme de él en cualquier momento.

Firma: \_\_\_\_\_

Por tanto, doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Fecha: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 7. THE IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE**

La Escala Iowa de Actitud a la alimentación Infantil (IIFAS; de la Mora, Russell, Dungy, Losch, y Dusdieker, 1998) se puede utilizar para medir las actitudes maternas hacia métodos de alimentación infantil (por ejemplo, la lactancia materna, la alimentación con fórmula). La escala fue diseñada para cubrir las diversas dimensiones de la alimentación infantil.

Por ejemplo, las preguntas fueron escritas en relación con los costos de la alimentación infantil (por ejemplo, "La alimentación con fórmula es más caro que la lactancia materna"), la nutrición (por ejemplo, "la leche materna es el alimento ideal para los bebés"), la comodidad (por ejemplo, " la lactancia materna interfiere con la relación de una pareja sexual "), y la unión con el bebé (por ejemplo, " el amamantamiento aumenta el vínculo madre-hijo "). Se les pide a los encuestados que indicaran el grado en que están de acuerdo con cada afirmación, en una escala Likert de cinco puntos que van desde "muy en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo."

La escala consta de 17 afirmaciones, con artículos redactados de manera que aproximadamente la mitad de las preguntas son favorables a la lactancia materna y las preguntas restantes favorables hacia la alimentación con fórmula. Estas puntuaciones se calculan entonces de manera que una puntuación alta refleja una preferencia por la lactancia materna.

Los estudios realizados por de la Mora et al. (1998) apoyan la fiabilidad y validez de los IIFAS en la evaluación de las actitudes hacia los métodos de alimentación infantil. **El IIFAS parece ser muy fiable, con un alfa de Cronbach que van desde 0,85 hasta 0,86.** La escala también parece proporcionar una evaluación válida de las actitudes hacia el método de alimentación infantil. Era capaz de diferenciar entre las mujeres que planeaban dar el pecho a sus bebés contra las mujeres que planeaban fórmula a sus hijos.

### THE IOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE

**1. Part I :**For each of the following statements, please indicate how much you agree or disagree by circling the number that most closely corresponds to your opinion (1= strong disagreement, 2=disagreement, 3= neutral, 4=agreement, 5= strong agreement). You may choose any number from 1 to 5.

<b>PREGUNTAS:</b>	<b>SD</b>	<b>D</b>	<b>N</b>	<b>A</b>	<b>SA</b>
1. The nutritional benefits of breast milk last only until the baby is weaned from breast milk.*	1	2	3	4	5
2. Formula-feeding is more convenient than breast-feeding.*	1	2	3	4	5
3. Breast-feeding increases mother-infant bonding.	1	2	3	4	5
4. Breast milk is lacking in iron.*	1	2	3	4	5
5. Formula-fed babies are more likely to be overfed than are breast-fed babies.	1	2	3	4	5
6. Formula-feeding is the better choice if a mother plans to work outside the home.*	1	2	3	4	5
7. Mothers who formula-fed are miss out one of the great joys of motherhood.	1	2	3	4	5
8. Mothers should not breast-feed in public places such as restaurants.*	1	2	3	4	5
9. Babies fed breast milk are healthier than babies who are fed formula.	1	2	3	4	5
10. Breast-fed babies are more likely to be overfed than are formula-fed babies.*	1	2	3	4	5
11. Fathers feel left out if a mother breast-feeds. *	1	2	3	4	5
12. Breast milk is the ideal food for babies	1	2	3	4	5
13. Breast milk is more easily digested than formula.	1	2	3	4	5
14. Formula is as healthy for an infant as breast milk. *	1	2	3	4	5
15. Breast-feeding is more convenient than formula feeding.	1	2	3	4	5
16. Breast milk is less expensive than formula.	1	2	3	4	5
17. A mother who occasionally drinks alcohol, should not breast-feed her baby.*	1	2	3	4	5

Items marked with asterisks are reverse-scored and the scores for each item are then summed. Higher scores indicate more positive attitudes towards breast-feeding.

**Scoring:** Items that are asterisked should be reversed (i.e., 1=5, 2=4, 4=2, 5=1), and the scores for each item then summed together.

The following is a guide for interpreting scores, higher scores indicate more positive attitudes toward breast-feeding, however, it is only a guide as the scores can fluctuate somewhat between participants.

**Interpretation:**

<b>Attitudes:</b>	<b>Score:</b>
Very Positive toward breast-feeding	<b>81-85</b>
Positive toward breast-feeding	<b>70-80</b>
Neutral	<b>49-69</b>
Positive toward formula-feeding	<b>38-48</b>
Very Positive toward formula-feeding	<b>17-37</b>

**Fuente:** (de la Mora A. , 1998)

## **2. Part II : Demographic information**

1. Age
2. Education (1) senior high school or lower (2) college (3) university (4) graduate or above.
3. Marital status (1) married (2) divorced or separated (3) single.
4. Family annual income refers to the total parental income per year (1) below 400,000 (2) 400,000-600,000 (3) 600,001-1,000,000 (4) more than 1,000,000.
5. Employment status (1) return to work after maternity leave (2)do not work.
6. Parity (1) first birth (2) second birth (3) third or higher birth.
7. Baby sex (1) female baby (2) male baby
8. Previous breastfeeding (1) yes (2) no.
9. If you have previous breastfeeding, please answer this question the previous breastfeeding experience (1) good (2) not good
- 10.** Method of delivery (1) cesarean section (2) vaginal delivery.

**Fuente:** (Ju Ho. & McGrath, 2010)

**ANEXO 8. TEORÍA DE MODELO DE LA CONDUCTA PLANIFICADA.**

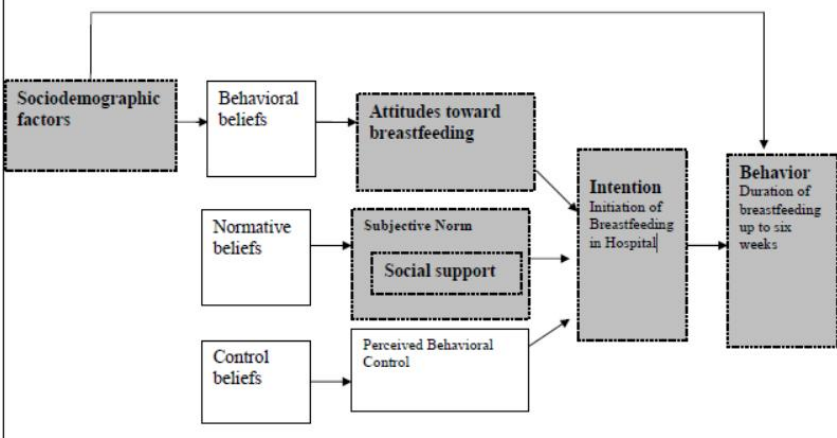


Figure 1. A modification of the theory of planned behavior model for breastfeeding intention (Ajzen, 1991).

**Fuente:** (Ju Ho. & McGrath, 2010)

## ANEXO 9. FORMULARIO DE REGISTRO DE ACTIVIDADES PARA CONSEJERÍA DE LACTANCIA MATERNA

### ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_ FECHA DE MEDICIÓN: (día) \_\_\_\_\_ / (mes) \_\_\_\_\_ / (año) \_\_\_\_\_

RESPONSABLE DE APLICAR HOJA GUÍA: \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIVO:**

Por favor, marque con una (X) sobre el casillero que corresponde, de acuerdo si se explicó o no sobre los siguientes actividades en consejería de la lactancia materna.

**CONSEJERÍA DE LA LACTANCIA MATERNA:**

INDICADORES:	SÍ	NO
1. Sobre la edad adecuada para la duración total de la lactancia materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A los cuántos meses usted debe dar solamente leche materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A qué edad se debe darle a su niño otros alimentos, junto con la leche materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sobre los beneficios de leche materna, a corto y largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sobre que la leche materna es superior a la leche artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si la madre trabaja o estudia, se puede extraer manualmente la leche materna, para evitar usar leche artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Para no tener poca cantidad de leche, se debe darle el seno a libre demanda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si el niño duerme mucho tiempo, más allá de las 2 horas se le debe estimular con cosquilleos para despertarlo y proceder a darle el seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Si hay problemas que no permiten dar el seno adecuadamente en los días posteriores al alta, se debe pedir ayuda en el centro de salud más cercano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Una madre debe evitar consumir tabaco, alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Consumir mínimamente colas, refrescos artificiales, té, café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Si el bebé se enferma con gripe, resfriados o diarreas; se debe seguir dando el seno a libre demanda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Se le brindó consejería práctica de la lactancia materna y de las dificultades de la lactancia materna que aparezcan si amerita. Es importante ver que haya una buena técnica por 4 minutos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Se le explicó que si no presenta dolor al lactar existe una técnica adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>







## ANEXO 11. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

