

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

DETERMINANTES MATERNOS ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA
LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD EN EL HOSPITAL
INFANTIL DOCTOR ROBERT REID CABRAL.
OCTUBRE 2018 - SEPTIEMBRE 2019.



Trabajo de grado presentado por Jatna Vidal y Nilsa Espinosa
para optar por el título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional: 2019

CONTENIDO

Agradecimientos.....	
Dedicatoria.....	
Resumen.....	
Abstract.....	
I. Introducción.....	102
I.1. Antecedentes.....	13
I.2. Justificación.....	18
II. Planteamiento del problema.....	19
III. Objetivos.....	20
III.1. General.....	20
III.2. Específicos.....	20
IV. Marco teórico.....	21
IV.1. Lactancia materna.....	21
IV.1.1. Historia.....	22
IV.1.2. Definición.....	23
IV.1.3. Epidemiología.....	23
IV.1.4. Clasificación.....	24
IV.1.5. Fisiología.....	25
IV.1.6. Composición de la leche materna.....	26
IV.1.7. Constituyentes de la leche humana con otras funciones.....	27
IV.1.8. Características de la leche materna.....	28
IV.1.9. Técnicas para la lactancia materna.....	29
IV.1.10. Posiciones para la lactancia materna.....	30
IV.1.11. Indicaciones médicas mayores para la sustitución de la lactancia materna.....	31
IV.1.12. Factores asociados al abandono de la lactancia materna.....	33
IV.1.13. Lactancia materna en la Republica Dominicana.....	37
V. Operacionalización de las variables.....	39
VI. Material y métodos.....	41
VI.1. Tipo de estudio.....	41

VI.2. Área de estudio	41
VI.3. Universo	41
VI.4. Muestra	41
VI.5. Criterios	42
VI.5.1. De inclusión.....	42
VI.5.2. De exclusión.....	42
VI.6. Instrumento de recolección de datos.....	42
VI.7. Procedimiento	42
VI.8. Tabulación.....	43
VI.9. Análisis	43
VI.10. Aspectos éticos	43
VII. Resultados.	45
VIII. Discusión.....	60
IX. Conclusión	62
X. Recomendaciones.....	63
XI. Referencias	64
XII. Anexos.....	70
XII.1. Cronograma.....	70
XII.2. Instrumento de recolección de datos.....	71
XII.3. Consentimiento informado.....	74
XII.4. Costos y recursos	76
XII.5. Evaluación.....	77

AGRADECIMIENTOS

Al lograr esta meta quisiera agradecer a:

En primer lugar a Dios, por siempre estar junto a mí, por permitirme llegar a esta etapa de mi carrera, nunca abandonarme en ningún momento, llenarme de fuerzas en los momentos más débiles y ayudarme a siempre seguir adelante.

A mis padres, Jesús Vidal y Dionisia Báez, por ayudarme a ser todo lo que soy ahora, darme un amor incondicional, por siempre creer en mí, nunca dejarme caer, por enseñarme a luchar por mis metas y deseos, por siempre estar ahí para mí, por ser esos grandes padres que tanto amo.

A mis hermanos, Jorge Vidal e Iván Vidal, por apoyarme en cada decisión, por siempre estar conmigo y confiar en mí.

A mi compañera de tesis, Nilsa Espinosa, por siempre estar ahí, por darme ánimos en todo momento, por siempre preocuparte por mí y por ser una gran amiga.

A Thanyoel Marmolejos, por siempre ayudarme a no rendirme, por estar pendiente de cada paso que doy, por creer en mí y por todo el apoyo que siempre me brinda.

A mis grandes amigas, Lisbeth Martínez, Emely Aguilera, Maria García, Julissa Villanueva, Kimberly Vásquez y Johandry Rodríguez, por estar conmigo en toda esta etapa, por darme esas amistades incondicionales y por siempre creer en mí.

A mis amigos tanto de la carrera como fuera de la carrera, por todo el apoyo que me han dado.

A mi amiga la Dra. Ana de la Cruz, por ayudarnos con este trabajo siempre que teníamos alguna duda, por ser una amiga tan buena.

A mis asesores, Dra. Luz Jiménez, Dra. Gladys Cerda, Dr. Rubén Darío Pimentel y Dra. Jeanette Báez, por brindarnos su tiempo y colaboración.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, por permitirnos ser los profesionales del mañana. Como también a todos nuestros profesores, por todas las enseñanzas que nos han inculcado y que sacaremos fruto.

Al personal del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral por abrirnos sus puertas y dejarnos realizar nuestra investigación.

A todas las personas que han estado presente en esta etapa tan importante para mí y siempre han confiado en mí.

Jatna Paola Vidal Báez

Al concluir este trabajo, quisiera agradecer a varias personas que de una forma u otra colaboraron con este fin.

A Dios, por su bondad infinita, porque a pesar de mis errores siempre tenía una solución para mí, aunque en el momento fuese difícil entenderlo, por ser el guiador de mis caminos, por hacerme entender que sin el nada puedo hacer y que todo debo entregarlo en sus manos si quiero que me salga bien.

A mi madre, por ser mi mano derecha, mi proveedora sin pedirme nada, mi consoladora en momentos de desesperación, gracias por forjar en mí el carácter de una joven que ame y busque de Dios y hacerme entender que los planes de él son mejores que los míos, por siempre querer lo mejor para mí, aunque eso implique sacrificio, eres digna de admiración y de orgullo.

A mi hermano, por siempre apoyarme, aconsejarme y llevarme a tomar las mejores decisiones a pesar de que en el momento no fueran de mi agrado, por siempre creer en mí y ser el verdadero ejemplo de un hermano mayor, eres mi modelo a seguir, sin darte cuenta me has enseñado tanto.

A mis tíos, por siempre estar presentes, y mucho más cuando les he necesitado, gracias por toda su ayuda y compromiso.

A mi compañera de tesis y mejor amiga, Jatna Vidal gracias por acompañarme en este camino tan largo y difícil, por hacer todo esto más fácil, por siempre empujarme cuando me sentía que no podía más. Por creer en mi aun cuando yo perdía la esperanza. Gracias por tu amistad tan honesta. Y por mostrarme el verdadero significado de la amistad a través de los años.

A mis buenas amigas de la carrera Kimberly Vásquez, María García, Lisbeth Martínez, Johandry Rodríguez, Gabriela Guzmán, Emely Aguilera, por todo el apoyo mutuo, por sacar lo mejor de cada una siempre, por las palabras de aliento en los momentos más difíciles, y por todos los momentos vividos que para siempre recordare.

A mi amiga Dra Ana de la cruz, por ofrecer de su tiempo para ayudarnos, por ser de buena ayuda y la vez subirnos el ánimo.

A todos mis amigos en general que de una forma u otra creyeron en mí y mi capacidad para lograr lo que me propongo.

A mis asesores, Dra. Mireya Jiménez, Dra. Gladys Cerda, Dr. Rubén Dario y Dra. Jeanette Báez, por ofrecerme sus conocimientos y poder hacer de este trabajo de investigación un aporte para nuestra sociedad de hoy en día.

Al Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral y a todo su personal, por las facilidades y brindarnos la ayuda necesaria para lograr este trabajo de investigación.

A las Secretarías de la Escuela de medicina y Ciencias de la Salud, Ángela, Ivelisse y Dorcas por su ayuda sin límite y su orientación.

A la Universidad Pedro Henríquez Ureña, por abrirme las puertas y brindarme los conocimientos a través de su diferente docente.

Nilsa Espinosa Agramonte

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado en primer lugar a Dios, por permitirme estar aquí, por no dejarme caer y mantenerme siempre firme, porque sin él esto no sería posible, por siempre estar conmigo y guiarme en sus pasos.

A mi padre, Jesús Vidal, por siempre creer en mí, siempre apoyarme, a enseñarme a siempre dar lo mejor de mí, a nunca rendirme no importa que tan difíciles sean los obstáculos, por enseñarme a siempre seguir mis sueños.

A mi madre, Dionisia Báez, por darme ese amor incondicional que siempre me ha dado, por siempre confiar en mí, a darme ánimos cuando más lo he necesitado y por darme su apoyo en todo momento.

A mis hermanos, Jorge Vidal e Iván Vidal, por darme su apoyo y creer en mí y en que puedo lograr mis metas, al igual como sé que ellos la podrán cumplirla.

A toda mi familia, por apoyarme en cada paso que doy y por darme todo su cariño.

Jatna Paola Vidal Báez

A Dios por acompañarme durante mi carrera, porque sin el nada fuese posible. Por siempre hacerme saber que está ahí para mí aun cuando yo dudaba, por mostrarse a través de cada prueba que enfrente y hacerme aprender de cada una de ellas.

A mi Madre Mayra Ivelisse Agramonte, mi ejemplo a seguir de una verdadera madre que lo entrega todo por los suyos, espero algún día poder devolverle todas las innumerables cosas que ha hecho por mí.

A mi hermano, Nelson Espinosa porque a pesar de la distancia me ha enseñado que nada en la vida es fácil y que todo se gana con esfuerzo.

A mi abuela Milagros Pérez (que en paz descanse) te la dedico a ti mama, tu eres mi inspiración de querer ser una buena doctora geriatra, sé que estarías muy orgullosa de este gran logro, por ti me he vuelto más curiosa en la medicina y por eso quiero ser una buena doctora.

A mi familia Agramonte, a cada a cada uno de ellos, por siempre sacar lo mejor de mí y apoyarme cuando más los necesitaba, ustedes son mi motor.

Nilsa Espinosa Agramonte

RESUMEN

Introducción: La leche materna es el alimento natural producido por la madre para alimentar al recién nacido durante los primeros 6 meses de vida, está a la vez posee innumerables beneficios tanto inmunológicos, nutricionales y psicológicos. Existen diferentes factores sociales y maternos que pueden influir en este acto. En nuestro país se ha visto según los últimos datos registrados, como ha habido una tendencia al abandono de esta práctica, lo que se ha vinculado con el estado nutricional de los niños, sus riesgos de enfermedad y la muerte. **Objetivo:** Identificar los determinantes al abandono de la lactancia materna en niños menores de un año de edad en el hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Octubre 2018 – Septiembre 2019. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de recolección prospectiva que se llevó a cabo en la consulta externa del Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, Distrito Nacional, República Dominicana. Se obtuvo un muestreo no probabilístico aleatorio de 400 madres de lactantes menores de 1 año de edad. La recolección de la información se realizó a través de un formulario integrado por preguntas abiertas y cerradas a las madres que acudieron a la consulta en el periodo de estudio. **Resultados:** El abandono de la lactancia materna fue más frecuente en mujeres de edad fértil entre 21-25 años. El 43 por ciento de las madres está soltera. Predomina la escolaridad secundaria. Fueron ama de casa en un 46.2 por ciento de las mujeres. El 51.2 por ciento procede de la zona rural. En cuanto a la edad del niño el 37 por ciento de los niños que acudieron a la consulta tenían 10-12 meses. El 73.8 por ciento de las madres actualmente amamantan. Hubo un inicio temprano de la ablactación con un predominio en las primeras horas de vida. El 53.5 por ciento de los bebés consumieron fórmula en el hospital antes de la de alta. La lactancia mixta predominó sobre la exclusiva con un 68.2 por ciento. El principal motivo de abandono de la lactancia materna por rechazo del seno. **Conclusión:** En nuestro estudio los determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia fueron la edad de la madre y la escolaridad.

Palabras claves: Lactancia materna, lactancia exclusiva, ablactación.

ABSTRACT

Introduction: Breast milk is the natural food produced by the mother to feed the newborn during the first 6 months of life, it is also has many immunological, nutritional and psychological benefits. There are different social and maternal factors that can influence this act. In our country, it has been seen according to the latest recorded data, as there has been a tendency to abandon this practice, which has been linked to the nutritional status of children, their risks of disease and death. **Objective:** Identify the determinants of abandonment of breastfeeding in children under one year of age at the Dr. Robert Reid Cabral Children's Hospital. October 2018 – September 2019. **Material and Methods:** An observational, descriptive and transversal study of prospective collection was carried out in was carried out in the outpatient clinic of the Doctor Robert Reid Cabral Children's Hospital, Distrito Nacional, Dominican Republic. A random non-probabilistic sample of 400 mothers of infants under 1 year of age was obtained. The information was collected through a form composed of open and closed questions to the mothers who attended the consultation during the study period. **Results:** The abandonment of breastfeeding was more frequent in women of childbearing age between 21-25 years. 43 percent of mothers are single. High school education predominated. They were housewife in 46.2 percent of women. 51.2 percent comes from the rural area. As for the age of the child, 37 percent of the children who attended the consultation were 10-12 months old. 73.8 percent of mothers currently breastfeed. There was an early onset of ablactation with predominance in the first hours of life. 53.5 percent of babies consumed formula in the hospital before discharge. Mixed breastfeeding predominated over exclusive with 68.2 percent. The main reason for abandoning breastfeeding due to breast rejection.

Conclusion: In our study, the maternal determinants associated with the abandonment of breastfeeding were the mother's age and schooling.

Keywords: breastfeeding, exclusive breastfeeding, ablactation.

I. INTRODUCCIÓN

La leche de la madre es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida y se adapta en cada momento a sus necesidades. Proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo adaptándose perfectamente a su función digestiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría y otras entidades de prestigio recomiendan alimentación exclusiva con leche materna hasta los 6 meses y después complementarla progresivamente con otros alimentos hasta los 2 años o más. ¹

La leche materna posee innumerables beneficios tanto inmunológicos, nutricionales y psicológicos, para el bebé como ventajas también para la madre, tanto es su valor que hasta el momento no existe producto alguno que iguale su importancia. Pero el mencionado acto natural se ve atentado por factores sociales y maternos que influyen en que cada vez más madres cesan de amamantar a sus niños. ²

Durante el pasado siglo, las tasas de lactancia disminuyeron drásticamente en todo el mundo, especialmente en los países desarrollados. Aunque desde los años 90 existe una tendencia hacia la mejora de la tasa de lactancia materna en muchas regiones del mundo, actualmente pocas mujeres amamantan de forma exclusiva durante los primeros meses posparto y muchas abandonan precozmente la lactancia materna, incluso en sociedades donde esta sigue la norma.

Tanto en países en desarrollo como en los industrializados, una menor duración en la lactancia materna exclusiva o el abandono prematuro de la lactancia implican un aumento significativo del riesgo de enfermedades infecciosas y crónicas relacionadas con la lactancia artificial. ³

Los últimos datos de lactancia materna registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013 indican la proporción de niños que estaban lactando al momento de la encuesta, el cual disminuye rápidamente con la edad: de 87 por ciento entre los niños menores de 2 meses al 52 por ciento entre los niños de 6 a 8 meses. Entre los niños de 12 a 23 meses, sólo el 25 por ciento está recibiendo

lactancia materna. La lactancia exclusiva, recomendada durante los primeros seis meses de vida, sólo es recibida por el 7 por ciento, con 10 por ciento en los de 0 a 3 tres meses. Aún entre los niños menores de 2 meses, apenas un 12 por ciento lactan exclusivamente. A causa de esta tendencia, la alimentación complementaria se inicia a edades muy tempranas para la gran mayoría de los niños dominicanos. ⁴

I.1. Antecedentes

González, Hoyos, Torres, Almanza y de León ⁵ en el Policlínico José Luis Dubrocq, de Matanzas, Cuba, de enero 2013 a febrero 2015, realizaron un estudio descriptivo con el propósito de identificar los determinantes del abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias.

La recolección de la información se realizó a través de la revisión de las historias clínicas de los lactantes y de un cuestionario que contó con preguntas claves para el cumplimiento de la investigación a las madres y familiares. La muestra fue de 255 madres con lactantes menores de seis meses, que cumplieron los criterios de inclusión. Las variables estudiadas: tipo de lactancia, edad de abandono de la lactancia materna exclusiva, causas, consecuencias y valoración nutricional.

Los resultados de esta investigación arrojaron que la lactancia artificial fue la más utilizada, con un 57,6 por ciento. La edad de dos meses predominó en el abandono de la lactancia materna, para un 38,4 por ciento. La hipogalactia prevaleció como causa para abandonarla en un 47,1 por ciento. Hubo un 63,2 por ciento de incidencia de enfermedades alérgicas en niños con lactancia artificial, mayor presencia de infecciones respiratorias agudas con un 87,1 por ciento; enfermedades diarreicas agudas con un 51,7 por ciento, y malnutridos el 48,3 por ciento. Se encontró el 63,8 por ciento de niños normopeso con lactancia materna exclusiva.

Pino, López, Medel y Ortega ⁶ en el Centro de Salud Familiar Carlos Díaz Gidi de la comuna de San Javier, Chile, realizaron un estudio no experimental, descriptivo y de cohorte retrospectivo, con el propósito de identificar los factores

que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva. Se encuestaron a 81 madres con hijos entre 6 y 11 meses de edad, y se aplicó un instrumento formado por 11 preguntas cerradas y semiestructurada.

En los resultados se encontró un 56,8 por ciento de destete precoz, siendo las razones más relevantes: hipogalactia (45,7%), enfermedad de la madre e indicación médica con 15,2 por ciento respectivamente, dieron otros motivos laborales con 13 por ciento y sólo 5 madres dieron otros motivos, entre los que destacaron; la inadecuada preparación de las mamas y enfermedad del niño/o.

Manosperta, Ramos, Wechsler, Rossetti, Zappone y Marques;⁷ en el barrio Cárcova, San Martín, Buenos Aires, realizaron un estudio descriptivo, de corte transversal, con el propósito de analizar las causas de abandono de lactancia materna. La población a estudiar fueron mujeres mayores de 10 años que no se encontraban en el periodo de lactancia materna en el momento de realización de la encuesta.

Los resultados arrojaron que después del año de vida del niño, el abandono de lactancia materna fue tan frecuente en madres que trabajan fuera del hogar (n=41) como en las que no lo hacen (n=59). Las madres adolescentes no fueron más propensas a esta conducta. Los motivos más citados para adoptar la decisión fueron: «Dejó sólo» (20%), «No quise darle más» (15%), «Me quedé sin leche» (15%), «El bebé ya era grande» (14%) y «Tuve que salir a trabajar» (14%). En este estudio la edad materna al momento del nacimiento del niño, el nivel de instrucción y la situación laboral no determinaron el abandono de LM.

Oliver Roing⁸ realizó un estudio descriptivo, longitudinal, sobre los factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida, en la ciudad de Elda, Alicante, España. Los datos fueron recolectados mediante entrevista personal durante el primer mes posparto y por teléfono a los cuatro y seis meses siguientes.

Los resultados muestran una asociación con el abandono de la lactancia materna completa (LMC) y de la lactancia materna (LM) con no haber amamantado anteriormente, con LM anterior ≤ 4 meses, y, con una peor valoración de la experiencia anterior. El menor nivel de estudios se relaciona con

un mayor abandono de la LM y los chupetes o suplementos en el hospital con el abandono de la LMC. La educación prenatal es un factor protector para la LMC y la LM. Él concluye que el apoyo a la LM debería intensificarse en las madres: sin experiencia anterior, con experiencia negativa, y, con peor acceso a la información; también debería controlarse el uso de chupetes y suplementos de leche artificial (LA) no indicados.

Por otra parte, Vega ⁹ realizó un estudio transversal, retro-prospectivo sobre factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho, Perú, Septiembre-Noviembre 2015. Este estudio fue realizado con el propósito de conocer los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses.

La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario realizado a la madre. Los resultados hallados muestran que: El 74,7 por ciento de madres con niños menores de 6 meses abandonaron la lactancia materna exclusiva; los factores maternos asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva fueron: edad entre 20-24 años (41,3%), primíparas (41,3%), con adecuado conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (39,3%), ambiente familiar inadecuado (46%), madres con leche insuficiente (47,3%) y dolor al amamantar (17,3%); los factores relacionados al lactante fueron: enfermedades intercurrentes en el lactante (32,7%) y el rechazo de amamantamiento (19,3%) que ocasionaron el abandono de la lactancia materna exclusiva, y el factor laboral asociado al abandono de lactancia materna exclusiva fue la falta de facilidades en el trabajo (38,7%).

Laghi, Yaipen, Risco y Pereyra ¹⁰ en el 2013, en Lima, Perú, realizaron un estudio transversal analítico con el propósito de determinar los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva a madres de lactantes entre 6-24 meses. Se realizó una encuesta, en el cual se preguntó por la edad en la que se suspendió la LME y se definió como abandono si esta fue previa a cumplir los seis meses de edad. Se evaluaron variables sociodemográficas, factores

relacionados a la gestación y parto, así como factores propiamente relacionados a la lactancia.

En los resultados de 109 madres incluidas en el análisis, 85,3 por ciento eran mayores de 18 años y todas presentaban un ingreso económico familiar menor a 250 dólares americanos. Aproximadamente, 70 por ciento abandonó la leche materna exclusiva (LME). Se encontró asociación con ser primípara, presentar problemas con el pezón y que perciban que su hijo se encuentra insatisfecho con la LME.

Medina ¹¹ en el 2018, en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, Republica Dominicana; realizo un estudio descriptivo, de corte transversal, con recolección de datos prospectiva, con el propósito de determinar los factores asociados al abandono de lactancia materna en niños de 6 a 12 meses. La recolección de datos fue realizada por una encuesta que consto de 10 preguntas.

En los resultados, la edad de abandono de la lactancia exclusiva predomino por debajo de los 4 meses de vida de los lactantes. La edad de abandono de la lactancia exclusiva fue de 6 meses de edad en los lactantes en el 22.1 por ciento. Los adolescentes fueron el grupo más vulnerable en el abandono precoz de la lactancia materna. A mayor escolaridad, mayor abandono de lactancia materna. Las madres que laboran mostraron más apego que las ama de casa. Las madres solteras tienden a abandonar la lactancia materna a menor edad del lactante. A mayor cantidad de hijos, mayor adherencia a lactancia materna. La decisión del abandono de la lactancia materna fue de la propia madre. Las infecciones respiratorias fueron los padecimientos más comunes relacionados al abandono de la lactancia materna. En las complicaciones maternas durante la lactancia que influyo en el abandono de la lactancia fue la poca producción percibida por las madres.

Hernández ¹² en el 2014, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Santo Domingo, República Dominicana, realizo un estudio descriptivo, observacional de corte transversal, con recolección de datos prospectiva, con el propósito de determinar las causas de abandono precoz de la lactancia materna. La

recolección de la información se realizó a través de un formulario integrado por preguntas abiertas y cerradas a las madres que acudieron a la consulta en el periodo de estudio.

En los resultados, el abandono de la lactancia materna fue más frecuente en mujeres de edad fértil entre 21-25 años. En cuanto a la edad del niño la más frecuente fue de 6 meses. La duración de la lactancia materna fue hasta los 2 meses en un 22.5 por ciento. La lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes fue solo de 2.5 por ciento. La lactancia mixta predominó sobre la exclusiva en un 60 por ciento. Solo un 45 por ciento no recibió información sobre la lactancia materna. Hubo un inicio temprano de la ablactación con un predominio entre los 2-3 meses. El principal motivo de abandono de la lactancia materna fue la poca producción de leche.

Lizardo, Mejía y Guerrero,¹³ en el 2015, en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, Santo Domingo, República Dominicana, realizaron un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal, con el propósito de determinar los factores relacionados a la suspensión y sustitución de la lactancia materna en niños de 0-12 meses.

A través de un cuestionario aplicado a las madres para la realización del estudio, se obtuvo que el 68.1 por ciento de las madres comprendió edades de 15-26 años, el 34.8 por ciento de las madres entrevistadas no lactaron dentro de los primeros 6 meses. Predominó la lactancia artificial como forma de alimentación en el primer semestre de la vida en los niños. La insuficiente producción de leche y la desconfianza en la efectividad de la misma fueron los principales motivos para no lactar. La edad materna y el nivel de escolaridad fueron los factores maternos que más se relacionaron con el abandono temprano de la lactancia materna exclusiva. Los niños no lactados presentaron en un 42.7 por ciento enfermedades infecciosas, en comparación con los niños lactados, los cuales presentaron 21.5 por ciento. No se hizo evidente una relación importante entre el número de ingresos hospitalarios en los niños y el destete precoz.

I.2. Justificación

La lactancia materna es la mejor opción para alimentar al ser humano desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida de forma exclusiva y además prevenirle de enfermedades infecciosas y de etiología autoinmune, favoreciendo en definitiva la salud del niño y de la madre.

La lactancia natural continua, frecuente y a libre demanda es una medida preventiva importante, ya que el origen de la malnutrición a menudo radica en una lactancia natural inadecuada o interrumpida.

De 50 por ciento a 60 por ciento de la mortalidad en menores de cinco años se debe a la malnutrición causada por alimentos complementarios inapropiados, a la alimentación posterior a una práctica de la lactancia materna inadecuada y al bajo peso al nacer.¹⁴

En la Republica Dominicana así como en el resto del mundo la alimentación al seno materno ha disminuido en las últimas décadas debido a la urbanización, comercialización de los sucedáneos de la leche materna y el aumento de las actividades de las mujeres dentro de las fuerzas productivas del país.

Esta investigación resulta conveniente debido a que es necesario estudiar con más profundidad las causas ya identificadas del abandono precoz de la lactancia materna en nuestra actualidad.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna en República Dominicana disminuye rápidamente con la edad: de 87 por ciento entre los niños menores de 2 meses al 52 por ciento entre los niños de 6 a 8 meses. Entre los niños de 12 a 23 meses, sólo el 25 por ciento está recibiendo lactancia materna. ¹⁵

El abandono precoz de la lactancia materna es una problemática de interés mundial ya que se observa íntimamente relacionada como una causa base hacia el desarrollo de estados mórbidos como la desnutrición, infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas, las cuales encaminan a una mortalidad a temprana edad.

El desarrollo de productos artificiales que intentan homologar la leche materna adjunto a su marketing, el embarazo a temprana edad, el inicio tardío de la lactancia, nivel económico, creencia y mitos culturales, se tornan factores para un desarrollo ineficaz de la lactancia materna. ¹⁶

Por lo anteriormente expuesto y tomando en cuenta la gran importancia de este tema, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral en el periodo Octubre 2018 – Septiembre 2019?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Identificar los determinantes al abandono de la lactancia materna en niños menores de un año de edad en el hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral. Octubre 2018 - Septiembre 2019.

III.2. Específicos

1. Describir las variables sociodemográficas de la madre.
2. Identificar la duración de la lactancia materna.
3. Determinar inicio de la ablactación
4. Identificar uso de lactancia exclusiva, mixta y formulas infantiles
5. Determinar el conocimiento de las madres sobre lactancia materna.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Lactancia materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁷ recomienda ofrecer lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, tiempo en que se inicia la introducción de alimentos seguros y nutritivos mientras la lactancia continua y puede extenderse hasta el segundo año de vida, Durante mucho tiempo el estudio de la lactancia materna era un tópico impreciso e inespecífico; sin embargo, desde la segunda mitad del siglo XX se han realizado avances extraordinarios en la identificación de los requerimientos nutrimentales de los recién nacidos y lactantes.

Desde entonces, se han reconocido profundas diferencias entre la leche humana, los sucedáneos de la leche humana y leche de vaca. La creación del estándar de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud basado en una muestra internacional de lactantes sanos alimentados al pecho materno apoyo la percepción de que el crecimiento y el desarrollo cognitivo es óptimo y que los lactantes alimentados con formula se desvían de esta referencia.

Se demostró que la alimentación exclusiva al pecho materno se asocia al mayor nivel de protección contra la mayoría de los problemas de salud para la diada madre-hijo, especialmente contra enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, atopia, asma y algunos tipos de cáncer.

Además, las características del microbioma humano son únicas y con múltiples beneficios cuando el lactante ha nacido por vía vaginal y ha recibido lactancia materna exclusiva por seis meses. Desde 1991 existe un movimiento mundial muy importante de apoyo a la lactancia humana auspiciado por la Organización mundial de la Salud para asegurar que todos los lugares en donde se lleven a cabo nacimientos se conviertan en centros de apoyo a la lactancia. Sin embargo, no todos los recién nacidos y lactantes tienen el privilegio de recibir lactancia materna; por ello, es necesario evaluar la eficacia de los sucedáneos de la leche humana de manera rigurosa, y esta evaluación debe ir más allá de los primeros meses de vida. ¹⁸

IV.1.1. Historia

En la antigua Babilonia, se sugería el amamantamiento hasta una edad avanzada, aproximadamente los 3 años. En el Código de Hammurabi (1800 antes de Cristo), existen normas respecto sobre las nodrizas, regulando la paga y las formas de ofrecimiento de este servicio. Considerado trabajo honorable, se regulaba además las costumbres sexuales, la higiene y la vida social de estas mujeres.

En Egipto el amamantamiento se prolongaba también hasta los 3 primeros años de la vida del niño. La leche de mujer era el alimento imprescindible, y garantizaba una vida hogareña para los lactantes bajo la tutela y amor de sus madres. La lactancia materna en Egipto, reafirmó y consolidó vínculos afectivos entre madre e hijo, con carácter tan perdurable, plasmadas en la tradición literaria y funeraria. La designación de la nodriza que regía en el Egipto faraónico ayudó a encumbrar y a respaldar el rango social de la mujer, siendo la nodriza del futuro faraón, el escalón máximo. Es posible encontrar descripciones literarias e iconográficas de escenas del amamantamiento del rey por diversas divinidades, incluso es posible encontrar en las Isis “Lactans” el modelo para la representación de la Virgen María con su Divino Hijo en el arte medieval.

El amamantamiento entre los griegos también era considerado una práctica fundamental.

En Esparta, sólo podían ascender al trono, aquellos hijos del rey que hayan sido alimentados por su madre. Plutarco (siglo I a C) refiere la anécdota de la posesión del trono del segundo hijo del rey Temistes, solo porque el primogénito había sido alimentado con leche de una extraña. Hipócrates (400 aC), en Aforismos divide las edades de la vida en siete, denominando la primera como infancia o edad de la lactancia. Incluso se le adjudica a este médico antiguo la frase “la propia leche es beneficiosa, la de otros es perjudicial”.

Sin embargo, las nodrizas eran muy comunes en la Grecia clásica. Aristóteles (384-322 a.C.) en su Historia Animalium se interesa por la lactancia y describe métodos para determinar si la leche de una mujer, sea la propia madre o de una

nodriza es apta para el lactante, llegando a la conclusión de que la leche de los primeros días o calostro no debe ser consumida por el recién nacido.

La mayoría de mujeres nobles del Imperio romano recurrían a nodrizas para amamantar a sus hijos. Sorano de Éfeso (Siglo II d C), considerado el padre de la ginecología por sus tratados sobre las enfermedades de las mujeres, describe minuciosamente las condiciones de elección de una buena nodriza, su dieta, régimen de vida y formas de lactar. Descriptor de prácticas relacionadas con la puericultura, define la lactancia y la dentición, como los hechos más relevantes en la vida de un niño.¹⁹

IV.1.2. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ²⁰ define la lactancia materna como la ingesta de leche materna lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno, la lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie.

IV.1.3. Epidemiología

A nivel mundial, la prevalencia de la lactancia materna a los 12 meses es mayor en el África subsahariana, y al sur de Asia y partes de América Latina. En la mayoría de los países de altos ingresos la prevalencia es inferior al 20 por ciento.

La mayoría de las madres en todos los grupos de países iniciaron la lactancia materna solo Francia, España y EE.UU tuvieron tasas inferiores al 80 por ciento de lactancia materna en algún momento. A excepción del inicio temprano de la lactancia, la prevalencia de los demás indicadores disminuyó conforme al aumento de la riqueza nacional. Los países de bajos ingresos presentan una alta prevalencia de lactancia materna en todas las edades, Sin embargo incluso en estos países las tasas de inicio y la lactancia materna exclusiva no fueron satisfactorias.

Los países de África Oriental y meridional tendían a tener en promedio tasas más bajas de lactancia continuada, pero tasas más altas de lactancia materna exclusiva que los de África Occidental. Ambos indicadores tienden a ser más bajos en América Latina y el Caribe, en Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados independientes que en África. Los países del sur de Asia tenían altas tasas de ambos indicadores, mientras que en los países de Oriente Medio y el Norte de África tenían tasas más bajas. Los países del Este de Asia y la región del Pacífico tenían una prevalencia moderada a alta de ambos indicadores.

Las personas más pobres tienden a amamantar por más tiempo que sus homólogos más ricos en todos los grupos de países. Pero especialmente en los países de ingresos medios. En otros estudios se han encontrado resultados similares basados en 33 países.

Los países de altos ingresos mostraron que las mujeres con mayor educación y mejores ingresos amamantan con más frecuencia que las de los grupos de bajos ingresos con menos años de educación formal. En los EE.UU. el inicio de la lactancia materna fue mayor en las madres con menor educación hasta la década de 1960, pero el gradiente social se ha invertido desde entonces.

En cuanto a la morbilidad infantil, 66 análisis diferentes, la mayoría de ellos realizados en los PMBI y que incluyen tres ensayos controlados aleatorios, ofrecen pruebas contundentes de que la lactancia materna protege contra la diarrea y las infecciones respiratorias. Alrededor de la mitad de todos los episodios de diarrea y un tercio de las infecciones respiratorias se pueden evitar mediante la lactancia materna. La protección contra los ingresos hospitalarios debidos a estos trastornos es aún mayor: la lactancia materna podría impedir el 72 por ciento de los ingresos hospitalarios por diarrea y el 57 por ciento por infecciones respiratorias.

IV.1.4. Clasificación

Lactancia materna exclusiva: El lactante recibe exclusivamente el pecho materno durante los primeros seis meses de vida, puede incluir sales de hidratación oral, gotas o jarabes.

Lactancia materna predominante: El lactante recibe el pecho materno como fuente predominante de nutrientes; puede incluir ciertos líquidos, tés, sales de hidratación gotas, o jarabes.

Lactancia materna parcial o mixta: El lactante además del pecho materno, es alimentado con leche no humana y/o formulas. Se clasifican en altas, cuando el aporte de leche humana es más del 80 por ciento, media si es de 20 a 80 por ciento y baja cuando es menor de 20 por ciento.

Lactancia materna mínima: La succión al pecho materno es ocasional, irregular. ²¹

IV.1.5.Fisiología

El crecimiento de la glándula mamaria durante la menarquia y el embarazo la prepara para la lactancia. Los cambios hormonales aumentan mucho el tamaño de la mama, la areola y el pezón. En el embarazo las hormonas que aumentan significativamente los conductos y alveolos influyen en el crecimiento de la mama. Al final, del embarazo, los lóbulos del sistema alveolar se desarrollan al máximo y se pueden liberar pequeñas cantidades de calostro, un líquido lechoso claro y amarillo rico en anticuerpos durante varias semanas antes de término y unos días después del parto. Precisamente después de parto se produce una caída rápida de las concentraciones circulantes de estrógenos y progesterona acompañados por un incremento rápido de la secreción de prolactina, estableciéndose la etapa de producción abundante de leche.²²

El estímulo habitual de la producción y la secreción de la leche es el amamantamiento. Los nervios subcutáneos de la areola envían un mensaje a través de la medula espinal hacia el hipotálamo, que a su vez transmite un mensaje hacia la hipófisis, donde se estimulan sus áreas tanto anterior como posterior. La prolactina de la hipófisis anterior estimula la producción de leche en las células alveolares. La oxitocina de la hipófisis posterior estimula la contracción de las células mioepiteliales de la glándula mamaria, provocando el movimiento de la leche a través de los conductos y senos lactoforos, un proceso que se conoce como producción de chorro de leche.

El chorro de leche es muy sensible. La oxitocina, hormona que libera la leche responde a estímulos visuales, olfatorios y auditivos, e incluso con tan solo pensar en el lactante. La secreción de la oxitocina también se inhibe por el dolor, el estrés emocional y físico, el cansancio y la ansiedad. Se cree que la liberación de adrenalina anula los efectos de oxitocina en las células mioepiteliales. Las mujeres que tienen diabetes están estresadas durante el parto y que retienen fragmentos de placenta, tienen riesgo de retraso de la producción de leche, y se produce cuando los signos de lactogénesis están ausentes en 72 horas después del parto.

IV.1.6. Composición de la leche materna

La leche humana se compone por una fase acuosa, una lipídica, una coloidal, una membranosa y una de células vivas. En estas fases existen alrededor de 200 componentes reconocidos. Durante los siete primeros días del posparto a la leche producida se le denomina calostro; es de color amarillo porque su contenido de carotenos es casi 10 veces mayor que el que contiene la leche madura. Después de la primera semana la leche cambia su composición y dos a tres semanas después tiene la característica de la leche madura. La leche de madres con recién nacidos prematuros tiene mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa, adaptándose a las condiciones fisiológicas del recién nacido.²³

Proteínas: Se clasifican en caseína y proteínas de suero. Las caseínas de la leche humana son β -caseína y κ -caseína. De las proteínas del suero la α -lactalbúmina.²⁴ Se destaca por su calidad nutricia, es más fácil de digerir y favorece un vaciamiento gástrico más rápido, en tanto que la beta-lactoglobulina es prerrogativa de la leche de vaca y su calidad nutricia está orientada en bovinos. La leche humana contiene compuestos nitrogenados que son importantes tanto por su cantidad como por su función y representan alrededor de 25 por ciento del nitrógeno total. Estos son: aminoácidos libres, péptidos, N-acetil azúcares, urea, factores de crecimiento y nucleótidos, cuyo papel en la

respuesta inmunológica, digestión de grasas, desarrollo visual y del sistema nervioso central en el lactante ha adquirido relevancia los últimos años.

Lípidos: La cantidad de lípidos en la leche humana es de alrededor 35-45g/L y constituyen su mayor fuente energética, son transportados dentro del glóbulo de grasa cuya membrana está compuesta principalmente de fosfolípidos y colesterol.

Hidratos de Carbono: El principal hidrato de carbono de la leche humana es la lactosa, su concentración es de 70g/L y ejerce hasta 70 por ciento de la presión osmótica.

Existen otros oligosacáridos cuya función se asocia a mecanismos de defensa contra la infección. Vitaminas y nutrientes inorgánicos. La leche humana contiene vitaminas hidrosolubles y liposolubles transferidas de la dieta y las reservas de la madre. La concentración de hierro en la leche humana es baja y altamente biodisponible. El calostro tiene concentraciones altas de zinc el cobre, que disminuyen sin relación con las reservas maternas.²⁵

IV.1.7. Constituyentes de la leche humana con otras funciones

Existen otras sustancias en la leche humana que efectúan funciones diferentes a las nutricias.²⁶

a) Lactoalbumina que interviene en la síntesis de lactosa en la glándula mamaria.

b) Lactoferrina, lisozima, inmunoglobulina A, oligosacáridos, aminoazucares y lípidos con funciones antimicrobianas, antiparasitarias y antivirales;

c) Inmunoglobulina A, lactoferrina, citoprotectores inmunomoduladores de leucocitos y antioxidantes con propiedades antiinflamatorias;

d) Factor de crecimiento epidérmico, hormona de crecimiento, péptidos regulatorios gastrointestinales, factor de crecimiento similar a la insulina y factor de madurador de granulocitos-macrofagos.

e) Lpetina, frelina, IGF-1 y adiponectina, reguladores del apetito;

f) Linfocitos B y T, macrófagos y polimorfonucleares que participan en procesos de fagocitosis y en la regulación de la respuesta inmune.²⁷

g) Agentes inmunomoduladores: citosinas: IL-1b, IL-6, IL-10, TNF-a, TNF-b.²⁸

IV.1.8. Características de la leche materna

- La composición varía según las necesidades del lactante, presentando mayor cantidad de leche en las tomas de la mañana que en las de la noche. Además varía su composición a lo largo de la tetada. Al principio de la misma la leche está más aguada, pero contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares, y al final de la toma la leche es menos abundante pero con más calorías, grasas y vitaminas.

-Propiedades del calostro. La primera leche que la madre produce durante los primeros tres a cuatro días tras el parto es el calostro. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen, cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. En el primer día se producen unos 100 ml, pero esta cantidad varía entre las 36-48 horas postparto, hasta alcanzar los de 500-750 ml diarios a los cinco días de vida. Entre las propiedades del calostro podemos encontrar, las siguientes: plasma, células, grasa, lactosa, y proteínas como la seroalbumina, 67 Kilocalorías/100ml, betacarotenos, dos a tres gramos de inmunoglobulina A, Lactoferrina, 20 gr/ Litro de oligosacáridos, linfocitos y macrófagos, vitaminas liposolubles, sodio, cloro, zinc, hierro, silicio, selenio o magnesio.²⁹

Contiene menos cantidades de lactosa, energía, lípidos, y vitaminas hidrosolubles y nucleótidos, que la leche madura. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. Mantiene una concentración promedio de IgA cubriendo el endotelio del tubo digestivo para evitar la adherencia de patógeno, facilita la colonización del tracto digestivo por lacto bacilos bifidus, y es rico en factores de crecimiento para la maduración de los sistemas digestivos; contiene además antioxidantes que protegen del daño oxidativo, Junto a los oligosacáridos, linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.

-Propiedades de la leche madura. Se producen entre 700-900 ml diarios durante los 6 primeros meses postparto. En los dos primeros días se produce

aumento brusco en la producción de leche. También conocida como subida de leche, que sigue aumentando hasta alcanzar a los 600-800 ml/día, entre los 8 a 30 días tras el parto.

-Propiedades de la leche madura. Se producen entre 700-900 ml diarios durante los seis primeros meses postparto, con un valor calórico de aproximadamente 700Kcal/litro con variaciones individuales, cinco a diez por ciento de proteínas del total calórico, 35-40 por ciento carbohidratos y 50-55 por ciento de lípidos

IV.1.9. Técnicas para la lactancia materna

Es importante que el recién nacido comience a tomar el pecho precozmente, idealmente durante la primera media hora de nacido en Sala de Parto y/o recuperación de la madre.³⁰

La mejilla del niño acercarse del seno materno, y como los recién nacidos tienen el denominado reflejo de búsqueda, el bebé dirigirá su boca al pezón de la madre.

La madre debe cerciorarse de que el bebé introduzca todo el dentro de la boca y la mayor parte de la areola, manteniendo distancia para que el pecho no dificulte la respiración del bebé.

La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Así su lengua masajea los senos lactíferos (que están por debajo de la areola) contra el paladar y así

Se extrae la leche sin comprimir el pezón (por que este queda a nivel del paladar blando y no provoca dolor.

Recalcarle a la madre que ella debe acercar el bebé al seno, no llevar el seno al niño.³¹

Se debe estimular el reflejo de búsqueda, acercando el pezón a la comisura labial cuando el niño abra la boca por completo; en caso de resistencia, halar sutilmente la barbilla del bebé hacia abajo para abrir su boca.

IV.1.10. Posiciones para la lactancia materna

Es de vital importancia que la madre conozca las opciones que tiene al momento de dar de lactar como las siguientes.³²

Posición sentada con niño/a en reversa: se recomienda para acoplar los primeros días, ya que permite un correcto control de la cabeza y un mejor acople asimétrico. También se usa para drenar conductos dependiendo de su ubicación.

Posición sentada con niño/a acunado: posición más habitual para amamantar con el niño horizontal estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con los pies hacia el otro pecho. Es una posición que acomoda a muchas díadas.

Posición sentada con niño/a vertical (caballito): con el niño(a) sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su mamá. Es una posición útil cuando los niños/as se duermen fácil al mamar, existen algunas alteraciones orofaciales o cuando la madre tiene un reflejo eyectolácteo exagerado.

Canasto o balón de rugby: se recomienda para alimentar a gemelos en forma simultánea, para mamas grandes, o en caso de cesárea para no presionar la zona de la herida operatoria.

Posición acostada con niño/a acostado: ambos se acuestan en paralelo. Facilita el descanso de la madre. Se recomienda para las madres que se recuperan de una cesárea o una episiotomía, para amamantar de noche o en momentos de cansancio, sin importar la edad del niño/a. Posición acostada con niño/a sobre la madre (posición biológica): la madre se posiciona semi-acostada, con la espalda reclinada, y el niño/a boca abajo, con la cabeza situada entre los pechos descubiertos. Se debe permitir que el niño/a cabecee, busque y escoja un pecho. Puede tardar entre 10 y 60 minutos si acaba de nacer, menos de 10 minutos si ya lleva tiempo mamando. Es una posición cómoda y natural, que muchas veces ayuda a solucionar dolor o mediante la cual se logra acoplar al pecho a un niño/a que por distintos motivos lo rechaza.³³

IV.1.11. Indicaciones médicas mayores para la sustitución de la lactancia materna.

Casi todas las madres pueden amamantar exitosamente, esto incluye el inicio de la lactancia materna durante la primera hora, lactancia exclusiva durante los 6 meses y lactancia continuada (junto a la alimentación complementaria apropiada) hasta los 2 años de edad o más. La lactancia materna exclusiva por los primeros seis meses de vida es particularmente beneficiosa para madres y lactantes. Los efectos positivos de la lactancia materna en la salud de los niños y las madres han sido observados en todo lugar. La lactancia materna reduce el riesgo de infecciones tales como diarrea, neumonía, otitis, Haemophilus influenza, meningitis e infección urinaria. Protege también contra condiciones crónicas futuras tales como diabetes tipo I, colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn. La lactancia materna durante la infancia se asocia con menor presión arterial media y colesterol sérico total, y con menor prevalencia de diabetes tipo 2, sobrepeso y obesidad durante la adolescencia y edad adulta. La lactancia materna retarda el retorno de la fertilidad de la mujer y reduce el riesgo de hemorragia post-parto, cáncer de mama premenopáusico y cáncer de ovario. Sin embargo, un número pequeño de afecciones maternas y del recién nacido podría justificar la recomendación que no amamante o que introduzca los sucedáneos de manera temporal o permanente. Estas afecciones, que se relacionan a muy pocas madres y sus bebés, se mencionan a continuación, junto a otras condiciones maternas que, aunque serias, no son razones médicas para el uso de sucedáneos de la leche materna. Cuando se considere la suspensión de la lactancia, el riesgo de hacerlo puede compararse con el riesgo que significa la presencia de cualquiera de las condiciones enlistadas a continuación.

Afecciones infantiles: Recién nacidos que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada.

Galactosemia clásica: Se necesita una fórmula especial libre de galactosa;
Enfermedad de orina en jarabe de arce: se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.

Fenilcetonuria: Se requiere una fórmula especial libre de fenilalanina (se permite amamantar un poco, por un tiempo, con monitorización cuidadosa); Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación, pero que pueden requerir otros alimentos por un período limitado además de leche materna.

Muy bajo peso al nacer (nacen con menos de 1500g) Muy prematuros, (los que nacen con menos de 32 semanas de gestación).

Recién nacidos con riesgo de hipoglicemia debido a una alteración en la adaptación metabólica, o incremento de la demanda de la glucosa, en particular aquellos que son pretérmino, pequeños para la edad gestacional o que experimentaron estrés significativo intraparto con hipoxia/isquemia, aquellos que están enfermos y aquellos cuyas madres son diabéticas si la glicemia no responde a lactancia materna optima o alimentación con leche materna.

Madres afectadas por alguna de las condiciones mencionadas abajo deberían recibir tratamiento de acuerdo a guías estándar. Madres que podrían requerir el evitar la lactancia.

Infección por VIH1: Si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura. Madres que podrían requerir el evitar la lactancia temporalmente.

Enfermedad grave que hace que la madre no pueda cuidar a su bebé, por ejemplo septicemia.

Herpes Simplex Tipo I (HSV-1): se debe evitar contacto directo ente las lesiones en el pecho materno y la boca del bebe hasta que toda lesión activa haya sido resuelta.

Medicación materna: Medicamentos psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, tales medicaciones deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles ; es recomendable evitar el uso de yodo radioactivo-131 debido a la existencia de nuevas opciones más seguras disponibles - la madre puede reiniciar la lactancia luego de dos meses de recibir esta sustancia; el uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (yodo-povidone),

especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anomalías electrolíticas en el bebé amamantado y deberían ser evitados; la quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia. Madres para quienes la lactancia no está contraindicada, aunque presentan condiciones médicas preocupantes

Absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento

Hepatitis B: Los lactantes deben recibir la vacuna de la hepatitis B, en las primeras 48 horas o apenas sea posible después

Mastitis: Si la lactancia es muy dolorosa, debe extraerse la leche para evitar que progrese la afección

Tuberculosis: La madre y el bebé deben ser manejados juntos de acuerdo a las guías nacionales de tuberculosis

Uso de sustancias: se ha demostrado efecto dañino en los bebés amamantados de madres que usan nicotina, alcohol, extasié, anfetaminas, cocaína y estimulantes relacionados.³⁴

IV.1.12. Factores asociados al abandono de la lactancia materna.

El análisis de los factores que contribuyen al abandono precoz de la LM indican que pueden depender de la madre, del recién Nacido (RN), de las propias instituciones sanitarias y de aspectos socioculturales.

Considerando que la lactancia materna es una conducta fisiológica, instintiva, una herencia biológica natural en los mamíferos, llama enormemente la atención el hecho paradójico del abandono de esta práctica por el ser humano, resultando notable la creciente disminución que ha presentado en los países en desarrollo, tanto en áreas urbanas como rurales, más aún cuando se conocen sus múltiples ventajas.

Dentro de los factores que han influido en la declinación de la lactancia materna se encuentran, por un lado, la incorporación de la madre al trabajo y la

incertidumbre de la embarazada hacia la lactancia, y por otro, la desinformación del personal de la salud con respecto al tema y las prácticas hospitalarias que promueven tanto el distanciamiento madre-hijo/a inmediatamente después del parto, como el suministro de diversos líquidos como alimento inicial para los/as niños/as. Se han identificado ocho factores predictivos de la posibilidad de introducir fórmulas precozmente en la alimentación de los/as niños/as y que por lo tanto interfieren con las prácticas de LME. Estos factores fueron: la primiparidad, falta de control prenatal, parto por cesárea, decisión postnatal de amamantar, primer contacto con el/la niño/a después de doce horas, primera toma del pecho materno luego de doce horas, alimentación con horario fijo y uso de fórmulas en el hospital. existen tres seguimientos para explicar la razón por la cual las mujeres abandonan la lactancia natural, en primer lugar el proceso de cambio cultural, en segundo lugar la determinación de la madre de alimentar a su hijo/a con mamadera, sin pensar en las consecuencias que esta decisión puede tener sobre su hijo/a y familia, y por último, la información que la madre recibe y su nivel de instrucción, que pueden ser factores que influyen de manera decisiva en el tiempo que la madre decide amamantar a su hijo/a.

Cambio cultural.

El abandono de la lactancia materna se inicia a principios del siglo XX en los países industrializados, adoptándose posteriormente por las naciones más pobres. Esta situación ha sido influenciada por circunstancias culturales y socioeconómicas, que por diferentes vías han alentado la implantación de una “Cultura del biberón” haciéndola sinónimo de modernidad y mejor calidad en la alimentación de los/as recién nacidos/as. La adopción de la “Cultura del biberón” por las mujeres de estratos sociales altos en los países subdesarrollados, en cierta medida ha sido por imitación a las sociedades avanzadas, en donde sus recursos les permiten la alimentación con sucedáneos, aparentemente sin peligro. En los niveles económicos bajos la adquisición de fórmulas infantiles y mamaderas repercute de forma importante en la economía familiar, y el estímulo para la adquisición de estos productos es recibido a través de los medios de

comunicación, con el supuesto prestigio que representa la imagen de una sociedad con recursos.³⁵

Escolaridad y ocupación.

Con el objetivo de determinar los factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna, entre 1994 y 1996 se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y analítico en la ciudad de la Habana, con una muestra de 144 madres que acudieron a consulta de lactancia. En este estudio el 59,1 por ciento de las mujeres lactó a los/as niños/as hasta los 4 meses y más, mientras que el 40,9 por ciento restante abandonó la lactancia materna, en esta investigación se determinó que, a mayor nivel escolar de la madre, existía menor porcentaje de abandono de la lactancia materna, y al analizar la escolaridad de los padres los resultados no fueron muy diferentes. Se señaló que tener un nivel de escolaridad primario era uno de los factores maternos asociados con mayor frecuencia al abandono de la LME antes de los 4 meses, así como también la edad menor a 20 años, la primiparidad y ser madre estudiante. Estos casos se contraponen con el hecho de que en América Latina una mayor escolaridad materna se asocia notoriamente con mayores porcentajes de abandono temprano de esta práctica, de igual forma que el trabajo fuera del hogar y un mejor nivel socioeconómico. las razones reportadas por las madres para destetar a sus hijos/as, señalando al trabajo como la principal razón de destete tanto para el Grupo I como Grupo II (25,9% y 16,4% respectivamente). Destaca también que el único factor laboral que mantuvo asociación con el abandono temprano de la LM, fue el no contar con facilidades en el trabajo. Situación que coincide con la literatura médica extranjera, en donde ser “madre trabajadora” constituye una de las principales causas de abandono de la lactancia materna. Entre los factores maternos asociados con mayor frecuencia al abandono de la LME antes de los 4 meses, el ser madre estudiante (100%). Contradictoriamente, en otro estudio cubano realizado en 1993, se señala que la condición de ser estudiante y ama de casa fueron los principales factores maternos asociados al destete precoz, ya que en su investigación el 87,5 por ciento de las estudiantes destetó precozmente, las

amas de casa lo hicieron en un 65,2 por ciento las madres trabajadoras sólo en un 38,5 por ciento. ³⁶

Edad y Paridad.

La edad y la experiencia previa de ser madre, naturalmente pueden influir en las prácticas de crianza de una mujer, ya que podrían otorgar mayor experiencia para enfrentar las exigencias propias de la maternidad. La primiparidad eran unos de los factores maternos más frecuentemente asociados al abandono de la LME antes de los 4 meses, destacándose que las madres adolescentes abandonaron la LME con mayor frecuencia durante el 1er mes (38,1%). Resultados similares se obtuvieron del estudio de peraza y cols. (1999), en donde el 75 por ciento de los/as niños/as que presentan destete precoz son hijos/as de madres adolescentes. Lo antes expuesto puede deberse a la poca preparación para la maternidad y la inmadurez propia de la etapa de la adolescencia que muchas veces determina el abandono precoz de la LME por estas adolescentes, se suma además la falta de preparación psicosocial y fisiológica para asumir en todos los planos el hecho de ser madre. A medida que avanza la edad, la mujer toma conciencia de la importancia de su rol materno y aumentan las probabilidades de prolongar la LME. (PRENDES y cols., 1999) En relación con la paridad, el estudio de NAVARRO y cols. (2003) realizado en México, con 265 mujeres trabajadoras encontró entre los factores de riesgo para un abandono temprano de la lactancia materna, el antecedente de no haberla practicado. Por otro lado, en la investigación de PRENDES y cols. (1999), también las madres primíparas abandonaron la lactancia materna exclusiva en el 1er mes con mayor frecuencia que las múltiparas, ello pudiera deberse a la poca experiencia y desconocimiento de las técnicas de amamantamiento de las primeras, lo cual favorece la aparición de grietas del pezón y otras molestias para la madre y el/la niño/a, que en una madre mal preparada y orientada, puede llevar al abandono de la lactancia materna. ³⁷

Entorno significativo y planificación del embarazo.

Es bien sabido que todo ser humano se ve afectado por el medio en el que se desenvuelve, ya que permanentemente se reciben estímulos de éste, los que

pueden ser positivos o negativos, el proceso de lactancia materna también se ve afectado por este hecho, ya que la madre puede ver influenciada su conducta de amamantamiento según los estímulos que reciba de su entorno. Aunque se define como un acto natural, la lactancia materna también es un comportamiento aprendido. Prácticamente todas las madres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de información correcta, así como de apoyo dentro de sus familias, comunidades y del sistema de atención sanitaria. En este contexto, la actitud de seres queridos es fundamental para motivar a la mujer a amamantar a su hijo/a; la cultura latinoamericana es alocéntrica, es decir, considera importante las necesidades, los valores, 24 las metas y los puntos de vista de los miembros del grupo. El alocentrismo significa que las actitudes del marido, de la familia y de las amistades de la mujer desempeñan un papel fundamental en su decisión de amamantar al/la niño/a y en el éxito de la lactancia. Aunque políticas orientadas a las mujeres y la niñez han enfatizado el rol de la mujer como responsable de las tareas de reproducción, crianza y nutrición de la familia; en perspectiva de género, población y desarrollo sostenible, las acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia no sólo conciernen a la mujer, sino también a compañeros, esposos, familiares, empleadores y comunidad, así como a funcionarios y personal de salud; y por lo tanto a la sociedad en su conjunto. El abandono precoz de la lactancia materna exclusiva que ocurre con mayor frecuencia entre las madres solteras, se atribuye a la inestabilidad emocional y falta de apoyo instrumental necesarios durante este período. ³⁸

IV.1.13. Lactancia materna en la República Dominicana

Solo un 8% de los recién nacidos en República Dominicana lactan de manera exclusiva los primeros seis meses, lo que coloca a esta nación en el lugar más bajo en Latinoamérica, seguido por México con un 14.5% y Paraguay con un 24.4%.

En la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA) 2013 se les preguntó a las madres sobre la práctica de la lactancia, su inicio, frecuencia y el uso de

alimentación complementaria de los últimos hijos menores de dos años que viven con la madre.

Entre los niños y niñas cuyo nacimiento ocurrió en los dos años anteriores a la encuesta el 89 por ciento alguna vez fue amamantado(a). Sólo un 43 por ciento empezó a lactar dentro de la primera hora posterior al nacimiento y un 68 por ciento lo hizo en el período de las primeras 24 horas de nacido, lo que implica un gran descenso desde el 2007, donde estos valores (referidos también a los últimos nacimientos en los dos años previos a la encuesta) fueron de 92 por ciento, 66 por ciento y 82 por ciento, respectivamente. Por su parte, el 63 por ciento (en comparación con el 55 por ciento en el 2007) recibió otro alimento antes de comenzar a lactar. Estos resultados muestran que una proporción significativa de los niños nacidos en el país no están siendo amamantados como debieran y en consecuencia no se están beneficiando de los efectos positivos de la lactancia.

Estos resultados son aún más significativos si se toma en cuenta que la casi totalidad de los nacimientos ocurren en establecimientos de salud y son atendidos por profesionales de la salud, los que deberían seguir las disposiciones de la Ley 8-95 y sus reglamentos sobre lactancia materna. También se contravienen las Normas Nacionales de Salud que contienen claras instrucciones sobre el inicio de la lactancia y la administración de sucedáneos: “En los servicios con atención al parto, el personal de salud ayudará a las madres a iniciar el amamantamiento durante la media hora siguiente al parto o cesárea... No se dará ni prescribirá a los recién nacidos más que la leche materna excepto en situaciones estrictamente indicadas” (SESPAS, 2001).¹⁵

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Lactancia materna	Alimentación con leche del seno materno	Si. No.	Nominal.
Motivo de no lactancia	Causa por la cual la madre no lacta al niño.	Hipogalactia Ocupación de la madre. Dolor al amamantar Alocentrismo Otros.	Nominal.
Edad de la madre.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Años cumplidos.	Numérica.
Estado Civil.	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Casada. Soltera. Viuda. Unión libre.	Nominal.
Nivel educacional	Grado escolar alcanzado por la entrevistada.	Primario. Secundaria. Técnica. Universitaria. Ninguna.	Ordinal.
Ocupación.	Labor desempeñada por la entrevistada.	Ama de casa. Estudiante. Empleada pública. Empleada privada. Ninguno. Otro.	Nominal.
Procedencia	Área geográfica donde la madre reside actualmente.	Zona urbana Zona rural	Nominal.
Edad del niño	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la entrevista.	Meses cumplidos.	Numérica.
Tiempo de lactancia	Tiempo que permanece la madre lactando al bebe.	Meses.	Numérica.

Alimentos complementarios	Alimentos suministrados al niño además de la leche materna.	Formulas. Agua de arroz. Compota. Otros.	Nominal.
---------------------------	---	---	----------

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

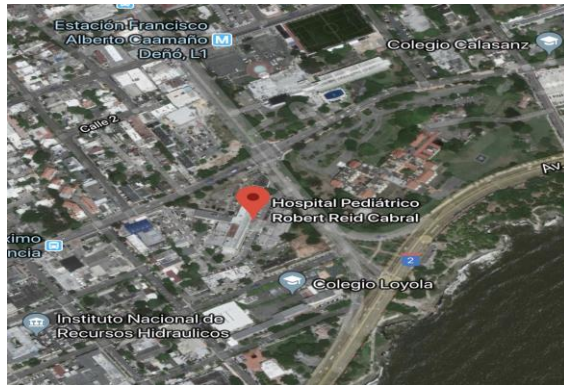
Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, de recolección prospectiva de datos, con el objetivo de determinar los determinantes asociados al abandono de la lactancia materna en niños menores de un año de edad en el hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral. Octubre 2018 - Septiembre 2019. (Ver anexo XII.1. Cronograma)

VI.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, se encuentra en la Ave. Abraham Lincoln #2, la Feria, Distrito Nacional, República Dominicana. Está delimitado, al norte, por avenida Independencia; al oeste, por la calle Horacio Vicoso; al sur, por la calle Paul Harris y al este, por la avenida Abraham Lincoln. (Ver mapa y vista aérea).



Mapa cartográfico



Vista aérea

VI.3. Universo

El universo estuvo representado por las madres con hijos que asistieron al hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019.

VI.4. Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de 400 madres con hijos menores de un año, en el Hospital Dr. Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019.

VI.5. Criterios

VI.5.1. De inclusión

- Madres que hayan abandonado la lactancia antes del año de edad del hijo.
- No se discrimino la edad.
- Firma del consentimiento informado.

VI.5.2. De exclusión

- Barrera de idioma.
- Madres que declinaron participar en el estudio.

VI.6. Instrumento de recolección de datos

Se elaboró un instrumento de recolección de datos que consta de 17 preguntas: 11 cerradas y 5 abiertas. Contiene datos acerca de: Edad, estado civil, nivel educacional, ocupación, procedencia, alimentación del niño, motivos de no lactancia y conocimiento previo de la madre sobre lactancia materna. (Ver anexo XII.2. Instrumento de recolección de datos).

VI.7. Procedimiento

Se someterá el anteproyecto a la unidad de investigación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), luego de su aprobación se procederá a depositarlo en el comité de investigación del Hospital Infantil Dr. Robert Reíd Cabral para su revisión y aprobación. Luego de obtener los permisos correspondientes, procederemos a identificar las madres de los 11 consultorios externos para seleccionar aquellas madres que cumplan los criterios de inclusión y hayan firmado el consentimiento informado para participar en el estudio. Se entrevistarán de lunes a miércoles al finalizar su consulta las pacientes de consultorios de números pares y de jueves a viernes al finalizar su consulta se entrevistarán los consultorios de números impares. Se entrevistó aplicando el instrumento de recolección de datos anexo (Ver anexo XII.2. Instrumento de

recolección de datos) a este documento con el fin de saber sus datos generales, alimentación, motivos de no lactancia y estado de salud del niño.

Los días de recolección de datos fueron de lunes a viernes en horarios de 1:00 pm a 5 pm. Esta fase será ejecutada por las sustentantes, en el periodo Octubre 2018 - Septiembre 2019 (Ver anexo XII.1. Cronograma).

VI.8. Tabulación

Las operaciones de tabulación de la información fueron ejecutadas a través de Microsoft Word y Excel para el diseño y manejo de datos.

VI.9. Análisis

Los datos obtenidos se analizaron en frecuencia simple.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki³⁹ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁴⁰ El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión de la unidad de investigación de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación del comité de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos ofrecidos por los pacientes que se encuentran en el centro de salud. Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por los investigadores.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad (ver anexo XII.3 Consentimiento informado). A la vez,

la identidad de las participantes será protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente trabajo de grado, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

VII. RESULTADOS

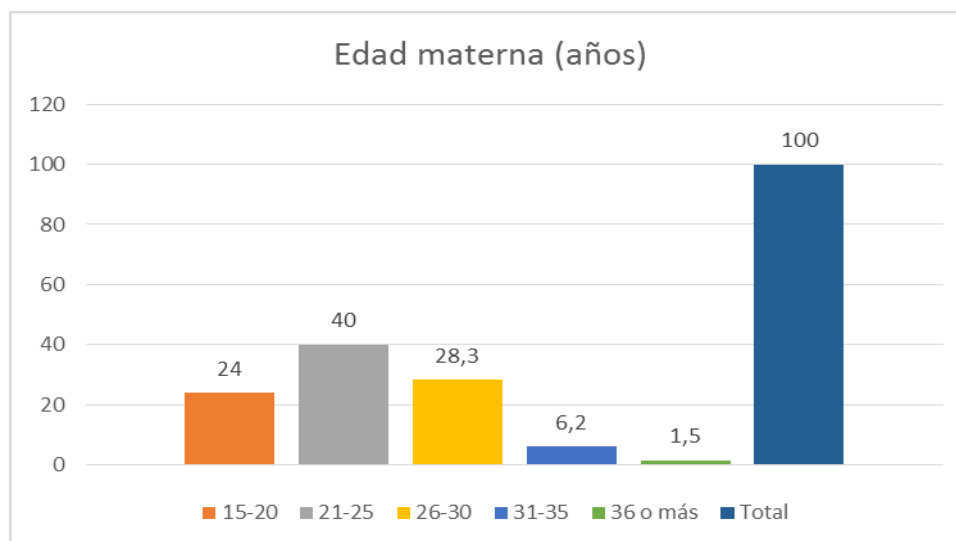
Tabla 1. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según edad materna.

Edad materna (años)	Frecuencia	%
15-20	96	24.0
21-25	160	40.0
26-30	113	28.3
31-35	25	6.2
36 o más	6	1.5
Total	400	100.0

Fuente: método de recolección de datos

El 40 por ciento de las madres tenían una edad comprendida entre 21-25 años, el 28.3 por ciento de 26-30 años, el 24 por ciento de 15-20 años, el 6.2 por ciento de 31-35 años y el 1.5 por ciento de 36 o más años.

Grafica 1. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según edad materna.



Fuente: Tabla 1

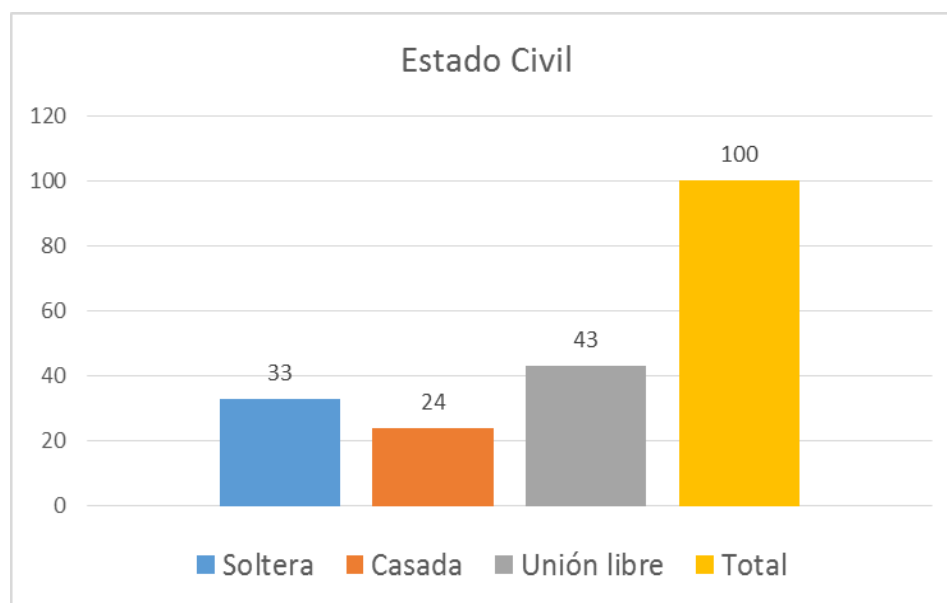
Tabla 2. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según estado civil.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltera	132	33.0
Casada	96	24.0
Unión libre	172	43.0
Total	400	100.0

Fuente: método de recolección de datos

El 43 por ciento de las madres estaban en unión libre, el 33 por ciento soltera y el 24 por ciento eran casada.

Grafico 2. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según estado civil.



Fuente: Tabla 2

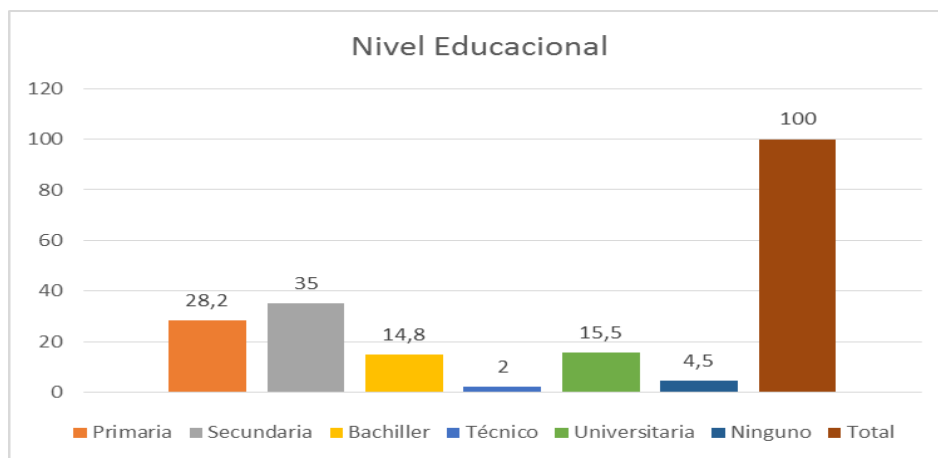
Tabla 3. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según nivel educacional.

Nivel educacional	Frecuencia	%
Primaria	113	28.25
Secundaria	140	35.0
Bachiller	59	14.75
Técnico	8	2.0
Universitaria	62	15.5
Ninguno	18	4.5
Total	400	100.0

Fuente: método de recolección de datos

El 35 por ciento de las madres tenían un nivel escolar secundario, el 28.2 por ciento de las madres tenían un nivel escolar primario, el 15.5 por ciento de las madres eran universitarias, 14.8 por ciento de las madres eran bachiller, 4.5 no tenían ningún nivel educacional, y el 2% tenían un nivel escolar técnico.

Grafico 3. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según nivel educacional.



Fuente: Tabla 3

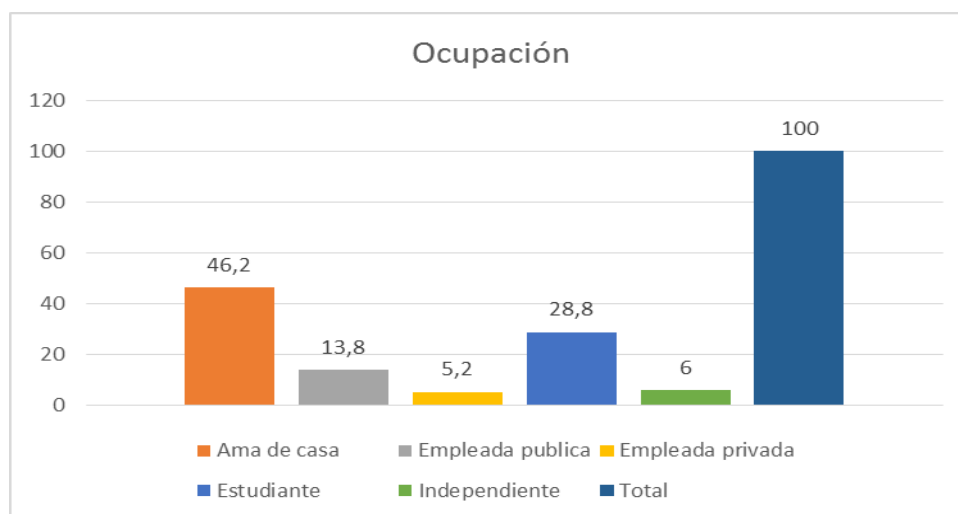
Tabla 4. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	185	46.2
Empleada publica	55	13.8
Empleada privada	21	5.2
Estudiante	115	28.8
Independiente	24	6.0
Total	400	100.0

Fuente: método de recolección de datos

El 46.2 por ciento de las madres eran amas de casas, el 28.8 por ciento eran estudiantes, el 13.8 por ciento de las madres eran empleadas públicas, el 6 por ciento de las madres eran independientes y el 5.2 por ciento eran empleadas privadas.

Grafico 4. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según ocupación.



Fuente: Tabla 4

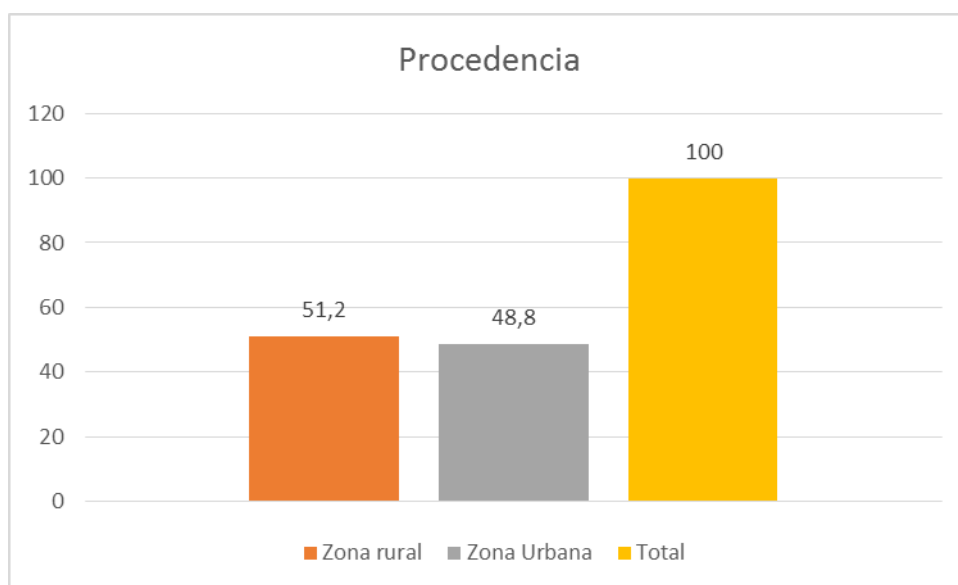
Tabla 5. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Zona rural	205	51.2
Zona Urbana	195	48.8
Total	400	100.0

Fuente: método de recolección de datos

El 51.2 por ciento de las madres procedían de la zona rural y el 48.8 por ciento de las madres procedían de la zona urbana.

Grafico 5. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según procedencia.



Fuente: Tabla 5

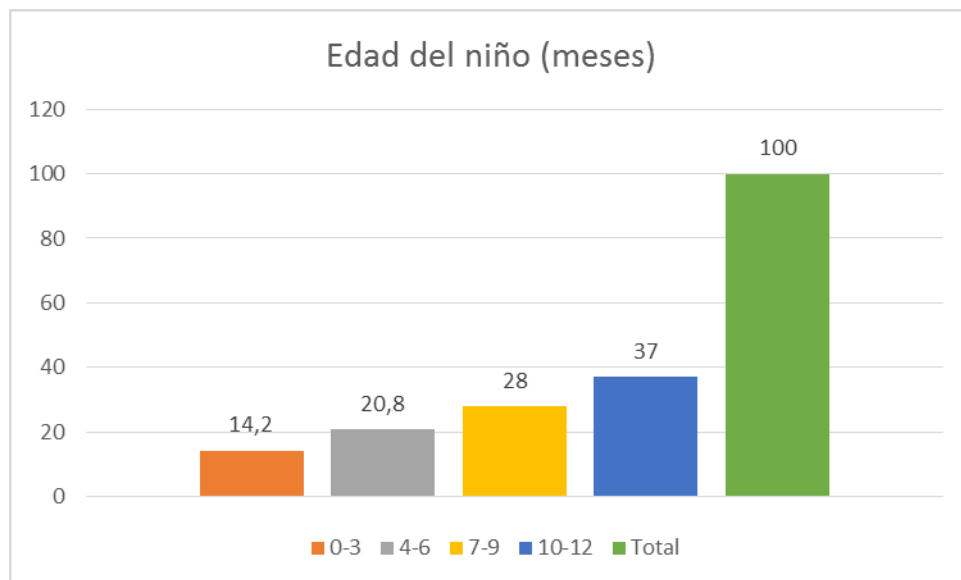
Tabla 6. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según edad del niño. .

Edad del niño (meses)	Frecuencia	%
0-3	57	14.2
4-6	83	20.8
7-9	112	28.0
10-12	148	37.0
Total	400	100.0

Fuente: método de recolección de datos

El 37 por ciento de los lactantes tenían una edad comprendida de 10-12 meses, el 28 por ciento de 7-9 meses, el 20.8 por ciento de 4-6 meses y el 14.2 por ciento de 0-3 meses.

Grafico 6. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según edad del niño.



Fuente: Tabla 6

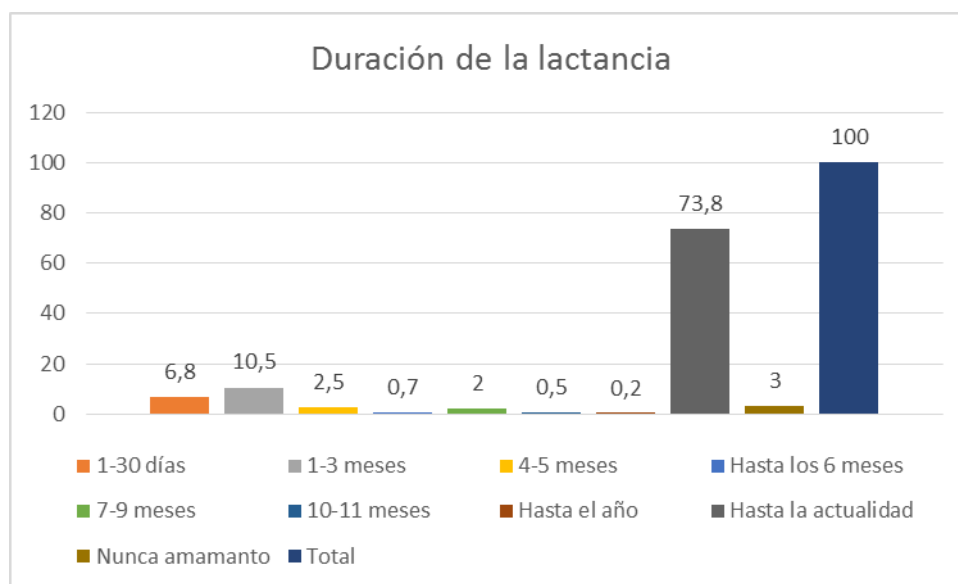
Tabla 7. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según duración de la lactancia materna.

Duración de la lactancia	Frecuencia	%
1-30 días	27	6.8
1-3 meses	42	10.5
4-5 meses	10	2.5
Hasta los 6 meses	3	0.7
7-9 meses	8	2.0
10-11 meses	2	0.5
Hasta el año	1	0.2
Hasta la actualidad	295	73.8
Nunca amamanto	12	3.0
Total	400	100.0

Fuente: método de recolección de datos

El 73.8 por ciento de las madres dieron lactancia materna hasta la edad actual de sus hijos, 10.5 por ciento de 1-3 meses, el 6.8 por ciento de 1-30 días, el 3 por ciento nunca amamanto, el 2.5 por ciento de 4-5 meses, el 2 por ciento de 7-9 meses, el 0.7 por ciento hasta los 6 meses, el 0.5 por ciento hasta los 10-11 meses y el 0.2 por ciento hasta el año.

Grafico 7. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según duración de la lactancia materna.



Fuente: Tabla 7

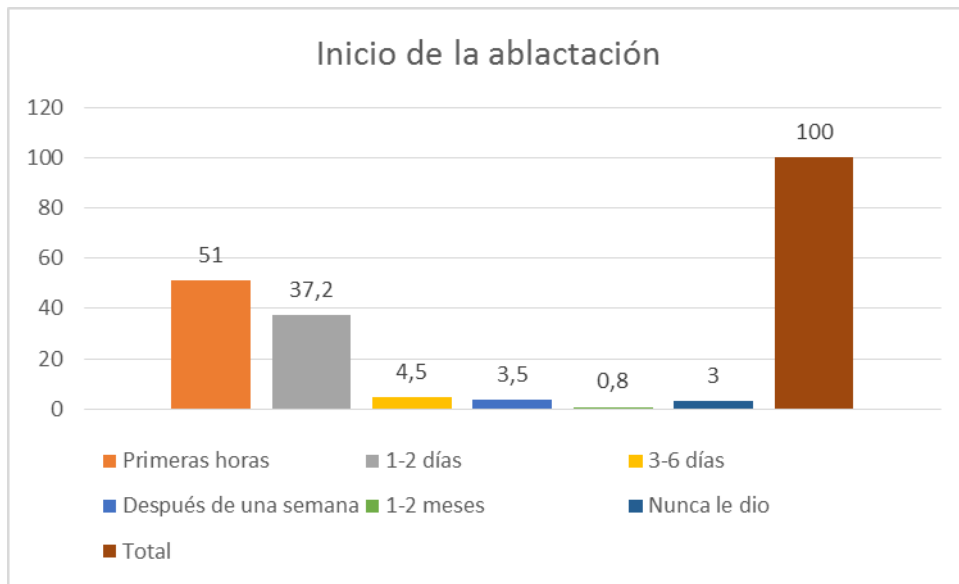
Tabla 8. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según inicio de la ablactación.

Inicio de la ablactación	Frecuencia	%
Primeras horas	204	51.0
1-2 días	149	37.2
3-6 días	18	4.5
Después de una semana	14	3.5
1-2 meses	3	0.8
Nunca le dio	12	3.0
Total	400	100.0

Fuente: método de recolección de datos

El 51 por ciento de los niños iniciaron la ablactación en sus primeras horas de vida, el 37.2 por ciento de 1-2 días, el 4.5 por ciento de 3-6 días, el 3.5 por ciento después de una semana, el 3 por ciento nunca dio ablactación y el 0.8 por ciento de 1-2 meses.

Grafico 8. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según inicio de la ablactación.



Fuente: Tabla 8

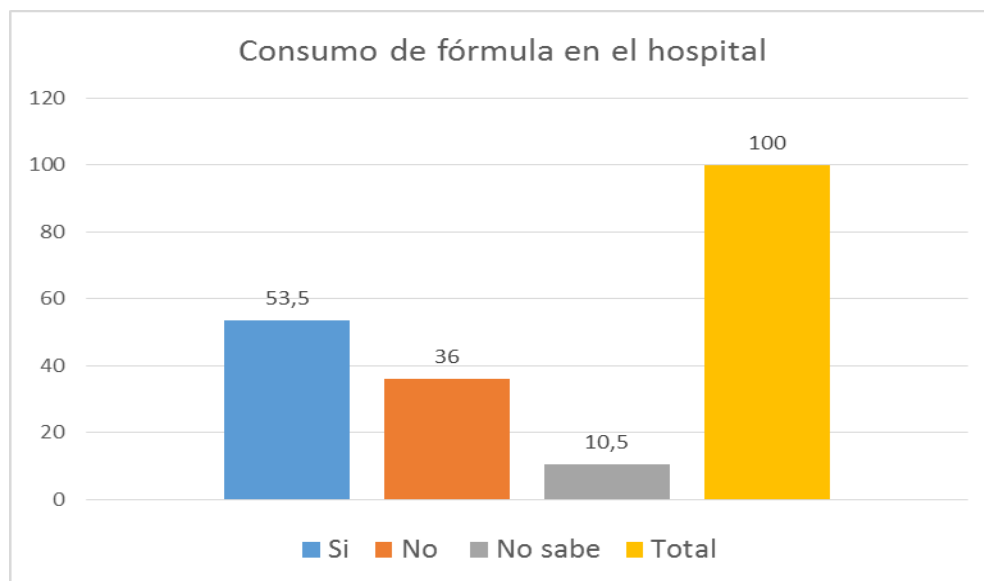
Tabla 9. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según consumo de fórmula en el hospital antes del alta médica.

Consumo de fórmula en el hospital	Frecuencia	%
Si	214	53.5
No	144	36.0
No sabe	42	10.5
Total	400	100.0

Fuente: método de recolección de datos

El 53.5 por ciento de los niños consumieron fórmula en el hospital antes del alta médica, el 36 por ciento no consumieron y el 10.5 por ciento no saben.

Grafico 9. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según consumo de fórmula en el hospital antes del alta.



Fuente: Tabla 9

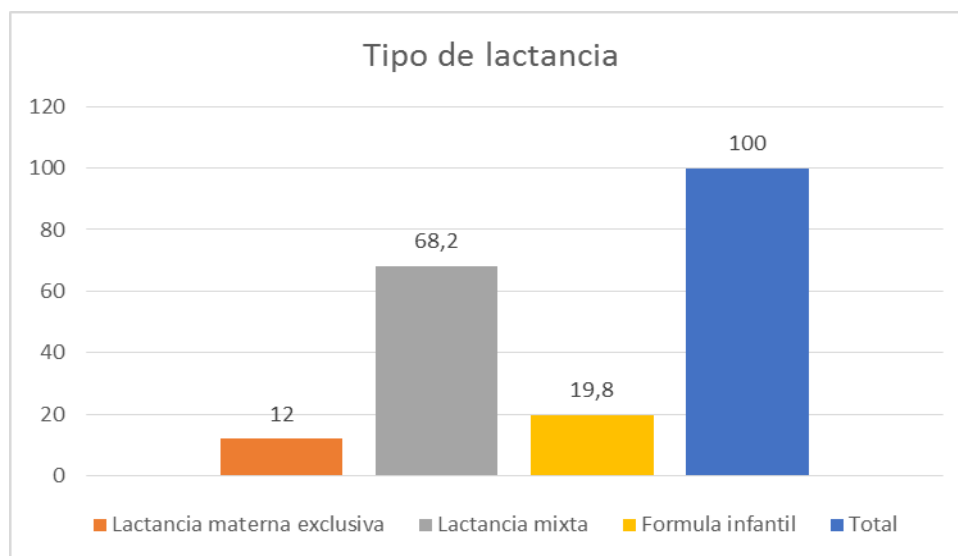
Tabla 10. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según tipo de lactancia antes de los 6 meses.

Tipo de lactancia	Frecuencia	%
Lactancia materna exclusiva	48	12.0
Lactancia mixta	273	68.2
Formula infantil	79	19.8
Total	400	100.0

Fuente: método de recolección de datos

El 68.2 por ciento de los niños en sus primeros 6 meses de vida utilizaron lactancia mixta, el 19.8 por ciento de los niños tomaron utilizaron formula infantil y el 12 por ciento utilizaron lactancia materna exclusiva.

Grafico 10. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según tipo de lactancia antes de los 6 meses.



Fuente: Tabla 10

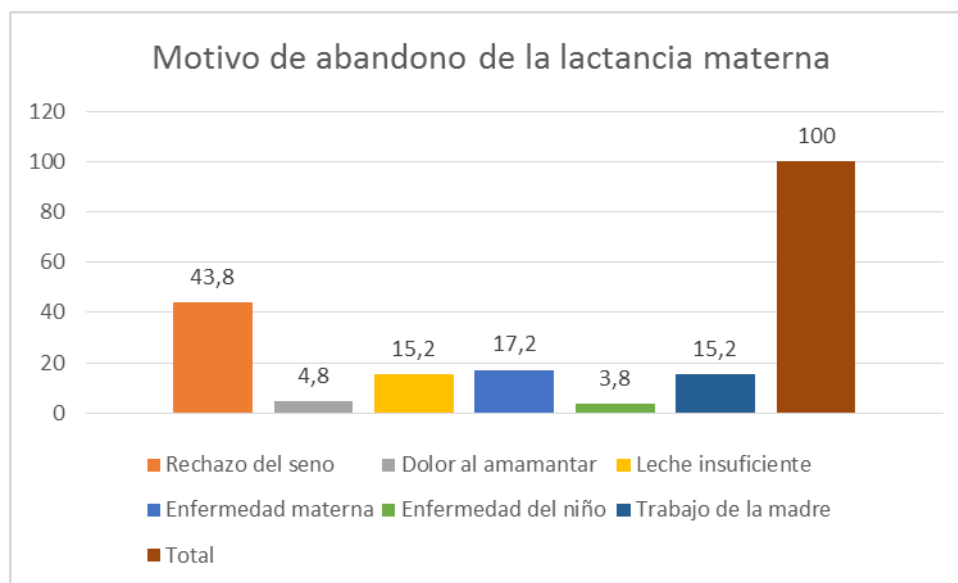
Tabla 11. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según motivo de abandono de la lactancia materna.

Motivo de abandono de la lactancia materna	Frecuencia	%
Rechazo del seno	46	43.8
Dolor al amamantar	5	4.8
Leche insuficiente	16	15.2
Enfermedad materna	18	17.2
Enfermedad del niño	4	3.8
Trabajo de la madre	16	15.2
Total	105	100.0

Fuente: método de recolección de datos

El 43.8 por ciento de las madres tuvieron un motivo de abandono por rechazo del seno, el 17.2 por ciento por enfermedad materna, el 15.2 por ciento por trabajo de la madre, el 15.2 por ciento por leche insuficiente, el 4.8 por ciento por dolor al amamantar y el 3.8 por ciento por enfermedad del niño.

Grafico 11. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según motivo de abandono de la lactancia materna.



Fuente: Tabla 11

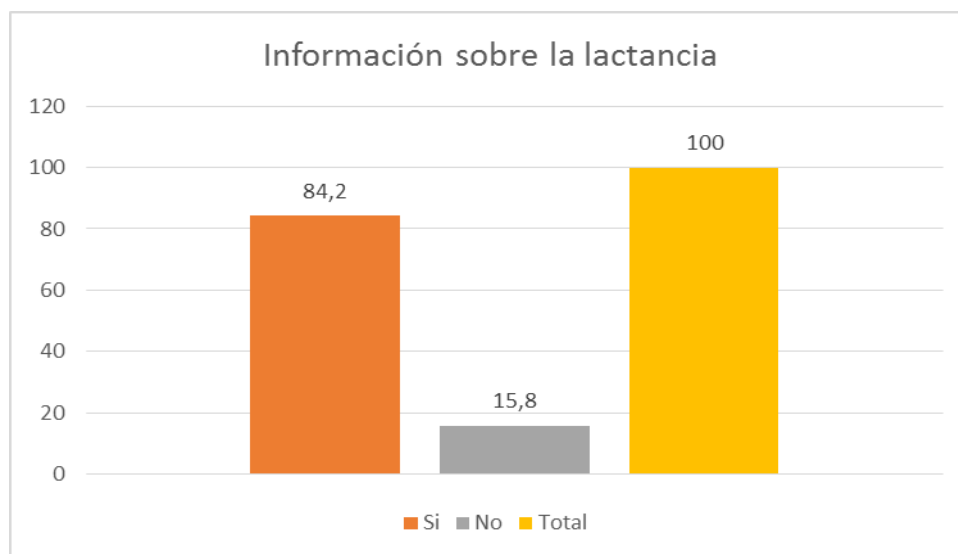
Tabla 12. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según había recibido información sobre los beneficios de la lactancia materna.

Información sobre la lactancia	Frecuencia	%
Si	337	84.2
No	63	15.8
Total	400	100.0

Fuente: método de recolección de datos

El 84.2 por ciento de las madres si obtuvieron información de la lactancia materna y el 15.8 por ciento no.

Grafico 12. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según había recibido información sobre los beneficios de la lactancia materna.



Fuente: Tabla 12

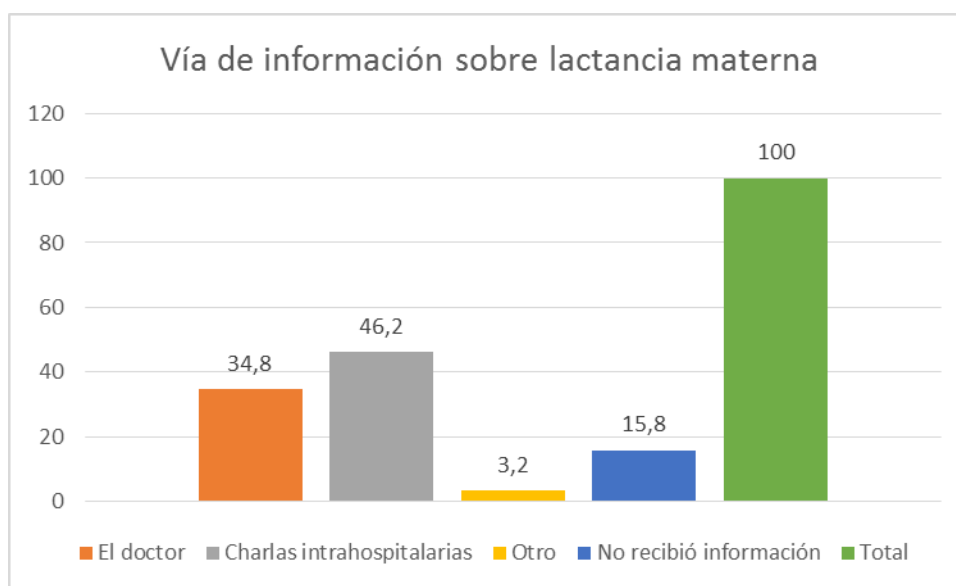
Tabla 13. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según cual vía de información sobre lactancia materna.

Vía de Información sobre la lactancia materna	Frecuencia	%
El doctor	139	34.8
Charlas intrahospitalarias	185	46.2
Otro	13	3.2
No recibió información	63	15.8
Total	400	100.0

Fuente: método de recolección de datos

El 46.2 por ciento de las madres recibió información sobre la lactancia materna en charlas intrahospitalarias, el 34.8 por ciento de las madres por el doctor, el 15.8 por ciento de las madres no recibió información y 3.2 por ciento el recibió información por otra vía.

Grafico 13. Determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral, Octubre 2018 - Septiembre 2019, según cual vía de información sobre lactancia materna.



Fuente: Tabla 13

VIII. DISCUSIÓN

Una vez obtenidos los resultados se procedió a comparar los diferentes estudios sobre el abandono de la lactancia materna.

En nuestro estudio, el 40 por ciento de las madres comprendía las edades de 21-25 años. Por el contrario, en un estudio realizado por Pino V, Lopez E, Medel I, Ortega S. en una comunidad rural de Chile en el 2016, las madres comprendían una edad media entre 26 y 35 años, mientras que en el estudio realizado por Manosperta P, Ramos M, Wechsler S, Rossetti, Zappone C, Marques T. en el barrio Carvcova, Buenos Aires, en el 2014, las madres comprendían una edad media entre 16-20 años.

El 43 por ciento de las madres estaban en unión libre. Datos similares se obtuvieron en un estudio realizado por Hernández S, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Santo Domingo, en el 2014, en el cual el 58.7 por ciento se encontraba en unión libre, correlacionando el mismo estado civil predominante en nuestro estudio.

El 35 por ciento de las madres tenían un nivel educacional hasta la secundaria. Datos similares se obtuvieron en un estudio realizado por Medina P. en el Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, San Cristóbal, en el 2018, el nivel que predominó fue la secundaria, correlacionando el mismo nivel educacional a nuestro estudio.

El 46.2 por ciento de las madres eran ama de casa. Al contrario en un estudio realizado por Sayay, en Ecuador, en el 2016, en el cual el mayor porcentaje de las madres eran empleadas.

El 37 por ciento de los lactantes tenían una edad comprendida de 10-12 meses. Al contrario en un estudio realizado por Lizardo, Mejia y Gurerrero, en el Hospital Materno-Infantil San Lorenzo De Los Mina, en el 2014, el mayor porcentaje de lactantes comprendía una edad de 0-3 meses.

El 19.8 por ciento de las madres no lactaron hasta el tiempo que señalan los organismos internacionales, que debe ser hasta los 6 meses como mínimo. A diferencia de un estudio realizado por Lizardo, Mejia y Gurerrero, en el Hospital

Materno-Infantil San Lorenzo De Los Mina, en el 2014, en donde el 34.8 por ciento de las madres no lactaron hasta los 6 meses.

El 53.5 por ciento de los lactantes recibieron fórmula infantil en el hospital antes del alta médica, el cual aumenta el riesgo de abandonar la lactancia materna.

El 68.25 por ciento de los niños en sus primeros 6 meses de vida utilizaron lactancia mixta, seguido por fórmula infantil en un 19.75 por ciento y por último lactancia exclusiva en un 12 por ciento. A diferencia de un estudio realizado por Sayay, en Ecuador, en el 2016, en el cual el 52.99 por ciento utilizaron lactancia exclusiva, lactancia mixta en un 44.70 por ciento y lactancia artificial en un 2.31 por ciento.

La causa más frecuente del abandono precoz de la lactancia materna fue rechazo del seno en un 43.8. Al contrario, en un estudio realizado por Hernández S, en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Santo Domingo, en el 2014, el 20 por ciento fue por poca cantidad de leche. Con los mismo resultados que el estudio anterior, González I, Hoyos A, Torres I. realizaron un estudio en Cuba, en el 2015, el 47.1 por ciento fue por hipogalactia referida.

El 84.25 por ciento de las madres si obtuvieron información de la lactancia materna, dentro del cual el 46.25 obtuvieron esa información vía charlas hospitalarias. En un estudio realizado por Laghi T, Yaipen M, Risco C, Pereyra M. en Lima, Perú, en el 2013, el 61.5 por ciento obtuvieron información de la lactancia materna. Lo cual demuestra que para que la lactancia materna se inicie y se mantenga debidamente, no solo basta que la conozcan, sino que sean conscientes de su importancia y ventajas.

IX. CONCLUSIÓN

Luego de haber realizado nuestra investigación sobre los determinantes maternos asociados al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad en el Hospital Infantil Doctor Robert Reíd Cabral. Octubre 2018 – Septiembre 2019, y observando los resultados obtenidos se hacen las siguientes conclusiones.

1. El 40 por ciento de las madres entrevistadas tenían unas edades entre 21-25 años.
2. Un 43 por ciento de las madres Vivían en unión libre con su pareja.
3. El 35 por ciento de las madres tenían un nivel medio de educación.
4. El 46.2 por ciento de las entrevistadas eran amas de casa.
5. El 51.2 por ciento de las madres procedían de la zona rural, mientras que el 48.8 procedían de la zona urbana.
6. El 73.8 por ciento de las madres dieron lactancia materna hasta la edad actual de sus hijos.
7. Antes de la de alta médica el 53.5 por ciento de los de los niños consumieron formula.
8. El 68.2 por ciento de las madres alimento a su bebe de forma mixta dentro de los primeros 6 meses.
9. Las causas más frecuentes planteadas por las madres fue el rechazo del seno con un 43.8 por ciento.
10. Las madres encuestadas en un 84.2 por ciento conocían los beneficios de amamantar, siendo estas informadas mediante charlas intrahospitalarias en un 46.2 por ciento.
11. La edad materna y el nivel de escolaridad fueron los determinantes maternos que más se asociaron al abandono de la lactancia materna.

X. RECOMENDACIONES

Con la finalidad de aportar a la buena alimentación de los niños menores de un año, basándome en la experiencia obtenida de esta investigación recomiendo:

1. En vista de que muchos de los niños de las madres encuestadas le habían dado formula antes del alta médica, recomiendo evitar el uso de fórmulas a menos que sea una emergencia pediátrica en la cual la madre no pueda abastecer las necesidades del niño.
2. Continuar capacitando y educando a la madre de la importancia y beneficios que tiene consigo la lactancia materna.
3. Implementar cursos de apoyo de madres que lactan, donde estas puedan ser oídas y puedan compartir sus conocimientos, dificultades sobre la lactancia materna.
4. Habilitar áreas donde las madres puedan ir a lactar de manera cómoda.
5. Hacer cumplir la ley de la lactancia materna (ley 8-95).

XI. REFERENCIAS

1. Aeped.es [internet]. España: Beltran; 2008 [Actualizado 18 Oct 2009; citado 18 Dic 2018]. Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf
2. Sayay J. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en el área de salud. Repouta [internet]. 2016 [citado 18 Dic 2018]. Disponible en:
<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/20592/2/FACTORES%20ASOCIADOS%20AL%20ABANDONO%20PRECOZ%20DE%20LA%20LACTANCIA%20MATERNA%20EN%20EL%20%20C3%81REA%20DE%20SALUD%202%20ENERO%20-%20AGOS.pdf>
3. Ruiz P. y Martínez J. Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. Ene. vol.8 no.2 Santa Cruz de La Palma. 2014 [citado 18 Dic 2018]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000200004
4. Encuesta Demográfica y de Salud 2013 [citado 18 Dic 2018]. Disponible en:
<http://msp.gob.do/documentos/ENDESA2013.pdf>
5. González I, Hoyos A, Torres I. Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cuba 2015 [citado 18 Dic 2018]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500005
6. Pino V, Lopez E, Medel I, Ortega S. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. 2016 [citado 18 Dic 2018]. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000100008

7. Manosperta P, Ramos M, Wechsler S, Rossetti, Zappone C, Marques T. Causas de abandono de lactancia materna en el barrio Cárcova. 2014 [citado 20 Dic 2018]. Disponible en:
<http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia/article/view/6260/5638>
8. Oliver A. Abandono prematuro de la lactancia materna, incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. 2015 [citado 20 Dic 2018]. Disponible en:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23524/1/Tesis_Oliver.pdf
9. Guevara V. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Setiembre - Noviembre 2015. 2016 citado 20 Dic 2018]. Disponible en:
<http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1016>
10. Laghi T, Yaipen M, Risco C, Pereyra M. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú, 2013 [citado 20 Dic 2018]. Disponible en:
<http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/factores-asociados-al-abandono-de-lalactancia-materna-exclusiva-en-unamuestra-de-madres-de-lima-per2013.php?aid=7071>
11. Medina. Factores de abandono de lactancia materna en niño de 6 a 12 meses de edad en la consulta del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina. 2018.
12. Hernández. Causas de abandono precoz de la lactancia materna en la consulta de pediatría del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. 2014.
13. Lizardo, Mejía, Guerrero. Factores relacionados a la suspensión y sustitución de la lactancia materna en niños de 0-12 meses asistidos en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina. 2014.
14. UNICEF. Lactancia Materna. [citado 20 Dic 2018]. Disponible en:
https://www.unicef.org/republicadominicana/resources_21274.html
15. Encuesta Demográfica y de Salud 2013. . [citado 20 Dic 2018]. Disponible en:

- <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR43/PR43.pdf>
16. Banco mundial. El efecto del poder económico de las mujeres en América Latina y el Caribe, 2012 [citado 20 Dic 2018]. Disponible en:
<http://www.bancomundial.org/content/dam/Worldbank/document/resumenej ectuvoSP.pdf>
 17. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna exclusiva. 2013 [citado 20 Dic 2018]. Disponible en:
https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
 18. Aguilar M. y Garcia L. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática. 2016 [citado 20 Dic 2018]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000200046
 19. Juaneda M. y Gabelas M. La lactancia en el antiguo Egipto. 2014 [citado 21 Dic 2018]. Disponible en:
<https://www.plataformacie.com.ar/web/enlaces-de-inter%C3%A9s/art%C3%ADculos-cient%C3%ADficos/153-historia-de-la-lactancia.html>
 20. Ecured. Lactancia materna. 2012 [citado 21 Dic 2018]. Disponible en:
https://www.ecured.cu/Lactancia_materna
 21. Mahan K, Escott-Stump S. Dietoterapia de Krause. 12va Ed. Wlsevier MASSON. Barcelona, España 2009 [citado 21 Dic 2018]. Disponible en:
<http://docshare01.docshare.tips/files/14934/149346128.pdf>
 22. Santos M, Vásquez E. Lactancia Humana En: La Salud del niño y del adolescente 7ma edición. Martínez y Martínez Editor. México Editorial El manual moderno 2013:pp605-11.
 23. Ferrer L. Lactancia Materna: ventajas, técnica y problemas. 2015 [citado 21 Dic 2018]. Disponible en:
<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/lactancia-materna-ventajas-tecnica-y-problemas/>

24. Savino M, Fissore M, Grassino E, Nani G, Oggero R, Silvestro L. Ghrelin, leptin and IGF-1 levels in breast-fed and formula-fed infants in the first years of life. *Acta Paediatr.* 2005;94:537-7
25. Becerra F, Bonilla L, Rodriguez J. Leptina y Lactancia Materna: Beneficios fisiológicos. *Revista de la facultad de medicina.* 2015 [citado 21 Dic 2018]. Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43953/64432>
26. Quinteros E, Roque E, Peña P, De la mella S, Fong G. Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. *Medicentro Electronica* , 2013;18(4), 156-162.
27. Daza L. conocimientos, aptitudes y practicas sobre la lactancia materna en madres con niños de cero a 1 año de edad que acuden al centro de salud número uno de la ciudad de Tulcán provincia de enero- agosto del 2010, Universidad técnica del norte. 2011 [citado 21 Dic 2018]. Disponible en:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/723/1/06%20ENF%20%20423%20TESIS.pdf>
28. Acosta L. Técnicas de amantamiento correcto. 2016 [citado 21 Dic 2018]. Disponible en:
[file:///C:/Users/User/Downloads/T-UCSG-PRE-MED-ENF-350%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/T-UCSG-PRE-MED-ENF-350%20(2).pdf)
29. Espol. Calostro la primera defensa del recién nacido. 2013 [citado 21 Dic 2018]. Disponible en:
<http://fcv.espol.edu.ec/calostro-la-primera-defensa-del-reci%C3%A9n-nacido>
30. Long M. la hospitalización no debería interrumpir la lactancia materna exclusiva. 2010 [citado 21 Dic 2018]. Disponible en:
<https://www.bebesymas.com/alimentacion-para-bebes-y-ninos/la-hospitalizacion-no-deberia-interrumpir-la-lactancia-materna-exclusiva>
31. Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna. Capitulo 1: Marco conceptual Cognitivo 3ra Ed. Santiago: Sin editorial; 210.p.11-53.

32. Rose V, Warrigton V, Linder R, Williams C. Factors influencing infant feeding method in an urban community. *Journal of the National Medical Association*, 96(3), 325-331.
33. Crece contigo. Manual de lactancia materna. Chile. 2018 [citado 21 Dic 2018]. Disponible en:
<http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/manual-lactancia-profesionales-y-usuarios.pdf>
34. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva, World Health Organization, 2007 [citado 21 Dic 2018]. Disponible en:
https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01_spa.pdf
35. Rius M. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. Madrid, España. *Rev anales de pediatría*. 2013 [citado 05 Abril 2019]. Disponible en:
<https://www.analesdepediatría.org/es-factores-asociados-al-abandono-precoz-articulo-S1695403313002385>
36. Duran M, Villegas C, Sobrado R, Almanza M. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. 2008 [citado 05 Abril 2019]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000200003
37. Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida, Noviembre-Diciembre del 2006 [citado 05 Abril 2019]. Disponible en:
<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmc3131a/doc/fmc3131a.pdf>
38. Cardoso P. Introducción Precoz de Sustitutos de Lactancia Materna e Incidencia de Lactancia Materna Exclusiva al Mes de Vida. Santiago, Chile. 2016 [citado 05 Abril 2019]. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000400006

39. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* 2015; VI (2): 321.
40. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2017.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo: 2018-2019	
Selección del tema	2018	Octubre
Búsqueda de referencias		Octubre – Diciembre
Elaboración del anteproyecto		Diciembre-Febrero
Sometimiento y aprobación	2019	Marzo – Mayo
Ejecución de las encuestas		Mayo
Ejecución de las encuestas		Junio
Tabulación y análisis de la información		Julio
Redacción del informe		Julio
Revisión del informe		Julio
Encuadernación		Agosto
Presentación		Septiembre
Presentación		Septiembre

XII.2. Instrumento de recolección de datos

DETERMINANTES MATERNOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA EN
NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD EN LOS HOSPITALES INFANTIL DR.
ROBERT REÍD CABRAL, OCTUBRE 2018 - SEPTIEMBRE 2019.

Formulario: _____

Fecha: _____

Datos generales

- 1) Edad de la madre: _____ años.
- 2) Estado Civil
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Viuda
 - d) Unión libre
- 3) Nivel educacional
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Técnico
 - d) Universitaria
 - e) Ninguno
- 4) Ocupación
 - a) Ama de casa
 - b) Estudiante
 - c) Empleada publico
 - d) Empleada privado
 - e) Independiente
 - f) Ninguno
 - g) Otro _____
- 5) Procedencia.
 - a) Zona rural
 - b) Zona urbana

- 6) Edad del niño: _____
- 7) ¿Cuánto tiempo después de nacer el bebe empezó a darle el seno?

- 8) ¿Durante los primeros tres días después haber dado a luz y antes de que comenzara a salir leche, le dieron a algo tomar diferente en el hospital?
- a) Si
 - b) No
- 9) Actualmente, ¿Amamanta usted a su niño?
- a) Si
 - b) No
- 10) ¿Durante qué tiempo le dio el seno al niño? _____
- 11) ¿Además del seno, le daba otro alimento al niño?
- a) Formulas
 - b) Jugo
 - c) Te
 - d) Agua de arroz
 - e) Compota
 - f) Papilla
 - g) Leche de Vaca
 - h) Otro
- 12) De no haber amamantado, Cual(es) fue el alimento sustituto de la leche materna? _____
- 13) Motivo por el cual no lacto o suspendió la lactancia materna al niño.
- a) Leche insuficiente
 - b) Él bebe llora mucho
 - c) La leche es salada
 - d) El trabajo
 - e) Dolor al amamantar
 - f) Enfermedad de la mama
 - g) Enfermedad del niño

- h) Estética
 - i) El niño no quiso el seno
- 14) Además del seno, ¿le daba algún otro alimento al bebe?
- a) Si
 - b) No
- 15) ¿Sabe usted los beneficios de amamantar?
- a) Si
 - b) No
- 16) ¿Alguna vez ha recibido información sobre lactancia materna?
- a) Si
 - b) No
- 17) ¿Por cuál vía recibió la orientación sobre lactancia materna?
- a) Charlas intrahospitalarias
 - b) El doctor
 - c) La radio
 - d) Televisión
 - e) Folletos

XII.3. Consentimiento informado

Universidad Nacional Pedro
Henríquez Ureña Facultad
Ciencias de la Salud
Escuela de medicina
Hospital Infantil Doctor Robert Reid Cabral

DESCRIPCIÓN

Usted ha sido seleccionada a participar en esta investigación que tiene como objetivo principal identificar los determinantes al abandono de la lactancia en niños menores de un año de edad, durante el periodo Octubre 2018 - Septiembre 2019, en este centro de salud.

ALTERNATIVA

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede interrumpir la entrevista en cualquier momento. Puede negarse a responder cualquier pregunta o de no participar en la misma. No hay penalidad por rechazar participar.

CONFIDENCIALIDAD

La identidad del participante será protegida y a su nombre se le asignará un código o ID. Toda información o datos que puedan identificarlo/a serán manejados confidencialmente.

COSTOS, RIESGOS & BENEFICIOS

Su participación en este estudio no tiene costo alguno.

Su participación en este proyecto no representa riesgo para usted.

Si se siente incómoda con algún aspecto incluido en la misma, tiene toda la libertad de no contestarla.

Ante cualquier duda o pregunta puede comunicarse con la Dra. Luz Jimenez.

ID _____ acepto estar de acuerdo para este estudio, así como su publicación.

Nombre y Firma del Paciente: _____

XI.4. Costos y recursos

VIII.4.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 1 sustentante • 1 asesor (metodológico y clínico) • Personal medico calificado en número de cuatro • Personas que participaron en el estudio 			
VIII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	1 resmas		240.00
Papel Mistique	1 resmas	80.00	540.00
Lápices	2 unidades	180.	36.00
Borras	2 unidades	00 3.00	24.00
Bolígrafos	2 unidades	4.00	36.00
Sacapuntas	2 unidades	3.00	18.00
Computador Hardware:			
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x		3.00	
Impresora HP 932c			
Scanner: Microteck 3700			
Software:			
Microsoft Windows XP			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Omnipage Pro 10			
Dragon Naturally Speaking			
Easy CD Creator 2.0			
Presentación:			
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data projector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades		1,200.
Calculadoras	2 unidades		00
		600.	150.00
		00	
		75.0	
		0	
VIII.4.3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
VIII.4.4. Económicos*			
Papelería (copias)	1200 copias		420.00
Encuadernación	12 informes	00.35	960.00
Alimentación			1,200.
Transporte		80.00	00
Inscripción al curso			5,000.
Inscripción del anteproyecto			15,000
Inscripción de la tesis			.00
Imprevistos			15,000
			.00
Total			\$39,824.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por el sustentante.

XI.5. Evaluación

Sustentantes:

Jatna P. Vidal Báez

Nilsa M. Espinosa Agramonte

Asesores:

Rubén Darío Pimentel
(Metodológico)

Dra. Luz Mireya Jiménez
(Clínico)

Dra. Gladys Cerda
(Clínico)

Jurados:

Autoridades:

Dr. Eduardo García
Director Escuela de Medicina
Salud

Dr. William Duke
Director Facultad Ciencias de la

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____