

PROYECTO TERMINAL PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TÍTULO

"RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LAS PRÁCTICAS HOSPITALARIAS QUE FAVOREZCAN A LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE JONACATEPEC
MORELOS, DESDE EL ENFOQUE DE LA MERCADOTECNIA SOCIAL".

ESTUDIANTE

Gabriela Concepción Armendáriz Aguirre

Teléfono: 2222098022

Email: gabsarmen@gmail.com

Maestría en Salud Pública

Área de concentración en Nutrición

Generación 2013-2015

DIRECTORA

Dra. Anabelle Bonvecchio Arenas

Centro de Investigación en Nutrición y Salud

Departamento de Nutrición de Comunidades

Instituto Nacional de Salud Pública

ASESORA

Dra. Florence L. Théodore Rowleron

Centro de Investigación en Nutrición y Salud

Dirección adjunta del Centro de Investigación en Nutrición y Salud

Instituto Nacional de Salud Pública

LECTOR

MCS. J. Giovanni Pérez Cortés

Programa de atención para la salud de la infancia y la adolescencia

Servicios de Salud de Morelos

Cuernavaca, Morelos Agosto del 2015

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. ANTECEDENTES	6
2.1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	6
2.2. BENEFICIOS Y BARRERAS DE LA PRACTICA DE LACTANCIA MATERNA.....	6
2.3. PRÁCTICA DE LM A NIVEL GLOBAL Y NACIONAL.....	8
2.4. INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO: UNA ESTRATEGIA INTERNACIONAL..	9
2.5. ESTRATEGIAS INTRAHOSPITALARIAS PARA FOMENTAR EL INICIO TEMPRANO DE LA LM.....	10
2.6. INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE EN MÉXICO.....	11
2.7. GENERALIDADES DEL HOSPITAL COMUNITARIO DE JONACATEPEC MORELOS.....	12
3. MARCO TEÓRICO	13
3.1. DEFINICIÓN LACTANCIA MATERNA Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	13
3.3. INVESTIGACIÓN FORMATIVA Y LME	13
3.4. MODELO ECOLÓGICO APLICADO A LAS PRÁCTICAS DE LME	14
3.5. MODELO DE CREENCIAS EN SALUD.....	15
3.7. MERCADOTECNIA SOCIAL PARA PROMOCIÓN DE LME	17
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
5. JUSTIFICACIÓN	22
6. OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS).....	23
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
8. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	27
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	28
10. RESULTADOS.....	29
10.1 DATOS DESCRIPTIVOS.....	29
10.1.1 Principales características de los informantes.....	29
10.1.2 Conocimiento en relación a la LM de los proveedores de salud.....	30
10.1.3 Contexto institucional y postura institucional para la promoción de LM.....	32
10.2 PRÁCTICAS Y DISCURSOS ENTORNO A ACCIONES EN RELACIÓN A LA ALIMENTACIÓN DE LOS BEBÉS.....	40
10.2.1 Prácticas intrahospitalarias para la LM según el personal de salud.....	40
10.2.2 Experiencia de las madres en información recibida sobre LM en el hospital...	45
10.3 FACILITADORES Y BARRERAS DE LA PROMOCIÓN DE LA LM EN ENTORNO HOSPITALARIO SEGÚN LAS ENFERMERAS Y MÉDICOS.....	47
10.4 SUGERENCIAS DE LOS ACTORES HOSPITALARIOS PARA REFORZAR LA PROMOCIÓN DE LA LM.....	48
11. DISCUSIÓN	49
12. CONCLUSIONES	55

13. RECOMENDACIONES	57
14. LIMITACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	67
1. GUIA OBSERVACIONAL	67
2. GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LA DIRECTORA DEL HOSPITAL	70
3. GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A MÉDIC@S.....	73
4. GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A ENFERMER@S.....	76
6. ENCUESTA DE SALIDA DIRIGIDA A MADRES	84
7. CONSENTIMIENTO INFORMADO ORAL PARA ENCUESTAS	87
8. CARTA CONSENTIMIENTO ORAL PARA CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO.....	88
9. CARTA CONSENTIMIENTO ORAL PARA ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE	89
.....	89
10. TARJETA INFORMATIVA.....	90

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Instituto Nacional de Salud Pública y a la Escuela Nacional de Salud Pública, por brindarme la oportunidad de formar parte de su alumnado. A los catedráticos que me acompañaron a lo largo de estos dos años, gracias por darme una nueva perspectiva sobre la salud poblacional.

Agradezco a CONACyT por el apoyo económico brindado durante estos dos años de maestría y la realización de este proyecto.

Gracias a los Servicios de Salud de Morelos por permitirme desarrollar mi trabajo en una de sus instituciones. Al personal del Hospital Comunitario de Jonacatepec mi más sincero agradecimiento por recibirme amablemente, y participar en el proceso de este proyecto.

Quiero agradecer a mi comité de proyecto la Dra. Anabelle Bonvecchio Arenas, y la Dra. Florence L. Théodore, sin ustedes este camino no hubiera sido el mismo, gracias por su paciencia, conocimiento y enseñanza, hoy más que nunca admiro su trabajo, y dedicación. A mi lector el Mtro. Giovanni Pérez Cortes gracias porque a pesar de las adversidades aceptó ser mi lector, admiro su fortaleza y trabajo.

Agradezco a aquellas personas que fueron parte fundamental de este proceso, los amigos que conocí en estos dos años, sin ustedes este camino seguramente hubiera sido más difícil, gracias por las risas, por las lágrimas, por las porras y por estar.

Un especial agradecimiento a Itzel Salas, gracias por enamorarte del proyecto tanto como yo lo he hecho, gracias a ti tendrá continuidad.

A mis amigos Marcela Osorno por enseñarme el camino hacia la salud pública, Christopher Flores y Mario Becerril, gracias por que fueron ustedes los que me llevaron al primer acercamiento al Instituto Nacional de Salud Pública.

Quiero agradecer a toda mi familia y amigos, que aunque no estuvieron cerca, a distancia siempre fueron voz de aliento.

El agradecimiento más importante es a mi núcleo familiar. A mis padres, gracias por apoyarme en las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, les agradezco inmensamente su comprensión y paciencia durante estos dos años de maestría, gracias por su amor infinito. Gracias papá por tu ejemplo de perseverancia, y gracias mamá por darme el mejor primer regalo que me podías brindar, la leche materna. A mi hermano gracias por caminar siempre conmigo de la mano y por ser mi hombro incondicional.

1. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la práctica ideal de alimentación para los niños. Es el mejor camino para el adecuado desarrollo, crecimiento y salud del infante^{1,2}, ayuda a prevenir enfermedades infecciosas, diarreicas, desnutrición infantil, así como también contribuye con la prevención de obesidad y sobrepeso en los niños, además beneficia a la madre en su estado de salud^{3,4} y contribuye a ahorrar costos en el hogar, así como también en la sociedad⁵.

Las recomendaciones internacionales recomiendan que el amamantamiento inicie durante la primera media hora de vida, que sea exclusiva durante los primeros seis meses de vida y a partir de entonces complementarla con otros alimentos al menos hasta los dos años⁶.

En varios países de mediano ingreso la práctica de LM ha disminuido considerablemente. México no ha sido la excepción, resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2012 reflejan un importante decremento en los últimos años, siendo más significativo en las zonas rurales. Estos resultados pueden deberse principalmente a factores culturales, económicos y sociales, pero también se ha identificado que es relevante la información y prácticas intrahospitalarias durante la estancia de la madre en el hospital después del parto⁷.

Desde hace varios años existe a nivel internacional la Iniciativa Hospital Amigo del Niño, la cual se creó para promover y proteger la lactancia materna, ésta ha sido la principal iniciativa para fomentar la LME en entornos hospitalarios antes e inmediatamente después del parto. En México varios hospitales tienen el nombramiento de “Hospital Amigo del Niño”, sin embargo dadas las cifras nacionales es importante conocer si las prácticas que se realizan después del parto y durante la hospitalización son adecuadas para la promoción de LM⁸.

El presente trabajo busca realizar un análisis de las prácticas, después del parto en relación a la promoción y protección de la lactancia materna exclusiva del Hospital

Comunitario de Jonacatepec Morelos y formular recomendaciones para su mejora. Se realizó Investigación Formativa, la cual permite comprender las necesidades de la población sobre el tema en estudio, esta se basó en el modelo ecológico y en los principios de mercadotecnia social, con la finalidad de desarrollar futuras intervenciones en el hospital.

2. ANTECEDENTES

2.1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

En 1979 la OMS recomendó que la práctica de lactancia materna exclusiva debería ser de 4 a 6 meses de vida. En 1994 y 1996 la Asamblea Mundial de la Salud y UNICEF recomendaron que la práctica exclusiva de lactancia fuera hasta los 6 meses. Pese a la evidencia que existía sobre los beneficios de la práctica extendida hasta los 6 meses la OMS no actualizó sus recomendaciones, argumentado que se necesitaba más evidencia. Sin embargo en el 2001 se llegó a la resolución de que la recomendación para la práctica de LME debe ser hasta los 6 meses⁹. Se ha demostrado que la lactancia materna exclusiva durante este periodo protege contra infecciones gastro-intestinales y respiratorias, además de prolongar la duración de la amenorrea lactacional en madres que amamantan frecuentemente¹⁰.

Después del periodo de lactancia materna exclusiva la recomendación es que se continúe con lactancia materna (hasta los 24 meses) y con alimentación complementaria segura, adecuada desde el punto de vista nutritivo y apropiada para la edad³.

2.2 BENEFICIOS Y BARRERAS DE LA PRACTICA DE LACTANCIA MATERNA

El iniciar la lactancia materna dentro de la primera media hora después del nacimiento está considerado como el primer paso para reducir la mortalidad neonatal y por ende la mortalidad de niños y niñas menores de cinco años. La lactancia materna es la mejor opción de alimentación para el niño, debido a que la leche materna posee todos los nutrientes que el infante necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo. Además una de sus

características principales es que va modificando su composición de acuerdo a las necesidades que el niño presenta durante su desarrollo. Diversos estudios comprueban que la lactancia materna tiene beneficios tanto para el niño como para la madre^{11,12,13}.

Los beneficios para el lactante son diversos, los protege contra enfermedades gastrointestinales, respiratorias, existe menor riesgo de diabetes y obesidad, asma y leucemia^{14,15}. En la madre favorece a evitar hemorragias postparto, inhibe la ovulación incrementando el intervalo entre embarazos, disminuye el depósito de tejido adiposo y protege contra el cáncer de mama y de ovarios^{16,17}.

Los beneficios de la práctica de LM no son solo biológicos, también son económicos, ya que se ha comprobado que existe una relación costo-beneficio favorable que se traduce en salud, estado nutricional significativo ahorro para el estado y las familias en cuanto a servicios de atención médica y alimentación¹⁸. En un estudio realizado en México los resultados arrojaron que el costo anual de prácticas inadecuadas de LM oscila entre \$745.6 millones y \$2416.5 millones, donde el costo de las fórmulas infantiles representaron del 11-38% del costo total, el 57% de las muertes infantiles causadas por enfermedades comunes en los niños son atribuidas a las prácticas inadecuadas de LM¹⁹.

A pesar de los beneficios de la LM existen diversos factores que conducen a la interrupción de lactancia materna exclusiva, entre los principales se encuentran: conocimientos deficientes de la madre sobre LM, **prácticas intrahospitalarias que no contribuyen con la iniciación temprana de la LME** (dar leche de fórmula, falta de alojamiento conjunto, no iniciar la lactancia materna en la primera media hora de vida)²⁰, **la inadecuada y/o insuficiente información recibida por la madre durante la estancia hospitalaria ocasionada por el parto, uso de biberón en los primeros 6 meses**, nivel educativo, usos y costumbres, estado civil, trabajo materno fuera del hogar, redes de apoyo, situación laboral de la pareja el estrato socioeconómico bajo^{21,22,23,24}.

2.3. PRÁCTICA DE LM A NIVEL GLOBAL Y NACIONAL

En países en desarrollo la tasa de bebés alimentados con LME es cerca del 40%. Las tasas para la práctica de lactancia materna exclusiva en el 2007 (0-6 meses de edad) según los datos de UNICEF son: en Asia del sur 45% América Latina y Caribe (excluyendo Brasil y México) 45% , Asia del Este y Pacífico (excluyendo China) 32%, África Subhariana 30%, Medio Oriente y Norte de África 26%, Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes 19%²⁵.

A pesar de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, en América Latina datos reportados del 2013 reflejan que sólo el 38% de los lactantes son alimentados exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida²⁶.

En América Latina y el Caribe en promedio los niños son alimentados con LM durante 14 meses, aunque la duración entre cada país es diferente, va de 7 meses en la República Dominicana y Uruguay hasta 18 meses o más en Bolivia, Guatemala, Honduras y Perú. En Brasil durante los últimos años ha aumentado de 6 a 14 meses²⁶.

En México el Programa Nacional de Lactancia tiene varios años implementándose sin embargo los resultados de la ENSANUT 2012 en cuanto a la práctica de LME (0-6 meses) presentaron una disminución dramática del 22.3% en el 2006 a 14.5% en el 2012, siendo más drástico en las zonas rurales donde se reportó que de 36.9% (2006) descendió a 18.5% (2012), aunque la práctica en estas zonas sigue siendo más elevada que en las zonas urbanas donde se reportó una prevalencia de 12.7%. También disminuyó la lactancia continua al año y a los dos años; asociado a éstos resultados se encuentra el aumento en los niños que consumen fórmula infantil, otro tipo de leche y agua²⁷.

A pesar de la importancia de las prácticas intrahospitalarias que llevan al establecimiento de una adecuada lactancia materna, como lo son el alojamiento conjunto, ayudar a la madre a iniciar lactancia dentro de la primera media hora de vida del bebé, entre otras, no se encontró información sobre estas prácticas en los hospitales a nivel internacional.

2.4.INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO: UNA ESTRATEGIA INTERNACIONAL

En respuesta a la Declaración Innocenti 1990 de promoción y apego a la LM en 1991 fue lanzada la iniciativa hospital amigo del niño (IHAN), con el fin de dar a cada recién nacido el mejor comienzo en la vida a través de atención en salud donde la lactancia materna es la *norma*. Desde que la UNICEF y la OMS lanzaron la iniciativa, para el 2009 ya había más de 20,000 hospitales designados en 156 países alrededor del mundo⁸.

Para lograr el nombramiento de “Hospital Amigo del Niño” el servicio de salud debe seguir diez pasos⁸:

1. Tener una política de lactancia materna. Que sea periódicamente comunicada a todo el personal de salud
2. Entrenar al personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política
3. Informar a todas las madres acerca de los beneficios y el manejo de la lactancia
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera mediahora después del parto
5. Mostrar a las madres como amamantar, y como mantener la lactancia aún en caso de separación de su bebés
6. No dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna a no ser que esté médicamente indicado
7. Practicar el alojamiento conjunto- permitir a las madres y a sus recién nacidos permanecer juntos las 24 horas del día
8. Alentar la lactancia a demanda
9. No dar biberones o chupones a los niños que están siendo amamantados.
10. Formar grupos de apoyo a la lactancia materna, referir a las madres a estos grupos en el momento de alta del hospital o clínica

A nivel internacional se han realizado diversos estudios donde se ha podido evaluar que los beneficios de implementar la IHAN son diversos, dentro de los principales favorecer la LME.

En Brasil se han llevado a cabo diversas evaluaciones de impacto de los Hospitales Amigo del Niño sobre las prácticas de lactancia materna, y se ha documentado que la promoción dentro de estos hospitales está relacionada con cambios positivos hacia la lactancia materna exclusiva^{28,29,30}. Se encontró que la prevalencia de la mastitis durante la lactancia era menor en mujeres atendidas por “Hospitales Amigo del Niño” que contaron con programas de lactancia³¹. En una unidad neonatal la implementación de la iniciativa contribuyó al incremento de la LME en recién nacidos durante la estancia en la unidad neonatal y durante los primeros 6 meses de vida³².

En Chile en un estudio se realizó la implementación de los pasos que establece IHAN, los resultados que se obtuvieron fueron: facilita el encuentro precoz madre hijo, previene la hospitalización por fototerapia, disminuye los costos de atención neonatológica, y facilita una mejor práctica de LME al sexto mes de vida³³.

En Estados Unidos se compararon las tasas de inicio de lactancia materna en un Hospital de Boston antes y después de que el hospital obtuviera el nombramiento “Hospital Amigo del Niño”, las tasas de LME dentro del hospital de 5.5% aumentaron a 33.5% en cuatro años con la implementación de la iniciativa³⁴. En otro estudio realizado en diferentes estados del mismo país se encontró que las tasas de LME exclusiva incrementan en mujeres con educación baja, cuando estas son atendidas en hospitales que cuentan con la IHAN³⁵.

2.5. ESTRATEGIAS INTRAHOSPITALARIAS PARA FOMENTAR EL INICIO TEMPRANO DE LA LM

La información a las madres acerca de los beneficios de LM, el apego al seno materno durante la primera media hora después del parto y el alojamiento conjunto son prácticas que constituyen el 3ro, 4to y 7mo paso de los 10 pasos de la IHAN, estas son prácticas importantes para lograr el inicio temprano de LME.

Se ha demostrado que una de las estrategias que contribuye al éxito del inicio temprano de la lactancia materna exclusiva es el contacto piel con piel durante la primera hora después del parto (natural o por cesárea) en madres y bebés sanos^{36,37,38,39}. Otra práctica que se ha comprobado que ayuda a la práctica de LME es alojamiento conjunto durante la estancia de la madre y del hijo en el Hospital después del parto ya que al estar la madre cercana a su bebe le permite iniciar tempranamente la lactancia y no interrumpirla⁴⁰. La consejería intrahospitalaria a las madres, es una práctica que también ha demostrado contribuir al establecimiento de la LME²⁰.

Una de las barreras intrahospitalarias que ha sido referida para la práctica de apego al seno materno durante la primera hora después del nacimiento es el parto por cesárea y desafortunadamente las cifras de ésta práctica quirúrgica en México para el 2012 era de 45.1% del total de partos atendidos. En un estudio se encontró que las mujeres que eran sometidas a cesárea experimentaron un retraso significativo en el inicio de lactancia comparado con las mujeres que tuvieron parto vaginal, dentro de este estudio los Hospitales que presentaron mejores prácticas post cesárea fueron los que contaban con el nombramiento “Hospital Amigo del Niño”⁴¹. Sin embargo, otro estudio documentó que el haber tenido parto por cesárea no impide la práctica de alojamiento conjunto y el inicio temprano de LME^{42,43}.

2.6. INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE EN MÉXICO

En 1991 el gobierno mexicano desarrolló un programa nacional denominado Hospital Amigo del niño y de la Madre (HANyM), que incorpora, además de los Diez pasos antes mencionados, 15 acciones adicionales a favor de la salud de las madres y los niños⁴³. Las quince acciones son: 1) Control prenatal con detección de embarazos de alto riesgo, 2) Atención institucional al parto, 3) Atención del puerperio, 4) Esquema de vacunación, 5) Vigilancia de crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años de edad, 6) Detección del cáncer cérvico-uterino y mamario, 7) Orientación nutricional, 8) Promoción y uso de la vida suero oral, 9) Prevención y control de enfermedades respiratorias agudas, 10) Promoción de la planificación familiar, 11) Capacitación, 12) Estudios de mortalidad materna y perinatal, 13)

Sistematización de la experiencia, 14) Identificación de oportunidades perdidas, 15) Investigación y sistematización^{44,45}

De 1994 a 2003 en el país se certificaron 767 hospitales y 352 se recertificaron. Actualmente la información que se tiene sobre el número de hospitales que cuentan con el nombramiento y sobre el impacto de la implementación del programa HANyM es escasa. En 1998 se realizó una evaluación del programa en un hospital del Seguro Social que cuenta con el nombramiento de HANyM, y en los resultados obtenidos se encontró que los factores que estadísticamente se asociaron positivamente a la práctica de LM fueron: el alojamiento conjunto, ofrecer seno materno en la primera hora de vida y el haber recibido información sobre el programa HANyM. Esto se asoció al mejoramiento del vínculo madre e hijo y el mejor conocimiento de las ventajas de alimentación al seno materno⁴⁶.

2.7 GENERALIDADES DEL HOSPITAL COMUNITARIO DE JONACATEPEC MORELOS

El hospital de Jonacatepec Morelos es una unidad dependiente de los servicios de salud de Morelos, fue inaugurado en el 2010. La Unidad de Jonacatepec Morelos es un hospital de segundo nivel de atención, el cual actualmente no cuenta con el nombramiento “Hospital Amigo de niño y de la madre”.

Dentro de los diversos servicios que ofrece se encuentra la atención de Ginecología-Obstetricia y pediatría. Cuenta con 33 enfermeras y 24 médicos, de los cuales 2 son cirujanos, 2 anesestesiólogos, 2 pediatras, 1 cirujano ortopedista y 1 ginecólogo. Todo el personal antes mencionado está en contacto con mujeres embarazadas durante y después del parto.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. DEFINICIÓN LACTANCIA MATERNA Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

LA OMS define lactancia materna como la leche que se le da al infante por medio del pecho materno o de otra mujer además de otros líquidos o sólidos y lactancia materna exclusiva como aquella alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún otro suplemento sólido o líquido; en el cual se puede añadir en el caso de ser requerido la suplementación de vitaminas, minerales o medicamentos, esto durante los primeros seis meses de vida del infante^{47,48}.

3.3. INVESTIGACIÓN FORMATIVA Y LME

Para lograr un acercamiento al conocimiento y necesidades de una población es importante que la información que se obtenga, sea producto de una investigación en la población donde se desea lograr cambios de comportamiento o promover un mensaje hacia la mejora de salud, en este caso promoción de LME. El tipo de investigación que permite este tipo de acercamiento es la investigación formativa.

La investigación formativa es una forma de investigación que toma lugar antes o durante la implementación de un programa, aumenta el entendimiento acerca de una población determinada, ayuda a que el programa cubra las necesidades de la población objetivo⁴⁹.

Puede ser cualitativa (observación, entrevistas), cuantitativa (cuestionario) o mixta (utilizando métodos cualitativos y cuantitativos). Es importante que durante el planeamiento de la investigación formativa se tomen en cuenta teorías o modelos para entender el comportamiento de la población, en este caso para la investigación formativa se utilizó el modelo ecológico, y los principios de mercadotecnia social para posterior a esto poder formular recomendaciones para futuras intervenciones de promoción de LME⁴⁹.

3.4. MODELO ECOLÓGICO APLICADO A LAS PRÁCTICAS DE LME

Para entender un problema de salud pública es importante considerar los problemas asociados en este caso a la adecuada práctica de LME dentro del hospital, siendo relevante entenderlos en múltiples niveles y destacar la interacción e integración de factores dentro de los niveles y entre los mismos.

El modelo ecológico considera que el comportamiento es afectado por múltiples niveles de influencia. Se han identificado cinco niveles de influencia para los comportamientos y condiciones relacionadas con la salud: factores intrapersonales o individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de política pública. También toma en cuenta que el comportamiento influye en el entorno social y es influido por el mismo⁵⁰.

Figura 1. Modelo ecológico aplicado a LM

Nivel de Influencia	Definición (a nivel personal de salud)
Factores intrapersonales	Características individuales que influyen en el comportamiento, como los conocimientos, las actitudes, las creencias que se tienen sobre la práctica de LME
Factores interpersonales	Procesos interpersonales y grupos primarios que influyen, compañeros de trabajo.
Factores Institucionales	Servicios de Salud: Normas intrahospitalarias para la promoción de LME, reglamentos, políticas en estructuras formales, que pueden limitar o fomentar los comportamientos recomendados para la promoción protección de LME
Factores Comunitarios	Redes y normas sociales que existen como algo formal o informal entre individuos
Política Pública	Políticas locales, estatales, federales y leyes que reglamenten o respaldan acciones para la promoción y protección de LME en los hospitales

Para la promoción de salud es importante adentrarse en los comportamientos, las teorías que los explican y de que manera se puede influir en dichos comportamientos para mejorar las conductas que favorezcan la práctica de LME⁵⁰.

Las teorías del comportamiento son útiles para comprender los comportamientos, lo que motiva a las personas a adoptar o no las conductas positivas para la práctica adecuada de LME⁵⁰.

3.5. MODELO DE CREENCIAS EN SALUD

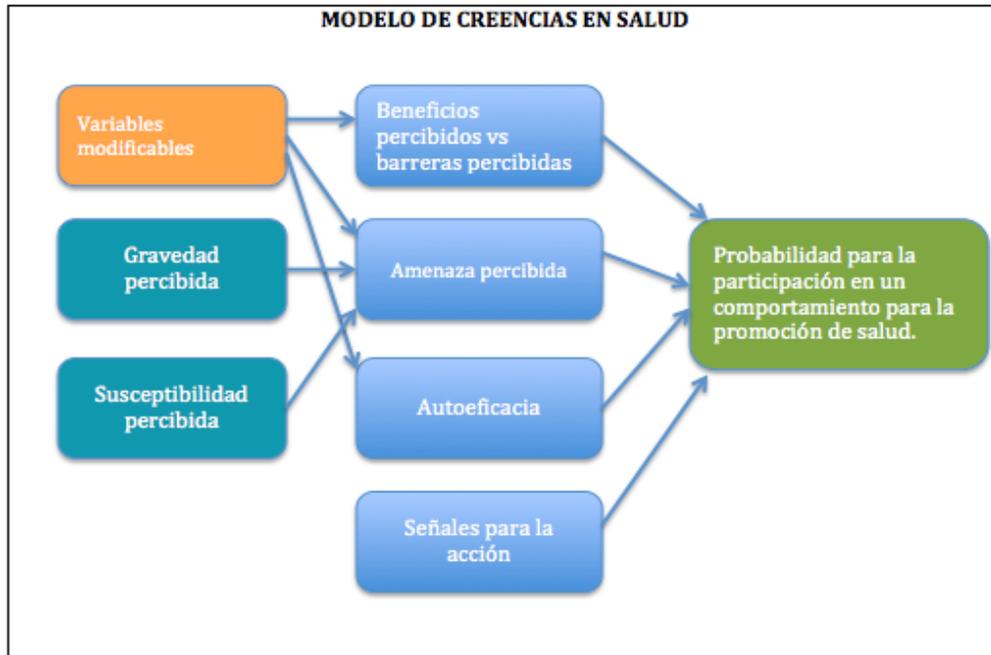
Se han utilizado varias teorías del cambio del comportamiento para explicar la conducta de los proveedores de salud con respecto a las prácticas relacionadas con temas de salud (promoción y protección de LME), uno de los más utilizados ha sido el modelo de creencias en salud, esta teoría sugiere que el comportamiento de cambio hacia la salud está influenciado por percepciones, las cuales pueden ser manipuladas por factores internos y externos que pueden ser modificados⁵¹.

El modelo de creencias en salud (MCS) es un modelo psicosocial que intenta explicar y predecir los comportamientos en salud. Esto se lo hace al enfocarse en las actitudes y creencias de los individuos. Fue primero desarrollada en los años cincuenta por Hochbaum, Rosenstock y Kegels. Desde entonces este modelo se ha adaptado para explorar varios comportamientos de salud a largo y corto plazo⁵².

El MCS primero se basa en cuatro constructos que representan la amenaza percibida y beneficios de llevar alguna acción encaminada a la salud: **susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas**. El concepto **señales para la acción**, busca activar la disposición al cambio. **La autoeficacia** es la confianza en realizar una acción (promoción y protección de LME)⁵³.

Percepción del problema de salud

Figura2. Aplicación del modelo de creencias en salud de acuerdo a Becker y Mainman (1975)



Al ser aplicado en proveedores de salud, el modelo se basa en entender que una persona (médico(a)s y enfermero(a)s) va a realizar una acción relacionada, en este caso con la promoción y protección de LME intrahospitalaria si siente que⁵²:

- La falta de LME puede tener repercusiones importantes en la salud de los niños (susceptibilidad de los niños), las consecuencias de no llevar a cabo la LME pueden ser graves para los niños menores de 6 meses.
- Si perciben que la LME contribuye a prevenir enfermedades comunes de los niños así como a disminuir la mortalidad infantil.
- Si se sienten capaces de promover la LME

Modelo de creencias en salud aplicado a la promoción y protección intrahospitalaria de LME

Figura 3. Modelo de creencias aplicado a LME

Concepto	Definición	Aplicación
Susceptibilidad percibida	Susceptibilidad a la enfermedad e se quiere prevenir: mide la percepción individual de riesgo.	Conocimiento y percepción que tienen los proveedores de salud sobre la susceptibilidad de los niños a enfermedades por falta de LME.
Severidad percibida	La gravedad percibida incluye tanto consecuencias médicas o físicas como consecuencias psíquicas.	Explora en los proveedores de salud los conocimientos, percepciones sobre las consecuencias y la severidad de problemas de salud que pueden tener los bebés por no recibir LME.
Beneficios percibidos	Creencia relacionada con la eficacia de las diferentes acciones para reducir la amenaza de enfermedad.	Cree que la LME puede prevenir problemas de salud y mortalidad neonatal e infantil. Cree en la suficiencia de la LME para alimentar adecuadamente a los niños menores de 6 meses
Barreras percibidas	Aspectos potencialmente negativos de una acción en particular e actúan como impedimento para optar la conducta recomendada.	Identifica y reduce barreras que los proveedores de salud identifican para la promoción y protección de LME
Señales de Acción	Estrategias para activar la disposición al cambio	Ayuda a la acción para entrenar y guiar a los proveedores de salud para promover y proteger LME.
Autoeficacia	Confianza en la habilidad para realizar la acción	Confía en su capacidad para promover la LME con las madres

3.7. MERCADOTECNIA SOCIAL PARA PROMOCIÓN DE LME

Se usó en el enfoque de mercadotecnia social para guiar la investigación formativa y lograr identificar puntos clave que contribuirán a las recomendaciones que se extenderán para la práctica de promoción y protección de la LME en el hospital, esto facilitará el

desarrollo de futuras intervenciones enfocadas a los proveedores de salud y sus prácticas intra-hospitalarias en relación a la LME.

“La mercadotecnia social es el uso de principios y técnicas de mercadotecnia comercial para promover la adopción de comportamientos que mejoren la salud o el bienestar de la población objetivo o de la sociedad como un todo” Nedra Winreich⁵⁴.

La mercadotecnia social se enfoca en comportamientos, busca que la población opte por alguno de los siguientes pasos⁵⁵.

- Aceptar un nuevo comportamiento
- Rechazar un comportamiento potencialmente indeseable
- Modificar un comportamiento
- Abandonar un comportamiento indeseable

Dentro de la MS es importante considerar conceptos claves que se relacionan con el desarrollo de la estrategia los cuales son:

▪ **Barreras:** Los obstáculos que enfrenta la audiencia para lograr el cambio de comportamiento hacia la conducta deseada. Estos pueden ser factores externos e internos, por ejemplo la falta capacitación dentro del hospital para la promoción de LME, falta de conocimientos por parte de los proveedores de salud sobre LME, falta de tiempo de los trabajadores de salud, el personal de salud no se percibe como el responsable de promover LME en el hospital, entre otros⁵⁵.

▪ **Beneficios:** Ventajas que la audiencia asocia a la conducta a promover, que pueden estar o no relacionados con un comportamiento. Los beneficios desde la perspectiva de la audiencia (lo que la audiencia valora) es lo que se ofrecerá a la audiencia a cambio del nuevo comportamiento. Por ejemplo: al promocionar y proteger la LME en las prácticas intrahospitalarias los médicos contribuyen a que haya a menos niños que acuden a los servicios de salud por enfermedades comunes de la infancia (Infecciones respiratorias

agudas, enfermedades diarreicas etc.)⁵⁵, lo cual lleva a que la carga de trabajo para los trabajadores de salud sea menor.

• **Competencia:** Las competencias se entienden como los comportamientos alternativos que la audiencia está haciendo en lugar del comportamiento que se busca promover o cambiar o los comportamientos prefiere sobre el comportamiento que se promueve. Dentro de las prácticas hospitalarias es importante identificar cual es la competencia de la promoción y protección de la LME, que prácticas prefieren los proveedores de salud sobre el apego al seno materno durante la primera hora después del nacimiento, y el alojamiento conjunto. La competencia también toma en cuenta las organizaciones y personas que ofrecen alternativas al comportamiento deseado, en el caso de las prácticas intrahospitalarias para la promoción y protección de LME, la industria alimentaria que promueve con los proveedores de salud el uso de fórmula láctea en recién nacidos⁵⁵.

• **Determinantes del comportamiento:** Factores internos o externos que influyen en la acción o comportamiento de una persona. En este caso se pueden basar en los constructos de las teorías de comportamiento como lo es el modelo de creencias en salud⁵⁵.

• **Intercambio:** Las personas comparan los costos y beneficios de realizar un comportamiento antes de hacerlo. Los beneficios deben tener más peso que los costos para las personas elijan el comportamiento. El intercambio permite entender los costos y beneficios que la audiencia asocia con el comportamiento que se desea promover. Se debe considerar que beneficios se le va a ofrecer a la audiencia a cambio de que realice el comportamiento⁵⁵.

• **Segmentación de la audiencia:** La población objetivo se segmenta en grupos blanco para los mensajes desarrollados a medida de cualidades compartidas. El producto de la mercadotecnia social puede modificarse también para diferentes audiencias objetivos⁵⁵.

• **Análisis de canales:** Se identifica, a través de la investigación, los canales de comunicación más probables para cada segmento y los tiempos en que la población será más receptiva al mensaje⁵⁵.

De las características principales de la mercadotecnia social es la utilización de las 4 P, estas son importantes de considerar cuando se planea una intervención, ya que con estas se busca llegar a la audiencia blanco desde múltiples perspectivas. Las 4P de la mercadotecnia son⁵⁴:

- **Plaza:** Esta se refiere a donde y cuando la audiencia va a realizar el comportamiento deseado, acceso a programas/servicios. Lleva a ofrecer servicios o productos en un lugar que es conveniente y agradable para la audiencia.
- **Precio:** Se refiere al costo (financiero, emocional, psicológico o tiempo) u otras barreras que la audiencia presenta para poder realizar el cambio de comportamiento
- **Producto:** se refiere al cambio de comportamiento deseado y los beneficios asociados a este, y a los servicios que apoyan o facilitan el cambio de comportamiento.
- **Promoción:** Este incluye los mensajes de comunicación, materiales, canales, y actividades que llegaran efectivamente a la audiencia para promover los beneficios que conlleva el cambio de comportamiento

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El no llevar a cabo una adecuada LM, sobre todo la LME repercute en la salud de los niños, provocando que se eleve el riesgo de padecer a corto plazo desnutrición y enfermedades comunes de la infancia, como lo son las respiratorias y gastrointestinales^{14,15}. A largo plazo al no llevar a cabo la LM adecuadamente se aumenta el riesgo de obesidad para los niños, y de cáncer mama y ovarios en las madres^{16,17}.

Pese a que en México se han realizado esfuerzos desde diferentes niveles institucionales como lo es la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre propuesta desde hace más de veinte años, en los resultados de la ENSANUT 2012 se evidencia un deterioro de la práctica de LM y LME importante, siendo grupos de área rural los más afectados y las repercusiones son mas importantes por la inseguridad alimentaria y la falta de servicios de salud que este grupo presenta^{57,58}.

Los factores asociados al abandono de LM son múltiples, estos llevan a la madre a elegir fórmulas artificiales para complementar la alimentación del bebé⁵⁹. Uno de los factores asociados con el abandono y continuidad de LM son las deficientes prácticas intrahospitalarias que no fomenten el establecimiento temprano de la LM tales como; el alojamiento conjunto y el apego al pecho en la primera hora después de vida, etc. También la falta de información adecuada proporcionada en el hospital después del parto, ya que las enfermeras y médicos que están en contacto con las mujeres como se ha demostrado son una fuente importante de asesoramiento para la práctica de LM^{18,60,61,62}.

Ante este panorama es importante conocer las prácticas que se llevan a cabo después del parto en los hospitales, para proteger y promover la lactancia materna, así como los diferentes factores que pudieran estar interfiriendo como una adecuada protección y promoción de la LM. Esto con el fin de formular recomendaciones para el desarrollo de intervenciones dirigidas a los actores clave que influyen positivamente a las madres y sus prácticas de LM y LME.

5. JUSTIFICACIÓN

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización Mundial de la Salud es reducir la mortalidad infantil y una de las principales estrategias que se incluyen es la promoción de LM. La práctica adecuada de la LM es un tema relevante para la salud pública, ya que es un factor determinante de la salud del niño y de la madre⁶⁴.

En los niños la LM es elemental para el desarrollo. Cuando es dada en la forma recomendada favorece al crecimiento pondero-estatural adecuado, es un factor protector contra enfermedades comunes durante la infancia como las enfermedades respiratorias (bronquiolitis, síndrome bronco obstructivo) y las relacionadas con el tracto gastrointestinal (reflujo gastroesofágico, enfermedades diarreicas agudas). También previene la obesidad y sobrepeso infantil en menores de 5 años aunque la evidencia aun no es consistente^{65,66}.

En cuanto a las madres, estudios han reportado que la correcta práctica de LM contribuye a recuperar el peso pre-gestacional en menor tiempo, así como también contribuye a reducir las posibilidades de presentar cáncer de mama y ovario^{15,16}.

El inicio temprano de la LME influye en la duración de esta práctica, el apego al seno materno durante la primera media hora de vida y el alojamiento conjunto ayudan a que la madre tempranamente lacte a su bebé^{39,40}.

Considerando las cifras de deterioro de la LME en México, es fundamental conocer y reflexionar sobre las prácticas hospitalarias en relación a la LM como un paso inicial para el establecimiento de una LME exitosa.

El Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos, no cuenta con el nombramiento de “Hospital Amigo del Niño y de la Madre”, y dada la importancia de la promoción de LME dentro de los hospitales como se ha mencionado previamente, y la influencia positiva que se ha comprobado que tienen las prácticas intrahospitalarias para el establecimiento de LME exitosa, se considera apremiante conocer el contexto del hospital, las prácticas actuales del

hospital en relación a la protección y promoción de la LME y las conductas clave que serán necesarias promover en los prestadores de servicios y en las propias madres. La información que se obtenga permitirá formular recomendaciones pertinentes que fomenten el adecuado inicio y establecimiento de la LM desde el hospital para mejorar la LME de las madres morelenses que se atienden en dicho hospital.

6. OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS)

Objetivo General

Analizar las prácticas intrahospitalarias relacionadas con la protección y promoción de la LM después del parto para formular recomendaciones al hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos que permitan mejorar las prácticas de LM de las mujeres que se atienden en el mismo.

Objetivos Específicos

- Describir las prácticas dentro del hospital post parto en relación a promoción y protección de LM.
- Identificar los conocimientos y actitudes sobre LM y LME en los
- proveedores de salud
- Describir los materiales en los espacios comunes del hospital en relación a LM
- Identificar la percepción de las usuarias en cuanto a la promoción de LM y LME dentro del hospital después del parto.
- Identificar las barreras organizacionales, que presenta el personal de salud para la adecuada promoción y protección de la LM
- Formular recomendaciones para el diseño de una intervención que promueva la LM en base a los 10 pasos de la IHAYM y el enfoque de la MS.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio con diseño exploratorio descriptivo y con enfoque mixto para conocer las prácticas relacionadas con la LM después del parto, así como también el conocimiento y las actitudes que tiene el personal de salud sobre LM y la percepción de las usuarias en cuanto a la promoción de LM dentro del hospital. El estudio se realizó con médicos y enfermeras que trabajan en el Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos, y con usuarias que acuden a atenderse al hospital en el momento del parto.

Selección de la población y sujetos de estudio

Unidad de observación:

- Instalaciones del Hospital Comunitario de Jonacatepec, de los Servicios de salud de Morelos

Unidad de Análisis

- Médicos y enfermeras que están en contacto con las madres después del parto natural, o cesárea y madres postparto que no hayan sido dadas de alta.

Criterios de selección

- Médicos y enfermeras que trabajan en el Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos
- Madres que se atienden a atención del parto en el Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos

Técnicas de recolección de información:

- Observación no participativa
- Entrevistas semi-estructuradas
- Cuestionario
- Encuestas de salida

Para la observación no participativa se usó una guía etnográfica de observación previamente diseñada y validada, la cual abarcó aspectos físicos del hospital (área de consulta, área de hospitalización), Prácticas después del parto (alojamiento conjunto, ayuda a la madre a establecer LM durante la primera hora después del nacimiento, contacto piel con piel y consejería). La observación se realizó durante cinco días y abarcó 3 turnos del hospital (matutino, vespertino y jornada acumulada). La observación fue realizada por la responsable de este proyecto terminal, quien además es médico.

En cuanto a las entrevistas semi-estructuradas el muestreo fue intencional, se realizaron 9 entrevistas de las cuales 1 se aplicó a la directora del hospital, 4 se aplicaron a médicos y 4 al personal de enfermería (3 enfermeras, 1 enfermero). Las secciones generales de la entrevista fueron: Datos generales, conocimientos de prácticas intrahospitalarias después del parto promovidas por la IHANyM , barreras que perciben para la implementación de dichas prácticas, y recomendaciones que perciben necesarias para una adecuada promoción de LM dentro del hospital. Las entrevistas se hicieron bajo previo consentimiento informado, cada entrevista tuvo una duración aproximada de una hora. Fueron audio grabadas previo consentimiento y posteriormente transcritas; se vaciaron en matrices comparativas para hacer el análisis de la información. Las entrevistas fueron realizadas por la responsable del proyecto.

El muestreo para los cuestionarios sobre conocimientos de LM fue por conveniencia, se aplicaron a 11 médicos y a 27 enfermeras que laboran en el plantel hospitalario. Cada cuestionario tuvo una duración de quince minutos, se realizaron las encuestas a lo largo de una semana. Para el análisis de los datos se utilizó Excel. Los cuestionarios fueron aplicados por la responsable del proyecto.

Para las encuestas a las madres se utilizó muestreo por conveniencia, ya que se realizaron a madres que acudieron a atenderse el parto en el Hospital de estudio. Se realizó una encuesta de sobre el entendimiento de la información brindada por parte del personal de salud y el estado de “apertura” para recibir información durante su estadía en el hospital después del parto, entre otros. Las encuestas tuvieron una duración aproximada de quince

minutos cada una y fueron aplicadas a lo largo de 15 días. Para el análisis de los datos se utilizó Excel. Las encuestas fueron aplicadas por la responsable del proyecto.

Etapas del estudio:

Etapas 1: Diseño de protocolo e instrumento a utilizar Noviembre 2015- Abril2015

- En esta etapa se llevó a cabo el diseño de protocolo y diseño de los instrumentos para recolección de información
- Se estableció contacto con el Hospital Comunitario de Jonacatepec
- Se sometió el protocolo y los instrumentos a los comité de ética e investigación del INSP
- Se aprobaron los instrumentos con la población objetivo

Etapas 2: Investigación Formativa Mayo 2015

- Se realizó el levantamiento de información
- Se realizó la observación no participativa
- Se aplicaron las entrevistas semiestructuradas
- Se aplicaron encuestas de salida

Etapas 3: Análisis de datos cualitativos y cuantitativos Junio-Julio 2015

- Se analizó la información obtenida en las guías etnográficas de observación
- Se transcribieron y codificaron las entrevistas realizadas a médicos y enfermeras
- Se analizó la información recolectada en las entrevistas
- Se llevó cabo el vaciado de datos de las encuestas y se analizaron

Etapas 4: Formulación de Recomendaciones Julio- 2015

- Se formularan recomendaciones para la intervención de comunicación en salud.

8. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Durante la realización de la investigación formativa que se llevó a cabo en el Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos, el recurso humano estuvo integrado por la responsable del proyecto terminal que de formación es médica. Recibió apoyo por parte de la Directora del hospital, la cual proporcionó espacio para la realización de las entrevistas y apoyó con el acercamiento al personal de salud que labora en dicha institución

Los recursos financieros fueron aportados por la responsable del proyecto, para lo cual se realizó el siguiente presupuesto:

Presupuesto				
Concepto	Descripción	Cantidad	Costo Unitario	Costo total
Beca Conacyt	Netos por mes	6	\$9,480	\$56,880
Papelería	Impresiones, copias, Variable		/	\$1,000
Trasportación cos	Visitas al Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos (viaje redondo)	22	\$300	\$6,600
Gasto Total: \$64,480				

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los métodos e instrumentos fueron aprobados por el Comité de ética del Instituto Nacional de Salud Pública, incluyendo las cartas de consentimiento informado, con la finalidad de que los proveedores de salud y mujeres que acuden a atención al hospital aceptaran de forma voluntaria participar en el proyecto y entendieran el contenido de los mismos.

Se presentó el caso de que algunos proveedores de salud no quisieron participar, no se le insistió para no violar el principio ético de autonomía.

Desde las pruebas diagnósticas, toda información recabada fue manejada en forma confidencial, protegiendo en todo momento la identidad del proveedor de salud y de las mujeres. La información no está disponible para otro propósito diferente al de este proyecto académico.

Para fines de este proyecto terminal, los documentos que se utilizaron fueron:

- Carta de Consentimiento Informado por escrito para proveedores de salud acerca de su participación en este Proyecto Académico
- Cartas de Consentimiento Informado Oral para aplicar el Cuestionario a proveedores de salud y mujeres que acuden para atención del parto.
- Tarjeta informativa para todos los participantes de entrevistas, cuestionario y encuestas.

10. RESULTADOS

10.1 Datos descriptivos

10.1.1 Principales características de los informantes

El personal de salud que labora en el hospital es joven, la edad promedio en las entrevistas fue de 36 años y en el cuestionario fue de 34. El equipo de médicos cuenta con mas hombres que mujeres y para la fuerza laboral de enfermería sucede lo contrario ya que son más las mujeres que laboran en el hospital. Por ejemplo en las entrevistas el personal médico que participo, 4 de 5 fueron hombres (la mujer entrevistada es directora del hospital), y en el caso de enfermería 3 de 4 fueron mujeres (Tabla 1). En el caso de los informantes del cuestionario, el porcentaje de hombres en el equipo médico es de 73% sobre el 27% de mujeres y en el caso de enfermería 93% corresponde a mujeres y solo 7% a hombres (Tabla 2).

En el caso de las mujeres a las cuales se les aplicó la encuesta de salida (N=15) el promedio de edad fue de 23.26 años. El número de mujeres que acudieron a ser atendidas por parto vaginal fueron 7 las de atención por cesárea 8 (Tabla 3).

Tabla 1. Características de personal de salud entrevistado					
Folio	Edad	Formación Académica	Lugar y año de estudios	Turno	Función
1	44	Medico	Hospital de la mujer en México/1999 (especialidad)	Matutino	Operativo
2	33	Medico	Hospital La Raza/2013(especialidad)	Matutino	Operativo
3	37	Medico	Hospital Regional no. 1/2011 (especialidad)	Jornada	Operativo
4	32	Medico	Hospital Juárez de México/ 2015 (especialidad)	Jornada	Operativo
5	36	Médica	Instituto Politécnico Nacional/ 2004	Matutina	Directora
6	41	Enfermera	ENEVA/2005	Matutino	Operativa
7	24	Enfermera	UPAEP/2005	Nocturno	Operativa

8	53	Enfermera	Universidad Autónoma de Morelos/2003	Matutino	Operativa
9	28	Enfermero	Universidad Autónoma de Morelos	Jornada	Operativo

Tabla 2. Personal que participo en el cuestionario								
Equipo	N. P*	%Mujeres	%Hombre	E. P.**	%TM***	%TV***	%TN***	%TJ***
Médico	11	27 (3)	73 (8)	33 a.	64	18	-	18
Enfermería	27	93 (25)	7 (2)	34 a.	22	26	26	26
Total	38							

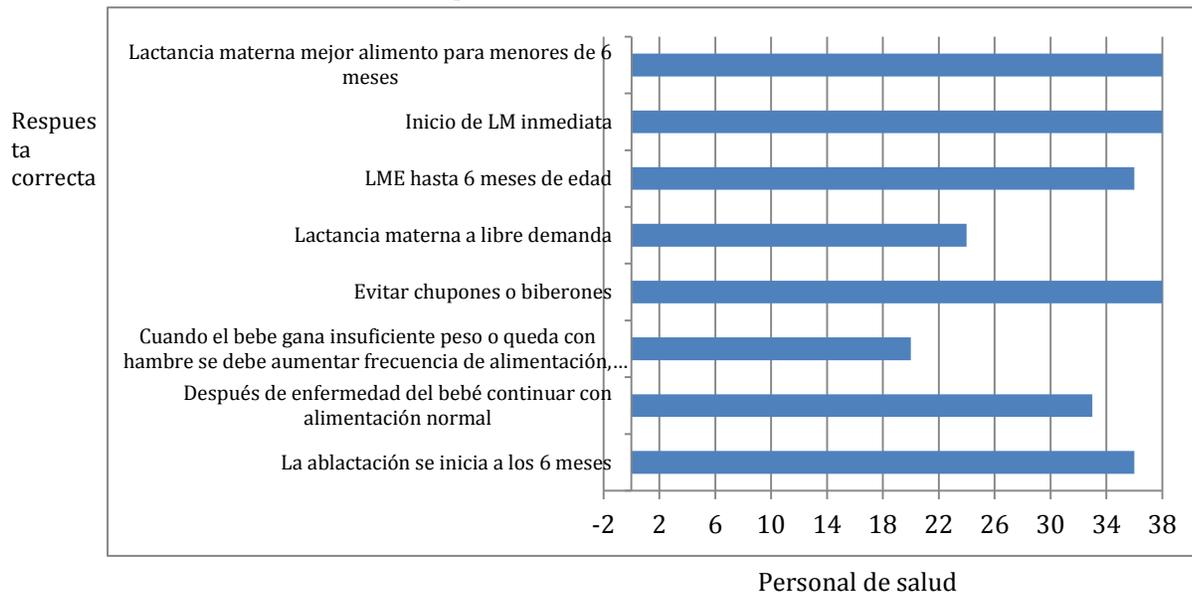
*Número de participantes; **Edad promedio;*** TM= turno matutino, T.V= turno vespertino, TN=turno nocturno, TJ= turno jornada

Tabla 3. Características generales de mujeres encuestadas					
Total de mujeres encuestadas	Edad promedio	Atendidas por parto vaginal	Atendidas por cesárea	Total mujeres con hijos Previos	Total mujeres primerizas
15	23.26	7	8	13	2

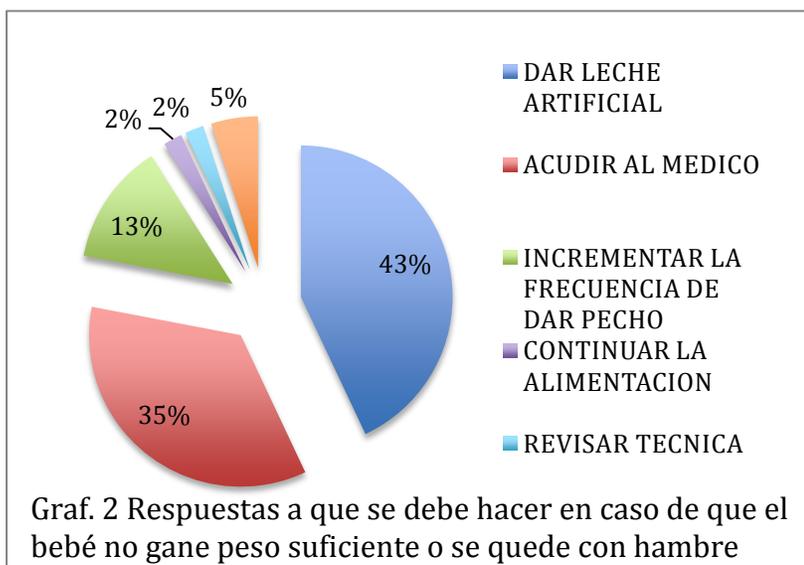
10.1.2 Conocimiento en relación a la LM de los proveedores de salud

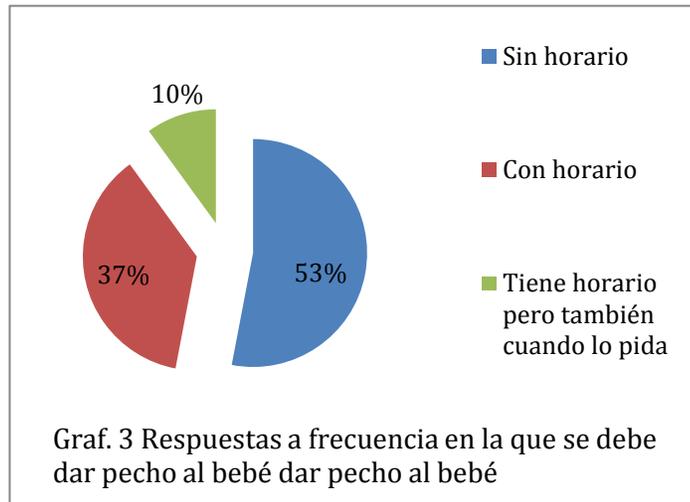
La mayoría del personal de salud del hospital tiene conocimiento sobre LME y sus prácticas. El 100% (N=38) de los proveedores de salud que participaron reconoce a la lactancia materna como el mejor alimento para un bebé menor de seis meses, además también el total respondió que el inicio de LM debe ser inmediato, el 94% (N=36) identifica que la LM se le debe dar al bebé hasta los 6 meses de vida, el 89% (N=34) sabe que la alimentación complementaria se inicia al sexto mes de vida. El 100% no recomienda el uso de chupones o biberones durante la lactancia (Gráfica 1).

Grafica 1. Personal que contestó correctamente a preguntas del cuestionario aplicado



Es importante recalcar que en la respuesta que debe hacer la madre en caso de que el bebé esté ganando peso insuficiente o se quede con hambre el **43% contestó que se debe dar leche artificial/ de fórmula**, el 35% dijo que deben acudir al médico el 12% dijo que se debe incrementar la frecuencia con que se da pecho, el 5% no sabía y resto dijo que se debe continuar con la alimentación o revisar la técnica que se está utilizando (Gráfica 2). En cuanto a la frecuencia con la que se tiene dar pecho al bebé el 52% contestó que debe ser sin horario y el 10% respondió que con horario pero también cuando lo pide el bebé, **aunque en menor porcentaje el 37% y un 10% respondió que con horario pero también cuando lo pide el bebé (Gráfica 3).**





10.1.3 Contexto institucional y postura institucional para la promoción de LM

En el hospital no existen lineamientos o políticas establecidas para las prácticas de promoción y protección de lactancia materna según lo afirmó la directora del hospital *“como tal un reglamento con el que contemos no, no tenemos”* (folio 5), sin embargo aunque no hay lineamientos establecidos la directora mencionó que en el hospital se procura promocionar la LM: *“es que aquí en el hospital si procuramos que se dé información de LM, incluso hemos mandando a algún personal a capacitaciones en LM”*(folio 5).

La directora del hospital conoce la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña y menciona una iniciativa de los Servicios de Salud de Morelos para apoyar los hospitales del estado en el proceso de certificación. En relación a eso, ésta mencionó que *“Buscan más que nada una estrategia para llegar a Hospital Amigo del Niño y de la madre, lo que se busca es que todos los hospitales estemos certificados y dentro de ello incluye lactancia materna”* (folio 5). En el caso de su hospital argumentó no haber podido aún gestionar esta certificación por falta de personal y también porque atienden pocos partos ya sea por vía vaginal o por cesárea. Considera no obstante que en este momento el hospital cuenta con todos los requisitos necesarios para iniciar con el proceso de nombramiento del Hospital Amigo del Niño y de la Niña; *“No lo habíamos gestionado, porque una no teníamos el personal suficiente, dos la atención de parto no era tan significativa para como incrementarla, ahorita*

si ya tenemos personal suficiente y ahora tenemos en promedio 26 partos al mes, cuando antes sólo teníamos 3” (folio 5).

La directora considera necesario que el hospital se certifique con la iniciativa porque es importante fomentar la lactancia materna; *“Es importante certificarse porque por ejemplo en este medio no lo vemos tanto, por las propias condiciones de los pueblos porque si está arraigado amamantar, pero también nos enfrentamos a que muchas de las mujeres que vienen son menores de edad o a lo mejor tienen que trabajar entonces ya ahí nos vienen los problemas, se debe buscar un lugar para promocionarles lactancia materna” (folio 5).*

La responsable del hospital está dispuesta a apoyar a su personal en cuanto a materiales de apoyo para que promuevan lactancia materna con las madres que llegan a atenderse al hospital, esto con el fin de lograr el nombramiento. Además mencionó que autorizaría a su personal acudir a talleres y/o pláticas sobre LM en caso de que se implemente algún tipo de intervención dentro del hospital, porque considera que el personal necesita más capacitación e identifica como una barrera la falta de interés que este muestra al momento de acudir a alguna plática; *“En si el personal necesita más capacitación y más interés, porque ha habido capacitaciones pero de repente nos quedamos con lo aprendido en la universidad por ejemplo... se les debe dar mayor información y herramientas de conocimiento al personal médico y de enfermería” (folio 5).*

Contexto institucional para la distribución de la leche de fórmula

En el hospital se distribuye la leche de fórmula solo en casos donde la madre o el bebé no puedan llevar a cabo esta práctica por alguna contraindicación médica, la directora comentó :*“Tenemos en la farmacia, pero solo para casos específicos pero no, por ejemplo cuando las mamás se han tenido que referir y el bebé se queda aquí” (folio 5),* además de afirmar que al hospital no llegan representantes médicos.

Infraestructura hospitalaria

En el hospital laboran 30 enfermera(o)s y 27 médico(a)s, cuenta con un área de consulta (en turno matutino), con consultorios de ginecología, pediatría, cirugía, traumatología ortopedia y psiquiatría. No se pueden ver o escuchar a los usuarios desde la sala de espera mientras se encuentran en el consultorio, no existe un espacio específico para consejería de LM. En las paredes del Hospital no existen imágenes alusivas a lactancia materna, no hay folletos que las madres se puedan llevar. El área destinada a sala de espera es amplia y ventilada, este espacio ofrece la oportunidad para realizar talleres con el personal del hospital, así se observó durante las jornadas de salud (sesiones informativas sobre diferentes temas de salud) que el hospital organizó durante el tiempo de observación.

En el área de hospitalización se encuentran 12 camas divididas en módulos de 2, en las 12 camas se incluye las que son destinadas a pediatría. La unidad de enfermería es pequeña y ahí se encuentran 2 enfermeras y los expedientes clínicos, no hay materiales sobre lactancia materna a simple vista; escondido por un florero hay un apilado pequeño de folletos en blanco y negro con la imagen de una mujer y un recién nacido sobre su pecho con la leyenda “Lactancia Materna: Iniciar lo más pronto posible después del parto”, en el folleto vienen apartados sobre los beneficios para el bebé, beneficios para la madre y la técnica tradicional de LM. También cuentan con un folder con información acerca de lo que es la lactancia materna, y los diez pasos de la iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña, sólo la directora, la jefa de enfermeras y la jefa de enseñanza de enfermería hicieron mención de dicho material, éste se encuentra en el fondo de una caja con otros folders.

El hospital cuenta con una sala de labor de parto, con un quirófano, una sala de recuperación, una sala de expulsión y un sala de recuperación postparto, no tiene terapia intensiva para adultos o niños, **en el caso de alguna complicación de la madre o del bebé después de un parto vaginal o cesárea los pacientes se refieren a otros hospitales de la secretaria de salud.**

Organización del trabajo hospitalario alrededor de la consejería y otras acciones que facilitan la LM, (piel con piel, alojamiento conjunto, apego al seno materno)

En el hospital no existe personal responsable de supervisar la promoción de LME a continuación se describen las prácticas intrahospitalarias en relación a esta.

Descripción de parto natural/cesárea

A continuación se describen un parto vaginal y una cesárea, ambos realizados en el Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos. En todos los partos vaginales se observaron el mismo tipo de prácticas:

Parto vaginal

“Pasan a la madre de la sala de labor a la de recuperación de parto, se ve intranquila está con ella una enfermera, entra el médico hace tacto vaginal y menciona a la enfermera que esta completa la dilatación que la preparen para entrar a la sala de expulsión. En el centro de la sala de expulsión se encuentra la cama y al final de esta un banco, a la derecha de la cama se observa la cuna de calor y a la izquierda la mesa de materiales a utilizar todos ya listos para el momento del parto. Llegan las enfermeras con la madre y le dicen tiene que subir un poquito su cadera para pasarla, la madre se queja un poco a lo que las enfermeras le contestan sabemos que le duele pero tiene que hacerlo ayúdenos madre, y la madre se pasa de la camilla a la cama de expulsión, en la sala ya la esperan el médico vestido con uniforme quirúrgico azul encima de este la bata quirúrgica, utiliza guantes, gorro y cubre boca, el va a apoyarla durante el parto y recibir al bebé está sentado en el banco al final de la cama, en la sala también está el pediatra que está listo para atender al bebé este se encuentra parado a la derecha vestido igual que el otro médico pero este sostiene un campo azul entre sus manos, es el campo con el que recibirá al bebé cuando el otro médico se lo entregue. El médico empieza a hablarle a la madre, “madre cuando tenga contracción es cuando tiene que pujar, pero no puje arriba hágalo abajo”, la madre dice “si doctor”, llega la contracción y la madre empieza a pujar, ella suda se ve cansada y el médico le dice “muy bien así tiene que hacer en la siguiente pero puje más”, llega la siguiente contracción y la madre vuelve a pujar, la madre dice “ya no puedo doctor” a lo que el le dice “como que no puede, no va a dejar ahí a su hijo, si tiene que poder”, llega la siguiente la contracción, la madre puja y el médico le dice “ya está aquí , ya siento la cabeza un poco más ya nada mas uno con el siguiente sale”, pasan unos segundos llega la siguiente contracción la madre puja, y el bebé nace a las 8:03 am después de 15 minutos de que la madre entra a sala de expulsión. El médico limpia fosas nasales, el bebé llora el médico corta el cordón umbilical (no hacen pinzamiento tardío de cordón) y se lo entregan al pediatra, este empieza a dar los primeros pasos de reanimación, después de 3 minutos el pediatra le destapa el pecho a la mamá y le coloca al bebé logrando el contacto piel con piel, la mamá lo abraza lo besa y le salen unas lágrimas de la emoción. El equipo médico la felicita a la madre por la hija. El

médico que atendió el parto espera a que salga la placenta, sale la placenta, limpia cavidad uterina, y le dice a las enfermeras está lista para que pase a la sala de recuperación postparto. Los dos médicos salen de la sala de expulsión. Las enfermeras limpian a la madre, le dicen “vamos a poner a su hijo aquí a un ladito en lo que la pasamos a la sala de recuperación”, colocan al bebé en la cama de calor, ayudan a la madre a pasarse a la camilla colocan un pañal debajo de ella y es trasladada a la sala de recuperación, acomodan a la madre en una de las camas de la sala, sale una enfermera y en cuestión de segundos llega con la bebé y la entrega a la mamá y a las 8:37 am le dice una de ellas “se la va a pegar, le va a dar de comer a la bebé”, la enfermera no la apoya solo la ve y le dice insístale, insístale, la madre sigue insistiendo pero nadie le explica sobre cómo debe darle de comer, tampoco revisan si le está dando bien o no. No hay otro paciente en la sala de recuperación de parto, o en la sala de recuperación de cirugías. La bebé aparentemente está comiendo la madre la madre esta acostada de lado con su hija sobre un brazo y con el otro sostiene el seno derecho. Se acerca una enfermera y le dice “solo le tiene que dar pecho, hasta los 6 meses” y es todo lo que le dicen, las preparan a ambas para pasarlas al área de hospitalización, las pasan a la camilla y se las llevan para pasarlas a hospitalización, donde estarán en observación durante 24 horas.”(Notas de campo del formato de observación)

En los partos que se observaron solamente en uno no se realizó el contacto piel con piel, en todos se cumplió el apego al seno materno durante la primera hora después del nacimiento. La información que dieron a las madres después del parto fue muy limitada, y el apoyo que les dan es acercarles al bebé y les indican que tienen que “pegárselo”, no les preguntaron si sabían cómo hacerlo, si lo habían hecho antes o si tenían alguna pregunta. Los enfermeros entrevistados dicen que en el hospital se da la consejería durante la estancia de las madres en el hospital: *“pues cuando salen después del parto ahí casi no les damos información, se las damos cuando están en hospitalización”* (folio 7). Durante las observaciones que se hicieron se identificó que la consejería que se da en hospitalización es insuficiente, la mayoría de las veces el personal de enfermería no sabía como explicar, no se tomaban un tiempo definido para la consejería ya que tienen otros pacientes que atender y notas que escribir.

Cesárea

Las cesáreas son atendidas por el mismo equipo de trabajo, el cual está formado por el ginecólogo (solo trabaja en el turno matutino), el anesthesiólogo, un médico que cumple como primer ayudante, dos enfermeras (instrumentista y primer ayudante) y el pediatra (turno matutino). En todas las cirugías observadas se encontraron las mismas prácticas, a continuación se describe una cesárea en el hospital.

“La paciente se encuentra en quirófano. Ahí se encuentra también el anestesiólogo, el primer ayudante, el pediatra y una enfermera circulante. Los campos quirúrgicos ya están colocados sobre la paciente. El ginecólogo se lava y todos adentro platican entre ellos sobre cosas cotidianas en lo que esperan a que el ginecólogo entre. Éste entra se seca la manos y antebrazos. La instrumentista lo asiste para prepararse, la circulante le amarra la bata quirúrgica y el ginecólogo acomoda sus instrumentos para empezar la cirugía que empieza a las 8:55 am. El ginecólogo toma el bisturí y hace una incisión, y empieza con la cirugía. El pediatra ya se encuentra preparado para esperar al bebé. El anestesiólogo le acomoda otra almohada a la paciente. Durante la cirugía los médicos bromean entre ellos, el bebé nace 9:05 le limpian las fosas nasales y cavidad oral con perilla, no hacen pinzamiento tardío de cordón, cortan el cordón y se lo pasan al pediatra, que lo lleva a la cuna de calor que se encuentra en la sala de expulsión para limpiarlo y la mamá se queda en cirugía el bebé llora, no se notan complicaciones. En la sala de quirófano los médicos platican y bromean entre ellos, la madre está consciente, despierta. El pediatra corta y liga el cordón y el bebé llora y le aplica una inyección (probablemente vitamina k, que es la de rutina en los hospitales) y gotas en los ojos, lo mide, toma sus huellas. Le lleva el bebé a la mamá a las 9:10. El bebé llora y la mamá le habla, y preguntan que a quién se lo presentan, al papá o al esposo y la señora se ríe. El bebé llora y lo llevan a presentarlo al papá quien lo carga 10 minutos antes de que vuelva a llevar al bebé a la cuna de calor. Mientras la madre sigue en cirugía. La enfermera le pone al bebé su pañal. El bebé llora, una enfermera lo enrolla en sábanas y el empieza a tener reflejo de succión y llora. La mamá sigue en cirugía. El personal que la atendió todos se ve relajado. Todo parece ir bien, sin inconvenientes. El pediatra se sale de área de quirófanos, y deja a la enfermera encargada del bebé, la mamá sigue en quirófano, la están suturando, el ginecólogo da las gracias al equipo y sale del quirófano (9:32), dejando al primer ayudante con la sutura de la última capa dérmica. El bebé llora con reflejo de succión (9:33). El ginecólogo llena su reporte y el primer ayudante con la ayuda del instrumentista sutura a la paciente. La enfermera va a checar al bebé y el bebé llora, la mamá sigue en quirófano (9:50). Le pone al bebé sus pulseras de identificación por el momento no llora. El bebé llora y tiene reflejo de succión (10:00). Preparan a la mamá para pasarla a recuperación, la paciente esta consiente, alerta, la vendan, la pasan a la camilla y le preguntan que como se siente a lo que responde bien, le preguntan se durmió tantito verdad?, ella responde que si, la llevan a recuperación. La mamá está en recuperación (10:05) y se ve estable, consiente. La mamá esta reactiva y la enfermera le toma la temperatura, hace anotaciones, solo hay una paciente en recuperación, no hay otro paciente en cirugía. La enfermera pasa medicamento, y se escucha al bebé llorando (10:15) al verlo presenta reflejo de succión. La enfermera atiende a la mamá, la madre esta despierta, y la enfermera sigue haciendo sus cosas, no tiene otro paciente. El bebé sigue en la cuna de calor (10:40). La mamá sigue despierta a las 10:45 am la enfermera toma al bebé y se lo lleva a la mamá y le dice “le voy a descubrir el pecho para que le empiece a dar pecho, la mamá lo besa, la enfermera la apoya con una almohada, la enfermera no explica nada sobre LM y no pregunta si la leche le baja o no, en general esta enfermera que se queda con las pacientes en recuperación no tiene mucha información sobre LM. La mamá continúa dando de comer al bebé, y nadie se acerca para ver de que manera lo está haciendo, si el bebé realmente está comiendo, pasan 30 minutos y preparan a la madre e hijo para pasarlos a

hospitalización donde pasarán 48 horas en observación”. (Notas de campo del formato de observación)

Las prácticas de contacto piel con piel inmediato después del nacimiento y apego al seno materno durante la primera media hora de vida, no se logra en las pacientes que son atendidas por cesárea. En el caso del apego al seno materno en todos los casos se realizó después de la primera hora de nacimiento. En una de las observaciones una enfermera por iniciativa propia dio leche de fórmula al bebé durante el tiempo que la mamá estuvo en sala de recuperación, y no le informó a la madre que a su bebé se le había alimentado con sucedáneo. La información que las enfermeras dieron a las madres fue limitada, no se cercioraron de que las madres estuvieran dando correctamente de alimentar a su bebé. La carga de trabajo durante el tiempo de observación fue baja, en la mayoría de los casos sólo había una paciente en toda el área de quirófanos.

Contacto piel con piel

La práctica de piel con piel es una práctica que no se realiza regularmente en el hospital, se logra en algunos casos de parto vaginal, pero en ninguna de las cesáreas. Durante las observaciones en tres de los cuatro partos naturales que se observaron si se llevó a cabo la práctica, a iniciativa del pediatra en todos los casos, ésta se realizó dentro de 5 minutos después del parto, pero durante la estancia de madre e hijo en la sala de recuperación y posterior en hospitalización no se llevó a cabo.

En las cesáreas no se lleva a cabo el contacto piel con piel, en ninguna de las cirugías observadas se realizó esta práctica. La directora conoce esta práctica pero no sabe si el personal de salud lo fomenta además de afirmar que practicarla en mujeres atendidas por cesárea es complicado: *“si la piel con piel es cuando le ponen al bebé a la mami en el pecho descubierto.... pues tal vez se realiza en un veinte por ciento pero la verdad no se bien... cuando son pacientes por cesárea es más difícil piel con piel”(folio 5).*

La directora considera que la falta de esta práctica podría deberse a la falta de información que tiene el personal, y mencionó que sólo de dos a tres miembros del personal han acudido a capacitaciones sobre las nuevas prácticas que fomentan la LM *“pues es que*

muchos no conocen las nuevas prácticas, solo como dos o tres personas han ido a las capacitaciones y me imagino que si se fomenta (piel con piel) son ellos los que lo hacen” (folio 5).

Apego al seno materno en la primera hora de vida

El apego al seno materno las enfermeras lo llevan a cabo sin la necesidad de una indicación médica en caso de partos vaginales, es en estos casos en los que se logra el apego durante la primera hora de vida. En las madres atendidas por cesáreas no se logra el apego en el tiempo recomendado. En relación a esta práctica la directora mencionó *”el apego al seno materno ese si se hace en dentro del tiempo que debe ser, esto en el caso de partos en el caso de cesáreas no creo que se esté logrando”(folio 5).* La directora identifica como una barrera para la práctica del apego en pacientes atendidas por cesárea la recuperación de movimientos a causa de la anestesia: *“es que en el caso de cesáreas se tiene que esperar a que las madres pues recuperen movilidad en las piernas y ahí si se nos dificulta darle al bebé antes de que se pueda mover bien, pues esto por la seguridad del bebé”.*

Alojamiento conjunto

La infraestructura del hospital y la organización son favorables para que el bebé permanezca con su madre todo el tiempo. El alojamiento conjunto es una práctica que se lleva a cabo en todos los casos de nacimientos por parto vaginal o cesárea, el personal de enfermería lo realiza sin necesidad de indicación médica, al respecto la directora mencionó que esta práctica es regular en el hospital: *“el bebé siempre se queda con su mami, todo el personal sabe que se tiene que hacer así...el alojamiento conjunto es una práctica regular dentro del hospital” (folio 5).*

Consejería

El personal de enfermería es el responsable de dar la información a las madres sobre lactancia materna, así lo afirmó la directora del hospital *“aquí quien está a cargo de la promoción de lactancia materna es básicamente enfermería, todos los médicos tenemos la obligación de promocionar lactancia materna dando todos los beneficios de forma general,*

pero la que tiene la mayor batalla es enfermería” (folio 5). La directora del hospital reconoce la deficiencia de la información que se da a las madres del hospital “pues si yo creo que no estamos dando la información correcta, no todo el personal sabe que decir” (folio 5).

10.2 Prácticas y discursos entorno a acciones en relación a la alimentación de los bebés

10.2.1 Prácticas intrahospitalarias para la LM según el personal de salud

El personal de salud entrevistado percibe a la lactancia materna exclusiva como el mejor alimento para el niño menor de seis meses, así lo mencionó uno de los médicos *“la leche materna es la que está hecha para nosotros, no hay mejor alimento los niños que la de la madre” (folio 1)* , por parte del equipo de enfermería esto fue lo que uno de los entrevistados dijo *“la lactancia materna es lo mejor para el bebé, es la mejor alimentación no necesita otra cosa” (folio 2)*. Las respuestas de los entrevistados son consistentes con los resultados de los cuestionarios donde todo el personal que participó respondió que la mejor alimentación para el bebé menor de 6 meses es la leche materna.

Los trabajadores de salud del hospital reconocen los principales beneficios de la leche materna e identifican los riesgos que presenta un niño que no se alimenta al seno materno, en relación a los beneficios uno de los médicos *mencionó “Provee la inmunidad necesaria al recién nacido, favorece el vínculo materno al estimular el contacto físico entre la madre y el niño, además los niños se enferman menos”(folio 3)*, por parte de enfermería uno de ellos dijo *“el bebé recibe inmunidad, presentas menos infecciones respiratorias y gastrointestinales, que ayuda a la relación entre la madre e hijo y son niños que tienen mejor crecimiento y desarrollo” (folio 8)*. En cuanto a los riesgos uno de los médicos señaló *“sería todo lo contrario a los efectos esperados, sería un bebé que quizá esté mal nutrido, que los bebes estén más propensos a procesos infecciosos por la falta de transmisión de anticuerpos por la leche materna” (folio 1)*, por parte de enfermería esto fue lo que uno de ellos mencionó *“son niños con bajo peso y presentan más frecuente enfermedades respiratorias y gastrointestinales” (folio 6)*.

El personal entrevistado considera importante la promoción de la lactancia materna en el hospital así lo dijo un médico *“es algo que se tiene que hacer, darle información a las madres sobre como alimentar a sus bebés, es importante, todas las madres se tienen que ir alimentando a su bebé al seno materno”* (folio 2) y por parte de enfermería señalaron que *“necesitamos dar la información a las mamis sobre como deben alimentar a su bebé, tenemos que estar seguros que estamos cumpliendo nuestra función de ayudar a las madres”* (folio 9); a continuación se describen las practicas intrahospitalarias para la promoción y protección de la lactancia materna, de acuerdo a los trabajadores de la salud que laboran en el hospital.

Contacto piel con piel inmediato después del nacimiento

La práctica contacto piel con piel inmediato después del **nacimiento es una práctica que de acuerdo al personal de salud no se lleva a cabo con frecuencia dentro del hospital en estudio**. El personal de enfermería entrevistado coincidió en que no se practica en todos los casos sobre todo en aquellos donde el nacimiento es por cesárea e hicieron alusión a que los responsables de ésta práctica son los médicos, *“no todos los médicos la llevan a cabo, yo solo la he visto con uno de ellos, pero por ejemplo cuando es cesárea no nunca lo he visto”* (folio 9).

En el caso de las respuestas de los médicos entrevistados coinciden en que no todos la promueven uno de ellos mencionó *“Piel con piel se ha tratado de que se haga en todos los casos, ha habido algunos cursos que lo promueven, los médicos saben que es lo mejor...el problema es que no todos los médicos la realizan, pero se les ha insistido, si procuramos pero otros pues no”* (folio 2). El mismo médico señaló que practicar el contacto piel a piel resulta complicado durante las cesáreas, ya que ahí es decisión del ginecólogo si se puede o no llevar a cabo *“por parte de pediatría no tendríamos ningún problema, pero ahí sería decisión del ginecólogo, porque la paciente es suya y él es el que está a cargo de la cirugía”* (folio 2). Cuando se le preguntó al ginecólogo sobre si esta práctica contestó que no la conocía.

Apego al seno materno durante la primera hora de vida

El apego al seno materno en la primera hora después del nacimiento de acuerdo a las respuestas del personal de salud **se realiza con éxito en las mujeres y bebés atendidos por parto vaginal, no así en el caso de las cesáreas** ya que se espera a que la madre tenga movimiento en las piernas para poder empezar con la alimentación al seno materno, por parte del personal de enfermería un entrevistado mencionó *“con las mami con parto si se puede y se les da al bebé en cuanto llegan a sala de recuperación y el bebé se pega a la mami, pero en el caso de cesárea ahí es más difícil porque tenemos que esperar a que la mami este un poco más despierta y pueda mover las piernas, y pues ahí si es después de una hora de que nace el bebé”* (folio 6).

Los médicos al igual que el personal de enfermería mencionaron que en partos vaginales se logra que los bebés inicien el apego al seno materno en la primera hora después de que nacen, sin embargo para las madres que se atienden por cesárea dijeron que es más complicado ya que no pueden intervenir en las decisiones que cada uno toma (pediatras, ginecólogo, anestesiólogo), siendo al final el anestesiólogo el que decide así lo mencionó uno de los entrevistados *“al final el que tiene la decisión sobre cuando la madre puede tener a su bebé en brazos es el anestesiólogo, porque cuando está la paciente en recuperación es responsabilidad de él, y nosotros no podemos intervenir... cada quién tiene su función y cuando la paciente pasa a recuperación es paciente del anestesiólogo”* (folio 2), sin embargo uno de los entrevistados considera que es una práctica que se puede corregir, señalándolo de la siguiente manera: *“yo creo que se puede corregir en eso hay muchas posibilidades, hay que hacer que las chicas cambien su rutina, la verdad es no hay una carga de trabajo tan intensa para tener que diferir ese contacto de mami y bebé después de una hora, sería algo que como médicos debemos considerar”* (folio 1).

Alojamiento conjunto

En relación al alojamiento conjunto de acuerdo a las respuestas del personal de salud **se lleva a cabo en todos los nacimientos por parto vaginal o cesárea** a menos que alguien del binomio madre-hijo presente alguna complicación y tenga que ser trasladado a otro hospital así lo afirmo uno de los médicos entrevistados: *“Salvo que el producto tenga algún*

padecimiento o haya habido algún problema durante el nacimiento, no se queda el bebé con la madre, es literal el alojamiento conjunto por que como no hay bacinetes duermen juntos” (folio 4).

Consejería

Al igual que la directora, el personal médico reconoce que el personal de enfermería es el encargado de dar información a las madres así fue mencionado por uno de los médicos entrevistados *“le corresponde a enfermería dar la información sobre lactancia materna ya que son ellas las que están más en contacto con las pacientes” (folio 3)*. Por su parte el equipo de enfermería reconoce ser el personal que está más en contacto con las madres y los entrevistados estuvieron de acuerdo en la parte que les toca de la práctica, pero al mismo tiempo durante las entrevistas mencionaron que sería bueno que los médicos participaran en la promoción de lactancia materna : *“nosotros como enfermería estamos más en contacto con las madres, y creo que si está bien que nosotros nos encarguemos de darles información, pero también sería bueno que los médicos les respondieran dudas, por ejemplo nosotros les mostramos técnicas y les decimos cosas básicas, pero los médicos tienen otro tipo de información, como mas científica y nos podrían ayudar a resolver dudas que pues muchas veces nosotros no sabemos” (folio 8)*.

El personal de enfermería piensa que la **consejería que se da en el hospital no es la adecuada** por que no siempre se llega a dar información a las madres, y cuando si la dan consideran que la información es básica, recalando que lo que impide dar una buena asesoría es la falta de información sobre lactancia materna que el mismo plantel presenta. Asimismo también todos refirieron la falta de materiales didácticos (rotafolios, folletos etc.), ya que identifican como una barrera de comunicación el que lleguen mujeres que no hablan español o que no saben leer, consideran que al hacer algo más didáctico las madres podrían irse con mejor asesoría. En relación a lo antes señalado los informantes de enfermería mencionaron: *“El personal de enfermería trata de dar consejería pero no tenemos información adecuada, de pronto es muy sencillo ir con las chicas y decirles tienes que dar una plática de lactancia y de pronto pues dicen ¿Qué les digo?”(folio 6)*; *“yo creo que nos hace falta material didáctico porque por ejemplo, muchas veces por la zona donde estamos*

nos llegan mamis que no hablan español o no saben leer y pues ahí ¿Cómo le hacemos?, hemos platicado entre compañeras y decimos que unos rota folios con imágenes e incluso un muñeco para enseñarle a la mami como debe colocarse al bebé, hasta por ejemplo unas mamas artificiales” (folio 9).

El personal médico informante coincidió en que la información que se da es insuficiente y en muchos casos no se realiza en relación a esto uno de los médicos entrevistados mencionó *“La consejería generalmente no se realiza; me he dado a la tarea de preguntar si dan información y lo que yo he descubierto es que generalmente no se realiza” (folio 3).*

Los trabajadores de salud entrevistados identifican como barrera para la consejería que varias de las madres llegan sin información previa de los centros de salud, sólo cuentan con la experiencia previa en caso de que ya tengan hijos, o con lo que les aconsejó algún familiar. Con respecto a esto un médico señaló *“el problema que presentamos es que muchas veces llegan aquí y antes no les dijeron nada en el centro de salud, y aquí a nosotros nos tocaría mas resolver dudas como afinar la información, y pues ahí también es lo que ya traen de casa, o muchas veces los consejos de la mamá o de la abuelita en el caso de los tés y aunque uno les diga, ellas te van a decir pero me dijeron que no pasa nada” (folio 1).* Por parte de enfermería uno de los entrevistados mencionó *“pues es que el problema es que muchas veces nos llegan sin información, osea que nos les dieron pláticas, y luego nos toca ir en contra de los consejos que les dan familiares... a mi una vez me tocó que por más que le decía a la mamá que lo mejor era sólo dar leche materna ella insistía en que a su otro hijo le había dado y que no le había pasado nada, es bien difícil”(folio 6),* también hicieron mención de la incomodidad que presentan las mujeres cuando les da información alguien del sexo opuesto *“yo lo que he notado es que cuando quiero darles información, pues ellas se sienten incómodas, y pues no les puedo tocar el seno para enseñarles una técnica adecuada, para ellas eso no está bien, como hombre es difícil” (folio 8).* La falta de tiempo por la carga de trabajo que a veces se presenta en el hospital, es otra barrera que el personal de enfermería identificó *“nos hace falta personal, hay veces que si tenemos tiempo , pero otras no y pues preferimos atender a todos los pacientes que detenernos a dar una plática” (folio 8).*

El personal médico identificó como facilitador para la consejería a los familiares: “pues ahí te agarras de la persona que está con la mamá, por ejemplo si la señora no entiende que es lo mejor, le dices al esposo que la opción más económica y ahí los agarras por el lado económico” (folio 1).

Uso de Sucedáneos según personal de salud

El personal de salud entrevistado coincidió con la directora en que la leche de fórmula no se da gratuitamente, solo se indica en situaciones donde está contraindicado que la madre alimente a su bebé por leche materna, o en su caso si el bebé presenta alguna condición médica (galactosemia clásica, fenilcetonuria en niños; medicación psicotrópica, hepatitis b o c, VIH, tuberculosis en las madres) que le impida alimentarse al seno materno, además de mencionar que el encargado de indicar la leche materna es el pediatra en relación a esto un médico dijo :*“Cuando puedes sospechar por ejemplo de una paciente con VIH, ahí tienes completamente contraindicado, tienes que descartar primero la patología y si la mamá está sana dar leche materna, en si tienes que buscar que el 100% de las mamás se vayan con leche materna, si no es posible por alguna enfermedad ahí son casos especiales pero tendría que ser transmisible que descienda a través del seno materno, si no es vertical se tiene que mantener leche materna”* (folio 4), así mismo al hospital no llegan representantes médicos así lo afirmó una de los enfermeros entrevistados : *“no aquí no llegan representantes, antes si venían pero ya no hace mucho que no vienen”* (folio 9).

10.2.2 Experiencia de las madres en información recibida sobre LM en el hospital

Las respuestas de las madres en la encuesta de salida; cinco de cada quince madres atendidas en el hospital no recibieron información sobre lactancia materna durante su estancia en el hospital, de las diez que si recibieron información todas contestaron que se les dijo que solo debían dar leche materna. Las quince madres encuestadas dijeron que les gustaría recibir información del médico; sobre el **momento en el que le gustaría recibir la información sobre la alimentación del bebé, nueve madres mencionaron que desde el nacimiento de su bebé,** cuatro dijeron antes del nacimiento y dos contestaron que todo el

tiempo. **Cuando se les preguntó sobre si se les permitió tener a su bebé todo el tiempo las quince contestaron que si**, al preguntarles acerca de si al bebé lo habían alimentado con leche de fórmula o habían utilizado biberón una contestó que si y al preguntarle por qué contestó que porque no le bajaba la leche, ocho respondieron que sus hijos no habían recibido algún otro tipo de bebida o alimento y el resto (7) no sabía. Al preguntarles **si habían recibido información sobre LM antes de acudir al hospital para atenderse el parto doce dijeron que no**, las tres que sí recibieron información mencionaron haberla recibido en el centro de salud (Tabla 4).

Tabla 4. Resultados encuesta de salida aplicada a madres				
Pregunta	Respuesta			
	Si	No	No sabe	Respuesta Verbalizada
Recibió información durante estancia en hospital	10	5	0	--
Si no recibió información le hubiera gustado recibirla?	5	--	0	--
Se le recomendó dar solo leche materna?	10	--	0	--
Se recomendó dar solo leche materna por 6 meses	10	0	0	--
Información clara y fácil de entender	10	0	0	--
Inicio lactancia en la primera hora después del nacimiento	9	6*	0	--
El bebé permaneció con ella todo el tiempo	15	0	0	--
Bebé alimentado con leche de fórmula	1	14	0	--
Bebé alimentado con otro alimento	0	8	7	--
Considera adecuado que le den información y/o brinden apoyo sobre alimentación del bebe durante estancia en el hospital	15	0	0	--
Mejor momento para alimentar al bebé	--	--	--	9 Mujeres respondieron que desde el nacimiento, 4 antes del nacimiento y 2 todo el tiempo
Recibió	3	12	0	--

información antes de venir al hospital				
Donde recibió la información				Las tres madres respondieron que en el Centro de Salud
Le gustaría un lugar de asesorías en este hospital	15	0	0	--
Por parte de quien le gustaría recibir la información				Las 15 mujeres respondieron que el médico

* Una de las madres atendidas por cesárea respondió que había iniciado a alimentar a su bebé en la primera hora, pero lo hizo después de la primera hora del nacimiento de su hijo.

10.3 Facilitadores y barreras de la promoción de la LM en entorno hospitalario según las enfermeras y médicos

A modo de recapitulación, se presenta en la siguiente tabla, las principales barreras y facilitadores reportados por los mismos informantes.

TABLA 5. FACILITADORES Y BARRERAS PARA LA PROMOCIÓN DE LACTANCIA MATERNA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO		
	Barreras	Facilitadores
Contacto piel con piel inmediato	<ul style="list-style-type: none"> Práctica no conocida por todo el personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Directora conoce la práctica
Apego al seno materno en la primera hora después del nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> En paciente con cesárea está indicado darle al bebé hasta recuperar movimiento en las piernas 	<ul style="list-style-type: none"> El personal de salud reconoce esta práctica como importante para lograr la LME En pacientes con parto natural es una práctica que se realiza en algunos casos
Alojamiento conjunto		<ul style="list-style-type: none"> No existen los cuneros en el hospital No tienen bacinetes Se lleva a cabo en todos los casos
Consejería	<ul style="list-style-type: none"> Falta de conocimientos previos sobre lactancia materna en la madre Falta de información a las madres sobre LME en el centro de salud. Llegan sin conocimientos previos sobre LM al hospital Apatía por parte de las madres para recibir información Madres que no saben 	<ul style="list-style-type: none"> Familiares que acompañan a las madres durante su estancia en el hospital o durante la consulta El personal de salud reconoce la importancia de dar consejería a las madres El personal de salud entrevistado dispuesto a acudir a talleres y/o

	<p>leer o no hablan español</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de información sobre LM por parte del personal • Falta de materiales alusivos a LM para apoyo a la consejería • Incomodidad por parte de las mujeres cuando reciben información de algún persona del sexo opuesto • Falta de espacios para consejería sobre LM • Falta de personal • Falta de tiempo para consejería por parte de los médicos 	<p>capacitaciones sobre lactancia materna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud reconoce la importancia de capacitación para conocer las prácticas que contribuyen a la protección de la LM.
--	--	--

10.4 Sugerencias de los actores hospitalarios para reforzar la promoción de la LM

El personal de enfermería entrevistado mencionó que dada la falta de información que presentan se deben impartir talleres y/o cursos para sensibilizar y actualizar el conocimiento previo así lo indicó uno de ellos *“pues lo que se podría hacer es que dieran talleres a todo el personal de salud, porque todos tenemos que estar enterados sobre las nuevas prácticas en relación a lactancia materna”*. También indicaron la necesidad de materiales de apoyo para dar las pláticas a las madres durante su estancia en el hospital. Señalaron que deberían ser didácticos y mencionaron los siguientes ejemplos: rotafolios, mamas artificiales para mostrarle a la mamá como debe ser la alimentación de su bebé, un muñeco tamaño real para enseñarle a la madre la forma de colocarse al bebé al mismo tiempo que ella lo hace. Recomiendan que posterior a la capacitación se asigne un responsable general de la promoción de lactancia materna en el hospital, así como también para cada turno *“Y pues después de que todo el personal se capacite, ahí se podría asignar a un responsable de lactancia materna y pues tendría que estar seguro que todas las mamis están recibiendo la información, y si ve que no la recibieron pues en ese momento dársela, pero también tendría que haber un responsable en cada turno”* (folio 7)

Los médicos estuvieron de acuerdo en que se deben impartir talleres para capacitar todo el personal de salud, recomendaron que el capacitador debe ser personal médico o de enfermería, en relación a esto uno de ellos mencionó *"Estaría bien recibir talleres, primero me gustaría recibirla de alguien calificado en nuestro medio, ya sea médico o enfermera que haya recibido instrucción para esta situación creo que sería lo más indicado"*(folio 1). A su vez consideran que los talleres deben ser obligatorios y recomendaron incluir temas de sensibilización sobre el lactancia materna: *"Hacernos ver que es importante y que algún momento la lactancia está, y es que a lo mejor la sentimos tan obvia que no la tocamos y damos por hecho que la paciente sabe algo por ser tan obvio, y difícilmente la tocamos cuando tendríamos que ver la situación de las pláticas"*(folio 1). La creación de un comité responsable de lactancia materna, es otra sugerencia del personal médico, consideran que debe ser formado por personal del hospital de todas las áreas, desde los administrativos hasta los operativos, para que todos sean partícipes de la promoción y protección de LM en el hospital.

11. DISCUSIÓN

Para entender mejor que está pasando dentro del hospital en diferentes niveles, las prácticas de LM intrahospitalarias, el estudio se basó en el modelo ecológico, y de acuerdo a este, se encontró que: a nivel intrapersonal lo que está afectando la prácticas de lactancia materna es la falta de conocimientos y confianza por parte del personal para dar consejería y apoyar a las madres con el apego precoz. En el nivel de factores interpersonales, al no haber organización en el trabajo para la LM, y la falta de un responsable asignado que supervise y verifique que se lleven a cabo de forma adecuada las prácticas que fomentan LM dentro del hospital, puede estar provocando que el personal se desentienda de la promoción de LM. A nivel de factores institucionales, no existen políticas establecidas de lactancia materna dentro del hospital, lo cual se traduce en que no hay normas establecidas para la promoción de LM en el hospital, y esto también puede estar relacionado con que el personal no se sienta obligado a promocionar LM. En el nivel de factores comunitarios, la falta de información o los conocimientos establecidos de la madre dadas sus experiencias previas y las

recomendaciones de sus propias madres y abuelas, a consideración del personal de salud llega a interponerse con las asesorías dentro del hospital. El último nivel es política pública, en esta se encontró que la directora identifica la nueva iniciativa que existe en el estado de Morelos en relación a la LM, sin embargo desconoce su contexto.

El hospital mostró deficiencia en las prácticas contacto piel con piel inmediato, apego al seno materno durante la primera media hora después del nacimiento en cesáreas y en todos los casos (parto vaginal y cesárea) se encontró consejería insuficiente. La institución no cuenta con una política establecida de LM, la cual es la base para las prácticas que fomentan protegen la LM dentro de los hospitales, ésta se establece en el documento de la IHAN como el primer paso de los 10 que forman parte de la iniciativa⁶⁷. Que el hospital no cuente con una política sobre lactancia es importante, porque se ha demostrado que los hospitales que tienen una política en LM obtienen mejores prácticas de apoyo para LM y mejores resultados para el establecimiento de la misma⁶⁸.

La práctica piel con piel es una práctica que no se fomenta en todos los casos dentro del hospital, sobre todo en las mujeres que son atendidas por cesárea. Piel con piel sólo se lleva a cabo en algunos partos vaginales, y en este caso la cesárea se muestra como una barrera para poder llevarla a cabo. Con respecto a esta práctica un aporte importante del estudio, es que se logró identificar como barrera la falta de conocimiento de la mayoría del personal de salud con respecto a ésta, otra de las barreras es que los trabajadores perciben como dificultad es la falta de movilidad en las piernas que muestran las madres después de la cirugía, y no creen que es seguro que la madre tenga al bebé bajo esas circunstancias. Otras barreras que se identificaron fueron, la falta de personal y de tiempo de los trabajadores de salud. Estos resultados son consistentes con otros estudio donde se menciona que el personal de enfermería mostro consternación por la seguridad del bebé, también percibieron como barrera el tiempo, y la falta de conocimiento sobre el contacto piel con piel^{69,70}.

No se encontraron estudios que mencionen la práctica de piel con piel en los hospitales mexicanos, y se considera que el hallazgo en esta investigación es importante, porque piel con piel es una práctica que se recomienda practicar en todos los hospitales, para

incrementar las probabilidades de los bebés a ser alimentados al seno materno, la cesárea no se debería considerar un obstáculo para la práctica de piel con piel, así se señala en un estudio donde se encontró que se puede realizar aun cuando la mujer es atendida por cesárea⁷¹.

Un meta análisis donde se demostró que los niños que tuvieron contacto piel a piel presentan más probabilidades de ser amamantados exclusivamente durante 3-6 meses⁷¹, esto quiere decir que al no realizar esta práctica, dentro del hospital de estudio, se está perdiendo una gran oportunidad para fomentar y lograr que se establezca LME durante más tiempo. Otro estudio demostró la efectividad de la práctica piel con piel en Suecia, en este estudio, el contacto piel con piel temprano en hijos de mujeres que atendidas por cesárea, lograron un inicio más temprano de lactancia materna comparados con aquellos en los que no se realizó contacto piel con piel⁷².

En los resultados de apego al seno materno durante la primera media hora después del nacimiento, al igual que para el contacto piel con piel, se encontró que la cesárea es una barrera para que las mujeres inicien LM en el tiempo recomendado por la OMS. Estos resultados coinciden con los encontrados por un estudio en Argentina, donde se documenta que la cesárea es una barrera para el amamantamiento y condiciona el retraso del inicio de la LM⁷³. Al igual que el contacto piel con piel inmediato, se considera que la cesárea no debe ser un barrera para el apego inmediato porque las madres que reciben anestesia epidural, se mantienen despiertas y alertas y con el apoyo del personal de salud se puede lograr que inicien lactancia materna durante la primera media hora después del nacimiento⁷¹.

Un hallazgo importante es la práctica regular del alojamiento conjunto dentro del hospital, se realiza en todos los casos, en madres atendidas por parto vaginal y por cesárea. Es una práctica implícita dentro del hospital, el personal de salud reconoce sus beneficios. La falta de bacinetes y cuneros dentro del hospital da como resultado que no haya competencia para el alojamiento conjunto, la única opción que tiene el personal es mantener a madres e hijos juntos durante su estancia en el hospital.

Con esta práctica, el hospital está cumpliendo con uno de los pasos que establece la OMS para llevar a cabo una LM exitosa (practicar alojamiento conjunto-permitir a las madres y a sus recién nacidos permanecer las 24 horas del día). Con esta práctica se ayuda a incrementar el número de veces que el bebé es pegado al seno materno, como lo muestra los resultados que se obtuvieron en un estudio de Perú, donde se encontró que durante el alojamiento conjunto, se tiene mayor número de apegos al seno y mayor volumen de secreción láctea, lo cual facilita el establecimiento de la lactancia materna⁷⁴.

Dentro del hospital no hay organización para la mayoría de las prácticas que se realizan en relación al fomento de la LM, en el caso de la consejería aunque las madres indicaron que la información que se les brinda es fácil de entender, es claro que el mismo personal de salud de la institución reconoce como insuficiente la asesoría que se les da a las madres. En relación a esto un hallazgo importante es que el personal de salud que labora en el hospital tiene conocimiento sobre lactancia materna, y reconoce a la leche humana como el mejor y único alimento para los niños menores de 6 meses, sin embargo el hospital no cuenta con capacitaciones internas y muy poco personal ha asistido a talleres externos, lo cual crea una barrera para la adecuada promoción de lactancia materna, estos resultados se relacionan con los obtenidos en un estudio por Haxton et al donde se señala que la promoción deficiente de prácticas de lactancia materna se relaciona con la falta de educación del personal hacia este tema⁷⁰.

Se ha comprobado que el entrenamiento y capacitación constante del personal está relacionado con mejores prácticas que fomentan y protegen la LM dentro de hospitales, así se encontró en un estudio que se realizó en Estados Unidos⁷⁶. Al no tener personal capacitado, resulta en madres no informadas, como se encontró en esta investigación. Las madres no están recibiendo el suficiente apoyo e información que se necesita para el establecimiento de LM, y de esta forma se pierde una oportunidad para la buena alimentación del bebé. Un estudio en España comprobó que la educación materna está relacionada con el inicio temprano de LM y el mantenimiento de ésta⁷⁵.

Es importante destacar que aunque todo el personal de salud identifica a la consejería como parte importante de la promoción de LM, nadie tiene claro que está pasando en relación a lo que se les dice a las madres que acuden al hospital, incluso el personal administrativo desconoce las prácticas del personal operativo hacia la promoción y protección de LM dentro del hospital.

La directora y el personal médico reconocen como responsables de la consejería al personal de enfermería, y el mismo equipo de enfermeros se identifica como el más indicado para realizar las asesorías, la percepción del personal del hospital se relaciona con resultados obtenidos en otros estudios, donde se identificó que la participación de enfermería es crucial en el proceso, además que en estos mismos estudios se identificó a la enfermeras como el personal que realiza las prácticas que fomentan la LM (contacto piel con piel, etcétera)^{76,77}. En contraste a lo anterior, no se considera correcto que el personal de enfermería sea en su mayoría el responsable de las prácticas de lactancia materna dentro del hospital, todo el personal de salud debe estar involucrado, incluso el personal no operativo (administrativos) de la institución. Esto ha sido demostrado por otros estudios⁷⁸. En relación a lo anterior un hallazgo importante es que las madres mencionaron que la información sobre LM, les hubiera gustado recibirla de los médicos, es con esto que se reafirma la importancia del involucramiento de todo el personal de salud en la promoción de LM intrahospitalaria.

En este estudio también se logró identificar que la mayoría del personal considera que frente a la falta de ganancia de peso, y cuando el bebé se quede con hambre, lo que se debe hacer es iniciar con leche de fórmula, esto es relevante porque aunque en el hospital no se distribuye de forma gratuita, y en la mayoría de los casos no se da a los bebés en su estancia hospitalaria, si las madres acuden al hospital con este problema posterior a su alta, se corre el riesgo de que reciban la información equivocada. Esto, al igual que las otras prácticas inadecuadas puede deberse a la falta de capacitación que tiene el personal dentro del hospital.

Otro aspecto importante es que las madres consideran que en el hospital debería haber un lugar a donde acudir para recibir asesorías sobre lactancia materna, lo cual se debe recalcar porque en el hospital no hay un lugar asignado para la realización de la actividad, no cuentan con material que las madres puedan llevarse a casa.

Es importante mencionar, la mayoría de las mujeres encuestadas no recibió información antes de llegar al hospital a atenderse, lo cual quiere decir que si no se da información durante su estancia en el hospital, las mujeres se pueden ir sin algún tipo de conocimiento sobre lo que debe hacer con la alimentación de su bebé.

Las madres y/o bebés que presentan complicaciones durante o posterior al parto, son referidos a otros hospitales del estado, lo cual quiere decir que todos los binomios que permanecen en el hospital son sanos, por ende la mayoría de las madres si no es que todas, deberían recibir apoyo e información para LM durante su estancia en el hospital, y se debería lograr que se fueran alimentando a su bebé al seno materno.

Finalmente cabe mencionar que el personal de salud identifica como importante el recibir capacitaciones y talleres relacionados con LM, los cuales consideraron deben ser impartidos por personal capacitado, ya sea un médico o una enfermera que conozca como se desarrolla en el trabajo dentro del hospital. También consideran como importante la falta de materiales didácticos para promocionar LM, porque estos pueden ayudarles a dar una mejor consejería a las madres que acuden al hospital.

12. CONCLUSIONES

La lactancia materna es un proceso que no debería ser complicado o doloroso para la madre y el bebé, tampoco debe ser una práctica obligatoria para la madre, con el adecuado apoyo y consejería, se puede contribuir a que la mujer decida y elija a la LM como el mejor alimento para su hijo(a). El personal de salud con las correctas prácticas de apoyo y protección puede contribuir a que el binomio pueda establecer y mantener la LME y LM con éxito.

La falta de apoyo e información de las madres, resulta en la interrupción temprana de la lactancia, exponiendo a la madre y al bebé a diferentes riesgos de salud innecesarios, los cuales son prevenibles con la adecuada práctica de la LM. Es necesario que en el hospital se tomen medidas pertinentes para que todas las madres que acuden a atención de parto vaginal o cesárea, sin contraindicación médica y con hijos sanos, reciban apoyo e información adecuada durante su estancia, para lograr que inicien y establezcan la LME.

El alojamiento conjunto es la única práctica recomendada por la OMS que se lleva de manera eficiente en el hospital, las demás como lo son el contacto piel con piel inmediato, el apego al seno materno durante la primera media hora de vida y la consejería, presentan deficiencias, principalmente en las mujeres que son atendidas por cesárea. Siguiendo la misma ruta para el éxito del alojamiento conjunto en el hospital, deben buscarse opciones factibles para que se establezcan de forma rutinaria en el hospital la consejería eficiente sobre LM, en el caso de contacto piel con piel inmediato y apego al seno materno durante la primera media hora de vida, se debe lograr que se realice en todos los casos (parto vaginal y cesárea).

La falta de conocimiento y de sensibilización del personal de salud, sobre las nuevas tendencias que fomentan LM, aunado a la falta de una política para LM en el hospital, es lo que puede estar llevando a que las prácticas que se llevan dentro del hospital hacia la protección de LM sean deficientes. En el caso de la consejería el personal reconoce tener

problemas con esta práctica y afirman que no todos tienen el conocimiento suficiente para poder dar a las madres la información suficiente sobre LM. Es importante que el hospital cuente con personal informado y sensibilizado, en temas y prácticas para el fomento de la LME en el hospital.

El apoyo que brinda el personal de salud intrahospitalario a las madres, es crucial, ya que es éste el que tiene el primer contacto con ellas y con sus hijos, y en este periodo la madre y el bebé dependen de las decisiones que se tomen por parte del personal de salud (si se lleva a cabo piel con piel, apego al seno en la primera hora, etc). Además, como lo ilustran las encuestas, en el periodo postparto la madre esta receptiva a la información de cómo alimentar a su bebé. Es por esto que la capacitación de todo el personal es importante, todos deben estar sensibilizados y actualizados en las prácticas recomendadas por la OMS para el fomento y protección intrahospitalaria de LME.

Una de las barreras identificadas en el estudio para las capacitaciones, es la apatía por parte del personal para acudir a las pláticas. La institución debe asegurar que todo su personal reciba información, por lo que las sesiones informativas o talleres deberían ser obligatorios. En los talleres se debe enfatizar en los beneficios del contacto piel con piel, y el apego al seno materno durante la primera media hora, la falta de conocimiento y la cesárea una de las principales barreras para lograr estas prácticas, por lo que los talleres y/o capacitaciones deben incluir opciones factibles para el establecimiento de las mismas en el hospital.

El hospital no cuenta con la IHAN, lo cual puede estar relacionado a la deficiencia que se tiene para las prácticas de lactancia materna intrahospitalaria, ya que al no cumplir con los primeros dos pasos de la iniciativa (Tener una política de lactancia materna. Que sea periódicamente comunicada a todo el personal de salud; Entrenar al personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política), que son considerados los básicos de la iniciativa⁸⁰, se pueden estar perdiendo oportunidades para que los bebés inicien lactancia materna tempranamente, ya que esas dos prácticas en conjunto son el fundamento para que las otras prácticas se realicen de forma adecuada⁸⁰. Es por esto que lo primero que se debe

hacer dentro del hospital, es establecer una política sobre LM, y al tenerla comunicarle a todo el personal de la institución los términos y condiciones de dicha política.

13. RECOMENDACIONES

A continuación se extienden las siguientes recomendaciones.

- Redactar una política de lactancia materna dentro del hospital, donde se establezcan las prácticas que se deben realizar para fomentar LM dentro del Hospital, se recomienda instituir la capacitación constante del personal de salud, así como también hacer de manera obligatoria la asistencia a dichas capacitaciones. Una vez finalizada la política debe darse a conocer al personal de salud
- Conocer el contexto de la iniciativa del estado de Morelos para la lactancia materna, esto con el fin de reconocer los pasos que debe seguir el hospital para lograr la certificación
- Capacitación y sensibilización periódica (cada 6 meses) a todo el personal de salud (operativo y administrativo) por medio de talleres interactivos donde haya participación activa del personal asistente, se deben incluir los pasos recomendados por la OMS, haciendo énfasis en la práctica piel con piel, apego al seno materno durante la primera hora de vida, así como también incluir formas de cómo comunicar a las madres de manera clara y eficiente. En las prácticas piel con piel y apego al seno materno durante la primera hora hacer hincapié en lo que se debe hacer en caso de atención por cesárea.
- Se recomienda reforzar la consejería durante la estancia hospitalaria de la madre y su hijo(a), porque al permanecer juntos en la hospitalización la madre está receptiva a la información que le da el personal de salud.
- Cuando la consejería sea brindada por parte un personal de enfermería del sexo opuesto, éste debe ser acompañado por una mujer para que la madre no se sienta incómoda. En caso de que no puedan ir ambos (hombre y mujer) es

preferible que la información sea dada por una mujer. Cuando el médico es el que da la información se recomienda que una enfermera lo acompañe.

- Gestionar que la capacitación sea brindada por personal externo a la institución
- Asignación de un espacio en el hospital para llevar a cabo los talleres, dado el espacio y adecuada ventilación, se sugiere el área de espera de la consulta. Los talleres deben ser accesibles para todo el personal de salud.
- Creación de un comité de LM, el cual debe incluir a todo tipo de personal del hospital, desde administrativos hasta personal operativo. Se recomienda asignar a un responsable que se encargue de verificar que se estén llevando a cabo adecuadamente las prácticas que fomentan LM. También se recomienda la asignación por turno de una persona que reporte al encargado principal.
- Materiales que promocionen LM, para esto se recomienda el apoyo de equipo profesional para el diseño de posters, que puedan ser expuestos en las paredes del hospital. También deben considerarse materiales didácticos que sirvan de apoyo al personal de salud para la consejería que se da a las madres, se recomiendan rotafolios con imágenes claras que expliquen los beneficios de la LM y las técnicas adecuadas para que la madre logre alimentar a su bebé. Las mamas artificiales y un muñeco son otros materiales que se recomiendan para que el personal de enfermería pueda mostrar como tomar el seno para alimentar a su bebé, y correcta colocación del bebé al momento de alimentarlo. Se recomiendan colocar televisiones en el área de consulta, donde se transmitan videos relacionados con LM.
- Asignación de un espacio en donde las madres puedan recibir asesoría cuando acuden a consulta, o en el momento que ellas lo necesiten.
- Sesiones informativas sobre LM dirigidas al público en general, en particular para mujeres embarazadas y familiares.
- Evaluación de proceso bimestral, evaluación de resultados semestral y anual. Para la evaluación de proceso puede ser un trabajador de la misma institución, para la de resultados debe ser alguien externo a la institución.

14. LIMITACIONES

A continuación se muestran algunas desventajas que se tuvieron durante la realización del estudio.

- Tiempo y recursos económicos para cada tapa del estudio
- Los procesos administrativos para llevar a cabo el estudio en el Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos
- Distancia entre Cuernavaca y Jonacatepec
- No todo el personal de salud de la institución accedió a la realización del cuestionario
- Durante la aplicación de cuestionarios y entrevistas, en repetidas ocasiones se prolongaron más del tiempo programado, por las pausas ocasionadas por las obligaciones laborales del personal de salud
- La pequeña población de madres encuestadas debido a la poca demanda que presenta la institución para partos vaginales y cesárea

BIBLIOGRAFÍA

1. Horton S, Alderman H, Rivera JA. Hunger and Malnutrition. En: Global Crises, Global Solutions: Costs and Benefits. 2da.ed. Ed. Cambridge: BjornLomborg. Cambridge UniversityPress, 2009: 305-333. [Consultado 2012 noviembre 19]. Disponible en:<http://www.copenhagenconsensus.com/Default.aspx?ID=1322>
2. Mañero Batista, M., Ruíz Suárez, A., Lactancia materna prolongada en el niño sano. Revisión Bibliográfica. Nutrición Hospitalaria. Dic 2012 suplemento 3. Vol. 27, p24.24, 1/2p. 1
3. Division of Nutrition and Physical Activity: Research to Practice Series No. 4: Does breastfeeding reduce the risk of pediatric overweight? Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2007
4. Moss Brian, Yeaton, William. Early Childhood Healthy and Obese Weight Status: Potentially Protective Benefits of Breastfeeding and Delaying solid foods. Maternal & Child Journal. Jul 2014, Vol. 18 Issue 5, p1224-1232, 9p: 4 Charts
5. Perez Escamilla R. LuterCh, Segail AM, Rivera A, Treviño-Siller S, Sanghvi T. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic, and biocultural determinants in three Latin American countries. J Ntr 1995; 125: 2972-2984
6. OMS. Lactancia Materna. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y el adolescente. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
7. Fabio Alberto Camargo Figuera, José Fidel Latorre Latorre, Johanna Andrea Porras Carreño. Factores asociados al abandono de lactancia materna exclusiva. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No. 1, enero-junio 2011, págs. 56-72
8. OMS, OPS, UNICEF. La Iniciativa Hospital Amigo del niño. Módulo 1 Antecedentes y Ejecución. 2009
9. IBFAN. La duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Junio 2001/No. 31/32
10. Kramer MS, Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2007, Número 4 Artículo no.: CD003517. DOI:10.1002/14651858.CD003517.
11. Cruz M. Molina AJ, Barguño JM. Lactancia natural: En: Cruz M, Crespo M, Brines J, Jiménez R. Compendio de Pediatría. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006, p. 664
12. Díaz Arguelles V, Ramírez- Corría M. Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. Rev Cubana Pediatría 2005; 77(2)

13. UNICEF. La primera hora salva un millón de bebés. Julio 2011
http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_21106.htm
14. Churchil RB, Pickering LK. Alimentación al seno materno: pros y contras. *Aten Médica* 2002; 15 (5): 50-58
15. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martín L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Washington DC: Pan Am Health Organization; 2002
16. Hoekelman R. Atención primaria en pediatría. Ed. Harcourt Mosby, 1era Ed: 2002: 204-219
17. Schanler R. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol. 1 Mc Graw-Hill Interamericana, 2001
18. UNICEF: Relación costo beneficio de las intervenciones de promoción sobre lactancia materna vs laboratorios de fórmulas lácteas. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal multidisciplinario de salud y la promoción realizada a las madres con respecto a la lactancia materna en dos maternidades. Panamá 2006. Pp. 42-56
19. M. Arantxa Colchero, David-Contreras-Loya, Hugo-López-Gatell, and Teresita González de Cosío. The costs of inadequate breastfeeding of infants in México. Copyright ©. American Society for Nutrition. 2015)
20. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. *Birth* 2007. Sep; 34 (3):202-11
21. Fabio A. Camargo F., José F. Latorre L., Johanna A. Porras Carreño. Factores asociados al abandono de lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 16, No.1, enero-junio 2011, pags. 56-72
22. Latham M. Capítulo 7 Lactancia Materna. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. *Nutrición Humana en el mundo en desarrollo*. Colección FAO: Alimentación y nutrición No. 29, Roma; 2002 p. 67-87.
23. González C. Dieta y suplementos para la madre lactante. En: *Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica*. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Editorial Médica Panamericana, S.A. 2008; 87-91
24. Dra. Aída Delgado-Becerra, Dra. Leyla María Arroyo-Cabral, Dra Myriam Alicia Díaz-García, Dra. Claudia Angélica Quezada-Salazar. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol. Med Hosp Infant Mex*. Vol 63, enero-febrero 2006
25. UNICEF. Progreso Para la Infancia. Base Mundial de datos 2007
26. OPS. Semana Mundial de la Lactancia Materna. Apoyo a las madres que amamantan: cercano, continuo y oportuno. 2013

27. Olalz, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah, T., Rojas, R, Villalpando, S., Hernández, M y Sepúlveda, J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
28. Coutinho SB; Lima Mde C, Ashworth A, Lira PI. The impact of training base don the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding practices in the Northeast of Brazil. Journad de Pediatria. (J Pediatr (Rio J)) 2005 Nov-Dec; Vol. 81 (6), pp. 471-7.
29. Maria Luiza G. Braun, MSc, Elsa R. J. Giugliani, MD, Phd, Maria Emília Mattos Soares, MD, CamiliaGiugliani, AndréaProenco de Oliveira, Claudia Maria Machado Danelon. Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. Am J PublicHealth, 2003 August; 93(8): 1277-1279.
30. Maria Luiza G. Braun, MSc, Elsa R. J. Giugliani, MD, Phd, Maria Emília Mattos Soares, MD, CamiliaGiugliani, AndréaProenco de Oliveira, Claudia Maria Machado Danelon. Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. Am J PublicHealth, 2003 August; 93(8): 1277-1279
31. Vieira GO; Silvia LR. Mendes CM, Vieira T de O. Lactational mastitis and Baby-Friendly Hospital Initiative, Feira de Santana, Bahia, Brazil). CadSaude Publica 2001 Jun; Vol. 22 (6)pp.
32. Vannuchi MT, Monteiro CA, Réa MF, Andrade SM, Matsuo T. The baby-friendly Hospital Initiative and breastfeeding in a neonatal unit. Revista de Saúde Publica 2004 Jun; Vol. 38 (3), pp. 422-8.
33. Morelia OssadónM. ,Juanllabaca M., Cecilia Gajardo O. , Nelly Castillo B., Lucrecia Namur R. Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barros Luco Trudeau. Rv. Chil. Pediatr. V.71 n.2 Santiago mar. 2000
34. Barbara L. Philipp, MD, IBCLC; AnneMerewood, MA, IBCLC; Lisa W. Miller, BA; NeetuChawla, BA; Melissa M. Murphy-Smith, BS; Jenifer S. Gomes, BA; Sabrina Cimo, BA, MPH; John T. Cook, Phd. Baby-Friendly Hospital Initiative Improves Breastfeeding Initiation Rates in a US hospital Setting. Pediatrics. Vol. 108 No. 3 September 2001 http://www.bmc.org/breastfeeding/documents/rates1_000.pdf
35. Summer Sherburne Hawkins, Ariel Dora Stern, Christopher F Baum, Matthew W Gillman. Evaluating the Impact of the Baby- Friendly Hospital Inititive on breast-feeding rates: a multi-state analysis. PublicHealthNutrition/Volume 18/Issue 02/ February 2015 pp 189-197 On line 2014
36. Anne Merewood, Phd. Skin-to-Skin at Brith: A New Model of Care. Publication of the International Lactation Consultant Association. Downloaded from jhl.sgapub.com at INS NACIONAL DE SALUD PUBLICA on December 18, 2014

37. Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A, Dutta S. Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian Journal Of Public Health* 2014 Jan-Mar; Vol. 58 (1), pp 22-6
38. Leslie Bramson, Jerry W. Lee, Elizabeth Morre, Sussane Montgomery, Chritine Neish, Khaled Bahjri, and Carolyn Lopez Melcher. *J Human Lact*, May 2010; Vol. 26, 2:pp. 130-137., first published on January 28, 2010.
39. Silvia Otal-Lospaus, Leticia Morera-Liáñez, María Jesús Bernal-Montañes, Jara Tabueña-Acin. El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. *Matronas Prof.* 2012; 13(1):3-8
40. Kylee Cox, Roslyn Giglia, Yun Zhao, and Colin W. Binns. Factors Associated with Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge in Rural Western Australia. *J Hum Lact*, November 2014; vol. 30, 4: pp. 488-497.
41. Heather J. Rowe-Murray BSC (Hons), Phd., Jane R.W. BSc (Hons), Phd. Baby Friendly Hospital Practices: Cesarean Section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding. *Birth*. Volume 29, Issue 2 pp. 124-131, June 2002
42. Cisneros-Silva IE, Flores-Huerta S, Rosas-Gallegos MC. Alojamiento conjunto madre-hijo e inicio de amamantamiento en un hospital de tercer nivel de atención. *Salud Pública de México* 1995 Sept-Oct; Vol. 37 (5) pp 424-9
43. Leticia Suarez, Lourdes Campero, Elvia de la Vara, Leonor Rivera, María Isidra Hernández, Dilys Walker, Mauricio Hernández, Eduardo Lazcano. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. *ENSANUT 2012*
44. Adolfo Gabriel Hernández-Garduño, Leticia de la Rosa-Ruiz. Capacitación sobre lactancia materna al personal de enfermería del Hospital General de México. *Salud Pública Méx* 2000 Vol. 42 (2):112-117
45. Capitulo II. Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, disponible en: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/9050/Capitulo2.pdf>
46. Villasis-Keever MA, Romero Toledo RM, Campos León G. Impacto del programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre en un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Ginecología y Obstetrica de México*. Noviembre 1998; Vol 66, pp. 474-9
47. Organización Mundial de la salud (OMS). *Indicators for Assessing Breast-Feeding Practices*. Ginebra: OMS 1991
48. WHO Nutrition. *Global data bank on breastfeeding* Ginebra: WHO, 2003
49. César E. Chávez. *Utilización de Investigación Formativa para entender Comunidades latinas*. AIDS Project Los Angeles.
50. Gustavo Alonso Cabrear, Fon., MSP., Dr. S.P.. *Teorías y modelos en la salud publica del siglo XX*. Colombia Médica Vol. 35 No. 3, 2004
51. Wally R. Smith, MD. Evidence for the effectiveness of Techniques to Change Physician Behaviour. *CHEST/118/2/* Agosto, 2000. Disponible en: <http://journal.publications.chesnet.org/>

52. Bonnie Raingruber. Health Promotion Theories. Chapter 3. Jones & Bartlett Learning. LLC, disponible en: http://samples.jbpub.com/9781449697211/28123_CH03_Pass2.pdf
53. Emilio Moreno San Pedro, Jesús Gil Roales-Nieto. El modelo de creencias en Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y propuesta alternativa un análisis funcional de las creencias en salud. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Vol. 3, núm. 1 Junio 2003 pp 91-109
54. Nancy R. Lee- Philip Kotler. Social Marketing. Influencing Behaviours for Good. Fourth Edition. SAGE Publications. London 2011
55. Social Marketing National Excellence Collaborative. The basics of Social Marketing. How to Use Marketing to Change Behaviour.
56. Turning Point. Robert Wood Johnson Foundation. Social Marketing National Excellence Collaborative. How to Use Marketing to Change Behaviour. The Basics of Social Marketing.
57. Teresita González de Cosío, M en C, PhD, (1) Leticia Escobar-Zaragoza, M en C, Luz Dinorah González-Castell, M en C, Juan Ángel Rivera-Dommarco, M en C, PhD. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Pública Méx 2013; Vol. 55(sup 2):170-179
58. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell D, Reyes-Vázquez H, Rivera-Dommarco JA. Breastfeeding in Mexico was stable, on average, but deteriorated among the poor, whereas complementary feeding improved. Results from the 1999 to 2006. National Health Survey. J Nutr 2013. En prensa.
59. Teresita González-de Cosío, M en C, PhD, Leticia Escobar-Zaragoza, M en C, Dinorah González-Castell, M en C, Teresa Shamah-Levy, PhD, Juan A Rivera-Dommarco, PhD. La lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se asocia con un mejor peso para la longitud en hogares con inseguridad alimentaria en México. Salud Publica Mex 2014;56 suppl I:S31-S38
60. Guerrero ML, Morrow RC, Calva JJ, Ortega-Gallegos H, Weller SC, Ruíz-Palacios GM, et al. Evaluación etnográfica rápida de la práctica de la lactancia natural en una zona periurbana de la Ciudad de México. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos No. 1, 1999: 54-60.
61. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.
62. MedicLatina. Influencia del médico en la promoción y suspensión de la lactancia materna en la Ciudad de México. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 16651146, feb2000, Vol. 57, Issue 2
63. Wagner CI. Human milk and lactation. Emedicine.com/ped/topic2594.htm
64. Latham M. Capítulo 7 Lactancia Materna. Organización Mundial de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Nutrición Humana en el mundo en desarrollo. Colección FAO: Alimentación y Nutrición No. 29 p. 67-8

65. Katherine Cardona Giraldo, José Jaime Castrillón, FIS, M.Sc, Cristina Isabel Hurtado Quiñones, María Inés Moreno Gutiérrez, Andrea Restrepo Palacios, Oscar Alberto Villegas Arenas, MD, Mag. Frecuencia de Lactancia Materna Exclusiva, Factores Asociados y Relación con el Desarrollo Antropométrico y Patologías en una población de lactantes atendida en Assbasalud ESE, Manizales (Colombia) 2010-2011. ArchMed (Manizales) Volúmen 13 No. 1 Enero-Junio 2013
66. María Alzate-Meza, César Arango, José Jaime Castaño-Castrillon. Lactancia Materna como factor protector para enfermedades prevalentes en niños hasta de 5 años de edad en algunas instituciones educativas de Colombia 2009. Estudio de corte transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 1. Enero Marzo 2011 pag. 57-63
67. World Health Organization/United Children's Fund and Wellstart International. The Baby Friendly Hospital Initiative-Monitoring and Reassessment: Tools to Sustain Progress. Geneva: WorldHealthOrganization; 1999
68. Rosenberg KD, Stull JD, Adler MR, Kaschagen LJ, Crivelly Kovach A. Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes. BreastfeedMed. 2008; 3 (2): 110-116
69. [Stikes, R., & Barbier, D. (2013). Applying the plan-do-study-act model to increase the use of kangaroo care. Journal Of Nursing Management, 21(1), 70-78. doi:10.1111/jonm.12021 from CIHAHL, search terms kangaroo care and nursing
70. [1] Haxton, D., Doering, J., Gingras, L., & Kelly, L. (2012). Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model. NursingForWomen'sHealth, 16(3), 220-230. doi:10.1111/j.1751-486X.2012.01733.x
71. Hung KJ¹, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. MCN Am J Matern Child Nurs. 2011 Sep-Oct;36(5):318-24; quiz 325-6. doi: 10.1097/NMC.0b013e3182266314.
72. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Downswell T. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16; 5 CD003519. doi:1002/14651858.CD003519.pub3
73. Marianne Velandia, Kersitin Uvnilas-Maberg, Eva Nissen. Sex differences in newborn interaction with mother and father during skin to skin contact after Caesarean section. Acta Paediatrica Nurturing the Child 2012. 101, pp 360-367
74. Iván Andrés Gonzalez, María Soledad Huespe Auchter, Dra. Mónica Cristina Auchter. Lactancia Materna Exclusiva factores de éxito y/o riesgo. Facultad de Medicina. Revista de Posgrado de IVIa Cátedra de Medicina No. 177. Enero 2008
75. Alena Valderrama, Marco Bueno. Influencia del alojamiento conjunto precoz en lactancia materna humana. Estudio Randomizado. Hospital Regional del Cusco. Peediatrica 2001 4(1): 6-9
76. Juan Miguel Martínez Galiano, Miguel Delgado Rodríguez. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. Revista da Associação Médica Brasileira. 2013; 59(3): 254-257

- 77.[2] Kearvell, H., & Grant, J. (2010). Getting connected: how nurses can support mother/infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 27(3), 75-82.
- 78.[4] Nolan, A. & Lawrence, C. (2009). A pilot study of a nursing intervention protocol to minimize maternal-infant separation after cesarean birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38, 430-422. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2009.01039.x
- 79.[3] Mangan, S., & Mosher, S. (2012). Challenges to Skin-to-Skin Kangaroo Care: Cesarean Delivery and Critically Ill NICU Patients. *Neonatal Network*, 31(4), 259-261
80. Chuan Ming Li et al. Associations of Hospital Staff Training and Policies with Early Breastfeeding Practices

ANEXOS

1. Guía observacional

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA

“Recomendaciones para promover la lactancia materna exclusiva en el Hospital Comunitario de Jonacatepec, Morelos

Propósito: observar los aspectos físicos del Hospital

Nombre de la Observadora: Gabriela C. Armendáriz Aguirre

Nombre del Hospital: Hospital Comunitario Dr. José G. Parres

Promedio de Usuarías atendidas por semana:

No. De personal que trabajan en el Hospital:

Municipio, Estado y País: Jocatepec, Morelos, México

Fecha de observación:

Hora de inicio de la Observación:

Hora de término de la observación:

1. ¿Existe un área para la consulta?
2. ¿Se puede escuchar a la usuaria desde afuera de la sala de consulta?
3. ¿Se puede ver a la usuaria desde afuera de la sala de consulta?
4. ¿Existe un área específica para la consejería?
5. ¿Se escucha a la usuaria desde afuera del área de consejería?
6. ¿Existe un área específica donde la usuaria puede obtener información general sobre lactancia materna (escrita, verbal o visual)? Especifique
7. ¿Es satisfactorio el estado de los servicios higiénicos (limpieza, equipamiento con buen funcionamiento)?
8. ¿Es satisfactorio el estado de los servicios higiénicos (limpieza, equipamiento con buen funcionamiento)?
9. ¿Existe pantallas de televisión en el área de espera para entrar a consultar en el Hospital?

¿Se ve material de promoción de la LM en las paredes del Hospital?

¿Se proyecta información de LM en la pantalla de televisión del Hospital?

¿Se encuentra información impresa de fácil acceso a información de LM en el Hospital?

¿Qué tipo de información se incluye?

Tipo de información

- Definición de LM
- Diferencia entre LME y LMM
- Duración óptima de la LM
- Beneficios de LM para el infante
- Beneficios de LM para la madre

Principales problemas

Consejos vs esos problemas

Diferentes posiciones para lactar

Otros

OBSERVACIÓN Aspectos físicos del Hospital

¿Qué tipo de imágenes se incluyen en esos materiales?

Información General

Tipo de imagen

- Mujeres tipo población blanco
- Infantes tipo población blanco
- Mujeres diferentes a la PB
- Infantes diferentes a la PB
- Diferentes posiciones para lactar
- Forma correcta de succionar el pezón

Características del Hospital Comunitario Jonacatepec Morelos. (SI/NO)

- Forma correcta de liberar el pezón
- Peso de niños lactados
- Otros

Estime el número de diferentes materiales educativos sobre lactancia materna

¿Quién diseñó o aparece como responsable de los materiales?

COMENTARIOS _____

OBSERVACION Área Hospitalaria después del parto

¿Cuántas camas para hospitalización cuenta el Hospital?

¿Existe un área de cuneros?

Materiales de promoción de Lactancia Materna (SI/NO)

¿Existe un área que permite el alojamiento conjunto?

¿Es satisfactorio el estado de los servicios higiénicos (limpieza, equipamiento con buen funcionamiento)?

COMENTARIOS: _____

OBSERVACION Prácticas después del parto

¿Se practica contacto piel con piel después del parto?

¿Se ayuda a la madre para iniciar lactancia durante la media hora después del parto?

¿Se muestra a las madres como amamantar?

¿Se explica a la madre como deben mantener la lactancia aún en caso de separación de sus bebés?

¿Se les da los niños alimento o líquido que no es leche materna y no esta medicamente indicado?

¿Se practica alojamiento conjunto? (se permite a las madres y a sus recién nacidos permanecer juntos el tiempo de estancia en el hospital)

El profesional de la salud:

Utilizó lenguaje simple (entendible por la usuaria)

Explicó a detalle los beneficios de la LM

Recomendó la LM como forma de alimentar a su bebé de forma exclusiva

Mostro técnicas de amamantamiento

Explico los riesgos de alimentar al bebé con sucedáneos de leche materna

Preguntó a la usuaria si tenía preguntas/dudas

COMENTARIOS_____

2. Guía de entrevista dirigida a la directora del hospital

Guía de entrevista-semiestructurada a Director@ del Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos

Buenos días/tardes, mi nombre es Gabriela Armendáriz Aguirre; soy estudiante de maestría en el Instituto Nacional de Salud Pública y quiero en el marco de una entrevista hablar con usted de las prácticas de lactancia materna en este hospital y me interesa conocer su experiencia y opinión al respecto. Con este estudio y gracias a un conjunto de datos que voy a recaudar, formularé, si fuese necesario, recomendaciones para el fomento de la práctica de lactancia materna entre las mujeres que acuden a este hospital.

La información que usted nos proporcione será confidencial. Puede dar o no respuesta a las preguntas que no desee contestar retirarse.

Agradezco su participación de antemano

DATOS GENERALES

Folio: _____

Sexo: _____

Edad:: _____

Números de hijos con respectivas edades: _____

¿Usted o su pareja (según caso) amamantó a su(s) hijo(s)? (si/no _____)

¿Por cuánto tiempo?

Platíqueme un poco de ¿Cómo llego usted a este puesto de dirección?

¿Qué fue lo que la impulsó a ocupar el puesto de dirección de este hospital?

¿Cómo ha sido su experiencia durante el cargo del Hospital? ¿Ha experimentado algún tipo de obstáculo para desarrollar su trabajo?

Por el hecho de ser mujer, ¿considera usted que su gestión puede tener alguna particularidad en relación a sus colegas varones?

- En caso de respuesta positiva: ¿Cuáles son esos temas y acciones que usted desarrolla y por qué?
- Y que pasa en particular con su gestión en relación a la LM (explorar con la directora las gestiones pasadas, presentes y futuras en relación a la LM dentro del hospital)

En cuanto a la promoción de la LM, ¿Qué se hace y qué no se hace?

- ¿Existen lineamientos en relación a la LM? En caso de una respuesta positiva, de dónde vienen (en término de autoridades)
- ¿Cuáles son los lineamientos de las autoridades de salud? Y ¿Qué opinan de ellos?
- ¿Quién está a cargo de la promoción de LM en este hospital? ¿Y por qué? (Explorar en particular el papel de los médicos y de las enfermeras. Explorar si hay otro personal que lo hace)
- ¿Existe dentro del Hospital una información común de lo que debe recomendar el personal de salud a las familias para la alimentación del RN y niños menores de 6 meses? Concretamente ¿Qué se les recomienda y de dónde proviene esta información?
 - Recomendaciones sobre la lactancia, duración -si tiene que ser o no exclusiva, beneficios de la LM, etc
 - ¿Cuáles considera usted que son los riesgos para los niños que no son alimentados con leche materna exclusiva?
 - ¿A partir de que edad recomiendan introducción de otros alimentos? ¿Por qué? ¿Por cuánto tiempo?
- En caso de que las recomendaciones no se apeguen a las de la OMS, explorar las razones de estas recomendaciones
 - ¿Qué beneficios encuentra de la práctica xxxxx?
 - ¿Por qué recomiendan esa información/práctica?
- Cuando el personal da consejería sobre la alimentación del RN ¿En qué momento lo hacen? (consulta prenatal/al momento del parto/después del parto) ¿Usted cuales cree que sean las ventajas y desventajas de cada uno de los diferentes momentos para dar consejería?
- ¿Cuáles son las dificultades que usted ha observado dentro de su hospital en relación a la promoción de la LM? (explorar diferentes tipos de dificultades posibles; organizacional, de recursos humanos, de tiempo, etc.)
- ¿Cuáles son los elementos facilitadores/prometedores que usted ha observado en relación a la promoción de la LM dentro del hospital?
- Dentro del Hospital se hace algo para apoyar la LM ¿Cómo se apoya a las mujeres con la LM? ¿Qué se hace dentro del hospital para apoyar a las mujeres para dar pecho?
 - ¿En su experiencia la infraestructura del hospital permite que se fomente la LM? (abordar alojamiento conjunto, camas suficientes)
 - ¿Qué se podría hacer para mejorar el apoyo que se le brinda a las mujeres para amamantar?
 - Algunas gestiones en calidad de directora al respecto
 - Avances de estas gestiones

Dentro del Hospital ¿Cómo se apoya al PS para que promuevan LM? ¿Alguna gestión por parte del Hospital?

- Ha identificado algunas necesidades por parte de los PS (por ejemplo capacitación) de qué naturaleza?

- En el caso de las “competencias” actuales de su PS en relación a la consejería, identifica algunas que deberían ser fortalecidas? ¿Cómo se podría lograr esto?
- (distinguir las respuestas según el tipo de PS, médicos o enfermeras, (a nivel teórico de LM, a nivel de la práctica para ayudar a las madres, a nivel de la comunicación, etc.

¿El hospital cuenta con alguna política para la promoción de LM? Si la respuesta es positiva ¿Me puede explicar un poco sobre la política? ¿Cree que se esta cumpliendo adecuadamente con esta política?

¿Cuál es la política del hospital ante la leche de fórmula?

- ¿Se distribuye fórmula de forma gratuita? ¿En qué casos, y quien lo financia (marca)?
- ¿Al hospital llegan representantes médicos? Si la respuesta es positiva ¿Distribuyen fórmula de forma gratuita? ¿En qué casos? ¿Promueven LM? ¿Distribuyen material promocional? (explorar sobre la presencia en el hospital, si dan financiamiento a eventos, congresos, equipos etc.)
- ¿Cuándo se recomienda leche de fórmula en el hospital?
- ¿Cuáles son los beneficios y/o desventajas de la leche de fórmula?

Pensando en las iniciativas que buscan fomentar la LM a nivel nacional e internacional, alguna que le haya llamado la atención? ¿Por qué?

- En el caso particular de la Iniciativa Hospital Amigo del niño y la madre ¿Qué le parece?
- ¿La conoce?, ¿Qué me puede contar de esta iniciativa?
- ¿Piensa que es efectiva?(justificar respuesta) y ¿Se puede implementar en un hospital como el suyo?
- ¿Considera que es importante que los hospitales cuenten con este nombramiento?¿Por qué?
- Si la respuesta es positiva:¿Qué considera usted que este hospital necesita para lograr el nombramiento? ¿Cómo considera que sería la transición del Hospital para lograr este nombramiento? (fácil, difícil) ¿Por qué?
- ¿Usted ha gestionado antes las posibilidades de lograr que este hospital obtenga el nombramiento? ¿Cómo fue su experiencia?
- ¿Cuáles serían los beneficios para el hospital de obtener este nombramiento? ¿Cuáles cree que podrían ser los costos?
- ¿En caso de cómo resultado de este proyecto, se diseñara sesiones y/o talleres informativos sobre LM, estaría dispuesta a permitir a su personal de salud que asistiera y bajo cuáles condiciones?

Cierre ¿Algo más que quiera ayudar agregar en relación a la promoción de la LM en el Hospital?

Agradecimiento y despedida

3. Guía de entrevista dirigida a médic@s

Guía de entrevista-semiestructurada a médic@s del Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos

Buenos días/tardes, mi nombre es Gabriela Armendáriz Aguirre; soy estudiante de maestría en el Instituto Nacional de Salud Pública y quiero en el marco de una entrevista hablar con usted de las prácticas de lactancia materna en este hospital y me interesa conocer su experiencia y opinión al respecto. Con este estudio y gracias a un conjunto de datos que voy a recaudar, formularé, si fuese necesario, recomendaciones para el fomento de la práctica de lactancia materna entre las mujeres que acuden a este hospital.

La información que usted nos proporcione será confidencial. Puede dar o no respuesta a las preguntas que no desee contestar retirarse.

Agradezco su participación de antemano

DATOS GENERALES

Folio: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Números de hijos con respectivas edades: _____

¿Usted o su pareja (según caso) amamantó a su(s) hijo(s)? (si/no _____)

¿Por cuánto tiempo? _____

¿De manera general, prácticas del hospital para la promoción de la Lactancia Materna?

¿Qué se recomienda en este hospital en relación a la LM? ¿Y por parte de quién? Y ¿Por qué?

- ¿Qué recomiendan exactamente a las señoras en cuanto a la alimentación del RN y en menores de 6 meses?
 - Duración de la lactancia-si tiene que ser o no exclusiva, beneficios de la LM, etc ¿Cuánto tiempo se recomienda que se practique lactancia?
 - ¿Cuáles considera usted que son los riesgos para los niños que no son alimentados con leche materna exclusiva?
 - ¿Esta debe ser con otros alimentos? ¿Por qué? ¿Por cuánto tiempo?
 - ¿Cuáles son los beneficios de la LM?
- En caso de que las recomendaciones no se apeguen a las de la OMS, explorar las razones de estas recomendaciones

- ¿Qué beneficios encuentra de la práctica de contacto piel con piel?
- ¿Del alojamiento conjunto?
- ¿Del apego al seno materno durante la primera hora de vida?
- ¿Usted por qué recomienda esa información/práctica?
- ¿En algún lugar le enseñaron ese tipo de información práctica?
- ¿Dónde?
- Explorar también si hay circunstancias (de la madre o del bebé) bajo las cuales no se recomienda de LM.
 - ¿Hay algún caso en el que usted no recomienda LM?
 - ¿Por qué?
 - ¿Cuáles son las opciones de alimentación cuando no se recomienda LM?
- Platíqueme un poco de lo que sucede con las madres cuando llegan al hospital para atenderse el parto, ellas ¿ya saben cómo van a alimentar a sus bebés?
 - ¿Les dan información sobre LM? ¿Qué les dicen en general?
 - En su experiencia ¿cuando llegan las madres ya saben que tipo de alimentación practicarán?
 - ¿Quién les da la información sobre como alimentar a sus bebes? (Personal de salud)
- Cuando se da consejería sobre la alimentación del niño pequeño y < de meses ¿En qué momento lo hacen? (consulta prenatal/al momento del parto/después del parto) ¿Usted cuales cree que sean las ventajas y desventajas de cada una de las circunstancias? ¿Qué tipo de información le dan (técnica, etc)
- Dentro del Hospital ¿Cómo se apoya a la práctica de LM? ¿Qué se hace dentro del hospital para apoyar a la promoción para la LM?
 - ¿En su experiencia la infraestructura del hospital permite que se lleven a cabo prácticas que fomenten la LM? (abordar alojamiento conjunto, camas suficientes)
 - ¿Existe algún tipo de consejería para la LM? ¿Qué tipo de consejería se le da a las madres? ¿Me puede explicar mejor?
 - ¿Qué puede decir del contacto piel con piel después del parto? ¿Es bueno? ¿En todos los partos es adecuado? ¿Por qué?
 - ¿Qué hay del inicio durante la primera hora de vida? ¿Me puede explicar?
 - ¿Y que me dice del alojamiento conjunto? ¿Le parece bueno? ¿Por qué?
- ¿Cuál es la política del hospital ante la leche de fórmula?
 - ¿Se distribuye formula de forma gratuita? En qué casos, quién lo financia ¿Qué marca?
 - ¿Al hospital llegan representantes médicos? Si la respuesta es positiva ¿Qué hacen (distribuyen fórmula de forma gratuita, promueven lactancia, distribuyen material promocional, dan financiamiento para eventos)
 - ¿Cuándo se recomienda leche de formula en el hospital?

- ¿Cuáles son los beneficios y/o desventajas de la leche de fórmula

Hablando de su experiencia particular con la promoción de la LM que hace usted para promover la LM

- ¿Recibió información durante su formación en la escuela de medicina?
¿En la residencia? ¿Por parte de visitadores médicos?
- ¿Usted que piensa de la promoción de LM que se realiza en el Hospital?
- ¿Usted trabajó en otro hospital antes de trabajar aquí?
- Y en este otro trabajo las prácticas para la LM eran las mismas o similares? ¿Me puede explicar las similitudes?
- ¿Recibe algún tipo de apoyo por parte del hospital para promover LM?
¿Qué tipo de apoyo recibe?
- ¿Cuáles son las dificultades que experimenta usted al momento de promover LM? (organizacional, humana, etc)
- ¿Usted logra tener una comunicación adecuada con las madres después del parto? En caso de respuesta positiva ¿Cómo lo logra? Y si no ¿Qué cree que esta pasando?
- ¿Usted se siente capaz de promover la LM a la mujer durante su estadía en el hospital para atenderse el parto? ¿Por qué? ¿Qué le hace falta para una adecuada promoción?
- ¿Usted está dispuesto a promover LM en todos los casos? ¿partos naturales y/o cesáreas? Si o no ¿Por qué?
- Si usted recibiera información sobre como promover LM después del parto ¿Cómo le gustaría que le llegara la información?
- Estaría dispuesto a acudir a sesiones y/o talleres informativos sobre LM?

¿Qué se podría hacer para mejorar la forma de apoyar a las madres dentro del hospital?

- ¿Qué cree usted que se debería hacer para ayudar a las madres a iniciar LM durante su estancia en el hospital?
- ¿Qué tipo de prácticas se podrían realizar? ¿Por qué este tipo de prácticas?
¿Qué beneficios tendrían?
- ¿Cree conveniente que se les brinde información a las madres después del parto? ¿Por qué?
- ¿Qué podrían hacer los médicos para mejorar la LM? ¿Cómo y por qué?
- ¿Qué se podría hacer para ayudar a los médicos a promover LM?

Cierre ¿Algo más que quiera agregar en relación a la promoción de la LM en el hospital?

Agradecimiento y despedida

4. Guía de entrevista dirigida a enfermer@s

Guía de entrevista-semiestructurada a enfermer@s del Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos

Buenos días/tardes, mi nombre es Gabriela Armendáriz Aguirre; soy estudiante de maestría en el Instituto Nacional de Salud Pública y quiero en el marco de una entrevista hablar con usted de las prácticas de lactancia materna en este hospital y me interesa conocer su experiencia y opinión al respecto. Con este estudio y gracias a un conjunto de datos que voy a recaudar, formularé, si fuese necesario, recomendaciones para el fomento de la práctica de lactancia materna entre las mujeres que acuden a este hospital.

La información que usted nos proporcione será confidencial. Puede dar o no respuesta a las preguntas que no desee contestar retirarse.

Agradezco su participación de antemano

DATOS GENERALES

Folio: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Números de hijos con respectivas edades: _____

¿Usted o su pareja (según caso) amamantó a su(s) hijo(s)? (si/no _____)

De manera general, ¿Me podría platicar de las prácticas del hospital en materia de promoción de la Lactancia Materna?

¿Qué se recomienda aquí en relación a la LM? Y ¿Por parte de quién? Y ¿por qué?

- ¿Qué recomiendan exactamente a las señoras en cuanto a la alimentación del RN y en menores de 6 meses?
 - Duración de la lactancia-si tiene que ser o no exclusiva, beneficios de la LM, etc ¿Cuánto tiempo se recomienda que se practique lactancia?
 - ¿Cuáles considera usted que son los riesgos para los niños que no son alimentados con leche materna exclusiva?
 - ¿Esta debe ser con otros alimentos? ¿Por qué? ¿Por cuánto tiempo?
 - ¿Cuáles son los beneficios de la LM?

- En caso de que las recomendaciones no se apeguen a las de la OMS, explorar las razones de estas recomendaciones
 - ¿Qué beneficios cree que encuentran de la práctica de contacto piel con piel?
 - ¿Del alojamiento conjunto?
 - ¿Del apego al seno materno durante la primera hora de vida?
 - ¿Usted por que recomienda esa información/práctica?
 - ¿En algún lugar le enseñaron ese tipo de información/ práctica?
 - ¿Dónde?
- Explorar también si hay circunstancias (de la madre o del bebé) bajo las cuales no se recomienda de LM
 - ¿Hay algún caso en el que los médicos de este hospital no recomiendan LM?
 - ¿Cuáles son las opciones de alimentación que le brindan los médicos a las madres cuando no se recomienda LM?
 - ¿Usted está de acuerdo con esto? ¿Por qué?
- Platíqueme un poco de lo que sucede con las madres cuando llegan al hospital, ellas ¿ya saben cómo van a alimentar a sus bebés?
 - ¿Les dan información sobre LM? ¿Qué les dicen en general?
 - En su experiencia ¿cuando llegan las madres ya saben que tipo de alimentación practicarán?
 - ¿Quién les da la información sobre como alimentar a sus bebes? ¿Ustedes o los médicos?
 - Si el médico es el que da la información ¿Usted cree que están dando la información correcta? ¿Por qué?
 - ¿En este hospital hay personal que está en contra de la consejería de LM dentro del Hospital? ¿Cuáles son sus posturas?
- Cuando se da consejería sobre el tipo de alimentación del niño pequeño y < de 6 meses ¿En qué momento lo hacen? (consulta prenatal/al momento del parto/después del parto)
 - ¿Usted cuales cree que sean las ventajas y desventajas de cada una de las circunstancias?
 - ¿Qué tipo de información les dan? (técnica, etc)
 - ¿Ustedes como enfermer@s forman parte de este proceso?
- Dentro del Hospital ¿Cómo se apoya a las mujeres con la LM? ¿Qué se hace dentro del hospital para apoyar a las mujeres para la LM?
 - ¿En su experiencia la infraestructura del hospital permite que se lleve a cabo la LM? (abordar alojamiento conjunto, camas suficientes)
 - ¿Usted conoce algún tipo de técnica para la LM? ¿Le explican a las madres el tipo de técnica? En caso de una respuesta negativa, explorar las razones de no hacerlo

- ¿Qué puede decir del contacto piel con piel después del parto? ¿En este hospital los medic@s lo indican? ¿En que casos lo indican? ¿Usted esta de acuerdo? ¿Por qué?
 - ¿Qué hay del inicio de la LM durante la primera hora de vida? ¿Los médicos le indican apoyar a las madres para esta práctica? ¿Está de acuerdo? ¿Por qué?
 - ¿Y que me dice del alojamiento conjunto? ¿En el hospital se practica? ¿En que casos se practica? ¿Le parece adecuado? ¿Por qué? ¿Qué opina de esta medida?
- ¿Cuál es la política del hospital ante la leche de fórmula?
 - ¿Se distribuye fórmula de forma gratuita? ¿En cuáles casos? ¿Quién lo financia? ¿Qué marca?
 - ¿Al hospital llegan representantes médicos? Si la respuesta es positiva ¿Qué hacen (distribuyen fórmula de forma gratuita, promueven lactancia, distribuyen material promocional, dan financiamiento para eventos)?
 - ¿Cuándo es que los médicos recomiendan leche de formula en el hospital?
 - ¿Cuáles son los beneficios y/o desventajas de la leche de fórmula que usted identifica?

Hablando de su experiencia particular con la promoción de la LM que hace usted para promover la LM

- ¿Recibió información durante su formación en la escuela de enfermería? ¿En su servicio social? ¿Por quien más?
- ¿Usted que piensa de la promoción de LM que se realiza en el Hospital?
- ¿Usted trabajó en otro hospital antes de trabajar aquí?
- Y en este otro trabajo las prácticas para la LM eran las mismas o similares? ¿Me puede explicar las similitudes?
- ¿Recibe algún tipo de apoyo por parte del hospital para promover LM? ¿Qué tipo de apoyo recibe?
- ¿Cuáles son las dificultades que experimenta usted al momento de promover LM? (organizacional, humana, etc)
- ¿Usted logra tener una comunicación con las madres después del parto? En caso de repuesta positiva ¿Cómo lo logra? ¿Cómo le hace? Y si no ¿Qué cree que esta pasando?
- ¿Qué considera que le hace falta para promoverla aún mejor?
- ¿Siente que tiene información suficiente sobre LM o siente que le hace falta información?
- ¿Usted está dispuest@ a promover LM en todos los casos? ¿partos naturales y/o cesáreas? Si o no ¿Por qué?

- Si usted recibiera información sobre como promover LM después del parto ¿Cómo le gustaría que le llegara la información?
- Estaría dispuesto@ a acudir a sesiones y/o talleres informativos sobre LM, durante su horario de trabajo en caso de tener apoyo de su jefe inmediato durante? (justificar respuesta)
- ¿Estaría dispuesto a acudir fuera de sus horarios de trabajo? (justificar respuesta)

¿Qué se podría hacer para mejorar la forma de apoyar a las madres dentro del hospital?

- ¿Qué cree usted que se debería hacer para ayudar a las madres a iniciar LM durante su estancia en el hospital?
- ¿Qué tipo de prácticas se podrían realizar? ¿Por qué este tipo de prácticas? ¿Qué beneficios tendrían?
- ¿Cree conveniente que se les brinde información a las madres después del parto? ¿Por qué?
- Ustedes las enfermeras, ¿Qué podrían hacer para mejorar la LM dentro del hospital?
- ¿Qué se podría hacer para ayudar a las enfermeras a promover la LM?

Cierre ¿Algo más que quiera agregar en relación a la promoción de la LM en el hospital?

Agradecimiento y despedida

5. Cuestionario de conocimiento dirigido a personal de salud

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE LM DIRIGIDO A PROVEEDORES DE SALUD DEL HOSPITAL COMUNITARIO DE JONACATEPEC MORELOS

Buenos días/tardes mi nombre es Gabriela Armendáriz Aguirre; soy estudiante de maestría en el Instituto Nacional de Salud Pública y estoy aplicando un cuestionario relacionado con la lactancia materna.

El objetivo de este cuestionario es conocer su opinión sobre la lactancia materna. Con la información que obtenga se formularán recomendaciones para contribuir con la práctica de lactancia materna de las mujeres que acuden a este hospital para ser atendidas durante el parto.

La información que usted nos proporcione será confidencial. Puede dar o no respuesta a las preguntas que no desee contestar y retirarse en el momento que usted lo decida.

Agradezco su participación de antemano

Entrevistador:	Gabriela Armendáriz Aguirre
Persona entrevistada:	Médic@/ Enfermer@
Folio:	
Turno:	
Especialidad:	
Sexo: Mujer / Hombre	
Edad:	
Hijos:	SI/NO

No se leen las respuestas, se marcarán las que la persona vaya mencionando, en caso dé otro tipo de respuesta favor de escribirla en el espacio marcado con otro.

1. ¿Cuánto tiempo después de nacer el bebé se recomienda que se debe dar lactancia materna?

<input type="checkbox"/> _____Días
<input type="checkbox"/> _____Semanas
<input type="checkbox"/> _____Meses

- No sabe

2. ¿Cuál es el mejor alimento para un bebé menor de 6 meses?

<input type="checkbox"/> Leche de fórmula
<input type="checkbox"/> Lactancia humana

Alimentación combinada (leche de fórmula con leche humana)
--

- Otro _____

3. ¿Qué me puede explicar con respecto a la lactancia materna?

Alimento único y suficiente en los primeros meses de vida	SI	NO
Alimento único y suficiente en los primeros 4 meses de vida	SI	NO
No introducir otros líquidos, ni fórmulas lácteas o leches	SI	NO
Económica/Barato	SI	NO
Disminuye riesgos para el bebé	SI	NO
Fortalece salud del bebé (sistema inmunológico)	SI	NO

- Otro _____

4. ¿Hasta que mes se debe dar lactancia materna exclusiva?

- 0 a 3.9 mes de vida
- 4.0 a 5.9 mes de vida
- Sexto mes de vida
- No dijo
- No sabe

- Otro _____

5. ¿Cuáles son las técnicas de amamantar?

Reflejo de pezones	SI	NO
Reflejo de búsqueda del bebé	SI	NO
Posición de balón de futbol o sandia (abdomen con abdomen)	SI	NO
Posición sentada, espalda recta con almohada bajo el niño	SI	NO
Para terminar introducir el dedo en la comisura del labio del bebé	SI	NO
Baño diario y lavado de manos	SI	NO
Tiempo promedio de cada seno es 10 a 15 minutos, aunque puede variar	SI	NO
Se debe alternar los senos cada vez que se amamante	SI	NO

- Otro _____

6. ¿Cómo se puede mantener la producción de leche aún cuando la mamá trabaja o no está cerca de su hijo?

Alimentación del bebé en intervalos cortos	SI	NO
Extracción dos semanas antes de la separación para acostumbrarse	SI	NO
Incremento de la extracción con la práctica de la madre	SI	NO
Dar masaje y frotar el pecho hasta relajar y producir cosquilleo	SI	NO
Inclinarse hacia delante y oprimir con cuidado para vaciar la leche en forma rítmica de 2 a 5 minutos	SI	NO
Evitar tirones y movimientos bruscos o fuertes	SI	NO

Otro _____

7. Frecuencia en la que se debe dar pecho al bebé

Cuando pide, día y noche sin horario estricto	SI	NO
Con horario	SI	NO
Tiene horario pero también cuando lo pide (combinación)	SI	NO

Otro _____

8. Sobre uso de chupones o biberones durante la lactancia

Evitar dar al bebé chupones o biberones	SI	NO
Alternar dar pecho y biberón	SI	NO
Cuando se inicia la alimentación complementaria preferir usar tazas o cucharas	SI	NO

Otro _____

9. ¿Qué debe hacer la madre en caso de que el bebé esté ganando peso insuficiente o se quede con hambre?

Incrementar la frecuencia de dar pecho	SI	NO
Dar leche artificial (de fórmula)	SI	NO
Iniciar alimentación complementaria con purés de frutas	SI	NO
Dar complementos	SI	NO
Continuar con alimentación normal	SI	NO

Otro _____

10. ¿Cómo debe ser la lactancia después de una enfermedad del bebé?

Incrementar la frecuencia de dar pecho	SI	NO
Continuar con alimentación normal	SI	NO
Introducir otros alimentos	SI	NO
Dar complementos/suplementos	SI	NO

Otro _____

11. ¿Hasta que mes es adecuado iniciar la alimentación del bebé con otros alimentos?

- 0-3.9 meses
- 0-5.9 meses
- Seis meses
- Mayor a seis meses
- Otro _____

12. ¿Hasta que edad es adecuada la lactancia materna combinada con otros alimentos?

_____ Meses
_____ Años

- No sabe
- Otro

6. Encuesta de salida dirigida a madres

ENCUESTA RAPIDA DE SALIDA DIRIGIDA A MADRES QUE ACUDIERON A ATENCIÓN DE PARTO EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE JONACATEPEC MORELOS

Buenos días/tardes mi nombre es Gabriela Armendáriz Aguirre; soy estudiante de maestría en el Instituto Nacional de Salud Pública y estoy aplicando una encuesta relacionada con las prácticas de lactancia materna en este hospital y me interesa conocer su opinión.

El objetivo de esta encuesta es conocer su percepción sobre la asesoría recibida sobre la lactancia materna dentro del hospital Comunitario de Jonacatepec, Morelos. Con la información que obtenga se formularán recomendaciones para contribuir con la práctica de lactancia materna de las mujeres que acuden a este hospital para ser atendidas durante el parto.

La información que usted nos proporcione será confidencial. Puede dar o no respuesta a las preguntas que no desee contestar y retirarse en el momento que usted lo decida.

Agradezco su participación de antemano

Entrevistador	
Folio	
Edad	
Hijos	
Tipo de Parto	

¿Durante su estancia en el hospital después del parto recibió información sobre como debe alimentar a su bebé?

- 1) SI
- 2) NO
- 3) NO SABE

¿Qué se le recomendó?

- 1) DAR SOLO LECHE MATERNA
- 2) DAR SOLO LECHE DE FORMULA
- 3) COMBINAR LECHE MATERNA CON LECHE DE FORMULA
- 4) DAR AGUA
- 5) OTRO
- 6) NO SABE
- 7) NO RECUERDA

Si SE LE RECOMENDO DAR SOLO LECHE MATERNA ¿POR CUÁNTO TIEMPO LE DIJERON QUE DEBE DARLA?

- 1) 12 MESES
- 2) 6 MESES
- 3) 4 MESES
- 4) OTRO
- 5) NO SABE
- 6) NO RECUERDA

¿Si recibió información sobre como alimentar a su bebé, esta fue clara y fácil de entender?

- 1) SI
- 2) NO
- 3) NO SABE

Si la respuesta es no ¿Por qué?

- 1) Mencionaban palabras difíciles de entender
- 2) No estaba en condiciones para recibir información
- 3) Otro

¿Durante su estancia en el Hospital cuanto tiempo después de que nació su bebe inicio la lactancia materna?

- 1) Inmediatamente
- 2) Antes de la primera media hora
- 3) De 31 min a 1 hr después del nacimiento
- 4) Después de 1 hora
- 5) A las 2 horas
- 6) NO SABE
- 7) OTRO (especifique)
- 8) NO SABE
- 9) NO RECUERDA

¿Sabe si después del nacimiento, su hijo recibió alguna bebida o alimento?

- 1) SI
- 2) NO
- 3) NO SABE
- 4) NO RECUERDA

Especifique ¿Qué le dieron?

- 1) Leche de fórmula
- 2) Agua
- 3) Otro (especifique)

¿Durante su estancia en el Hospital le permitieron tener a su bebé todo el tiempo, es decir su bebé durmió con usted?

- 1) SI
- 2) NO (DONDE DURMIÓ EL BEBE)
- 3) A VECES (EXPLIQUE)
- 4) NO APLICA, SALI DEL HOSPITAL EL MISMO DÍA

¿Durante la estancia en el Hospital a su bebé lo alimentaron con leche de fórmula y/o utilizaron biberón?

- 1) SI ¿POR QUÉ?
- 2) NO
- 3) NO SABE
- 4) NO RECUERDA

¿Considera adecuado que los médic@s y enfermer@as le den información y/o le brinden apoyo sobre como alimentar a su bebé durante su estancia en el hospital después de parto?

- 1) SI
- 2) NO
- 3) NO SABE

¿Si no recibió información sobre como alimentar a su bebé después del parto, le hubiera gustado recibir información y/o apoyo por parte del personal de salud del hospital para iniciar la lactancia?

- 1) SI
- 2) NO
- 3) NO SABE

¿De quién le gustaría recibir la información?

¿Qué tipo de información le gustaría recibir?

¿Cuál cree usted que es el mejor momento para que le den información sobre cómo alimentar a su bebé?

¿Antes de venir al hospital para atenderse el parto, recibió usted información sobre cómo alimentar a su bebé? Si no ¿Quién se la dio? ¿Dónde se la dieron?

¿Le gustaría que en este hospital hubiera un lugar donde usted pueda acudir para recibir información sobre LM?

7. Consentimiento informado oral para encuestas



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA CARTA DE CONSENTIMIENTO ORAL (Encuesta a madres que acuden a atención de parto)

Título de proyecto: "Recomendaciones para mejorar las prácticas a la lactancia materna exclusiva en el Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos, desde el enfoque de la mercadotecnia social"

Estimada Señora:

Introducción/Objetivo:

Mi nombre es Gabriela Consepción Armendáriz Aguirre soy alumna del programa de Maestría en Salud Pública con área de concentración en Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública.

Como parte de mi formación académica estoy realizando el proyecto "Recomendaciones para mejorar las prácticas hospitalarias que favorezcan a la lactancia materna exclusiva en el Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos, desde el enfoque de la mercadotecnia social" cuyo propósito es que a través del conocimiento que se obtenga sobre las prácticas que actualmente se realizan en el hospital para promover y proteger la lactancia materna, se puedan formular recomendaciones que contribuyan con la mejora de la promoción y protección de la lactancia materna exclusiva.

Debido a esto, le estamos invitando a participar en este estudio por lo que le pedimos que se tome el tiempo necesario para leer esta carta de consentimiento y que de una manera libre usted decida si está de acuerdo en participar con nosotros.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio:

Le haremos algunas preguntas acerca de la información que recibió sobre lactancia materna después del parto, por ejemplo ¿Durante su estancia en el hospital inicio lactancia materna? El cuestionario tiene una duración de 15 minutos.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar podrá solicitar los resultados de la información obtenida durante al finalizar el estudio.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione será manejada de modo confidencial, protegiendo en todo momento su identidad, es conveniente señalar que en ningún momento se solicitará su nombre, ni el de su familia.

Riesgos Potenciales/Compensación: Su participación en el estudio no implica ningún riesgo para usted o su familia. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Versión Octubre 7, 2013

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento.

Datos de contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto le vamos a dejar una tarjeta con la información de el/la investigador(a) responsable del estudio. Asimismo, si tiene preguntas generales relacionadas **con sus derechos como participante** en un estudio de investigación le dejamos los datos de la Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto

¡Muchas gracias por su participación!



8. Carta consentimiento oral para cuestionario de conocimiento



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA CARTA DE CONSENTIMIENTO ORAL (Cuestionario a proveedores de salud)

Título de proyecto: "Recomendaciones para mejorar las prácticas hospitalarias que favorezcan a la lactancia materna exclusiva en el Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos desde el enfoque de la mercadotecnia social"

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Mi nombre es Gabriela Concepción Armendáriz Aguirre soy alumna del programa de Maestría en Salud Pública con área de concentración en Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública.

Como parte de mi formación académica estoy realizando el proyecto "Recomendaciones para mejorar las prácticas hospitalarias que favorezcan a la lactancia materna exclusiva en el Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos, desde el enfoque de la mercadotecnia social" cuyo propósito es que a través del conocimiento que se obtenga sobre las prácticas que actualmente se realizan en el hospital para promover y proteger la lactancia materna, se puedan formular recomendaciones que contribuyan con la mejora de la promoción y protección de lactancia materna exclusiva.

Debido a esto, le estamos invitando a participar en este estudio por lo que le pedimos que se tome el tiempo necesario para leer esta carta de consentimiento y que de una manera libre usted decida si está de acuerdo en participar con nosotros.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio:

Le haremos algunas preguntas acerca de conocimientos de lactancia materna, por ejemplo ¿Por qué se recomienda la lactancia materna exclusiva?
El cuestionario tiene una duración de 15 minutos.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar podrá solicitar los resultados de la información obtenida durante al finalizar el estudio.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione será manejada de modo confidencial, protegiendo en todo momento su identidad, es conveniente señalar que en ningún momento se solicitará su nombre, ni el de su familia. Se le asignará un folio a la información que usted nos proporcione y así no podrá ser identificado.

Riesgos Potenciales/Compensación: Su participación en el estudio no implica ningún riesgo para usted o su familia. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento.

Datos de contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto le vamos a dejar una tarjeta con la información de el/la investigador(a) responsable del estudio. Asimismo, si tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante en un estudio de investigación le dejamos los datos de la Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto

¡Muchas gracias por su participación!



9. Carta consentimiento oral para entrevista a informantes clave



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO ORAL

(Entrevista a Informantes clave)

Título de proyecto: "Recomendaciones para mejorar las prácticas a la lactancia materna exclusiva en el Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos, desde el enfoque de la mercadotecnia social"

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo:

Mi nombre es Gabriela Concepción Armendáriz Aguirre soy alumna del programa de Maestría en Salud Pública con área de concentración en Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública.

Como parte de mi formación académica estoy realizando el proyecto "Recomendaciones para mejorar las prácticas hospitalarias que favorezcan a la lactancia materna exclusiva en el Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos, desde el enfoque de la mercadotecnia social" cuyo propósito es que a través del conocimiento que se obtenga sobre las prácticas que actualmente se realizan en el hospital para promover y proteger la lactancia materna, se puedan formular recomendaciones que contribuyan con la mejora de la promoción y protección de lactancia materna exclusiva.

Debido a esto, le estamos invitando a participar en este estudio por lo que le pedimos que se tome el tiempo necesario para leer esta carta de consentimiento y que de una manera libre usted decida si está de acuerdo en participar con nosotros.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio:

Le haremos algunas preguntas acerca de (datos generales, conocimientos de lactancia materna, sobre las prácticas de lactancia materna después del parto, y sugerencias que ayuden a mejorar la práctica de LM dentro del hospital), como por ejemplo ¿Por qué se recomienda la lactancia materna exclusiva?

La entrevista tendrá una duración aproximada de 60 minutos. Le entrevistaremos en su lugar de trabajo, en un horario de acuerdo a su disponibilidad. Se planea audio grabar la entrevista por lo cual solicitamos su autorización.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar podrá solicitar los resultados de la información obtenida durante al finalizar el estudio.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione será manejada de modo confidencial, protegiendo en todo momento su identidad, es conveniente señalar que en ningún momento se solicitará su nombre, ni el de su familia. Se le asignará un folio a la información que usted nos proporcione y así no podrá ser identificado. Si usted accede a participar es importante mencionarle que durante la entrevista será audio grabado (a) dichos audios serán de uso exclusivo para el investigador.

Riesgos Potenciales/Compensación: Su participación en el estudio no implica ningún riesgo para usted o su familia. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incomodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento.

Datos de contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto le vamos a dejar una tarjeta con la información de el/la investigador(a) responsable del estudio. Asimismo, si tiene preguntas generales relacionadas **con sus derechos como participante** en un estudio de investigación le dejamos los datos de la Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto

¡Muchas gracias por su participación!



10. Tarjeta informativa

Anexo. Tarjeta informativa



TARJETA INFORMATIVA

Título del proyecto académico: Recomendaciones para mejorar las prácticas hospitalarias que favorezcan a la lactancia materna exclusiva en el Hospital Comunitario de Jonacatepec Morelos, desde el enfoque de la mercadotecnia social.

Agradecemos mucho su participación.

En caso de que usted tenga alguna duda o comentario en relación con su participación en este trabajo, favor de comunicarse con Anabelle Bonvecchio Arenas, Directora de Proyecto Terminal al Tel.(55) 54871053, de 10 am a 2 pm; ó al correo electrónico: bonvecchio@insp.mx.

Si usted tiene preguntas generales acerca de sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la *Dra. Angélica Angeles Llerenas*, Presidenta del Comité de Ética en Investigación al teléfono (01777) 3293000, ext. 7424, de 9:00am a 16:00 pm; ó si prefiere puede usted escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: [ética@insp.mx](mailto:etica@insp.mx)

Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Av. Universidad # 655 Col. Santa María Ahuacatlán. Cuernavaca, Morelos,
México.

