

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA DE LAS ESTUDIANTES-MADRES DE LA ESCUELA
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DEL CALLAO - 2015”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ASTRID ALEJANDRA PILCO ROJAS

Callao, diciembre ,2016

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA

MIEMBROS DEL JURADO

| | |
|-----------------------------|------------|
| Mg. Haydee Román | Presidenta |
| Dra. Lindomira Castro Llaja | Secretaria |
| Mg. Noemí zuta | Miembro |

ASESOR: Dra. Angélica Díaz Tinoco

NUMERO DE LIBRO: 01

NUMERO DE FOLIO: 119

FECHA DE APROBACION DE TESIS: 29 de diciembre del 2016

RESOLUCION DE SUSTENTACION: N° 1912-2016-D/FCS

DEDICATORIA

A dios por permitirme llegar a este día, por guiar mis pasos en el camino de la vida, para poder cumplir mis anhelos y sueños.

A mi familia por acompañarme en cada momento, ser mi fuente de apoyo incondicional, por ser mi más grande motivación de ser mejor persona y profesional cada día.

AGRADECIMIENTO

A nuestros padres por habernos apoyado y acompañado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me han permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi Alma Mater, por ser mi segundo hogar, por brindarme conocimiento y maravillosas experiencias a lo largo de la formación para ser excelentes profesionales para el futuro.

A mi asesora, Dra. Angélica Díaz Tinoco Abarca, a mis jurados Mg. Haydee Román, Dra. Lindomira Castro y Mg. Noemí zuta, por su orientación, motivación y paciencia en el desarrollo de la presente investigación.

ÍNDICE

| | |
|--|------------|
| TABLAS DE CONTENIDO | 3 |
| RESUMEN | 6 |
| ABSTRACT | 7 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 7 |
| 1.1 Identificación del problema | 7 |
| 1.2 Formulación del problema..... | 12 |
| 1.3 Objetivos de la investigación | 13 |
| 1.4 Justificación del problema..... | 14 |
| 1.5 Importancia..... | 16 |
| II. MARCO TEÓRICO | 17 |
| 2.1 Antecedentes del estudio..... | 17 |
| 2.2 Marco conceptual | 26 |
| 2.3 Definición de términos: | 83 |
| III. VARIABLES | 85 |
| 3.1 Operacionalización de variables | 85 |
| IV. METODOLOGÍA | 88 |
| 4.1 Tipo de investigación | 88 |
| 4.2 Diseño de la Investigación | 88 |
| 4.3 Población y muestra..... | 88 |
| 4.4 Técnicas e instrumentos..... | 89 |
| 4.5 Procedimiento de recolección de datos | 89 |
| 4.6 Plan de análisis estadísticos de datos | 90 |
| V. RESULTADOS | 91 |
| VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 99 |
| VII. CONCLUSIONES | 104 |
| VIII. RECOMENDACIONES | 105 |
| IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 106 |
| ANEXOS | 111 |

TABLAS DE CONTENIDOS

Págs.

TABLA N° 1

Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la escuela profesional de enfermería de la universidad nacional del callao – 2015. 93

TABLA N° 2

Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la escuela profesional de enfermería de la universidad nacional del callao - 2015, en la dimensión conocimientos generales. 94

TABLA N° 3

Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la escuela profesional de enfermería de la universidad nacional del callao – 2015, en la dimensióna beneficios. 95

TABLA N° 5.4

Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la escuela profesional de enfermería de la universidad nacional del callao - 2015, en la dimensión técnicas de amamantamiento. 95

TABLA N° 5.5

Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las
estudiantes-madres de la escuela profesional de enfermería de la
universidad nacional del callao - 2015, en la dimensión extracción. 96

TABLA N° 5.6

Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las
estudiantes-madres de la escuela profesional de enfermería de la
universidad nacional del callao - 2015, en la dimensión conservación". 97

TABLA N° 5.7

Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las
estudiantes-madres de la escuela profesional de enfermería de la
universidad nacional del callao - 2015, en la dimensión características
sociales. 98

GRAFICO DE CONTENIDOS

GRAFICA 1

Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la escuela profesional de enfermería de la universidad nacional del callao - 2015, según sus dimensiones.

Pág. 99

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de la Universidad Nacional Del Callao - 2015.

El estudio fue de tipo cuantitativo de corte transversal, su diseño metodológico es no experimental descriptivo, la población estuvo conformada por 22 estudiantes madres de la facultad de ciencias de la salud que firmaron el consentimiento informado. Para la recolección de datos se realizó una entrevista aplicándose un cuestionario con 30 preguntas, divididas en dimensiones de conocimientos. Beneficios, técnicas, extracción y conservación de la leche materna, para le entrevista se ubicó personalmente a las estudiantes madres de la facultad de ciencias de la salud, después de informarle sobre el estudio y que firmaran el consentimiento informado se les aplico la encuesta, entre los resultados se obtuvieron:

El nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes madres fue de un nivel medio con 68.2%, solo un 22.7% alcanzó un nivel alto y un 9.1% un nivel bajo.

Se concluye que el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes madres es de un nivel medio.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, lactancia materna exclusiva.

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the level of knowledge about exclusive breastfeeding of the female students of the Professional School of Nursing of the National University of Callao - 2015.

The study was of a quantitative cross - sectional type, its methodological design is non - experimental descriptive, the population was formed by 22 mothers students of the faculty of health sciences who signed the informed consent. For the data collection, an interview was conducted applying a questionnaire with 30 questions, divided into dimensions of knowledge, benefits, techniques, extraction and conservation of breast milk, the interview was personally placed to the mothers students of the faculty of health sciences, after informing about the study and signing the informed consent were applied the survey, between The results were obtained:

The level of knowledge about exclusive breastfeeding of the mother students was of average level with 68.2%, only 22.7% reached a high level and 9.1% a low level.

It is concluded that the level of knowledge about exclusive breastfeeding of the mothers students is of an average level.

Keywords: level of knowledge, exclusive breastfeeding.

CAPITULO 1

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

1.1 Identificación del problema

La lactancia materna es un derecho humano fundamental que debe ser promovido y protegido por el Estado, la Sociedad, las Familias y la Comunidad, en la medida que contribuye al desarrollo integral de las niñas y niños, mejora la salud de la madre y fortalece los vínculos familiares¹.

Cada vez más debemos reconocer que la maternidad y la lactancia materna tienen un fuerte impacto social, puesto que se forma seres humanos no solo bien alimentados sino también relacionados con el entorno más inmediato: la familia a través de la madre, cuando se genera el amamantamiento y el reconocimiento del valor esencial del vínculo que da la lactancia materna cuando se extrae y entrega con amor; así como, cuando interviene el padre y otros referentes familiares².

Desde el punto de vista nutricional es el resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes, en este sentido, los esquemas o patrones de alimentación influyen en la nutrición de las niñas y niños y a su vez, condicionan su potencial de desarrollo y crecimiento. La práctica de la lactancia materna provee los nutrientes adecuados y sirve de inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la infancia.

De esta forma la lactancia materna exclusiva es una de las bases fundamentales para un desarrollo con mayores posibilidades, proporciona a nuestros niños ventajas en desarrollo en diferentes áreas físicas como mentales, en consecuencia tendremos personas con mayores capacidades y competencias. Una sociedad saludable y en óptimas condiciones de contribuir con la misma; por eso es fundamental conocer las técnicas adecuadas, ventajas y beneficios de la lactancia materna exclusiva óptima.

La lactancia materna óptima de los lactantes menores de dos años de edad tiene más repercusiones potenciales sobre la supervivencia de los niños que cualquier otra intervención preventiva, ya que puede evitar 1,4 millones de muertes de niños menores de cinco años³.

Los resultados de un estudio realizado en Ghana demuestran que amamantar a los bebés durante la primera hora de nacimiento puede prevenir el 22% de las muertes neonatales.

Los niños amamantados tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses que los niños no amamantados. La lactancia materna reduce drásticamente las muertes por las infecciones respiratorias agudas y la diarrea, dos importantes causas de mortalidad infantil, así como las muertes por otras enfermedades infecciosas⁴

Estados Unidos encontró un aumento del 25% en la mortalidad de los lactantes no amamantados. En el *Estudio de la cohorte del milenio*, del

Reino Unido, la lactancia materna exclusiva durante seis meses se relacionó con una disminución del 53% en las hospitalizaciones por diarrea y una disminución del 27% en las infecciones de las vías respiratorias.

Si bien las tasas de lactancia materna no disminuyen a nivel mundial, y muchos países han experimentado un aumento significativo en la última década, sólo el 38% de los niños de menos de seis meses de edad en el mundo en desarrollo reciben leche materna exclusivamente y sólo el 39% de los niños de 20 a 23 meses de edad se benefician de la práctica de la lactancia materna.

La malnutrición ha sido la causa, directa o indirecta, del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas por año en menores de 5 años, más de dos tercios de esas muertes, relacionadas con una práctica inadecuada de lactancia en madres adolescente colegiales o estudiantes de centros superiores ocurren durante el primer año de vida. Tan sólo un 35% de lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna los primeros 4 meses de vida, la alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto en madres adolescentes, siendo generalmente estos alimentos insalubres o no alimenticios; estos problemas traen consecuencias en la salud de los niños.

En Perú, la tasa de lactancia natural exclusiva aumentó espectacularmente durante la década de los noventa, de menos del

20% en 1992 a algo más del 57% en 2000 gracias al esfuerzo desplegado a nivel nacional para capacitar a los trabajadores sanitarios y poner en práctica la iniciativa de hospitales amigos del niño de la OMS y UNICEF, que certifica el apoyo de los centros de salud a la lactancia materna. La encuesta ENDES 2014 señala que el 68,4% de niñas y niños menores de seis meses de edad tuvieron lactancia exclusiva y el 10,2% que tenían entre seis a nueve meses de edad continuaban alimentándose con solo leche materna, una baja con respecto al 2013 en el que teníamos que 72,3% de niñas/os menores de 06 meses de edad tuvieron lactancia exclusiva.

Por otro lado, se ha denotado que el uso del biberón en niñas y niños menores de seis meses de edad representó el 29,1%, y entre los infantes de 18 a 23 meses de edad el porcentaje fue superior 55 % evidenciando que la leche materna muchas veces es reemplazado por fórmulas infantiles o sucedáneos de la leche materna.

A nivel nacional, el tiempo promedio de duración de la lactancia en niñas y niños menores de tres años de edad fue 21,2 meses. En el año 2009 fue 20,8 meses.

La duración mediana de la lactancia exclusiva fue 4,6 meses. Entre niñas y niños la duración fue mayor en los hombres (4,7 meses) que en las mujeres (4,5 meses). Guarda una relación con el nivel de educación de la madre, donde fue mayor entre las madres sin educación (5,2

meses) en comparación con las madres con educación superior (0,7 meses).

Respecto al inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacido, se observa una tendencia al aumento respecto al año 2011. Según la ENDES 2014 el 55,1% de niñas y niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido esta proporción ascendió a 93,0% dentro del primer día⁵.

Sin embargo, estos avances estarían beneficiando a un reducido número de madres adolescente estudiantes siendo el 76% (casi 8 de cada 10) de mujeres, de 14 a más años, las que estudian o trabajan.

Para el 2015 las estadísticas vuelven a mostrar una nueva baja en los índices de LME a nivel nacional siendo un 65.2%, presentando como principales causas están la enfermedad de la madre o el niño, problemas de succión, falta de leche y la ocupación de la madre⁶. A nivel de lima y callao al 2015 tenemos un 56% de menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva⁽⁷⁾. Aproximadamente el 51.3% de bebés menores de seis meses de las zonas urbanas de Callao recibe lactancia materna exclusiva, quedando un 48% que ha ido aumentando paulatinamente en los últimos años debido a las diferentes causas antes mencionadas.

Para muchas mujeres, la lactancia materna es parte de la realización como madres, pero para otras la urbanización, los estilo de vida, las necesidades de trabajo y estudio, pueden afectar su decisión de

amamantar o interferir sus prácticas de lactancia. Sobre todo de las jóvenes que estudian o trabajan y no cuentan con el tiempo disponible para realizar el amamantamiento optan por otros tipos de lactancia o alimentación. A toda madre se le debe brindar las opciones y facilidades para que lleven a cabo esta tarea tan importante que contribuye con la salud pública.

Por lo antes expuesto, se vio la necesidad de realizar el presente estudio.

1.2 Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de la Universidad Nacional Del Callao - 2015?

Problemas específicos

- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre beneficios de la lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao - 2015?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre técnicas de amamantamiento de la lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao - 2015?

- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre técnicas de extracción de la lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao - 2015?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre técnicas de conservación de la lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la escuela Profesional De Enfermería de la Universidad Nacional Del Callao - 2015?

1.3 Objetivos de la investigación

1.1.1 Objetivo General

- ✓ Determinar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao 2015.

1.1.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar nivel de conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao 2015.
- ✓ Identificar nivel de conocimientos sobre las técnicas de amamantamiento de la lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao 2015.
- ✓ Identificar el nivel de conocimientos sobre las técnicas de extracción de la lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la

Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao 2015.

- ✓ Identificar el nivel de conocimientos sobre las técnicas de conservación de la lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao 2015.

1.4 Justificación del problema

La maternidad y la lactancia materna tienen un fuerte impacto social, ya que conducen a la formación de seres humanos bien alimentados y, además, relacionados adecuadamente con el entorno más inmediato: la familia, a través de la madre cuando se genera el amamantamiento y el reconocimiento del valor esencial del vínculo que brinda la lactancia materna cuando se extrae y se entrega con amor. Es importante, por ello, incidir también en la participación del padre como de otros referentes familiares, entendiendo de esta manera a la familia como un primer núcleo de interacción social⁸.

La alimentación en los primeros años de vida tienen un efecto específico en el desarrollo del ser humano, tanto física como mental siendo la etapa de mayor importancia los 6 primeros meses, en este tiempo se da en forma acelerada el crecimiento y desarrollo físico por el aporte de nutrientes, por lo que es necesario que los padres manejen las técnicas adecuadas.

Además, siendo el Perú un país en vías de desarrollo y participe del cumplimiento de uno de los objetivos del milenio, el cual es reducir la tasa de desnutrición infantil, es importante y necesario conocer el nivel de información que poseen las estudiantes-madres de la escuela de enfermería sobre lactancia materna exclusiva para así orientar las actividades de prevención y promoción realizadas por ellas mismas en el transcurso de formación como enfermera ⁽⁸⁾.

A nivel nacional, se sigue una normativa ya establecida en la Constitución Política del Perú, el Código de Niños y Adolescentes, el Acuerdo Nacional, la Ley del Fortalecimiento de la Familia, la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres así como una serie de instrumentos jurídico-legales (leyes, decretos supremos y resoluciones ministeriales) que remarcan el espíritu de las reformas puestas en marcha ⁽⁹⁾. Que al asegurar el cumplimiento de un derecho favorecen el apoyo económico, social, y tecnológico que se ha ido desarrollando en beneficio de la Lactancia materna, facilitando la labor de las madres, repercutiendo en el desarrollo de la sociedad.

La presente investigación permitirá la reflexión del estudiante de enfermería y reforzara sus desempeño como educador y consejero, la cual está fundamentada por Nola Pender, quién menciona que las enfermeras van a tomar parte del entorno interpersonal de las madres y ejercerán una gran influencia en el desarrollo de sus conductas,

generando un proceso de aprendizaje y formando promotoras de salud.⁽¹⁰⁾

1.5 Importancia

La siguiente investigación nos permitirá obtener datos estadísticos sobre el nivel de conocimiento de las estudiantes – madres de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Callao con respecto a la lactancia materna exclusiva, habiendo pasado por la experiencia personal de confrontar sus conocimientos teóricos con la práctica, acompañada de los sentimientos propios de la maternidad y en algunos casos lidiando con las opiniones de sus propias madres que traen conocimientos empíricos o tradicionales.

Estos datos son necesarios, ya que a lo largo de sus prácticas se ven en la responsabilidad de difundir información a la población, en la mayoría de casos solo basada en fundamentos teóricos que no han sido interiorizados o puestos en práctica, algo que es cuestionado por los mismos o deja inquietudes sin resolver al momento de la difusión, lo que vuelve inefectiva nuestra tarea de promoción.

Con esta información la escuela profesional de enfermería podrá evaluar los puntos que se necesiten reforzar en la formación de las estudiantes, además de evaluar la posible implementación de un lactario con fines prácticos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

En el ámbito internacional

OJEDA Susana A.; MEJIAS Yamilex E.; RAMIREZ Odalis C.; **“Caracterización de factores que inciden en el abandono de la lactancia materna exclusiva”** - Cuba 2014 /574-576

Introducción: los diversos factores que influyen en el abandono de la lactancia materna, repercuten sobre la salud materno-infantil. Objetivo: describir los factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna exclusiva, en el área de salud de Guaro, municipio Mayarí. Resultados: predominaron las madres de 20-24 años de edad con un total de 27 pacientes para el 29,3 %, y con el nivel secundario terminado 36 pacientes para el 39,1 %. Las madres que trabajaban (40,2%) o estudiaban (36,9) fueron las más afectadas. El nivel de conocimiento sobre lactancia materna antes del embarazo era pobre en 23 pacientes que representó el 25,0% y las principales causas del abandono de la lactancia referidas por las mujeres fueron la incorporación al trabajo (28,2%) y al estudio (23,9%). Conclusiones: los factores que incidieron negativamente en el desarrollo eficaz de la lactancia materna exclusiva fueron el bajo grado de escolaridad materna, las madres trabajadoras y estudiantes y la escasa información previa en el periodo

preconcepcional. No se encontró asociación entre la lactancia materna exclusiva y la edad ⁽¹¹⁾.

Dr. ALVAREZ LEMOS Raúl. Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial. -Argentina. 2013

Objetivo general: el presente trabajo se realizó en el Hospital San José de Pergamino, Buenos Aires, durante el mes de abril del año 2013, con el objetivo de investigar el conocimiento de madres adolescentes, de 14 a 19 años, sobre las ventajas de brindar a sus hijos lactancia materna exclusiva en relación a lactancia artificial, durante los primeros seis meses de vida. Método: Se realizó una encuesta, integrada por 16 preguntas, a un total de 30 madres adolescentes. El abordaje metodológico del presente estudio es de tipo observacional, descriptivo de carácter cuali-cuantitativo de corte transversal. El instrumento se aplicó durante 3 semanas, eligiendo 2 días alternativos semanalmente tomados al azar, para evitar sesgos de selección de días sobre la población recepcionada.

Resultados: El 73,3% de las madres adolescentes desconoce lo que significa brindar lactancia materna exclusiva. El 43,3% alimenta a sus hijos con lactancia materna parcial, el 30% lo hace con lactancia artificial, y solo el 26,7% brinda exclusivamente leche materna. Al momento de considerar si el tipo de lactancia, materna

o artificial, posee influencias sobre la salud del bebé, el 63,3% no cree que haya influencias sobre la salud según el tipo de alimentación. Así mismo, consideran que ambos tipos de lactancia contienen la misma proporción de macro y micronutrientes.

Para la defensa contra enfermedades y para disminuir el riesgo de exposición a gérmenes, el 53,3% considera más adecuada a la lactancia materna, ya que consideran que mejora la calidad de vida del bebé; y el 100% está convencida de que este tipo de alimentación es quien proporciona lazos afectivos con el bebé.

Al salir de casa y dejar al bebé al cuidado de otra persona, el 73,3% cree que solo se puede alimentar al niño a través de fórmulas lácteas, solo un 26,7% considera la opción de la extracción de leche materna y alimentarlo a partir de la misma.

Sólo el 26,7% ha buscado y/o recibido información especializada sobre las ventajas para el niño de la alimentación con lactancia materna exclusiva, ya sea por parte del personal de salud que acompañó durante el embarazo o por haber realizado cursos pre-parto.

GUERRERO C. Jorge L., VERA Jorge E. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes. -Ecuador. 2013

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo, para determinar el nivel de conocimiento, actitud y técnicas sobre lactancia materna de las madres adolescentes en la Fundación Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo, durante el período agosto 2012 a enero 2013, mediante

la aplicación de un cuestionario constituido por 26 preguntas, a una muestra de 100 madres adolescentes. Luego de correlacionar y analizar los datos, los resultados con respecto al nivel de conocimiento sobre la lactancia, fueron los siguientes: el Nivel 1 (malo) corresponde al 55%, el Nivel 2 (regular) al 19%, el Nivel 3 (bueno) al 21% y el Nivel 4 (excelente) al 5 % de la muestra. Por otra parte la actitud que presenta la madre hacia la práctica de la lactancia también nos dio datos muy importantes: en el Nivel 1 (malo) se ubica el 1% de la muestra, en el Nivel 2 (regular) el 9%, en el Nivel 3 (bueno) el 26% y en el Nivel 4 (excelente) el 64 %.

Conclusiones. En la presente investigación, además de clasificar a las mujeres según su actitud frente a la lactancia materna exclusiva, se relacionó esta variable con el nivel de conocimiento, pero a pesar de que el 90% de las madres tiene una actitud entre muy favorable y favorable; su nivel de conocimiento acerca de la lactancia no es adecuado. Esto puede explicarse debido a que la actitud también se ve influenciada por la personalidad y el entorno en que se encuentra la madre. Debemos considerar que al ser madres adolescentes, se encuentran en una etapa en la que ocurren cambios físicos, psicológicos, donde definen su personalidad, entran en conflicto emocional, por lo cual la mayoría no realizan la lactancia materna por falta de conocimientos o por no contar con el apoyo de

la familia, pese a que su actitud es favorable hacia el proceso de lactancia. ⁽¹³⁾

FRANCO S. José, ROA MORENO Betsabé, y otros Conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas que acudieron a consulta prenatal. Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz. San Cristóbal. - Venezuela. 2014

Introducción: La lactancia materna exclusiva proporciona un aporte nutricional, inmunológico y emocional necesario para el crecimiento y desarrollo durante los primeros seis meses de vida. Se planteó como objetivo evaluar el conocimiento sobre la lactancia materna que tiene la embarazada que acude a la consulta prenatal. Métodos: Estudio comunitario exploratorio, prospectivo, transversal realizado en la consulta prenatal del Servicio de Obstetricia, del hospital IVSS Dr. Patrocinio Peñuela Ruiz. A las embarazadas se les aplicó una encuesta de diez preguntas. Resultados: La mayoría de las embarazadas respondieron que han recibido información sobre lactancia materna y quieren amamantar a su hijo. Sin embargo se pudieron observar dudas en el conocimiento sobre lactancia, como características del calostro, preparación de la mama, alimentación y solución de algunos problemas que se pueden presentar. Discusión: La promoción y difusión acerca de la importancia de la lactancia materna se está arraigando en las mentes de las futuras madres, sin embargo hay que mejorar la

preparación y el conocimiento para lograr que la lactancia no tenga inconvenientes. La consulta prenatal es un espacio ideal para impulsar programas de educación a las futuras madres ⁽¹⁴⁾.

A nivel nacional

GARCÍA CARRIÓN, Luis Alberto. Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima enero 2015. – Perú.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Tipo de estudio: Estudio descriptivo, se realizó en el Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo - Independencia en el mes de enero 2015, con una muestra de 60 madres que firmaron el consentimiento informado. Técnica e Instrumento: se realizó una entrevista y se aplicó un cuestionario, que constó de 2 partes: I datos sociodemográficos y II comprendió 25 preguntas sobre conocimientos de lactancia materna exclusiva. Para validar el instrumento se realizó un juicio de expertos y una prueba piloto. Para la recolección de los datos se reunió a las madres en la sala de espera del consultorio de control de niño sano. Después de obtenido el consentimiento informado se aplicó la prueba. Los datos fueron introducidos a una base de datos en el programa Excel y se analizaron con la prueba Kuder Richardson en el

programa SPSS. Resultados: El nivel de conocimientos de las madres fue medio en el 51.7%, bajo en el 41.7% y alto en el 6.7%. El grupo etario que prevaleció fue el de 25 a 29 años con el 38.3%, la edad más frecuente de los niños fue 5 a 6 meses con el 43.4% Conclusión: Un alto porcentaje de madres presentó un nivel bajo de conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes ⁽¹⁵⁾.

VELÁSQUEZ HURTADO José Enrique; SOLÍS ALCEDO Lucía. **Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú, 2012** *Rev. Perú. med. exp. Salud pública*; 31(2); 243-253.- Perú 2014

Objetivos: Evaluar las prácticas de cuidado materno-infantil en áreas con pobreza extrema del Perú. Materiales y métodos. Estudio transversal realizado entre agosto y septiembre de 2012, con muestreo probabilístico y estratificado por departamento. Se seleccionaron 540 hogares que tenían al menos un niño menor de 36 meses (475 hogares) y/o mujer gestante (80 hogares) en áreas rurales de Cajamarca, Amazonas, Huánuco, Ayacucho, Huancavelica, Apurímac, Cusco, Puno y Ucayali. Resultados. Con relación al último embarazo, 69,0% de la madres refirió haber tenido su primer control prenatal en el primer trimestre; 65,3% haber cumplido más de seis controles a lo largo del embarazo; 81,1% haber dado a luz en un establecimiento de salud, y solo 31,0% haber elegido un método de planificación familiar dentro de

los 42 días posparto. Con relación al último niño menor de 3 años, 64,1% tuvo contacto precoz madre-niño, y 62,8% inició la lactancia materna dentro de la hora de nacido. Además, 89,6% de los niños menores de 6 meses recibía lactancia materna exclusiva, y 89,1% de los niños de 6 a 8 meses ya tenía alimentación complementaria. Fiebre, diarrea, vómitos y dificultad respiratoria fueron las señales de peligro más referidas para la búsqueda de atención en niños. Conclusiones. La evaluación ha permitido establecer una línea de base sobre la cual se diseñará e implementará una estrategia que posibilite una mejora en las prácticas clave de cuidado materno-infantil en la población objetivo del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud⁽¹⁶⁾

SÁNCHEZ SÁNCHEZ, Edinson Genaro. Percepciones paternas sobre la lactancia materna en el niño(a) menor de 2 años de algunos centros poblados de la región Callao - 2012. Perú 2014

Objetivos: Identificar las percepciones paternas sobre la LM en el niño y niña menor de 2 años. Diseño: Exploratorio – descriptivo. Lugar: Cinco centros poblados de los distritos del Callao y Ventanilla. Participantes: 46 varones con niños y niñas menores de dos años de los centros poblados de Bocanegra, Hijos de Villa, Palmeras de Oquendo, Márquez y Villa Señor de los Milagros. Metodología: Enfoque cualitativo con empleo de entrevista semi-estructurada y grupos focales realizando el análisis mediante la codificación abierta según la Teoría

Fundamentada. Resultados: Se identificaron diversas percepciones del padre hacia la alimentación del lactante vinculadas hacia el apoyo físico y emocional a la madre; la importancia del calostro, LME y su continuidad; el resultado de la LM. En la salud del lactante y de la madre; y, la introducción de alimentos durante la lactancia materna exclusiva. Conclusiones: Los padres consideran importante el proceso de la LM. Ya que perciben que ésta otorga múltiples beneficios para la salud su hijo, como promover un desarrollo y crecimiento adecuado y fortalecer su estado de salud. Por ello, consideran que deben apoyar física y emocionalmente a la madre durante este proceso, convirtiéndose en un factor importante para el éxito de la lactancia materna⁽¹⁷⁾.

PALACIOS C. Elsa L. Conocimientos y prácticas de la lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al centro de salud Coishco - Ancash, 2012. Perú 2012

El objetivo es determinar el nivel de conocimientos en relación con el nivel de prácticas de LME en madres primíparas que acudieron al centro de salud de Coishco en Áncash, 2012. La investigación fue de tipo cuantitativo, de nivel descriptivo y correlacional de corte transversal, se utilizó como técnica la entrevista y la observación aplicando dos instrumentos: un cuestionario de nivel de conocimiento y otro de nivel de práctica sobre LME en una muestra de 64 madres

primíparas. Los resultados se presentaron en tablas simples y gráficas y se concluyó que el mayor porcentaje de nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las madres primíparas fue regular y las prácticas fueron adecuadas. Aplicando la prueba estadística Chi cuadrado, se demostró una alta significancia estadística $p < 0,05$ y relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica de lactancia materna exclusiva en las madres primíparas que acuden al centro de salud de Coishco, lo que comprueba la hipótesis. ⁽¹⁸⁾

2.2 Marco conceptual

2.2.1 Teorías

Teoría del conocimiento

El conocimiento es el conjunto de información adquirido por una persona a través de la experiencia o la educación, o a través de la introspección de un tema u objeto de la realidad. Según el filósofo alemán Emmanuel Kant, existe tres tipos de conocimiento: analítico a priori, que es exacto y certero pero no informativo, porque sólo aclara lo que está contenido en las definiciones; sintético a posteriori, que transmite información sobre el mundo aprendido a partir de la experiencia, pero está sujeto a los errores de los sentidos; y sintético a priori, que se descubre por la intuición y es a la vez exacto y certero, ya que expresa las condiciones necesarias que la mente impone a todos los objetos de la

experiencia⁽¹⁹⁾. A su vez, menciona que existen tres fases del conocimiento:

- La sensibilidad, que es la primera facultad del conocimiento y es la capacidad de percibir el mundo y lo que en él se encuentra a través de los sentidos, existiendo dos tipos de sensibilidad: el sentido externo, por el cual percibimos el espacio; y el sentido interno, por el cual percibimos el tiempo.
- El entendimiento, que es la facultad de pensar los fenómenos; para ello, necesitamos una intuición y un concepto y por el medio de la abstracción explicar la causa y por qué existe.
- La razón, que es la facultad de la suprema unificación del conocimiento a partir de lo que se llama ideas o conceptos puros⁽²⁰⁾.

Es así que para poder adquirir el conocimiento se hace uso de una pluralidad de procesos cognitivos tales como la percepción, memoria, experiencia (tentativas seguidas de éxito o fracaso), razonamiento, enseñanza-aprendizaje, testimonio de terceros, etc.; generándose en un proceso de interacción continua e implicando una búsqueda individual de su significación por parte de cada persona, comprendiendo tres funciones: el pensar (inteligencia), el querer (voluntad y componente emocional), y el hacer (acción).

Por lo tanto, en este proceso de adquisición de conocimientos, los padres deben obtener una información objetiva, coherente y completa respecto a prácticas adecuadas de lactancia materna exclusiva, principalmente mediante el proceso de enseñanza aprendizaje que se da entre los padres y el futuro profesional de salud.

Nola J. Pender:

En su teoría Promoción de la Salud, menciona que cada madre está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo perceptual (por ejemplo el grado de instrucción) y sus factores-variables; además dice que el entorno, no se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud. Por lo tanto, los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en la madre durante la lactancia generando conductas positivas en la adecuada lactancia que debe brindar a su niño.

Hildegard E. Peplau

Dentro de la Teoría de la enfermera psicodinámica, que nos menciona Peplau, plantea que la salud se va a desarrollar a través de un proceso terapéutico interpersonal entre la madre y la

enfermera, y que el aprendizaje de esta última estará influenciado por el tipo de persona que sea la enfermera.

2.2.2 Marco normativo

Internacional

- ✓ Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por el Estado Peruano a través de la Resolución Legislativa N° 25278, el 28 de enero de 1991, reconoce la importancia de asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular las madres y padres de familia, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de las niñas y niños, y las ventajas de la lactancia materna.
- ✓ Convenio N° 156 OIT-Convenio sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras: trabajadores con responsabilidad familiares, aprobada por Resolución Legislativa N° 24508, que se aplica a los trabajadores y a las trabajadoras con responsabilidades hacia los hijos a su cargo, cuando tales responsabilidades limiten sus posibilidades de prepararse para la actividad económica y de ingresar, participar y progresar en ella, siendo la lactancia materna una responsabilidad familiar, a la cual deben contribuir todas las instituciones o empresas.
- ✓ Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, aprobado por la Organización Mundial de

la Salud (OMS) y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y, adoptado por la 34 Asamblea Mundial de la Salud en 1981 (WHA 34.22), la cual tiene como objetivo proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

- ✓ Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, aprobado mediante Resolución Legislativa N° 23432, de fecha 04 de junio de 1982- Instrumento de Ratificación de fecha 20 de agosto de 1982 y depositado el 13 de setiembre de 1982, señala que todas las mujeres deben tener servicios apropiados con relación al embarazo y a la lactancia materna, específicamente el artículo 11° que enfatiza el derecho a la alimentación y la salud y en su artículo 12° el derecho a tener servicios apropiados que le aseguren el derecho a la lactancia.

Nacional

- ✓ Constitución Política del Perú, que establece en su artículo 7° que todas las personas tienen derecho a la protección de su

- ✓ Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres, aprobada por Ley N° 28983, publicada el 16 de marzo del año 2007 en el diario oficial "El Peruano" en su artículo 6 hace referencia a los Lineamientos del Poder Ejecutivo, Gobiernos Regiones y Gobiernos Locales, en el inciso i) señala el Lineamiento de garantizar el derecho a la Salud, en particular el derecho a la maternidad segura, entre otros aspectos. Comisión de Supervisión Multisectorial encargada de velar por el cumplimiento del Decreto Supremo N° 009-2006-MIMDES 14
- ✓ Ley N° 28731. Ley que Amplía la Duración del Permiso por Lactancia Materna (13-05-2006)
- ✓ Decreto Supremo N° 066-2004-PCM, que aprueba la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004-2015.
- ✓ Decreto Supremo N° 009-2006-SA, de fecha 15 de junio del 2006, que aprueba el Reglamento de Alimentación Infantil, con el objetivo de lograr una eficiente atención y cuidado de la alimentación de las niñas y niños hasta los veinticuatro meses de edad, mediante acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y orientar hacia prácticas adecuadas de alimentación complementaria.
- ✓ Decreto Supremo N° 009-2006-MIMDES, publicado en el Diario Oficial "El Peruano", el 23 de Agosto del 2006, que

dispuso la implementación de lactarios en las instituciones del sector público donde laboren 20 o más mujeres en edad fértil. El Decreto Supremo señalado en el párrafo anterior, dispuso además la conformación de una Comisión de Supervisión Multisectorial encargada de velar por el cumplimiento del mismo. Asimismo, se estableció que al final de cada año, la Comisión constituida elevará un informe detallado de la implementación a nivel nacional de lo estipulado en el referido decreto supremo, el cual será remitido a los titulares de los sectores que la integran.

- ✓ Anexo 1 del Decreto Supremo N° 009-2006-MIMDES, publicado posteriormente con fecha 25 de Agosto del 2006, en el Diario Oficial "El Peruano", que contiene las características mínimas que debe reunir un lactario.
- ✓ Decreto Supremo N° 055-2007-PCM, que aprueba la Estrategia Nacional denominada "CRECER", estableciendo la intervención articulada de las entidades que conforman el Gobierno Nacional, Regional y Local en la lucha contra la desnutrición crónica infantil.
- ✓ Decreto Supremo N° 018-2008-SA, de fecha 27 de agosto del año 2008, que constituye la Comisión de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, de carácter permanente y adscrita al Ministerio de Salud, encargada de coadyuvar con

el cumplimiento de las políticas de protección de la lactancia materna, siendo una de las prácticas claves para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil.

- ✓ RM N° 01093-93-SA/DM y la RM N° 240-2000-SA/DM se instauro que la cuarta semana de agosto se celebre la "semana de la lactancia materna".
- ✓ Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001- 2012-MIMP, considera en el resultado 1 "Niñas, niños y madres gestantes acceden a condiciones saludables y seguras de atención durante la gestación, el parto y el periodo neonatal, con respeto de su cultura priorizando las zonas rurales y las comunidades nativas" el indicador de lactancia: Porcentaje de neonatos que reciben lactancia materna dentro del primer día de nacidos.
- ✓ Ley N° 29896. – Ley que establece la implementación de lactarios en las instituciones del sector público y del sector privado promoviendo la lactancia materna, publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 7 de julio del año 2012, mediante la cual se dispone la implementación de lactarios institucionales no solo en las entidades del sector público sino también en las del sector privado.

- ✓ Resolución ministerial N° 615-2010-MINSA. Promoción de la semana de la lactancia materna.
- ✓ Ley 29409 precisa el permiso de paternidad .2010
- ✓ Ley N° 26644 precisa el derecho de la trabajadora gestante a gozar de cuarenta y cinco (45) días de descanso pre natal y de cuarenta y cinco (45) días de descanso post natal.
- ✓ Ley 30367, que amplía el descanso por maternidad (prenatal más postnatal) a 14 semanas o 98 días
- ✓ Resolución ministerial Nª 615 -2014 - MINSA Directiva administrativa para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre y niño.
- ✓ Resolución ministerial Nª 462 -2015 - MINSA, Guía técnica para la consejería en lactancia materna.

2.2.3 Historia de la lactancia materna

Egipto.

Fue la civilización egipcia una de las primeras culturas altamente organizadas. El libro de medicina más completo y antiguo del mundo que se conoce es el papiro de Ebers. En él se describen perfectamente las enfermedades de la lactancia, la función de las nodrizas, la mortalidad infantil por parásitos intestinales y la calidad de la leche materna. El abandono de los niños era

castigado y se consideraba un honor practicar la lactancia materna, por lo que las nodrizas estaban muy bien consideradas.

Existían reglas y costumbres que se debían respetar en el cuidado de los niños, cuidados que se solían dar en el medio familiar y que se ambientaban en el mundo mágico-religioso.

Las nodrizas eran elegidas en los harenes y gozaban de muchos privilegios, pues una vez nacía el infante real era dado a su nodriza para que ella lo criara, lo educara y lo mimara. Estas mujeres tenían una gran consideración social y sus propios hijos podían considerarse “hermanos de leche” del infante real. Algunas nodrizas adquirían un alto rango en la corte; de hecho, la nodriza Nefertiti recibió el título de gran nodriza.

Las nodrizas también alimentaban a los niños abandonados, así como a los hijos de los esclavos. También se sabía que una lactancia prolongada daba lugar a un mayor intervalo entre embarazos, por lo que era normal que la lactancia durara más de tres años.

Babilonia.

Existen papiros escritos en Babilonia, 2000 a.C., donde se describen las actividades de las nodrizas y se regulan las

relaciones sexuales, pues se penalizaba un nuevo embarazo en esas condiciones. En el código de Hammurabi se regulan los comportamientos sociales, se penalizaba el abandono y el infanticidio de los niños, se define la higiene y la salud pública y se define en todo momento la lactancia y los cuidados maternos del bebé.

Grecia Clásica.

Las primeras referencias de salud del pueblo de la antigua Grecia se encuentran en la mitología de Apolo, considerado el dios de la Salud.

En la Grecia clásica las nodrizas estaban muy bien consideradas por las clases adineradas. Sus servicios se requerían para amamantar a sus hijos y para supervisar a todos los sirvientes. Eran tratadas con mucho esmero y definidas como buenas, pacíficas y cariñosas.

Las nodrizas, por todo ello, no eran esclavas, pues se producían una unión fuerte entre ellas y los bebés. La falta de unión entre el niño y su madre biológica ya se percibía como un futuro problema.

Roma.

Durante el siglo III a.C., se describen con detalle las funciones de las nodrizas, así como las características de sus contratos.

Sobre la paga que recibirían y su compromiso a la restricción de la relación sexual. En esta época existían mercados, denominados lactaria, utilizados por los padres con menos recursos económicos, para ser alimentados por una mujer a la que se le abonaba su servicio, una vez amamantaba al niño.

Las nodrizas eran, en cierto modo, seleccionadas por la ley y debían tener unas características especiales, como buena salud y linaje, ser cariñosas y apacibles y tener abundante leche, ya que se creía que estas condiciones pasarían al niño a través de su leche, si tenían edades comprendidas entre los 25 y 30 años. Se instituyó por primera vez la figura, según la cual los niños debían ser acogidos por un tutelar-italiae. Esta labor fue continuada por Trajano, en su denominada alimenta-italiae, cuya función era amamantar a los niños para disminuir la mortalidad infantil de los niños sanos, ya que los enfermos eran repudiados o abandonados a la exposición pública.

Renacimiento (siglo XV).

En Italia, concretamente en Florencia, la función de la nodriza estaba muy bien organizada, bien por el padre del bebé o por el marido de la nodriza. Existen documentos que describen la firma de los contratos entre las dos familias. No estaba mal visto que

la mujer, si era pobre o viuda, abandonara a su propio hijo para alimentar al bebé de otra familia que contrataba sus servicios.

Los mejores sueldos de las nodrizas eran precisamente las de Florencia. Si las nodrizas se quedaban embarazadas, inmediatamente dejaban de lactar, porque se consideraba que la leche dejaba de ser buena. También se podía rescindir el contrato ante la mala conducta, si la calidad de la leche era deficiente o por los malos hábitos higiénicos de la mujer. Se conservan escritos en los que, a veces, las nodrizas, tras cumplir el plazo de la lactancia concertado, eran reacias a devolver el niño a su propia madre, e incluso se ofrecían para alimentarlo más tiempo de forma gratuita; se entiende que para permanecer más tiempo con el niño, puesto que, en muchos casos, los bebés amamantados por ellas representaban a sus propios hijos, a los que habían abandonado o incluso habían asesinado. A pesar de esos cuidados, el índice de mortalidad era muy elevado. La muerte por asfixia era muy frecuente, lo que se consideraba un accidente, ya que las nodrizas estaban bien pagadas y la mayoría de las veces sentían un gran apego por el niño. Las nodrizas también eran requeridas por las instituciones, ya que la tasa de niños abandonados era muy elevada.

Los bebés entraban sanos en la institución y su evolución dependía de la lactancia materna que se les aportara y del afecto que recibieran.

Siglo XVI.

Ya se sabía que la única manera que tenía el bebé para sobrevivir, era alimentarse con leche humana.

La decadencia de las nodrizas se inicia en Inglaterra, ante el inicio del puritanismo, aunque las clases sociales más cultas no estaban de acuerdo con esta opción.

En ese periodo, aparece una nueva enfermedad en Europa, la sífilis, que supuso para las nodrizas la posibilidad de contagiar al bebé, aunque era más frecuente que esos trastornos los padecieran los niños alimentados por mujeres enfermas en los orfanatos y hospitales. Esa enfermedad se extendería prácticamente hasta el siglo XX. A partir de ese momento comienzan a estudiarse otros métodos alternativos de alimentación. Se utilizan cabras, camellas, burras, vacas y otros animales, aunque su leche se consideraba peligrosa, ante la creencia de que la personalidad del niño y los caracteres se transmitían por lactancia. Sólo llegó a utilizarse como último recurso.

Siglo XVII.

Todas las referencias de este periodo tienen en común que la supervivencia de los primeros meses dependía del inicio y el mantenimiento de una lactancia satisfactoria. Se sabía que la leche de otros animales era peligrosa y no podía tomarse hasta que el bebé tuviera 1 o 2 años.

La supresión de la lactancia era considerada como un aborto. A la leche humana se le atribuían propiedades mágicas y de mujeres que posteriormente fueron santas, se decía que habían dado de mamas hasta que su hijo quiso.

Siglo XVIII.

Las nodrizas ya eran muy cuestionadas desde hacía algún tiempo. El científico Cadogan y Rosseau, se puede decir que pusieron la lactancia de moda, al promulgar un nuevo concepto de familia más unida y más romántica y al idealizar más a la mujer como madre que como compañera del hombre.

Siglo XIX.

Se produce un cambio importante en la relación con la Alimentación infantil, pues las madres comenzaron de una manera generalizada a alimentar a sus hijos y, sólo en caso de necesidad, se buscaba a la nodriza.

Se produjo un movimiento de apoyo a la lactancia materna y la leche humana se definió como el alimento más saludable. Se responsabilizó a la madre de la crianza directa de los niños y se elogiaba a las madres que así lo hacían.

Se aceptó que la leche podía verse afectada tanto en la calidad como en la cantidad, en función de la alimentación materna, las características de la vivienda en la que la madre residía, los trastornos genitales, el temperamento, la edad y la exclusividad del niño que era alimentado. Otras enfermedades podían afectara a la regularidad y a la calidad de la secreción.

La gota de leche y el consultorio de lactantes fueron dos iniciativas francesas, que empezaron en 1980, a partir de la idea de Budin. Consistían en aportarles a los padres información e higiene en general para que cuidaran a sus hijos recién nacidos y lactantes. Estos centros empezaron a funcionar en París y se extendieron rápidamente por Francia y el resto de Europa.

A partir de 1850, con el avance científico de la pasteurización de la leche, tienen lugar a importantes cambios en relación con la alimentación infantil. También en esos años acontece otro gran cambio social, el desarrollo urbano industrial, en el que las madres dejan a sus hijos a cargo de las nodrizas para ir a trabajar.

Se tiene constancia de que la industrialización comporta problemas sociales, como el abuso del alcohol y de otras drogas por parte de las nodrizas, sobre todo cuando alimentan a los bebés en sus propios domicilios, para descansar mientras el niño duerme.

Las nodrizas a partir de siglo XX.

Se produce una consolidación y un reconocimiento social del niño. Existe una gran preocupación sobre la condición infantil y progresa la idea de que la niñez es un periodo de la vida que debe ser considerado como específicamente diferente.

Tienen lugar avances científicos importantes y disminuye la morbimortalidad infantil, especialmente ante la prevención de las enfermedades infecciosas y su terapia correspondiente. Existe un mayor conocimiento de la nutrición infantil y un mejor control de los problemas nutricionales. Con la introducción de la llamada leche maternizada, disminuye la figura de la nodriza, pieza fundamental en la sociedad de épocas anteriores; aunque en algunos países industrializados se sigue utilizando como alternativa cuando la alimentación materna no es posible. Estas mujeres podían localizarse en los hospitales maternos, a través de agencias especializadas.

Algunas estadísticas reflejan que en 1910 amamantaban a sus hijos el 90% de las madres y después de la Primera Guerra Mundial se inició una paulatina disminución hasta alcanzar su nivel más bajo.

Entre 1940 y 1950 sólo amamantaban a sus hijos el 25% de las mujeres. En esos años se consideraba que la lactancia era una sobrecarga para la madre y no representaba ninguna ventaja ni para el niño ni para ella.

A partir de 1950, y como desarrollo y perfeccionamiento de la de la alimentación infantil, se produjo un resurgimiento y un interés científico por la leche humana y por la lactancia. Se estudió la composición general de la leche...

En el año de 1970 se toma conciencia de la importancia materna, y vuelve a subir su práctica.

A partir de la década de 1980, y coincidiendo con la aparición del VIH- sida, la nodriza desaparece totalmente, sobre todo en los países desarrollados, y la lactancia materna se sitúa en unas cotas muy bajas. Desde la década de 1990 la lactancia materna va en aumento y en la actualidad ya eligen esta práctica la mayoría de la madres para alimentar a su bebé. Sin embargo, su duración es muy corta, ya que, a los 3 meses, pasan a la alimentación de fórmula de una forma bastante generalizada.

En el inicio del siglo XXI, se tiene la certeza de que la lactancia natural será compatible con la sociedad moderna e industrializada, pero es necesaria una sensibilización social y que se conozcan las ventajas científicas demostradas de la lactancia, tanto para el bebé como para la madre. Los medios de comunicación tienen un papel muy importante en la transmisión de aspectos relativos a la lactancia materna, en la educación y sensibilización de las personas y en la difusión de las leyes y recomendaciones que establecen los organismos internacionales, como la OMS y la UNICEF⁽¹⁹⁾.

2.2.4 Lactancia materna exclusiva

Quiere decir que el lactante sólo debe recibir leche materna y puede incluir rehidratación oral, gotas, jarabes (vitaminas, minerales, medicinas).

Es el proceso de alimentación del niño o niña con la leche que produce su madre, siendo éste el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micro nutrientes. Es la forma más idónea de alimentación. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la leche materna constituye el alimento universal indicado hasta los seis (6) meses de edad para los niños y niñas, y acompañado de otros

alimentos hasta los dos (2) años, puesto que cubre los requerimientos calóricos en estas edades ⁽²¹⁾.

A) Concepto

La leche materna es un tejido vivo, compuesto por 200 componentes (entre lípidos, proteínas, carbohidratos, minerales y células) aproximadamente y es el único que proporciona: nutrición y protección al bebé lactante.

El cerebro humano se desarrolla casi completamente durante los 2 primeros años de vida y la leche materna contiene nutrientes esenciales como proteínas de buena calidad, vitaminas y ácidos grasos (que no se encuentran en ningún otro tipo de alimento ya sea de origen animal o vegetal), indispensables para formar bloques de construcción cerebral, permitiendo que el cerebro humano se desarrolle casi en su máxima extensión en esta primera etapa de la vida. También ~~contienen sustancias que van a~~ inmunizar y proteger al niño contra infecciones y contaminaciones que se presentan a esta edad, haciendo que crezca sano, protegido, inteligente, despierto y lleno de vida.

La OMS (2013) recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración

debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años⁽²²⁾.

B) Fisiología

La leche se forma en la "unidad secretora" de la mama, los alvéolos mamarios; la unión de 10 a 100 alvéolos forma los lobulillos, que a su vez conforman los lóbulos que desembocan en conductos galactóforos que llegan en forma independiente al pezón.

La secreción de leche involucra un estímulo neural que por vía hipotalámica desencadena una respuesta endocrinológica que libera prolactina de origen hipofisiario, encargada de la lactogénesis y la expulsión de la leche por la oxitocina.

En la primera etapa llamada síntesis participan básicamente:

- ❖ Las células epiteliales mamarias que transforman casi todos los precursores plasmáticos en constituyentes de la leche y los transportan al interior del conducto mamario.

- ❖ Las células del estroma que dan sostén a la glándula y producen lipoproteína-lipasa y linfocitos B (productores de Liga).

La regulación de su secreción comprende dos grandes mecanismos:

- ✓ El primero relacionado con la rapidez de la síntesis y secreción.
- ✓ El segundo con la expulsión; donde intervienen las hormonas prolactina y oxitocina. Ambos mecanismos dependen de la succión o del estímulo del pezón.

Cambios mamarios

La estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto y las mamas aumentan su tamaño (ingurgitación mamaria). La producción de leche se inicia en este proceso con la producción del calostro.

La producción de la leche materna depende de la estimulación producida por la hormona lactógena o prolactina (liberada por la hipófisis). En el proceso de la lactancia interviene: la succión y vaciamiento de las mamas, que a su vez estimula la liberación de la prolactina.

Función endocrina

Los niveles de estrógenos, progesterona y prolactina disminuyen. Con la lactancia tiene lugar un aumento inicial de prolactina. Se puede producir una recuperación en la producción de estrógenos hasta cifras similares a las previas antes de la gestación y también puede producirse la ovulación.

C) Cambios en la composición de la leche materna durante el periodo de lactancia

La leche materna varía de una mujer a otra en su contenido nutricional, e incluso hay variaciones según la etapa de la lactancia y la hora del día.

- ❖ Leche materna pre término: la leche de la madre que da a luz antes de las 37 semanas de gestación; tiene más proteínas, lípidos, calorías, más altos niveles de algunos minerales incluyendo hierro, sodio, cloro, potasio, calcio, magnesio y zinc, que la leche madura, así como más propiedades inmunes, haciéndola apropiada para las necesidades del prematuro. Esta variación persiste por 3 a 4 semanas.

- ❖ Calostro: es la secreción de la leche que está presente en los primeros cinco a siete días post-parto, caracterizado por una mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa y grasa dando esto lugar a un aporte energético menor comparado con la leche madura. Es una secreción amarillenta por su alto contenido de carotenos. Una buena parte de las proteínas presentes en el calostro son: inmunoglobulinas, lactoferrina, factor de crecimiento lactobacilos Bifidus, etc. que forman parte de los aspectos inmunológicos de la leche humana. Su volumen puede variar entre 2 y 20 mL en los tres primeros días hasta 580 mL para el sexto día.

- ❖ Leche de transición: se produce entre el 7º. Y 10º. Día y sufre modificaciones progresivas hasta alcanzar las características de la leche madura. Ocurre un incremento progresivo de lactosa y disminución de las grasas y proteínas, el volumen alcanzado hacia el 15º. Día puede llegar a 660 mL/d.

- ❖ Leche Madura: a partir de los 15 días y puede continuar por más de 15 meses, sin reporte de pérdida de sus propiedades nutritivas. Se produce en promedio 750

mL/d pero puede llegar hasta 1200 mL/d o incluso más cuando se amamanta a más de un hijo ⁽²³⁾.

| Componente | Unidades | Calostro de 1 a 5 | Leche madura |
|-------------------|----------|----------------------|-----------------|
| Proteínas totales | G | 23 | 9- 10,5 |
| Caseína | Mg | 1400 | 1870 |
| Alfa lactalbumina | Mg | 2180 | 1610 |
| Lactoferrina | Mg | 3300 | 1670 |
| IgA | Mg | 3640 | 1420 |

D) Composición de la leche materna

- ❖ Agua: constituye el 87.6% de la leche. Todos los otros componentes están disueltos, dispersos o suspendidos.

- ❖ Hidratos de Carbono: la lactosa (glucosa y galactosa) es el hidrato de carbono más importante y abundante en la leche materna. Su concentración total es alrededor de 70 g/L y no varía a pesar de las modificaciones dietéticas o de las condiciones nutricias de la madre. Este disacárido facilita la absorción de hierro y calcio, junto con el lactobacilos Bifidus promueven la reproducción de éstos en el intestino, acidificando las evacuaciones de los niños. La galactosa es fundamental para la síntesis de cerebrosidos compuestos importantes para el desarrollo del SNC. Otros hidratos de

carbono como la fructuosa y las glucosamidas se encuentran en menor proporción.

❖ **Lípidos:** la concentración de grasa es de 35 a 45 g/L y son la principal fuente de energía de la leche (aproximadamente 50 % de las calorías totales). Es el componente más variable de la leche. Sus variaciones se dan a lo largo del día, de sí es inicio o final de la tetada y entre los individuos. Se transporta dentro de glóbulos de grasa compuestos en su membrana por fosfolípidos y colesterol y en su interior contienen triacilglicéridos. La cantidad de colesterol en la leche materna es de 100 a 150 mg/L útil en el niño para la formación de tejido nervioso, la síntesis de hormonas esteroideas y sales biliares. La grasa láctea se forma a partir de lípidos circulantes en la dieta materna y de las reservas corporales en el tejido adiposo. Cuando la dieta es escasa en lípidos y existe poca reserva, la cantidad de grasa contenida en la leche disminuye.

❖ **Proteínas:** la leche materna aporta el aminograma más conveniente para el crecimiento óptimo del niño, durante los primeros meses de vida. Conforman el 0.9 % del volumen de la leche materna. Se clasifican en:

- Caseínas constituyen el 40 % de las proteínas totales.
- Proteínas del suero (60 % de las proteínas) están constituidas básicamente por alfa lacto albúmina y lactoferrina. esta es una proteína de alta calidad nutricia y que además participa en la síntesis de lactosa. Son más fáciles de digerir y favorecen un vaciamiento gástrico más rápido.

Otras proteínas con función no nutricia son las inmunoglobulinas lactoferrina, aminoácidos libres, urea y nucleótidos; estos componentes no proteicos contribuyen con 25% del nitrógeno de la leche. IgA inmunoglobulina que se encuentra en mayor concentración en la leche materna. Es proteína bacteriostática resistente a la pepsina, la acidez gástrica y las enzimas proteolíticas pancreáticas. Interfiere con la adhesividad de las bacterias a las células epiteliales de la mucosa intestinal.

❖ Vitaminas

Calcio: La leche materna tiene una relación calcio/fósforo de 2:1, el calcio de la leche materna se absorbe bien debido principalmente al elevado contenido en lactosa y la buena digestión de las grasas. Las vitaminas que se encuentran

en mayor concentración en la leche materna son A, C, E, B1, B2, B6 Y B12.

Las vitaminas presentes en menor concentración en la leche materna son: Vitamina K, Sin embargo su deficiencia es compensada por la producción de ésta por la flora intestinal y la aplicación parenteral al nacer.

Vitamina D: por lo que se recomienda que el niño sea expuesto diariamente al sol.

❖ **Minerales:** la concentración de minerales (Ca, P, Mg, Na, K y Cl) que contiene la leche materna es aproximadamente un tercio de la cantidad que se encuentra en la leche de vaca (330 mOsm/L) lo cual disminuye su osmolaridad a 285 mOsm/L y la carga de solutos que recibe el riñón es tres veces más baja. Hierro, tanto la leche materna como la de vaca se caracterizan por un bajo contenido de hierro en igual concentración, sin embargo el hierro de la leche materna se absorbe hasta en 50%, debido a que se encuentra como lactoferrina. Esta biodisponibilidad compensa el bajo contenido de este elemento en la leche humana. La leche de vaca se absorbe solo un 10 %⁽²⁴⁾.

VITAMINAS HIDROSOLUBLES

Biotina, Colina.
Folato, Inositol.
Niacina.
Acido pantoténico.
Riboflavina, Tiamina.
Vit. B12, B6, Vit. C

NITRÓGENO NO PROTEICO

amino nitrógeno.
Creatina, Creatinina.
Glucosamina.
Ácidos nucleidos.
Nucleótidos.
Poliaminas.
Urea, Acido úrico.

PROTEÍNAS

α -lactoalbúmina
 α -lactoglobulina
Caseínas
Enzimas
Factores de crecimiento
Hormonas
Lactoferrina
Lisozima. IgA s

MINERALES E IONES

- ❖ Bicarbonato.
- ❖ Calcio, cloro, citrato.
- ❖ Magnesio, fosfato.
- ❖ Potasio, sodio, sulfato.

CÉLULAS

Epiteliales
Leucocitos
Linfocitos
Macrófagos
Neutrófilos

MINERALES TRAZA

Cromo, cobalto, cobre.
Flúor, yodo, hierro.
Manganeso, molibdeno.
Níquel, selenio, zinc.

LÍPIDOS

Vitaminas liposolubles
(A, D, E, K)
Carotenoides
Ácidos grasos.
Fosfolípidos.
Esteroles e
hidrocarbones.
Triglicéridos.

CARBOHIDRATOS

Lactosa
Oligosacáridos
Glicopéptidos
Factores bifidus (aminoazúcar que
contiene nitrógeno, necesario
para el mantenimiento de la
flora intestinal del bebé).

E) Inmunología de la leche materna

La leche materna es de gran complejidad biológica, no sólo transfiere una protección contra infecciones y alergias específicas, sino que también estimula el desarrollo del propio sistema inmune del lactante. Contiene además muchos componentes antiinflamatorios cuyo mecanismo de acción aún no se conoce. La protección se observa mejor durante la vida temprana y continúa en proporción a la frecuencia y duración de la lactancia materna⁽²⁵⁾. Hay un cierto número de componentes de la leche materna que han demostrado un efecto de inhibición o destrucción directa de diversos microorganismos como:

- ❖ Factor bifidus: Estimula en el intestino el crecimiento de bifidobacterias que evitan el establecimiento de enterobacterias patógenas como E. Coli y Shigella.

- ❖ Elementos Celulares: el número de leucocitos en la leche humana es considerable siendo mayor su concentración en el calostro (neutrófilos, macrófagos y linfocitos), los macrófagos particularmente pueden sintetizar lisozimas, componentes del complemento, lactoferrina y prostaglandinas. Los linfocitos T forman un 50% de los

linfocitos del calostro, responden a diversos antígenos vírales y pueden verse implicados en la producción de interferón, también desempeñan un papel en la modulación del desarrollo del sistema IgA a nivel de la mucosa.

- ❖ Inhibidores del metabolismo de microorganismos patógenos: La lactoferrina, la proteína que enlaza la vit. B12 y las que fijan el folato impiden el crecimiento de gérmenes in vitro probablemente negando a los agentes infecciosos nutrimentos esenciales para su crecimiento. Se le han encontrado propiedades bactericida, antiviral y moduladora de citocinas, además inhibe la adherencia de *E. coli* entero-toxigénica, la capacidad invasiva de *Shigella flexneri* y estimula la proliferación de *Bifidubacterium*.
- ❖ Enzimas: La lisozima y una mieloperoxidasa catabolizan la oxidación de iones con actividad bacteriostática con capacidad de "lisar" las uniones entre glucoproteínas de las paredes bacterianas de una gran parte de bacterias gram positivas y de algunas gram negativas.
- ❖ Inmunoglobulinas: La concentración de éstas en el calostro es mayor que en la leche madura, todas están presentes pero es la IgA la que tiene mayor concentración ejerciendo

- una protección específica contra gérmenes del tracto gastrointestinal.
- ❖ Lípidos: Los lípidos de la leche humana pueden inactivar virus encapsulados como el Herpes Simple tipo I, sarampión, etc.
 - ❖ Factor anti-estafilococos: Inhibe la proliferación de estafilococos en infecciones por este germen.
 - ❖ Complemento (C3 y C1): Promueve el proceso de opsonización de las bacterias.
 - ❖ Interferón: Inhibe la replicación intracelular de los virus.

F) Beneficios de la lactancia materna

Generales

- ❖ Es la mejor alimentación natural.
- ❖ Favorece el vínculo afectivo entre la madre y el bebé. Además es un excelente nutriente que asegura el crecimiento y desarrollo sano de las niñas y niños, principalmente del sistema nervioso y del cerebro.
- ❖ Es imprescindible que durante los seis primeros meses de vida los lactantes sean alimentados exclusivamente con leche materna, así estará protegido de enfermedades como neumonía, otitis, gripes y alergias, reduciendo el riesgo de malnutrición. En adelante, para satisfacer sus

necesidades nutricionales; los lactantes deberán recibir alimentos complementarios, sin abandonar la lactancia materna hasta los 24 meses de edad.

- ❖ Siempre está disponible y no requiere preparación.
- ❖ Siempre está a una temperatura ideal para el bebé.
- ❖ No afecta la economía del hogar.
- ❖ Nunca tiene fecha de vencimiento.

Para el bebé lactante

- ❖ Durante los dos primeros años de vida del bebé, permite que triplique su peso y aumente su talla en un 50%, lo protege contra enfermedades infecciosas.
- ❖ Favorece el incremento en 6 puntos del coeficiente intelectual de los niños y niñas durante los primeros nueve meses de vida.
- ❖ Disminuye la probabilidad de infecciones.
- ❖ Mejora el lenguaje por fortalecimiento de los músculos mandibulares.
- ❖ Evita la mala oclusión dental.
- ❖ Disminuye la probabilidad de que el bebé presente alergias.
- ❖ Crecimiento y desarrollo adecuado.
- ❖ Evita la obesidad infantil.

Para la madre

- ❖ Favorece o estimula la involución uterina.
- ❖ Condiciona un mecanismo hormonal inhibitor de la ovulación es por esta razón que actúa como método anticonceptivo durante los primeros seis meses y siempre y cuando la lactancia sea exclusiva.
- ❖ Propicia mayor pérdida de peso de la madre.
- ❖ Se ha observado baja incidencia de cáncer mamario en mujeres que han dado de lactar a sus hijos ⁽²⁶⁾.

G) Tipos de lactancia materna

- a) Lactancia materna exclusiva: ningún otro alimento o bebida ni aún agua es ofrecido al lactante, por lo menos los primeros cuatro a seis meses de vida. Se permite que el lactante reciba gotas de hierro, vitaminas u otro medicamento necesario.
- b) Lactancia materna predominante: significa que la fuente principal de nutrimentos es la leche humana pero el lactante ha recibido agua o bebidas a base de agua (agua endulzada, té o infusiones) jugos de frutas o electrolitos orales.
- c) Lactancia materna parcial: Se ofrece al menos un biberón con algún sucedáneo de la leche materna.

Esta a su vez se divide en tres categorías:

- Alta, más del 80 % es leche materna.
- Mediana, 20 a 80 % de los alimentos es leche materna.
- Baja, menos del 20 % es leche materna.

d) Lactancia materna simbólica: Usada como consuelo o confort, son periodos cortos y ocasionales de menos de 15 minutos al día.

H) Diez pasos para una lactancia materna exitosa

Estos pasos resumen las acciones necesarias que se deben llevar a cabo en los servicios de maternidad y son la base de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños de la OMS y UNICEF ⁽²⁷⁾:

1. Norma: contar con una norma escrita sobre la eficacia de la lactancia materna que sea de conocimiento de todo el personal.
2. Capacitación: a todo el personal de salud para que sepa poner en práctica la norma.
3. Atención prenatal: informar a las gestantes sobre los beneficios de la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.

4. Contacto precoz: ayudar a la madre para que inicie la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Orientación: enseñar a la madre como debe amamantar a su hijo y como mantener la lactancia, aún si ha de separarse de él.
6. Uso de suplementos: los recién nacidos deben alimentarse sólo de leche materna sin recibir ningún otro alimento o bebida, salvo que estén médicamente indicados.
7. Alojamiento conjunto: facilitar que la madre y el niño estén juntos las 24 horas del día.
8. Lactancia a demanda: dar de lactar cada vez que el niño la solicite. Tetinas y chupones: no dar a los niños biberones ni chupones.
9. No utilizar objetos artificiales: no facilitar biberones o chupones que entorpezcan la succión y aumentan la posibilidad de ocasionar enfermedad en el niño.
10. Apoyo a la madre: fomentar grupos de apoyo a la lactancia materna, fácil.

l) Mitos y rumores sobre la lactancia materna

- Si los beneficios son tantos, ¿por qué hay tantas mujeres que no dan de lactar? Muchas veces, la falta de información hace que algunas madres no den el pecho a sus bebés o que dejen de hacerlo demasiado temprano.

algunas de las falsas creencias más comunes que impiden que más mamás y bebés disfruten de los beneficios de la lactancia, basadas en una serie de mitos y rumores ⁽²⁸⁾.

- Dar el pecho es doloroso y se te agrietan los pezones. Puede ser cierto en algunos casos, pero tiene solución. Los pezones pueden agrietarse y producir dolor a causa de una inadecuada técnica de amamantamiento o porque la madre no recibió indicaciones para preparar sus pezones durante la gestación. Este problema se puede prevenir si el personal de salud brinda la orientación y el apoyo necesarios, antes y después del parto.
- Si das el pecho, tu marido no podrá "participar" en la crianza del bebé. Bueno, su marido ciertamente no podrá amamantar, pero hay muchísimas otras cosas que el papá puede hacer con el mismo cariño y dedicación, como cambiar y bañar al bebé, consolarlo cuando llora, sacarlo de paseo y, más adelante, hasta prepararle y darle sus primeras papillas.
- Los bebés que se alimentan de pecho no engordan y siempre tienen hambre. Falso. La leche materna es más fácil de digerir, por eso la mayoría de los bebés que maman pecho comen más frecuentemente, pero eso no significa que no estén recibiendo la cantidad de leche apropiada.

Además, la salud del bebé no depende de que se vea gordito.

- Los biberones son mejores porque te indican exactamente cuánta leche toma el bebé. Falso. La verdad es que lo más importante no es medir la cantidad de leche que el bebé toma, sino dejarlo tomar la cantidad que él o ella necesite para saciarse. Por lo general, el bebé tomará toda la leche que necesita si usted le ofrece los dos pechos cada vez que lo alimente, y le permite vaciarle por lo menos el primer pecho completamente.
- Si das de lactar vas a estar “atada” al bebé y no podrás trabajar. Falso. Hoy en día existe una gran variedad de mecanismos para extraer leche, las cuales permiten que la madre se saque la cantidad necesaria para alimentar a su bebé mientras ella esté fuera. Muchos empleadores permiten que las madres se saquen leche en el trabajo, ya que saben que la lactancia mantendrá a sus bebés más sanos y esto hará que las madres falten menos.
- Se te secará la leche y el bebé llorará mucho. La leche no se “seca” por sí sola, ni con el tiempo. Lo que muchas veces ocurre es que al ofrecerle agua, jugos, té o leche artificial al bebé, este se sacia y empieza a mamar menos cuando se le da el pecho, y deja de estimular la producción

de leche materna. Poco a poco, la mamá empieza a producir menos leche... y se acaba la lactancia. Hasta los seis meses de edad la mayoría de los bebés no necesitan ningún otro alimento o líquido para desarrollarse saludablemente, ni siquiera agua:

2.2.5 Técnica de amamantamiento

Los requisitos para una buena técnica de amamantamiento consisten:

- Buena higiene de manos con agua y jabón, luego extraer un poco de leche y esparcirla en la areola mamaria para limpiarla, lubricarla y ablandarla.
- La madre debe ser sentada o acostada con la espalda bien apoyada.
- La ubicación del niño es importante pues debe estar frente a la madre de modo que la mano de la madre sostenga la espalda del niño y la cabeza del niño descansa en el pliegue del codo de la madre, el abdomen del niño debe estar en contacto con el de la mamá (ombiligo con ombligo).
- La correcta adhesión o acoplamiento de la boca del niño al pecho de la madre es sosteniendo la mama con la mano formando una "C" con los cuatro dedos por debajo y el pulgar por arriba, los labios del niño deben estar totalmente separados de forma evertida (boca de pescado).

- La duración de las mamadas deberá ser en un promedio de 5 a 15 minutos por mama a demanda del bebé
- Al retirar al niño del seno se recomienda introducir el dedo meñique por la comisura bucal presionando la encía inferior.

Variaciones de las posiciones:

Posición sentada o de cuna: Coloque almohadas en los antebrazos de las sillas e indique a la madre que el bebé debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Tómelo con el brazo y acérquelo contra el seno en un abrazo estrecho. Manténgalo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño.

Posición semi-sentada o cuna cruzada: Coloque la cama en posición semifowler, sostenga la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre. Esta posición se utiliza cuando hay heridas abdominales (cesárea).

Posición debajo del brazo, de rugby: El niño es sostenido sobre el antebrazo de la madre y su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado. Se colocarán

almohadas para ayudar a la madre a sostener el peso del cuerpo del niño.

Posición acostada: La madre está acostada en decúbito lateral, utilice almohadas que le den apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones que pueda afectar la lactancia, también coloque almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del lactante ⁽²⁹⁾.

2.2.6 Situaciones adversas

En ocasiones al inicio durante la lactancia nos podemos encontrar con diferentes situaciones o experiencias que se acuerdo a la personas pueden catalogarse de negativas por lo tanto influye en el destete precoz o no deseado, todo esto solo lo podemos contrarrestar con una educación oportuna para que pueda ser afrontado positivamente por las madres y los familiares puedan brindar el apoyo adecuado y necesario.

a) Dolor al inicio de la succión: en los primeros días, el dolor es relativamente frecuente, ya que se debe a la succión en vacío de conductos, a la congestión vascular de la zona y a la compresión brusca de un pezón en erección. Desaparece

en pocos días y no debe haber dolor sino que la succión tiene que ser placentera.

Es importante observar y valorar si se trata del dolor "fisiológico" y transitorio para tranquilizar a la madre; o si se trata de otra causa como una mala posición al pecho, la retirada incorrecta de la criatura, el uso de cremas o productos cosméticos que irritan, la existencia de grietas, etc.

b) Grietas en el pezón: Al empezar con la lactancia, es posible que los pezones estén más sensibles. Para que no lleguen a producirse grietas es conveniente transmitir:

- La importancia de que los pezones estén secos, no lavarse tras las tomas, ordeñarse un poco de leche sobre los pezones y dejarlos secar al aire libre.
- Evitar las pomadas, salvo que por alguna razón estén indicadas.
- No se debe limitar el tiempo de succión: La mejor prevención de las grietas es que la postura de la madre y del bebé sea correcta, que su boca abarque la mayor parte de la areola y dejar que se seque con su propia leche.

c) Ingurgitación mamaria: La acumulación de leche y el aumento de flujo sanguíneo es lo que provoca el que los pechos estén hinchados y duros. La clínica varía:

- Dolor de pezón (a menudo el dolor es el resultado de una posición incorrecta o un agarre inadecuado).
- Molestias al inicio de cada toma, cuando el lactante se agarra al pecho.
- El dolor que persiste durante o después de la toma, o entre tomas, debe ser evaluado y considerar otras causas, como infecciones bacterianas o por hongos.

d) Congestión mamaria: Ocurre entre el 3º y 5º día después del parto. La inflamación disminuye con el amamantamiento precoz, frecuente y a demanda. Para asegurar un buen vaciado, hay que darle de mamar con más frecuencia, se puede utilizar el sacaleches para acelerar el estímulo de "subida de la leche".

El calor local húmedo, antes de las tomas, facilita la salida de la leche. Puede aplicarse con una ducha de agua caliente, incluso antes de la toma puede ser útil vaciar un poco el pecho manualmente. El tratamiento debe enfocarse a las medidas para reducir la inflamación, como el vaciado mamario con sacaleches, poniendo al bebé al pecho muy frecuentemente, evitar el empleo de pezoneras.

e) Obstrucción de un conducto: La mayoría de las veces ocurre por infección de leche retenida, por eso es importante que no se quede la mama congestionada en cada toma. El tratamiento consiste en la evacuación de la leche retenida, por tanto es importante no interrumpir la lactancia. También es conveniente cambiar la posición de mamar, el bebé "ordeña" con el movimiento de su mandíbula, de esta manera se dirigirá el maxilar inferior de la criatura hacia la zona inflamada.

f) Mastitis: Cuando la infección local (galactocele) se generaliza se produce la mastitis. Ésta se manifiesta con dolor, calor y enrojecimiento de la mama. Puede dar fiebre y malestar general con náuseas y vómitos.

Desde el punto de vista médico, las mastitis constituyen la principal causa de destete precoz. Pueden producirse en cualquier momento de la lactancia, aunque el 75-95% ocurren en las primeras 12 semanas.

Los principios del tratamiento de la mastitis son asesoramiento de apoyo a la madre, vaciamiento eficaz de la leche, tratamiento antibiótico (cotrimoxazol, ciprofloxacino a dosis de 750mg, etc.) y tratamiento sintomático (antiinflamatorios o analgésicos)

La leche se debe analizar en los primeros 30-45 minutos tras su obtención. Si no es posible, mantenerla en refrigeración (<6 °C) durante un máximo de 24 horas o en congelación a una temperatura igual o inferior a -20 °C, sin que se rompa la cadena de frío. De otro modo, podrían proliferar las bacterias y dar lugar a un resultado falso. Descartar el uso de bombas extractoras. ⁽³⁰⁾

2.2.7 Lactarios

Ambientes acondicionados, dignos e higiénicos para que las mujeres den de lactar o extraigan su leche materna durante su horario de trabajo, asegurando su adecuada conservación.

El uso de los lactarios permite ejercer el derecho y responsabilidad de la lactancia materna, sin importar el régimen laboral, estado civil o edad.

Características mínimas de un lactario institucional

Los establecimientos y dependencias del Ministerio de Salud acondicionarán un espacio físico con las siguientes características ⁽³¹⁾:

- a) Área no menor de 10 metros cuadrados y no debe ser compartido con otras áreas.

- b) Ambiente que brinde privacidad y comodidad que permita a las madres la posibilidad de extraer su leche sentadas.
- c) Contar con refrigeradora en donde almacenar la leche extraída por las madres durante su jornada laboral.
- d) Ubicación accesible en primer o segundo piso, salvo que la institución cuente con un ascensor, para facilitar el desplazamiento de las usuarias al lactario institucional.
- e) Lavatorio dentro del área o cerca del mismo para facilitar el lavado de manos.
- f) Dispensador de jabón líquido.
- g) Silla reclinable con brazos.
- h) Mesa cambiadora de pañal con su colchoneta.
- i) Mesa chica.

Beneficios de los lactarios

- ❖ Identificación institucional: las mujeres trabajadoras o que prestan servicios sentirán reconocimiento y garantía de su derecho a la lactancia materna, lo cual promueve un mayor compromiso con la institución. En el caso de las estudiantes se sentirán identificadas con su casa de estudios.
- ❖ Disminución del ausentismo laboral por motivos de enfermedad: las mujeres se ausentarán menos por problemas de salud de sus hijas e hijos y de ellas mismas, porque la

lactancia materna refuerza su sistema inmunológico, en el caso de las estudiantes disminuirá las inasistencias a las clases permitiendo que las jóvenes puedan terminar sus estudios.

- ❖ Mejora el clima laboral: las mujeres sentirán tranquilidad y confianza porque siguen ejerciendo la lactancia materna a pesar de ingresar o reingresar al ámbito laboral, lo cual aporta un clima laboral positivo.
- ❖ Reducción de las tardanzas: las mujeres cumplirán correctamente la jornada laboral, sin tardanzas o salidas anticipadas cuando puedan encontrar un ambiente cálido y cómodo donde puedan extraer y conservar su leche.
- ❖ Acceso de la mujer al mercado laboral: las mujeres que inician la maternidad pueden cumplir sus responsabilidades familiares en relación a la lactancia materna e ingresar o reingresar al mercado laboral en condiciones de igualdad y equidad ⁽³²⁾.

Facilidades para usar los lactarios

El jefe inmediato superior otorgará los permisos correspondientes a la madre trabajadora cualquiera sea su condición laboral para que se extraiga la leche y haga lactar a su niño o niña hasta los 24 meses de edad en el lactario de la

institución. Se otorgará según las necesidades fisiológicas de la madre y/o del bebé.

- ❖ La lactancia y servicio de lactario son derecho de todas las trabajadoras y no interfiere con el desempeño laboral de la madre.
- ❖ El uso del lactario se usa durante el horario de trabajo, por lo cual no está sujeta a descuentos ni compensación horaria.
- ❖ El decreto Supremo 009- 2006- MINDES señala que todas las Instituciones del sector Público en donde laboren veinte o más mujeres en edad fértil deben contar con un Lactario.
- ❖ El uso del lactario es un tiempo completamente distinto a la hora otorgada por lactancia, de acuerdo a la Ley N° 27240 y ampliado por la Ley N° 27591.

Determinación de la frecuencia diaria y el tiempo de uso del lactario por cada frecuencia

Las oficinas de recursos humanos requieren esta información con dos fines: contrarrestar los posibles casos de abuso del derecho por parte de algunas usuarias y, también para determinar el costo del tiempo invertido en el uso del lactario en aras de dar las facilidades.

La experiencia de los profesionales de la salud sugiere una frecuencia promedio de dos a tres veces por día, y un tiempo aproximado entre 20 a 30 minutos ⁽³³⁾. En ese sentido, tendríamos lo siguiente:

a) Si la madre trabaja ocho horas diarias, el mínimo recomendado es:

Dos periodos para extracción. Considerando en cada uno lo siguiente

- Desplazamiento de la trabajadora al lactario (5 minutos).
- Lavado de manos y preparación de los pechos para la extracción (5 minutos).
- Extracción de la leche: 10 minutos por cada pecho (20 Minutos).

Por lo tanto, se sugiere dos periodos de extracción al día, cada uno de 30-minutos, ambos periodos harían un tiempo total de una hora diaria.

b) Si la madre trabaja menos de seis horas diarias, el mínimo recomendado es de un periodo de extracción de 30 minutos.

El tiempo de uso del lactario durante el horario de trabajo no podrá ser inferior a una hora diaria. Un tiempo de uso mayor se podrá establecer de común acuerdo entre la madre trabajadora

y el empleador o bien, mediante convenio colectivo de trabajo. En ambos casos, deberá considerarse la certificación médica correspondiente ⁽³⁴⁾.

2.2.8 Extracción de la leche materna

El conocimiento de técnicas apropiadas para extraer y almacenar la leche es una alternativa para las madres que, por razones de trabajo o por situaciones especiales, no puedan amamantar a sus hijos o hijas regularmente ⁽³⁴⁾. La extracción manual es más económica que la extracción mecánica, no necesita comprar equipos, la madre puede regular la presión del seno con sus propias manos y la puede practicar en el momento que lo requiera en cualquier lugar, para ello:

- Realizar baño diario del cuerpo y cambio de ropa interior.
- Lavarse bien las manos y muñeca con agua y jabón, retirar las joyas, mantener las uñas cortas y sin esmalte.
- Colocar el frasco sobre un paño limpio, abrirlo y colocar la tapa boca arriba, tener otro paño para secar las gotas de leche que salpican.
- Realizar un suave masaje con la yema de los dedos en forma circular, especialmente donde se encuentran nudos.

- Colocar la mano en forma de C, por fuera de la areola (parte oscura) y levantar el seno.
- Empujar con los dedos pulgar e índice hacia las costillas como imprimiendo una huella, repetir este movimiento alrededor del seno ⁽³⁶⁾.
- Las primeras gotas de ambos senos, no se recogen en el frasco, se desechan.
- Inicie luego la recolección de la leche en el frasco hasta vaciar los senos.
- Al finalizar, coloque unas gotas de leche alrededor de la areola y pezón, esto ayuda a mantener la piel hidratada y prevenir grietas en el pezón.

La madre debe extraerse la leche, con la misma frecuencia con la que amamanta al bebé, esto garantiza que no disminuya la producción de la leche materna.

Al terminar la extracción, se recomiendan algunos ejercicios de estiramiento de muñeca y manos, que pueden evitar el molesto síndrome del túnel del carpo:

- ✓ Con las manos al frente y abiertas, hacer presión con los dedos entre sí, por 15 segundos. Luego juntar ambas manos cerradas y hacer presión por 15 segundos y repetir.

- ✓ Estirar el brazo con la mano y dedos hacia abajo y con la otra mano hacer presión hacia dentro sobre el dorso de la mano por 15 segundos, repetir este ejercicio con la otra mano.
- ✓ Estirar el brazo con la mano y dedos hacia arriba, y con la otra mano levantar los dedos y hacer presión de los dedos hacia el frente por 15 segundos, repetir este ejercicio con la otra mano.⁽³⁷⁾

Pasos clave para extraer leche son:

- Estimular el reflejo de oxitocina, para que la leche fluya.
- Localizar los conductos lácteos.
- Comprimir el pecho sobre los conductos.
- Repetir en todas las partes del pecho.
- La cantidad de leche que se obtiene aumenta con la práctica.

Es necesario que la madre esté tranquila, cómoda y relajada en un lugar adecuado e higiénico, alejado de los baños y con privacidad.

Si la madre está estresada, en ocasiones puede ayudar, que con el apoyo del padre del bebé, un familiar, u otra persona, se practique un masaje suave en la espalda de la madre, iniciando en el cuello, descendiendo lentamente, haciendo presión en forma circular con la yema de los dedos pulgar, a lado y lado de

la columna. También ayuda colocar pañitos de agua tibia sobre los senos y recordar a su bebé.

Importancia para la extracción de la leche materna

La extracción de la leche materna nos permite:

- Almacenarla en el hogar y disponer de ella en caso de separación temporal.
- Para preparar la alimentación complementaria como papillas y purés:
- Almacenarla en el jardín infantil o en el lugar de trabajo.
- Prevenir la congestión mamaria y la mastitis.
- Alimentar al bebé cuando está enfermo, o la madre hospitalizada.
- Donarla a un Banco de Leche Humana

2.2.9 Conservación de la leche materna

Depósito para la conservación de la leche

En frascos de vidrio con tapa rosca de plástico hervidos por 15 minutos. Los frascos se deben marcar con la hora, fecha y nombre del bebé o de la madre, esto facilita que al almacenarla se utilicen los frascos con la leche más antigua. Los frascos pueden ser de 2, 3 o más onzas, esto permite almacenar la cantidad de leche materna que el bebé necesita en cada toma y así evitar el desperdicio. Cada día se deben utilizar

frascos distintos, y no llenar hasta el tope, pues al congelarse, la leche materna se expande y se puede romper el frasco⁽³⁸⁾.

Duración de la leche

El bebé debe consumir la leche extraída tan pronto como sea posible.

Si se almacenan varios recipientes, deben etiquetarse con la fecha de extracción y usarse la leche más antigua primero.

A temperatura ambiente: hasta por 4 horas, dentro de un recipiente tapado, con agua a un nivel que no cubra totalmente el frasco, en un lugar fresco y protegido de la luz.

La congelación destruye los leucocitos y parte de las vitaminas. El contenido en lactoferrina, lisozima, inmunoglobulinas y fracción del complemento C3, después de la congelación durante 3 meses, no se altera. Cuando la leche se congela largo tiempo, puede tener un olor rancio. Esto se debe a la acción de las lipasas y se puede disminuir entibiando la leche antes de congelarla.

La leche materna congelada puede descongelarse lentamente colocando el recipiente en la refrigeradora y usarse dentro de las

24 horas, o en otro recipiente con agua tibia y usarse, dentro de la hora, en cuanto esté tibia.

| CONSERVACION DE LA LECHE MATERNA | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Condición de la leche | Temperatura | Bebe saludable en casa | Bebe enfermo en hospital |
| FRESCA | 25-37° C° | 4 Horas | No se recomienda |
| | 15-25° C° | 8 Horas | 4 Horas |
| | < 15° C° | 24 Horas | 4 Horas |
| REFRIGERADA | 2 - 4° C° | 8 Días | 48 Horas |
| Congelada | Congelador dentro de la refrigeradora | 2 semanas | 2 semanas |
| | Congelador con puertas separadas | 3 meses | 3 meses |
| | Congelador profundo | 6 meses | 3 meses |

- ✓ Para la reconstitución y uso de la leche materna debemos primero dejarla descongelar a temperatura ambiente
- ✓ El calentamiento será sumergiéndolo en agua tibia (baño -maría)⁽³⁹⁾.

Debe administrarse de la siguiente manera: - Con taza y cucharita, colocando a la o el niño en posición semi-sentado. - Tener en cuenta que la o el bebé menor de cuatro (4) meses empuja hacia afuera lo que toca con la lengua, por ello la persona que lo alimenta debe evitar tocar la lengua con la cucharita o la taza. - La leche calentada no debe volver a refrigerarse y se eliminará la leche que no tomó ⁽⁴⁰⁾.

2.2.10 Transporte de leche materna

El transporte de la leche materna fresca, es decir que no ha tenido un proceso de pasteurización, se realiza de manera segura del trabajo al hogar, o del hogar al Jardín Infantil, en un termo o nevera pequeña, con pila o gel refrigerante congelado, para mantener la cadena de frío. Es necesario mantener las pilas y el gel congelados permanentemente (41).

2.3 Definición de términos:

1. **La lactogénesis.** un proceso por el cual las glándulas mamarias comienzan a secretar leche. Incluye los procesos necesarios para transformar las glándulas mamarias inmaduras durante la última fase del embarazo hasta su maduración completa poco después del parto.
2. **La galactopoyesis.** Es la mantención de la producción de leche y ocurre posterior al parto, alrededor del día 9 hasta el principio de la involución de la leche.
3. **Lactancia Materna.** La leche materna es el alimento que recibe el neonato o el lactante y que procede de su madre. Hasta el momento, y en lo que respecta a su composición, la leche materna no ha podido ser igualada por ninguna leche modificada, la leche humana es un compuesto variable y adaptable al niño.

4. **Promoción de la salud:** consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, por lo tanto es la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

CAPITULO III

VARIABLES E HIPOTESIS

3.1 Variables de la investigación

- V1: Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| | DEFINICIÓN CONCEPTUA | DIMENSIÓN | INDICADORES | ESCALA DE MEDICION |
|---|---|--|---|-----------------------|
| Nivel de conocimiento o sobre lactancia materna exclusiva | Es el conjunto de ideas y conceptos adquiridos de forma científica a través del estudio sobre lactancia materna exclusiva, sus beneficios, técnicas de amamantamiento, técnicas de extracción y conservación de la leche materna. | Conocimientos generales lactancia materna exclusiva | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Qué entiende por lactancia materna exclusiva. ✓ Inicio de la lactancia materna su bebé. ✓ Contenido de la leche materna ✓ tiempo de lactancia. ✓ Contenido del calostro | BAJO MEDIO ALTO |
| | | Beneficios de la lactancia materna | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Beneficios para-él-bebe.- ✓ Beneficios para la mamá. ✓ Beneficios en el vínculo madre - hijo. ✓ Beneficios económicos ✓ Beneficios para la salud | BAJO MEDIO ALTO |
| | | Técnica de amamantamiento | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Posición del bebe. ✓ Acoplamiento de la boca con el seno. ✓ Intervalo de amamantamiento. ✓ Tiempo de amamantamiento ✓ Inicio del amamantamiento ✓ Limpieza de los senos ✓ Actividades previas al amamantamiento. ✓ Atención de consecuencias del amamantamiento. | BAJO MEDIO ALTO |
| | | Técnica de extracción de la leche materna | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuando extraer la leche materna. ✓ técnica de extracción manual ✓ frecuencia de extracción. ✓ Condiciones para la extracción. ✓ Importancia de la extracción. | BAJO MEDIO ALTO |
| | | Técnica de conservación de la leche materna | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contenedores ✓ Tiempo de conservación ✓ Reconstitución de la leche antes de administrarla. ✓ Traslado ✓ Administración. | BAJO MEDIO ALTO |

3.4 Hipótesis

La presente investigación es de tipo descriptivo y cuenta con solo una variable por lo que no se plantea una hipótesis

CAPITULO IV

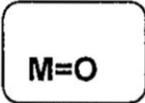
METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativo ya que los datos obtenidos son susceptibles de ser medidos, de corte transversal ya que permitirá mostrar la información obtenida tal y como se encuentra en una realidad, en un espacio y tiempo determinado,

4.2 Diseño de la Investigación

Esta Investigación es no Experimental descriptivo de corte transversal cuyo diseño es:


M=O

Donde:

M = Es la muestra en la que se realizó el estudio

O = La observación relevante sobre los niveles de conocimiento de lactancia materna.

4.3 Población y muestra

Población

Estuvo conformada por las 22 estudiantes-madres de la escuela de enfermería de la Universidad Nacional Del Callao.

Muestra

Estuvo constituida por las 22 madres estudiantes de la escuela de enfermería de la universidad nacional del callao.

4.4 Técnicas e instrumentos

4.1.1 Técnica

Se utilizó la técnica de una encuesta, porque a través de ella podremos obtener información del nivel de conocimientos sobre lactancia materna de las estudiantes de la escuela de enfermería.

4.1.2 Instrumentos

Se aplicó un cuestionario (Anexo3), que consta de 30 preguntas, cuyo tiempo de aplicación fue de 10 -20 minutos esto nos permito medir la variable nivel de conocimientos de las estudiantes - madres de escuela de enfermería. (Luis Alberto García Carrión. 2014)

Se aplicó la escala de estatinos obteniendo nivel de conocimiento Alto (25 – 30 puntos), Medio (20 - 24 puntos) y Bajo (0 – 19puntos)

4.5 Procedimiento de recolección de datos

La aplicación del instrumento se realizó con firma del consentimiento informado por parte de las estudiantes madres de la facultad de ciencias de la salud de la universidad nacional del callao. Siendo aplicado a través de una entrevista estructurada a las estudiantes madres en un tiempo aproximado de 10 - 20 minutos por persona.

Concluida la recolección de datos estos fueron procesados en forma manual mediante el llenado de la hoja maestra de datos previa elaboración de la tabla de codificación de datos.

La aplicación de la encuesta se realizó durante el semestre 2015 II.

4.6 Plan de análisis estadísticos de datos

El procesamiento de datos se realizó mediante la elaboración de una Tabla Matriz, en base al Instrumento diseñado; utilizando para tal fin el Programa Excel 2010 por que proporciona herramientas y funciones eficaces para procesar los datos obtenidos con mayor facilidad.

Para la presentación gráfica de los resultados se empleará: gráficos de Barras

CAPITULO V

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta investigación fueron ordenados, clasificados, codificados y analizados para su presentación mediante cuadros y gráficos expresados en números, porcentajes para la interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico.

TABLA N° 5.1

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA DE LAS ESTUDIANTES-MADRES DE LA ESCUELA
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DEL CALLAO - 2015**

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | % | NUMERO |
|----------------------------------|----------|---------------|
| ALTO | 22.7% | 5 |
| MEDIO | 68.2% | 15 |
| BAJO | 9.1% | 2 |
| Total | 100% | 22 |

Fuente: Encuesta realizada por la Bachiller de UNAC/FCS/EPE.

En la tabla se observa, que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva que prevaleció fue el medio con un 68.2 % de estudiantes madres, seguido del nivel de conocimiento alto con 22.7% y solo un 9.1% quedo con un nivel bajo.

TABLA N° 5.2

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA DE LAS ESTUDIANTES-MADRES DE LA ESCUELA
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DEL CALLAO - 2015, EN LA DIMENSION CONOCIMIENTOS
GENERALES**

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | NUMERO | % |
|----------------------------------|---------------|----------|
| ALTO | 11 | 50.0% |
| MEDIO | 8 | 36.4% |
| BAJO | 3 | 13.6% |
| Total | 22 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada por la Bachiller de UNAC/FCS/EPE.

En la tabla se observa, que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en la dimensión conocimientos generales un 50% alcanzo un nivel alto, un 36.4% alcanzó un nivel medio y un 13.6% alcanzó un nivel bajo.

TABLA N° 5.3

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA DE LAS ESTUDIANTES-MADRES DE LA ESCUELA
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DEL CALLAO - 2015, EN LA DIMENSION BENEFICIOS**

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | NUMERO | % |
|----------------------------------|---------------|----------|
| ALTO | 12 | 54.5% |
| MEDIO | 5 | 22.7% |
| BAJO | 5 | 22.7% |
| Total general | 22 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada por la Bachiller de UNAC/FCS/EPE.

En la tabla se observa, que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en la dimensión beneficios un 54.5% alcanzo un nivel alto, un 22.7% alcanzó un nivel medio y un 22.7% alcanzó un nivel bajo.

TABLA N° 5.4

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA DE LAS ESTUDIANTES-MADRES DE LA ESCUELA
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DEL CALLAO - 2015, EN LA DIMENSION TECNICAS DE
AMAMANTAMIENTO**

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | NUMERO | % |
|----------------------------------|---------------|----------|
| ALTO | 1 | 4.5% |
| MEDIO | 18 | 81.8% |
| BAJO | 3 | 13.6% |
| Total general | 22 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada por la Bachiller de UNAC/FCS/EPE.

En la tabla se observa, que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en la dimensión técnicas de amamantamiento solo un 4.5% alcanzo un nivel alto, un 81.8% alcanzó un nivel medio y un 22.7% alcanzó un nivel bajo.

TABLA N° 5.5

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA DE LAS ESTUDIANTES-MADRES DE LA ESCUELA
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DEL CALLAO - 2015, EN LA DIMENSION EXTRACCION**

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | NUMERO | % |
|----------------------------------|---------------|----------|
| ALTO | 4 | 18.2% |
| MEDIO | 16 | 72.7% |
| BAJO | 2 | 9.1% |
| Total | 22 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada por la Bachiller de UNAC/FCS/EPE.

En la tabla se observa, que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en la dimensión extracción un 18.2% alcanzo un nivel alto, un 72.7% alcanzó un nivel medio y un 9.1% alcanzó un nivel bajo.

TABLA N° 5.6

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA DE LAS ESTUDIANTES-MADRES DE LA ESCUELA
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DEL CALLAO - 2015, EN LA DIMENSION CONSERVACION**

| NIVEL DE CONOCIMIENTO | NUMERO | % |
|----------------------------------|---------------|----------|
| ALTO | 3 | 13.6% |
| MEDIO | 16 | 72.7% |
| BAJO | 3 | 13.6% |
| Total general | 22 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada por la Bachiller de UNAC/FCS/EPE.

En la tabla se observa, que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en la dimensión conservación un 13.6% alcanzo un nivel alto, un 72.7% alcanzó un nivel medio y un 13.6% alcanzó un nivel bajo.

TABLA N° 5.7

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA DE LAS ESTUDIANTES-MADRES DE LA ESCUELA
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL
CALLAO - 2015, EN LA DIMENSION CARACTERISTICAS SOCIALES**

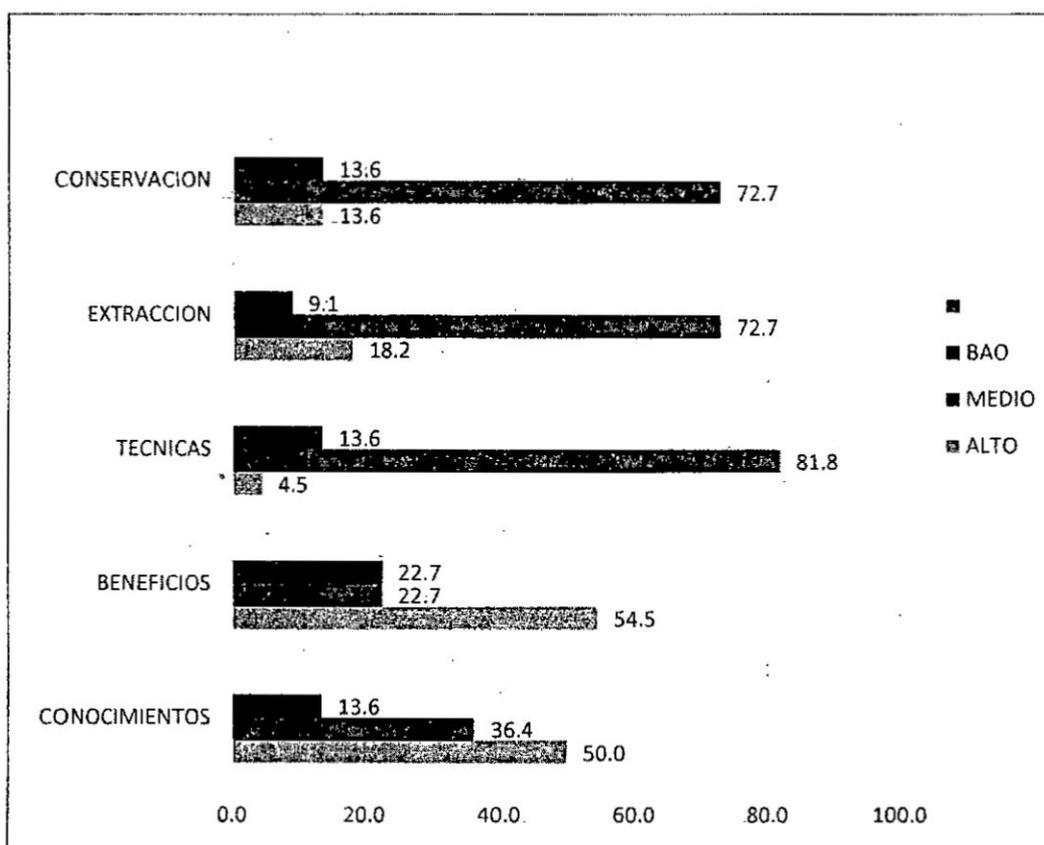
| EDAD | NUMERO | % |
|------------------------|---------------|----------|
| 18-24 | 15 | 68.2 |
| 25-29 | 4 | 18.2 |
| 30-37 | 3 | 13.6 |
| ESTADO CIVIL | | |
| casada | 6 | 27.3 |
| conviviente | 6 | 27.3 |
| soltera | 10 | 45.5 |
| NUMERO DE HIJOS | | |
| 1 | 20 | 90.9 |
| 2 | 2 | 9.1 |

Fuente: Encuesta realizada por la Bachiller de UNAC/FCS/EPE

En la tabla se observa; el grupo atareo que prevaleció fue de 18 a 24 años con un 68.2%, del estado civil de mayor prevalencia fue el de solteras 45.5% y la mayor parte de las estudiantes solo tienen un hijo (90.9%).

GRAFICA N°1

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS ESTUDIANTES-MADRES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO - 2015, SEGÚN SUS DIMENSIONES



Fuente: Encuesta realizada por la Bachiller de UNAC/FCS/EPE.

En el grafico se observa; el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva según dimensiones en porcentajes, que el nivel más alto alcanzado fue la dimensión beneficios con un 54.5% seguido de la dimensión conocimiento con un 50%, en cuanto a las dimensiones técnicas (81.8%), extracción (72.2%) y conservación (72.2%).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados del presente estudio guardan relación con estudios similares, realizados a nivel nacional e internacional, a pesar de los esfuerzos por educar a la población en general sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, vemos como la variedad de factores decrecen las evaluaciones anuales, entre ellos el soporte familiar y la necesidad de trabajo de las madres.

Con respecto al objetivo general, el nivel de conocimientos de las estudiantes madres, presenta un nivel prevalente medio con un 62.2%, seguido de un nivel alto con un 22.7% y un nivel bajo con un 9.1%.

Con respecto al nivel de conocimientos en general otros estudios como el de Susan A. Ojeda, que se encontró un nivel muy pobre y Guerrero con 59% muestran un nivel bajo de conocimiento en madres adolescentes, en la mayoría de casos apenas han terminado la educación básica, resultados diferentes se pueden apreciar como en el estudio de García Carrión en el que la edad prevalente fue de 25 a 29 años, con lo que se obtuvo un nivel de conocimientos medios que alcanzaron el 51.7%, un nivel bajo de 41.7% y nivel alto de 6.7%.

En los tres casos las características que marcaron la diferencia fueron la edad, el estado laboral y el grado de instrucción de las madres una situación muy diferente en nuestra población que son estudiantes de ciencias de la salud y que algunos casos se encuentran culminando la carrera por lo que

encontramos diferencia significativa en el nivel de conocimiento alcanzado siendo el bajo apenas 9.1%.

Con respecto a las objetivos específicos, en la dimensión definición se encontró que un 50% obtuvo un nivel alto, mientras que un 36.4% obtuvo un nivel medio y un 13.6% un nivel bajo, resultados similares se encontraron el estudio realizado por García Carrión quien encontró un 25.7 de conocimiento alto, un 61.7% medio y un 13.3% bajo, con respecto a conceptos básicos sobre lactancia materna exclusiva.

El conocimiento de los conceptos básicos de la lactancia materna exclusiva son la base, para que padres y familia cumplan con lo establecido y se obtenga los resultaos esperados

Con respecto a la dimensión beneficios obtuvimos un 54.4% como alto, 22.7 como medio y bajo en cuanto al conocimiento sobre beneficios de la lactancia materna, un resultado muy diferente al de Raúl Alvares, el encontró que un 63.3% de madres no cree que haya influencias en la salud de sus hijos y apenas un 26.7 considera muy beneficioso la lactancia materna exclusiva.

Los beneficios de la lactancia materna son diversos y para todos los miembros de la familia, desde el punto de la salud de la madre y niño, afectivo y económico, por ello deben tomarse en cuenta así podrá realizarse con mejor predisposición.

En cuanto a la dimensión técnicas de amamantamiento encontramos que un 4.5% obtuvo un nivel de conocimientos alto, el 81.8% un nivel medio y el 13.6% un nivel bajo, similar a este resultado lo obtuvo Elsa Palacios en su estudio pudo determinar que el mayor porcentaje de madres obtuvo un nivel regular y practicas adecuadas de lactancia materna.

Siendo las practicas o técnicas de amamantamiento de suma importancia para evitar posibles complicaciones anatómicas y ergonómicas a la madre, con su aplicación correcta se cumplirá el objetivo de hacer de la lactancia un momento placentero para la madre y el niño reforzando los lasos afectivos.

En la dimensión extracción, encontramos que el 18.2% obtuvo un nivel alto, un 72.2% un nivel medio y un 9.1% bajo, similar al estudio de García Carrión que obtuvo un 60% de madres con conocimiento medio al aspecto y apenas un 10% bajo y 30% alto respecto al tema. En el estudio de Raúl Alvares un 26.7% de las madres consideraron como una opción la extracción de la leche materna; el 73.3% prefiere optar por los sucedáneos. En esta dimensión podemos observar que si bien se obtuvo un buen porcentaje en la dimensión definiciones, aquí el nivel medio es predominante, además de que al conversar con las estudiantes madres muy pocas han tenido la experiencia de realizar la extracción manual.

En cuanto a la dimensión conservación de la leche materna los estudiantes madres alcanzaron un 13.6% un nivel alto, 72.7% un nivel medio y un 13.6% un nivel bajo, al respecto no se encontraron estudios

similares pero los resultados no son del todo alentadores ya que estamos hablando de estudiantes de enfermería, las mismas que realizan el trabajo de promoción de salud y se encargan de inculcar estos conocimientos a las madres.

Actualmente se realizan diversos eventos que resaltan la importancia de promover el cumplimiento eficaz de la lactancia materna exclusiva, como primera medida de prevención de enfermedades y como un factor muy determinante de la salud de la población, los diferentes entes gubernamentales como institucionales están trabajando para que los últimos índices nacionales se puedan recuperar.

Después de discutir los resultados encontrados en el presente estudio, se puede evidenciar una de las causas de la disminución de las estadísticas en cuanto al cumplimiento de la lactancia materna exclusiva en la actualidad, ya que al ser futuros profesionales de salud es mayor nuestra responsabilidad de cumplir con lo que pretendemos que la población cumpla.

Por otro lado la promoción de salud es muy importante y siendo las estudiantes madres futuras profesionales que tendrá la responsabilidad desde cualquiera de sus campos de acción ejercerla, es de vital importancia que teniendo la oportunidad puedan poner en práctica las técnicas y así puedan empatizar con mayor facilidad todas las posibles complicaciones del caso, pudiendo tener una mejor llegada a las madres, internalizando el

conocimiento y como resultado las practicas adecuadas en cuanto lactancia materna exclusiva.

CONCLUSIONES

- a) Con respecto al el nivel de conocimientos de las estudiantes madres se concluye que, un 9.1% presento nivel bajo, el 22.7% un nivel alto y en un mayor porcentaje de 62.2% un nivel medio.
- b) En la dimensión conocimientos generales se concluye que un 50% presenta un nivel alto, mientras que un 36.4% presenta un nivel medio y un 13.6% un nivel bajo.
- c) Con respecto a la dimensión beneficios se concluye que un 54.4% presenta un nivel alto, el 22.7% presenta un nivel medio y 22.7% presenta un nivel bajo
- d) En cuanto a la dimensión técnicas de amamantamiento se concluye que un 4.5% presenta un nivel de conocimientos alto, el 81.8% presenta un nivel medio y el 13.6% presenta un nivel bajo.
- e) En cuanto a la dimensión extracción de la leche materna se concluye que un 18.2% presenta un nivel de conocimientos alto, el 72.7% presenta un nivel medio y el 9.1% presenta un nivel bajo.
- f) En cuanto a la dimensión conservación de la leche materna se concluye que un 13.6% presenta un nivel de conocimientos alto, el 72.2% presenta un nivel medio y el 13.6% presenta un nivel bajo.
- g) En relación a los datos generales de las encuestadas, la edad que predominaron fueron de 18 a 24 con un 68.2%, en el estado civil predominaron las solteras con un 45.5% y el número de hijos 1 con 90.9%.

RECOMENDACIONES

- a) A la institución promover la identidad con la profesión, con el fin de cumplir a cabalidad lo que nuestra profesión demanda no por obligación sino por vocación.
- b) Crear espacios en los que se puedan realizar este tipo de prácticas a un nivel más personal, creando nuevas experiencias que enriquezcan la parte humana del futuro profesional.
- c) A las estudiantes – madres y estudiantes en general, poner en práctica el conocimiento que a lo largo de nuestra formación se va adquiriendo no solo para con los demás sino para con nosotros mismos, de manera que podamos obtener experiencias personales que nos pondrán en el lugar de los pacientes, esto nos permitirá cuestionar y mejorar parte de lo que desarrollamos.
- d) A los investigadores similares al presente trabajo de investigación acerca de la aplicación a nivel personal de conocimiento adquiridos en la formación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP) (2013). Cuaderno sobre poblaciones vulnerables n° 10 - Lactancia materna.
2. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP) (2012). Informe anual lactarios.
3. THE LANCET (2008) Desnutrición materno infantil. pp.243 - 260 En: The lancet N° 9608, 19 de enero (consulta en noviembre 2014). ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61690-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61690-0/fulltext)).
4. UNICEF - OMS (2010) Lactancia materna/nutrición (consultada agosto 2015) http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
5. UNICEF-ENDES (2014). Estado mundial de la infancia. (consultada agosto 2015) <http://proexpansion.com/en/articles/417>.
6. INEI - Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar (ENDES).(2014) Lactancia y nutrición de niñas niños y madres. pp 282.
7. INEI - Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar (ENDES).(2013). Indicadores de resultados de los programas estratégicos. pp 19-20.
8. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP) (2013). Cuaderno sobre poblaciones vulnerables n° 10 - Lactancia materna. p 4.
9. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP) (2013). Cuaderno sobre poblaciones vulnerables n° 10 - Lactancia materna. p 5.

10. ARISTIZÁBAL G, Blanco D, SÁNCHEZ A, Ostiguín R. **El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión.** Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2011; 8 (4): 16-23.
11. OJEDA Susana A.; MEJIAS Yamilex E.; RAMIREZ C. Odalis (2014); **"Caracterización de factores que inciden en el abandono de la lactancia materna exclusiva"**[Tesis]. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. CUBA 2014
12. PAHURA, Antonella. **Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial.** [Tesis]. Argentina. Universidad abierta interamericana.2013
13. GUERRERO, Jorge L. VERA C., Jorge E. **Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes.** [Tesis]. Universidad del Azuay .Ecuador. 2013
14. FRANCO S. José , ROA MORENO Betsabé, y otros. **Conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas que acudieron a consulta prenatal. Hospital. Dr. Patrocinino Peñuela Ruiz. San Cristóbal,** [Tesis]. Universidad de Los Andes, estado Táchira. Venezuela 2014
15. GARCÍA CARRIÓN, Luis Alberto. **Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo bajo, lima enero 2015.** [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. PERU 2015
16. VELÁSQUEZ HURTADO José Enrique, SOLÍS ALCEDO Lucía; **Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en**

- áreas con pobreza extrema del Perú, 2012** . *Rev. Perú. med. exp. salud pública* [online]. 2014, vol.31, n.2, pp. 243-253. ISSN 1726-4634.. 2014 disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342014000200008&script=sci_abstract
17. SÁNCHEZ SÁNCHEZ, Edinson Genaro. **Percepciones paternas sobre la lactancia materna en el niño(a) menor de 2 años de algunos centros poblados de la región Callao - 2012**. [Tesis]. 2014
 18. PALACIOS C. Elsa L.. **Conocimientos y prácticas de la lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al centro de salud Coishco - Ancash , 2012**. Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote. [Tesis]. 2015
 19. GARCÍA A. Epistemología [libro electrónico]. México: Palibrio; 2015. [Citado el 12 de enero del 2016] Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=8tgYCAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=epistemologia+teoria+del+conocimiento&hl=es-419&sa=X&ved=0CC0Q6AEwA2oVChMIqLSjpZ_xxgIVAhaQCh3gVQyx#v=onepage&q=epistemologia%20teoria%20del%20conocimiento&f=false
 20. SANTIAGO T. *Función y Crítica de la Guerra en la Filosofía de I. Kant*. 1ª ed. Universidad Autónoma Metropolitana editor; México: Anthropos Editorial; 2004.
 21. UNICEF- 2005- *Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna*. Venezuela pp .4.
 22. PREVENCIÓN SALUD (2013). *Lactancia materna*. Ene 06; Argentina (consultado en noviembre 2015)

- <http://www.prevencionsalud.com.ar/futura-mama/Lactancia-materna-65#.V4ZfJ-vhDIU>.
23. UNICEF- 2005- Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. Venezuela pp .7.
 24. MINISTERIO DE SALUD - CHILE (2010) .Manual de lactancia materna. RS N°109 MARZ 02. pp 87
 25. MINISTERIO DE SALUD - CHILE (2010) .Manual de lactancia materna. RS N°109 MARZ 02. pp 96
 26. UNICEF- 2005- Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. Venezuela pp .4.
 27. MINISTERIO DE SALUD (MINSA). (2010) . Cartilla informativa - cumplamos los diez pasos.
 28. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. (2011). Situación de la lactancia. Perú.
 29. ROTAFOLIO MINSA NUTRIWAWA (2015). Rotafolió de uso para el personal de salud. Perú.
 30. GOBIERNO DE LA RIOJA. 2010 Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. España
 31. Decreto Supremo N° 009-2006-MIMDES, publicado el 25 de Agosto del 2006, en el Diario Oficial "El Peruano", que contiene las características mínimas que debe reunir un lactario.
 32. UNICEF-MINSA. 2012. Cartilla lactancia, implementación de lactarios. Perú. (consultado en noviembre 2015)
<http://www.unicef.org/peru/spanish/lactanciartilla.pdf>

33. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. 2014. Expo-motivos decreto supremo 006-2006 Lactarios. Comisión de Supervisión Multisectorial. Perú.
34. MINISTERIO DE TRABAJO Y PROMOCIÓN DEL EMPLEO. 2013 Artículo 9 DS 009-2006-MIMP. Perú.
35. UNICEF- 2005- Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. Venezuela pp .10.
36. UNICEF- 2005- Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. Venezuela pp .8.
37. HOSPITAL DE YOPAL. 2012. Extracción de la leche materna (visitado en noviembre 2015) <http://www.hospitaldeyopal.gov.co/es/novedades/noticias/15910-noticias>.
38. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. 2009. Manual para la extracción, conservación, transporte y suministro de la leche materna. Colombia.
39. MINISTERIO DE SALUD. 2012. Díptico extracción de la leche materna. Perú
40. MINISTERIO DE SALUD. 2015 Guía técnica para la consejería en lactancia materna. Perú.
41. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. 2009. Manual para la extracción, conservación, transporte y suministro de la leche materna. Colombia.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Consentimiento informado

Anexo 4: Instrumento - Cuestionario

Anexo 5: Escala de valoración

**ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

“Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes madres de Escuela Profesional De Enfermería De La Universidad Nacional Del Callao, 2015”

| PROBLEMA | OBJETIVOS | DIMENSIONES | INDICADORES | METODOLOGÍA | POBLACION Y MUESTRA | TÉCNICAS E INSTRUMENTO | PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>GENERAL ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de la Universidad Nacional Del Callao - 2015?</p> <p>ESPECÍFICOS ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre beneficios de la lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao - 2015?</p> | <p>GENERAL Identificar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao 2015.</p> <p>ESPECÍFICOS: Identificar nivel de conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao 2015.</p> | <p>Conocimientos generales lactancia materna exclusiva</p> <p>Beneficios de la lactancia materna</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Qué entiende por lactancia materna exclusiva. • Inicio de la lactancia materna su bebé. • Contenido de la leche materna • tiempo de lactancia. • Contenido del calostro • Beneficios para él bebe. • Beneficios para la mamá. • Beneficios en el vínculo madre - hijo. • Beneficios económicos • Beneficios para la salud | <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: La presente investigación será de tipo cuantitativo de corte transversal</p> <p>DISEÑO METODOLÓGICO: El estudio de investigación es no experimental descriptivo de corte transversal</p> | <p>POBLACION Está conformada por las 22 estudiantes-madres de la escuela de enfermería de la Universidad Nacional Del Callao.</p> <p>Muestra Estará constituida por las 22 madres estudiantes de la escuela de</p> | <p>TÉCNICA Se utilizará la técnica de una encuesta, porque a través de ella podremos obtener información del nivel de conocimientos sobre lactancia materna de las estudiantes de la escuela de enfermería.</p> | <p>se aplicará la estadística descriptiva, mediante la elaboración de una Tabla Matriz, en base al Instrumento diseñado; utilizando para tal fin el Programa Excel 2010.</p> |

| ROBLEMA | OBJETIVOS | DIMENSIONES | INDICADORES | METODOLOGÍA | POBLACION Y MUESTRA | TÉCNICAS E INSTRUMENTO | PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS |
|--|---|--|---|--|--|---|--|
| <p>¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre técnicas de amamantamiento de la lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao - 2015?</p> | <p>Identificar nivel de conocimientos sobre las técnicas de amamantamiento de la materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao 2015.</p> | <p>Técnica de amamantamiento</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Posición del bebe. • Acoplamiento de la boca con el seno. • Intervalo de amamantamiento. • Tiempo de amamantamiento • Inicio del amamantamiento • Limpieza de los senos • Actividades previas al amamantamiento. • Atención de consecuencias del amamantamiento. | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">M = O</div> <p>M = Es la muestra en la que se realizó el estudio</p> <p>O = La observación relevante sobre los niveles de lactancia materna</p> | <p>Enfermería de la universidad nacional del callao.</p> | <p>INSTRUMENTO</p> <p>Se aplicará un cuestionario (Anexo 3), que consta de 30 preguntas, cuyo tiempo de aplicación será de 15 -20 minutos esto nos permitirá medir la variable nivel de conocimientos de las estudiantes - madres de escuela de enfermería, y una escala de valoración para medir la variable nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.</p> <p>el cuestionario cuenta con 4 alternativas de respuesta y una sola respuesta correcta, que aborda las 4 dimensiones del tema de investigación</p> | <p>El análisis se realizará a través del SPSS donde se diseñarán tablas y cuadros para recoger la información.</p> |
| <p>¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre técnicas de extracción de la lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao - 2015?</p> | <p>Identificar el nivel de conocimientos sobre las técnicas de extracción de la materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao 2015.</p> | <p>Técnica de extracción de la leche materna</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Cuando extraer la leche materna. • técnica de extracción manual • frecuencia de extracción. • Condiciones para la extracción. • Importancia de la extracción. | | | | |
| <p>¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre técnicas de conservación de la lactancia materna exclusiva de las estudiantes-madres de la escuela Profesional De Enfermería de la Universidad Nacional Del Callao - 2015?</p> | <p>Identificar el nivel de conocimientos sobre las técnicas de conservación de la materna exclusiva de las estudiantes-madres de la Escuela Profesional De Enfermería de La Universidad Nacional Del Callao 2015.</p> | <p>Técnica de conservación de la leche materna</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Contenedores • Tiempo de conservación • Reconstitución de la leche antes de administrarla. • Traslado • Administración. | | | | |

ANEXO 3

CUESTIONARIO

Estimada madre de familia

El presente cuestionario es el instrumento de medición del trabajo de investigación titulado " Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las estudiantes madres Escuela Profesional De Enfermería de la Universidad Nacional del callao 2015". Por ello, solicito su colaboración con el llenado del presente cuestionario, que es de carácter anónimo.

Agradezco su colaboración y solicito la mayor sinceridad y veracidad.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad que tiene Ud.: ----- años.
2. Edad que tiene su niño: ----- meses.
3. Número de hijos: -----
 - a. Estado Civil: Soltera (..) Casada (..) Conviviente()

Conteste el cuestionario marcando las respuesta que usted considere la correcta con una aspa (X).

1. ¿Qué entiende por lactancia materna exclusiva?
 - a) Es dar a su bebé sólo leche materna de día y de noche por 6 meses
 - b) Es dar a su bebé leche materna más agüitas por 6 meses
 - c) Es dar a su bebé leche materna más leche de tarro por 6 meses
 - d) Es dar a su bebé leche materna más purés.

2. ¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna su bebé?
 - a) A las 4 horas de nacido
 - b) Inmediatamente después del parto
 - c) A las 24 horas de nacido
 - d) Cuando el bebe llore de hambre por primera vez....

3. El calostro (primera leche) es:
 - a) Un líquido segregado por las glándulas mamarias durante el embarazo y los primeros 5 días después del parto
 - b) Un líquido blanquecino que aparece después del embarazo
 - c) La composición de la leche materna
 - d) Es un líquido segregado por las glándulas mamarias a partir de la tercera semana luego del parto

4. ¿Conoce que contiene la leche materna?
 - a) Proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua.
 - b) Grasas, proteínas y agua
 - c) Solo agua, vitaminas y minerales
 - d) No tengo conocimiento del tema

5. ¿Hasta qué edad es recomendable continuar dándole de lactar a su bebé?
 - a) Hasta los 2 años
 - b) Hasta los 6 meses
 - c) Hasta los 12 meses
 - d) Hasta que ya no tenga más leche

6. ¿Por qué cree que es importante para su niño la lactancia materna?
 - a) Porque lo protege de enfermedades digestivas, respiratorias, infecciones de oído y alergias.
 - b) Porque se asegura un crecimiento normal y saludable para el bebé.
 - c) Porque se asegura que el niño tenga una mejor capacidad de aprendizaje en el futuro.
 - d) Todas las anteriores.

7. ¿Puede decirme las razones porque la lactancia materna es buena para la mamá?
 - a) El útero se acomoda más rápido y hay menos hemorragia post-parto
 - b) Hay menos riesgos de adquirir cáncer de senos y ovarios
 - c) Evita la hinchazón y dolor de los pechos
 - d) Todas las anteriores

8. La lactancia materna favorece el vínculo afectivo madre- hijo proporcionando:
 - a) Seguridad al bebé ya que se siente protegido por su madre.
 - b) Ambos sienten satisfacción y gozo en cada mamada.
 - c) Se estimula el amor en el niño, desarrollando la confianza y el apego.
 - d) Todas las anteriores.

9. ¿Qué beneficios económicos tiene la lactancia materna?
 - a) El niño se enferma menos y se gasta menos dinero en medicinas.
 - b) No se gasta dinero en otras leches suplementarias
 - c) Las dos anteriores
 - d) No tengo conocimiento del tema

10. Si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea:
 - a) Le suspende la lactancia materna
 - b) Le da panetela y otras agüitas
 - c) Le da lactancia materna más suero oral
 - d) Le daría pecho con mayor frecuencia.

- 11.Cuál es la posición correcta del bebe al seno?
 - a) Tomar al niño en los brazos y pegarlo al abdomen de la madre
 - b) Agarrar el seno y estimular los labios del bebé para que abra la boca
 - c) Introducir en la boca del niño el pezón y gran parte de la areola
 - d) Todas son correctas

12. ¿Cuál es la posición correcta del acoplamiento de la boca del niño al seno de la madre?
- a) La boca del bebé debe estar bien abierta para que gran parte de la areola entre en ella y el pezón quede centrado dentro de su boca con la barbilla tocando el pecho y apartando la nariz
 - b) La boca del bebé debe estar semi-abierta para que entre en ella solo el pezón
 - c) La boca del bebé debe estar cerrada y se debe introducir solo el pezón
 - d) No tengo conocimiento del tema
13. ¿Cada qué tiempo debe de dar de mamar a su bebe?
- a) Cada 3 horas
 - b) Cada 4 horas
 - c) A libre demanda
 - d) Cada hora
14. ¿Cuánto tiempo debe tomar de cada pecho el bebé?
- a) 05 minutos por cada pecho
 - b) De 10 a 15 minutos por cada pecho
 - c) De 20 a 25 minutos por cada pecho
 - d) 30 minutos por cada pecho
15. ¿Cómo se sabe por qué pecho hay que empezar a dar de lactar después de que el bebé ya lactó por primera vez en el día?
- a) Empezará de dar de lactar por cualquier seno
 - b) Iniciará con el seno que en la mamada anterior se dio al final
 - c) Iniciará con el seno que en la mamada anterior se dio al inicio.
 - d) Empezará a dar de lactar por el seno que esté más lleno.
16. ¿Cómo debe limpiarse los senos?
- a) Lavar los pezones con jabón o champú
 - b) Bañarse diariamente es suficiente
 - c) Desinfectar con alcohol los pezones.
 - d) No es necesario limpiarlos.
17. ¿Qué debe hacer antes de dar de lactar a su niño?
- a) Consumir una buena alimentación
 - b) Lavarse las manos con jabón y agua ,suavizar los senos con leche materna
 - c) Dormir una o dos horas para que se relaje
 - d) Tomar bastante agua
18. ¿En caso de pezones agrietados (con heridas) que considera usted que debería hacer?
- a) Lavarse los pezones diariamente con agua tibia y jabón.
 - b) Echar alcohol
 - c) Aplicar un poco de leche materna luego de amamantar, dejar secar por 5 minutos.

- d) a + c
19. ¿Cuál es el problema más frecuente que se presenta cuando no hay una adecuada técnica de amamantamiento?
- a) Heridas en los pezones
 - b) Pezones adoloridos
 - c) Conductos obstruidos
 - d) Todas las anteriores
20. ¿Cuál es el problema más frecuente que se presenta en la madre cuando el niño no se ha puesto a mamar desde el nacimiento y que no mama a demanda?
- a) Mastitis (infección a las mamas)
 - b) Ingurgitación mamaria
 - c) Dolor y fiebre
 - d) No tengo conocimiento del tema
21. Si usted trabajara o estuviera fuera de casa ¿Cómo debe de alimentar al bebé?
- a) Tendría que darle leche artificial.
 - b) Le daría leche materna mientras esté con él y leche artificial cuando se separe de él.
 - c) Tendría que darle leche materna
 - d) Tendría que darle leche de tarro en biberón.
22. ¿Sabe Ud. cómo se realiza la extracción de leche materna?
- a) Se extrae con la pezonera
 - b) Se inicia con masajes colocando la mano en forma de "C" empujando los dedos pulgar e índice hacia el tórax
 - c) Consiste en presionar el seno fuertemente hasta que salga leche
 - d) Todas las anteriores
23. ¿Cuál es la frecuencia con la que debe realizarse la extracción de la leche materna?
- a. Cuando los senos estén llenos
 - b. Con la frecuencia con la mama él bebe
 - c. Cuando tenga tiempo
 - d. Cuando ya no aguante más la congestión mamaria.
24. Las condiciones que debemos tener en cuenta para extraer la leche son
- a. Higiene y tranquilidad
 - b. Tranquilidad y privacidad
 - c. Higiene
 - d. Higiene, tranquilidad y privacidad
25. La extracción de la leche materna es importante por
- a. Nos ayuda a cumplir con LME
 - b. Podemos donar la LM

- c. Descongestiona los senos
 - d. A y C
26. ¿Cómo se debe almacenar la leche materna extraída?
- a) En recipientes de vidrio con tapa
 - b) En botellas de plástico con tapa
 - c) En una jarra fuera del refrigerador
 - d) En cualquier recipiente y lugar.
27. La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:
- a) 2 -4 horas
 - b) 8 - 12 horas
 - c) 24 horas
 - d) 48 horas
28. ¿Cómo debe trasladarse LM?
- a. En un cooler
 - b. En la cartera
 - c. En un taper
 - d. En la manos.
29. ¿Cómo se debe calentar la leche extraída?
- a) En el horno microondas
 - b) A fuego directo en la cocina
 - c) En un recipiente con agua caliente (baño maría)
 - d) No tengo conocimiento del tema
30. ¿Cómo debe administrarse la LM?
- a) Biberón
 - b) Cuchara.
 - c) Sorbete
 - d) Jeringa

ANEXO 5

ESCALAS DE CLASIFICACION DE LOS PUNTAJES DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN TÉCNICA DE ESTANINO

Para clasificar el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre lactancia materna exclusiva, se utilizó la escala de estatinos cuya fórmula es:

$$A = \text{MEDIA} \pm 0.75 * \text{DESV. EST}$$

Para hallar las mediciones se aplicó la fórmula y se obtuvieron los siguientes valores de A y B:

PUNTOS DE CORTE:

CONOCIMIENTO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

| | |
|------------|-------|
| N Válidos | 30 |
| N Perdidos | 0 |
| Media | 22.36 |
| Desv. típ. | 2.66 |

$$A = \text{MEDIA} - 0.75 * \text{DESV. EST}$$

$$A = 22.3 - 0.75 * 4.0$$

$$A = 25$$

$$B = \text{MEDIA} + 0.75 * \text{DESV. EST}$$

$$B = 22.3.6 + 0.75 * 4.0$$

$$B = 30$$

| ESCALA | CLASIFICACIÓN |
|---------|---------------|
| 25 A 30 | ALTO |
| 20 A 24 | MEDIO |
| 0 A 19 | BAJO |

**ESCALAS DE CLASIFICACION DE LAS DIMENSIONES DE
CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN
TECNICA DE ESTANINO**

| | Definición de Lactancia Materna | Beneficios de Lactancia Materna | Técnica de Amamanta miento | Extracción Leche Materna | Conservaci ón de la leche materna |
|-------------------|--|--|---|---|--|
| N Válidos | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| N Perdidos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Media | 4.32 | 4.14 | 6.86 | 3.50 | 3.55 |
| Desv. típ. | 0.84 | 0.84 | 1.70 | 1.14 | 0.21 |

DETERMINACIÓN DE LOS PUNTOS DE CORTE

$A = \text{MEDIA} - 0.75 * \text{DESV.EST}$

$B = \text{MEDIA} + 0.75 * \text{DESV.EST}$

DIMENSION DEFINICION:

$A = \text{MEDIA} - 0.75 * \text{DESV.EST}$

$A = 4.32 - 0.75 * 0.8$

$A = 4$

$B = \text{MEDIA} + 0.75 * \text{DESV.EST}$

$B = 4.32 + 0.75 * 0.8$

$B = 4$

| ESCALA | CLASIFICACIÓN |
|---------------|----------------------|
| 5 | ALTO |
| 4 | MEDIO |
| 0 A 3 | BAJO |

DIMENSION BENEFICIOS:

$$A = \text{MEDIA} - 0.75 * \text{DESV.EST}$$

$$A = 4.14 - 0.75 * 0.8$$

$$A = 3$$

$$B = \text{MEDIA} + 0.75 * \text{DESV.EST}$$

$$B = 4.14 + 0.75 * 0.8$$

$$B = 4$$

| ESCALA | CLASIFICACIÓN |
|--------|---------------|
| 5 | ALTO |
| 4 | MEDIO |
| 0 A 3 | BAJO |

DIMENSION TECNICA DE AMAMANTAMIENTO:

$$A = \text{MEDIA} - 0.75 * \text{DESV.EST}$$

$$A = 6.86 - 0.75 * 1.7$$

$$A = 6$$

$$B = \text{MEDIA} + 0.75 * \text{DESV.EST}$$

$$B = 6.86 + 0.75 * 1.7$$

$$B = 8$$

| ESCALA | CLASIFICACIÓN |
|--------|---------------|
| 9 A 10 | ALTO |
| 6 A 8 | MEDIO |
| 0 A 5 | BAJO |

DIMENSION EXTRACCION MANUAL

$$A = \text{MEDIA} - 0.75 * \text{DESV.EST}$$

$$A = 3.5 - 0.75 * 1.1$$

$$A = 2$$

$$B = \text{MEDIA} + 0.75 * \text{DESV.EST}$$

$$B = 3.5 + 0.75 * 1.1$$

$$B = 3$$

| ESCALA | CLASIFICACIÓN |
|--------|---------------|
| 5 | ALTO |
| 2 A 4 | MEDIO |
| 0 A 1 | BAJO |

DIMENSION CONSERVACION DE LA LECHE MATERNA

$$A = \text{MEDIA} - 0.75 * \text{DESV.EST}$$

$$A = 3.5 - 0.75 * 0.2$$

$$A = 3$$

$$B = \text{MEDIA} + 0.75 * \text{DESV.EST}$$

$$B = 3.5 + 0.75 * 0.2$$

$$B = 4$$

| ESCALA | CLASIFICACIÓN |
|--------|---------------|
| 5 | ALTO |
| 3 A 4 | MEDIO |
| 0 A 2 | BAJO |