

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA INTERRUPCIÓN DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS DE 6 MESES ATENDIDOS
EN EL CENTRO DE SALUD SANGARARÁ. COMAS. 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL
NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA**

AUTORES:

PAOLA JESÚS YACTAYO VELASQUEZ

ANA ROSA NOLE PORTUGUEZ

Callao - 2019

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- | | |
|---------------------------------|------------|
| • DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO | PRESIDENTA |
| • MG. MARIA CELINA HUAMÁN MEJÍA | SECRETARIA |
| • DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER | VOCAL |

ASESOR: MG.BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 161

Fecha de Aprobacion de Tesis : 06/12/2019

Resolución de Decanato N° 393-2019-D/FCS, de fecha 04 de Diciembre del 2019, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de investigación a nuestras familias por su apoyo incondicional, paciencia.

A nuestras hijas por ser nuestra motivación constante para lograr superarnos día a día.

A mi madre que desde el cielo guía y protege constantemente.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concedernos serenidad y fortaleza todo momento.

A nuestras familias que nos han brindado su apoyo y motivación en nuestra formación académica.

A nuestros estimados docentes, por impartirnos sus grandes conocimientos,

Finalmente, un profundo agradecimiento a la nuestra alma mater Universidad Nacional del Callao.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 8 |
| 1.1 Descripción de la realidad problemática | 8 |
| 1.2 Formulación del Problema | 11 |
| 1.2.1 Problema General | 11 |
| 1.2.2 Problemas Específicos | 11 |
| 1.3 Objetivos | 11 |
| 1.3.1 Objetivo General | 11 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos | 12 |
| 1.4 Limitantes de la investigación | 12 |
| 1.4.1 Limitante teórico | 12 |
| 1.4.2 Limitante temporal | 12 |
| 1.4.3 Limitante espacial | 12 |
| II. MARCO TEÓRICO | 13 |
| 2.1 Antecedentes | 13 |
| 2.1.1 Antecedentes Internacionales | 13 |
| 2.1.2 Antecedentes Nacionales | 15 |
| 2.2 Base Teórica | 19 |
| 2.3 Base Conceptual | 19 |
| 2.4 Definición de términos básicos | 88 |
| III. HIPÓTESIS Y VARIABLES | 89 |
| 3.1 Hipótesis | 89 |
| 3.1.1 Hipótesis General | 89 |
| 3.2 Definición conceptual de variables | 89 |
| 3.3 Operacionalización de variables | 91 |
| IV. DISEÑO METODOLÓGICO | 92 |
| 4.1 Tipo y diseño de la de Investigación | 92 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 4.1.1 | Tipo de la Investigación | 92 |
| 4.1.2 | Diseño de la Investigación | 92 |
| 4.2 | Método de investigación | 92 |
| 4.3 | Población y muestra | 93 |
| 4.3.1 | Población | 93 |
| 4.3.2 | Muestra | 93 |
| 4.3.3 | Criterios de Inclusión | 93 |
| 4.3.4 | Criterios de Exclusión | 93 |
| 4.4 | Lugar del estudio y periodo desarrollado | 93 |
| 4.5 | Técnicas e Instrumentos para recolección de la información | 93 |
| V. | RESULTADOS | 94 |
| 5.1 | Resultados Descriptivos | 94 |
| VI. | DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 98 |
| 6.1 | Contrastación de la hipótesis | 98 |
| 6.2 | Contrastación de los resultados con estudios similares | 98 |
| 6.3 | Responsabilidad ética | 100 |
| | CONCLUSIONES | 101 |
| | RECOMENDACIONES | 102 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 103 |
| | ANEXOS | 105 |
| | Anexo 1: Matriz de consistencia | |
| | Anexo 2: Instrumentos validados | |
| | Anexo 3: Consentimiento informado | |
| | Anexo 4: Base de datos | |
| | Anexo 5: Graficas | |

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

| TABLA | | PAG. |
|-------|--|------|
| 5.1 | Distribución de las madres de los niños de 6 meses según la edad, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019. | 94 |
| 5.2 | Distribución de las madres de los niños de 6 meses según estado civil de, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019. | 95 |
| 5.3 | Distribución de las madres de los niños de 6 meses según grado de instrucción, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019 | 95 |
| 5.4 | Distribución de las madres de los niños de 6 meses según el lugar del parto, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019 | 96 |
| 5.5 | Distribución de las madres de los niños de 6 meses cantidad de hijos, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019. | 96 |
| 5.6 | Distribución de los resultados según la dimensión Factores maternos de los niños de 6 meses, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019. | 97 |
| 5.7 | Distribución de los resultados según la dimensión Factores maternos de los niños de 6 meses, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019. | 98 |

ÍNDICE DE FIGURAS DE CONTENIDO

| GRAFICA | | PAG. |
|---------|--|------|
| 01 | Distribución de las madres de los niños de 6 meses según la edad, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019. | 111 |
| 02 | Distribución de las madres de los niños de 6 meses según estado civil, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019 | 111 |
| 03 | Distribución de las madres de los niños de 6 meses según grado de instrucción, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019 | 112 |
| 04 | Distribución de las madres de los niños de 6 meses según el lugar del parto, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019. | 112 |
| 05 | Distribución de las madres de los niños de 6 meses cantidad de hijos, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019 | 113 |
| 06 | Distribución de los resultados según la dimensión Factores maternos de los niños de 6 meses, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019. | 113 |
| 07 | Distribución de los resultados según la dimensión Factores maternos de los niños de 6 meses, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019. | 114 |

RESUMEN

OBJETIVO determinar los factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara -Comas.

METODODOLIGIA la investigación correspondió a una investigación descriptiva simple; con enfoque cuantitativo, según el tiempo fue prospectivo. Y la forma de recolección de datos fue de corte transversal.

RESULTADO; la investigación identificó dos factores el facto materno el cual abarco los siguientes indicadores como edad, grado de instrucción, ámbito laboral, creencias, paridad, tipo de parto y el otro factor es la alimentación que se le brindo al recién nacido en la primera hora de vida.

En los factores maternos que intervienen en la interrupción de la lactancia materna se encontró como indicador más altos fue la paridad de la madre con un 60%, el tipo de parto siendo “cesárea” 60%, la relación entre ambos es ser una madre primeriza e inexperta en lactancia materna exclusiva provoco que ya no hubiese la buena adherencia de esta, el tipo de parto por cesárea retrasa la producción de leche materna y la hace optar por dar formula.

CONCLUSIONES El centro de Salud organizo sesiones educativas sobre importancia de lactancia materna exclusiva para fortalecer el conocimiento de las madres enfatizando el grupo de primerizas. Indicando que el parto por cesárea no es impedimento para dar lactancia materna desde el nacimiento. Compartio la norma de los 10 pasos de lactancia materna exclusiva exitosa y asegurar una buena adherencia.

PALABRAS CLAVES: Lactancia Materna Factores, Interrupción.

ABSTRACT

OBJECTIVE to determine the factors involved in the interruption of exclusive breastfeeding of six-month-old children treated at the Sangarara -Comas Health Center.

METHODOLOGY The investigation corresponded to a simple descriptive investigation; with a quantitative approach, according to the time it was prospective. And the form of data collection was cross-sectional.

RESULT; The investigation identified two factors, the maternal factor, which included the following indicators such as age, level of education, work environment, beliefs, parity, type of delivery and the other factor is the food provided to the newborn in the first hour of lifetime.

In the maternal factors involved in the interruption of breastfeeding was found as the highest indicator was the parity of the mother with 60%, the type of birth being "caesarean section" 60%, the relationship between both is to be a first-time mother and inexperienced in exclusive breastfeeding caused that there was no longer the good adherence of this, the type of cesarean delivery delays the production of breast milk and makes it choose to formulate.

CONCLUTIONS The Health Center organized educational sessions on the importance of exclusive breastfeeding to strengthen the knowledge of mothers emphasizing the first-time group. Indicating that cesarean delivery is not an impediment to breastfeeding from birth. He shared the norm of the 10 steps of successful exclusive breastfeeding and ensure good adherence.

KEY WORDS: Breastfeeding Factors, Interruption.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva brinda múltiples beneficios, para el niño como a la madre, entre ellas la protección del niño frente a una diversidad de problemas. La alimentación con lactancia materna exclusiva, es considerada la mejor para los recién nacidos durante los primeros seis meses de vida.

En la década de los años 50 se mostró un descenso en la prevalencia y duración de la alimentación con lactancia materna y como reacción al abandono masivo de esta la organización mundial de la salud propuso diversas actividades para fomentar la alimentación de este tipo. Gracias a estas intervenciones se ve el aumento pero aun así hay factores que intervienen en la interrupción de la lactancia.

A nivel mundial, el 35 % brinda lactancia materna exclusiva durante sus primeros cuatro meses de vida. Esta situación aumenta el riesgo de enfermedades, ya que la leche maternizada o de fórmula, no proporciona la misma protección inmunológica a los niños como la brinda la leche materna.

Se ve también niveles bajos de lactancia materna en la primera hora de vida en niños que viven en sectores donde hay ingreso económico mayor (37,9%) y en madres que tienen una educación superior (43,3%). También se ha observado una gran influencia del entorno; siendo la influencia familiar la mayor en el abandono de la lactancia materna exclusiva, produciendo porcentajes bajos de esta.

Por lo cual surge la pregunta: ¿cuál son los factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva?

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El abandono de la lactancia materna exclusiva se da a inicios del siglo XX en países de mayor desarrollo industrial, luego se da su presencia en países de bajo nivel económico. Esta situación se ha presentado por la influencia de diversas circunstancias culturales, sociales y económicas, todo esto conlleva a la implementación de una “Cultura del biberón” haciéndola ver como algo moderno y a su vez la hace parecer la mejor opción de alimentación con calidad para los niños/as.

La Organización Mundial de la Salud ha recomendado la lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida. Trabajando así con diversas instituciones para lograr crear normativas que regulen como una prioridad a la lactancia materna exclusiva. Por ello junto con las Naciones Unidas para la Infancia recomiendan poder iniciar con la lactancia materna exclusiva durante la primera hora de vida y a libre demanda sin la utilización de biberones salvo sea por indicado médicamente y todo esto está descrito dentro de los “diez pasos para una lactancia exitosa” que nos brinda el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Los Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa fueron presentados al mundo en el año 1989, a través de la Declaración Conjunta de la Organización Mundial De La Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna como un papel esencial para la maternidad. En la Declaración de Innocenti del año 1990, hace un llamado a los países para el cumplimiento de los Diez Pasos.

Una de las iniciativas de la organización mundial de la salud en ayuda de promocionar la lactancia materna exclusiva es establecer el “hospital amigo de la madre y niño” que fue brindada desde el año 2012 regula las actividades

tales como: el corte tardío del cordón umbilical, la lactancia materna precoz y el contacto piel a piel, esto se toma como eje fundamental para favorecer diversos aspectos para el desarrollo del niño.

Existen diferentes organizaciones como Asociación española de pediatría, la Liga de la leche y Red Mundial de la Lactancia Materna, dirigido por profesionales que promocionan y proporcionan consejerías antes situación que puedan dificultar la lactancia materna.

En el Perú, los establecimientos de salud juegan un rol fundamental para la iniciación de la lactancia materna exclusiva. El profesional de Salud teniendo en cuenta “Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa” como un apoyo normativo facilitador para una buena técnica de la lactancia, brinda apoyo necesario y fomenta la adecuada nutrición del niño/a.

A nivel nacional el Ministerio de Salud en el Perú, todos los años durante el mes de agosto, lleva a cabo actividades diversas en favor de la promoción a la lactancia materna entre ellas conferencias donde muestran en forma comparativas la situación actualizada en nuestro país sobre la lactancia.

Al evaluar resultados encontrados en la encuesta demográfica y de salud familiar muestran incremento en zonas rurales de lactancia materna exclusiva, en zonas urbanas muestra una disminución pues ha aumentado la publicidad de fórmulas maternizadas es decir un alimento sustituto de la leche materna, se ve que en zonas urbanas como en el departamento de Lima, zona de la región costa como el departamento de Tumbes, Callao; se muestran distintas situaciones económica cultural y social. Ya que tienen mayor posibilidad de estudiar, por lo cual pueden contar con una carrera profesional y con un trabajo estable, que les genera un ingreso económico.

El Centro de Salud Sangarara brinda atención de primer nivel perteneciente a la Dirección de Redes Integradas Lima Norte, el servicio de enfermería, en la estrategia “etapa vida niño” encargada de brindar atención en crecimiento y desarrollo del niño/a, se encontraron dificultades en procedimientos específicos e importantes como la llegada que los niños/as evaluados a los

seis meses lleguen con una lactancia materna exclusiva; un indicador que se presenta en la atención del niño sano donde se brinda la consejería nutricional en especial sobre “Lactancia Materna Exclusiva “enfocándose en la única ingesta que tenga el lactante debe ser leche materna en los primeros seis meses de vida. Hecho que afecta los informes mensuales del centro viéndose alterados los indicadores de porcentaje de niños/as con lactancia materna exclusiva a los seis meses.

Otra problemática ocurre con hijos de madres adolescentes, las cuales asisten a la atención junto con las abuelas de los niños; o madres mayores de cuarenta años las cuales tiene el conocimiento básico basado en una gestación anterior.

Preocupadas por esta problemática nos permitimos abordarlas al asistir al servicio para indagar por parte de ellas las razones de este comportamiento, obteniendo respuestas como: *“no tengo mucha leche”*; lo que las obliga según refieren a brindarles a sus hijos leche en fórmula para suplir esta carencia; otras por el contrario expresan. *“mi niño no se llena”* o; *“el pediatra me lo recomendó”* pudiendo ser otra causa de esta situación negativa; otras inclusive refieren: *“mi suegra alimentó con leche en polvo a sus hijos”* optando entonces por brindar de leches enteras que generarían los cuadros de obesidad que se han observado. Sé encuentra también que cortar la lactancia materna exclusiva por formulas u otras sustancias (agua hervida e infusiones) les ocasionan diarreas puesto que fisiológicamente la flora gástrica de los niños/as no está completamente desarrollado causando así un cambio en la mucosa gástrica de estos niños y por ello las alteraciones digestivas descritas.

En consulta también vemos que influye el parto que hayan recibido, sea el natural (parto vaginal) o cesárea, también imaginarla influencia de donde se realizó el nacimiento ya que algunos se encuentran sensibilizados en brindar lactancia materna en la primera horas de vida como en otros no lo promueven, en otra situación o se cuenta con el apoyo de los lugares de trabajo para establecer lactarios y continuar con la lactancia.

También encontramos se encuentra un menor porcentaje no significativo pero relevante en continuar con la lactancia por las madres que presentan algunas enfermedades con artritis reumatoides, VIH y que serán sometidas a operaciones quedando así suspendida.

Las actividades programadas por el servicio de enfermería en la atención de crecimiento y desarrollo para su promoción son las sesiones educativas como mínimo dos veces por semana, en estas, se desarrolla de una forma demostrativa de lactancia materna exclusiva dirigidas a madres de gestantes para prepararlas al nacimiento de sus niños y en madres de niños menores seis meses; sin embargo estas sesiones no cuentan con asistencia regular de las madres mostrando una participación mínima según las listas de control de asistencia.

Situación que nos permite proponer el siguiente problema de investigación:

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuáles son los factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara-Comas-2019?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuáles son los factores maternos que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara-Comas-2019?

¿Cuáles son los factores neonatales que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara-Comas-2019?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar los factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara-Comas-2019”

1.3.2 Objetivos Específicos

Describir los factores maternos que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara-Comas-2019”

Describir los factores neonatales que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara-Comas-2019”

1.4 Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante teórico

La investigación no cuenta con limitantes teóricas puesto que cuenta con normativas presentes que sirven de base para el estudio.

1.4.2 Limitante temporal

La investigación no cuenta con limitantes

1.4.3 Limitante espacial

La presente investigación no cuenta con limitantes

1.4.4 Otras limitantes

La población elegida para este estudio está basada de forma técnica puesto que se trabaja con una población establecida de forma anual basada en datos del INEI.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

2.1.1. Antecedentes Internacionales

MAYLIN CORONADO I. y cols realizaron la siguiente investigación “CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS SEIS MESESEN SAN JOSE DE LAS LAJAS”

El estudio tiene como objetivo general: Identificar algunos aspectos relacionados con el abandono de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, en el Policlínico Luis Augusto Turcios Lima, San José de las Lajas, en la provincia La Habana, desde Enero hasta Diciembre del 2007.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el área de salud perteneciente al Policlínico Luis Augusto Turcios Lima del municipio San José de las Lajas, en la provincia La Habana, durante el período comprendido entre el 1ro de Enero hasta el 31 de Diciembre del 2007, con el objetivo de identificar algunos aspectos relacionados con el abandono de la LME en los primeros seis meses de la vida; determinar los factores maternos relacionados con el destete de la LM; analizar algunas enfermedades padecidas por los niños y establecer su relación con el tipo de lactancia, y número de ingresos hospitalarios.

Obteniendo como conclusiones:

- Predominó la lactancia artificial como forma de alimentación en el primer semestre de la vida en los niños estudiados.
- Las causas más frecuentes planteadas por las madres para el abandono precoz de la LM fueron la insuficiente producción de leche y la desconfianza en la efectividad de la misma.
- La edad materna y el nivel de escolaridad fueron los factores maternos que más se relacionaron con el abandono temprano de la LME.
- Los lactantes destetados precozmente presentaron un alto índice de enfermedades infecciosas y alérgicas comparados con aquellos adecuadamente amamantados.
- ✓ No se hizo evidente una relación importante entre el número de ingresos hospitalarios en nuestros niños y el destete precoz.

Lilliam Marín A. y cols en su estudio “DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN UNA COMUNIDAD URBANA Y OTRA RURAL DE COSTA RICA”

Tiene como objetivo general Indagar la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad urbana y una rural de Costa Rica.

Su estudio fue descriptivo transversal sobre el inicio y duración de la lactancia materna en niñas y niños menores de 5 años de una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica, durante los meses de mayo y junio del 2010.

Nos muestras las siguientes conclusiones:

- La leche materna es el patrón de oro para la alimentación durante los primeros seis meses de vida de una persona (Hennet y Borsig, 2016); sin embargo, existen múltiples factores que interfieren con esta forma de alimentación, por lo que se requiere que las madres reciban de forma oportuna orientación sobre el tema y apoyo durante el proceso de lactancia materna.
- Por lo tanto, se hace necesario que el personal en salud que trabaja en el ámbito comunitario y que está en el contacto directo con las madres y la familia de niños lactantes preste especial atención en la forma de orientar o educar a las madres sobre el tiempo en que se debe brindar únicamente leche materna. Lo anterior debe llevarse a cabo con el propósito de promover la práctica de la lactancia materna prolongada para evitar la introducción temprana de alimentos y corregir prácticas que se estén dando en el proceso de alimentación de la primera infancia, las cuales a futuro puedan tener consecuencias en la salud.
- Se requiere continuar realizando estudios sobre el tema que permitan analizar la situación de la duración de la lactancia materna exclusiva en Costa Rica y los factores asociados al comportamiento de las madres según la comunidad de residencia.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

MARIA L. VASQUEZ A. realizo el siguiente estudio "FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS SEIS MESES EN MUJERES DEL DISTRITO DE PIURA" para obtener el grado de MAESTRO EN SALUD PÚBLICA Y SALUD GLOBAL.

Teniendo como objetivo general: Determinar los factores socioculturales que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses, en mujeres del Distrito de Piura, en el año 2015.

Su estudio fue transversal y retrospectivo, se realizó en el distrito de Piura, provincia y departamento de Piura entre junio y diciembre del 2015. Se utilizó metodologías cualitativas y cuantitativas.

Llegando a las siguientes conclusiones: Del estudio cuantitativo:

- El principal factor socio – cultural que influye en el abandono de la lactancia materna antes de que el/la lactante cumpla los seis meses, es la insuficiente producción de leche referida por la madre, lo cual origina que la madre opte por administrar fórmulas.
- El segundo factor, en orden de importancia, por el que las madres dejaron la lactancia materna fue el llanto del niño/a, lo cual indujo a las madres a dar fórmulas al suponer que los/las lactantes se quedaban con hambre.
- El tercer factor por el que las madres abandonaron la lactancia materna fue el tipo de ocupación de la madre, hecho que se observó en las profesionales y estudiantes.
- El hecho de dar lactancia materna recién después de la primera hora de vida del niño/a, se relaciona de manera significativa, con el inicio de la lactancia con productos diferentes a la leche materna. Este fue el cuarto factor en orden de importancia.

Del estudio cualitativo:

- La mayoría de las madres conoce los beneficios de la leche materna relacionados con la buena salud y nutrición de sus hijos e hijas y algunas son conscientes de su superioridad frente a fórmulas infantiles.
- La mayoría de las madres ha experimentado las ventajas psicológicas de la lactancia materna en términos bienestar, orgullo, tranquilidad, felicidad, amor, alegría y agrado.
- Tanto las madres que dieron lactancia materna exclusiva, como aquellas que dieron lactancia mixta, manifestaron sentirse satisfechas y tranquilas con el crecimiento y desarrollo de sus niños y niñas.
- Las dificultades tales como, fisuras en los pezones y la insuficiente producción de leche referida por la madre, originaron en varios casos, el abandono de la lactancia materna exclusiva.
- La principal razón para el abandono de la lactancia materna exclusiva, según las madres, fue el trabajo fuera del hogar. Se refirieron a la distancia entre su vivienda y el centro de trabajo, a la cantidad de horas fuera del hogar, a la falta de facilidades en sus centros laborales y a la disminución del volumen de la leche cuando se reincorporaron a su trabajo.
- Entre las madres que consumieron alimentos considerados como inductores de la producción de leche (quinua, maíz, soya, plátano maduro y chocolate), algunas opinaron que dichos productos fueron efectivos y en menor medida, manifestaron que no tuvieron resultados positivos.
- Entre las madres que trabajaban fuera del hogar y tenían la práctica de extraerse la leche materna para ser administrada a sus hijos e hijas, algunas manifestaron que la producción de leche disminuyó progresivamente.
- El uso de fórmulas infantiles fue frecuente entre madres de zonas rurales que manifestaron tener escaso volumen de leche materna, mientras que, en zonas urbano – marginales, se encontró, con frecuencia, la introducción de líquidos tales como, infusión de anís para calmar la “sed” de los/as lactantes, o tratar el meteorismo abdominal.

- Las mujeres dieron lactancia materna por decisión personal, por influencia de sus madres o familiares y por recomendación del personal de salud. En el uso de la fórmula infantil, influyó el personal de salud y; en la administración de infusiones, la influencia vino de las madres de las mujeres lactantes.

Maily A. Tamara M. realizó la siguiente investigación “FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL CONSULTORIO DE CRED DEL C.S. DANIEL ALCIDESCARRIÓN CHINCHA 2011” para obtener el Título de ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN NEONATOLOGÍA.

El estudio tiene como objetivo general: Determinar los factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses.

Su investigación es de tipo analítico, puesto que está dirigido a determinar los factores que condicionan la interrupción de la lactancia materna exclusiva, comparando las situaciones en un grupo de casos y un grupo control, de nivel aplicativo, ya que los resultados parten y serán aplicados a una realidad concreta; con enfoque cuantitativo, ya que se analizarán los datos obtenidos mediante pruebas estadísticas y transversal porque se va a determinar las características de la situación de las variables a estudiar en un corte de tiempo.

Sus conclusiones fueron:

- Los factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses son de tipo intrínseco y extrínseco, encontrándose una mayor predominancia de los factores de tipo extrínseco.
- Dentro de los factores intrínsecos, los de mayor predominancia son las lesiones que ocasiona la lactancia materna (grietas en pezones, inflamación, dolores musculares, etc.) y luego la depresión post-parto que experimenta la madre.
- Dentro de los factores extrínsecos, los de mayor predominancia son la falta de consejería personalizada para continuar la LME aun cuando se retorne a trabajar la madre, luego la falta de apoyo en el trabajo para

mantener la LME con y en tercer lugar el regreso prematuro de la madre lactante al trabajo y por último se encuentra una gran predominancia de la creencia de la madre acerca de la conexión física de la lactancia materna con el bebé, puesto que está muy arraigada la creencia que mediante la leche se puede contagiar cólicos, enfermedades, pasar frío, etc.

En relación a las características de la madre se encuentra predominancia de las siguientes, la edad predominante es de 21 a 25 años, la mayoría trabaja, nacidas en la costa, la mayoría solo tiene un hijo, las madres que tiene pareja, la mitad de las madres tienen controles prenatales completos, la mayoría tiene nivel básico de educación y por último la mayoría de las madres lactante que dieron a luz naturalmente y la minoría por cesárea.

Carmita Del Milagro, Serna que F. realizó la siguiente investigación “FACTORES PRESENTES EN LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS EN EL C.S CALLAO, 2018” para obtener el Título de ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA.

Teniendo como objetivo general Identificar los factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.

La investigación es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo porque busca proponer soluciones al problema de estudio. Utilizamos el método descriptivo y de corte transversal pues permite obtener información sobre los factores presentes en la lactancia materna en un lugar y tiempo determinado.

Obteniendo las siguientes conclusiones:

- Esta investigación nos ha permitido identificar los factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud “Callao”, siendo estos factores los sociales y culturales.
- En relación a los factores sociales, se identificó que, en las madres con educación superior, estado civil solteras o separadas y las madres que trabajan en su mayoría no está presente la lactancia materna.

- En relación a los factores culturales, los conocimientos que tienen las madres de familia sobre la lactancia materna están presentes en un nivel medio, asimismo los mitos y creencias están presentes en un nivel medio.

2.2 Base Teórica

El profesional de enfermería con conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes necesarias para su desempeño en cualquier nivel de atención de salud donde le corresponda actuar, tiene una formación científico-humanista.

Basando su trabajo teorías de enfermería teniendo para este estudio a:

RAMONA MERCER en su teoría de Adopción del Rol Materno, nos propone que los profesionales de la Enfermería cuente que en un entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como un elemento importante en la adopción del rol maternal, estudiando este fenómeno en relación con las variables: edad en el primer parto, experiencia en los partos, separación anticipada de los niños, el estrés social, apoyo social.

Esta teoría sustenta nuestro estudio ya que para el profesional enfermero como educador le brinda a la madre en su proceso la ayuda de adaptación como lactante.

2.3 Base Conceptual

2.3.1 GUÍA TÉCNICA PARA LA CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

I. FINALIDAD

Contribuir con la reducción de la morbi-mortalidad infantil, en el desarrollo integral de la niña, el niño y la madre, y la mejor calidad de vida.

II. OBJETIVO

Establece los criterios conceptuales, metodológicos e instrumentales para el desarrollo de la consejería en lactancia materna que apoyara y facilitara el

ejercicio del derecho de las madres a amamantar a sus niñas y niños hasta los dos años o más.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Lo presente en la Guía Técnica es de cumplimiento obligatorio en los establecimientos de salud bajo el ámbito de la competencia del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, de las direcciones regionales de salud, de las gerencias regionales de salud o la que haga sus veces en el ámbito regional.

De la misma manera, puede servir de referencia y como documento de interés en instituciones y organizaciones públicas y privadas.

IV. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.

La consejería en lactancia materna realizada por personal profesional de salud que brinda atención integral a la madre, a la niña y al niño hasta los dos años.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

5.1.1 Prácticas saludables con el cuidado infantil.-

Las acciones relacionadas en la adopción, modificación o fortalecimiento de hábitos y comportamientos de familias, parten por la identificación de las necesidades para cuidar o mejorar la salud de las gestantes, las niñas y los niños, con la finalidad de lograr un crecimiento adecuado y un desarrollo normal; siendo necesario contar las condiciones o entornos que favorezcan el desarrollo de las prácticas saludables a fin de que garanticen estilos de vida saludables en las familias.

5.1.2 Atención integral, integrada y continua de salud. -

Proceso de atención de la salud personalizada y contextualizada en la familia y comunidad, que ofrecen un paquete de intervenciones intra y extra-murales, de carácter preventivo, promocional, asistencial y recuperativo de acuerdo con las necesidades del usuario, su familia y la comunidad, entregando herramientas para el autocuidado, ejercicio pleno de deberes y derechos, respeto a las

diferencias culturales y la equidad de género; y que aseguran la continuidad de la atención de salud, garantizar la coordinación y articulación de los servicios dentro del establecimiento de salud, así como brindar un complemento con otros establecimientos de salud de diferente capacidad resolutive que conforman una red de salud.

5.1.3. Proceso o Procedimiento:

Los procesos o procedimientos requieren conceptos unificados, metodologías estandarizadas e instrumentos apropiados para proporcionar información correcta relacionada a la lactancia materna, acorde a las necesidades de la madre y que le facilite su decisión para la preparación, el inicio o la continuación con el amamantamiento de su niña o niño hasta los dos años, logrando una experiencia grata en su rol de madre.

5.2 CONCEPTOS BÁSICOS

5.2.1 Lactancia materna.-

La lactancia materna en el marco de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS, es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; asimismo es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre.

5.2.2 Consejería en lactancia materna.-

Proceso educativo comunicacional realizado por el personal de salud capacitado en consejería y en lactancia materna, que da información y apoyo oportuno a la gestante, puérpera y/o madre en relación a su lactancia, de acuerdo a sus necesidades, para que sea capaz de tomar su propia decisión acerca del amamantamiento de su hija o hijo.

El espacio en donde se brinda la consejería en lactancia materna puede ser en el establecimiento de salud o en el hogar. En cualquiera de los casos se deben identificar las necesidades de la gestante, puérpera o de la madre, teniendo en

cuenta el contexto familiar y comunal, pues esto constituye un entorno natural donde ella se desenvuelve.

5.2.3 Habilidades de consejería.-

Habilidades de comunicación para escuchar a la madre, hacerla sentir segura y con confianza en sí misma, respetando sus sentimientos, pensamientos, creencias y cultura, sin decirle lo que debería hacer sin presionarla a realizar alguna acción en particular, ayudando a la madre a tener éxito en la lactancia.

En un nivel básico son de dos tipos:

- ✓ **Habilidades para escuchar y aprender:**
 - Usar comunicación no verbal útil.
 - Hacer preguntas abiertas.
 - Demostrar interés y devolver el comentario.
 - Dar muestras de empatía.
 - Evitar juzgar.
- ✓ **Habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo:**
 - Aceptar lo piensa y siente.
 - Reconocer y elogiar lo está haciendo bien.
 - Dar ayuda práctica.
 - Proporcionar información apropiada.
 - Hacer sugerencias, no dar órdenes.

5.2.4 Metodología de la consejería en lactancia materna.-

La estructura de la consejería en lactancia materna considera cinco momentos, debiéndose asegurar una secuencia temática.

Un momento de consejería es el tiempo en el que se desarrolla un conjunto de acciones en un determinado lugar de interrelación entre la unidad “mamá-bebé” y la consejera/el consejero en lactancia.

Momento 1:

- **Inicio**

Identifíquese con la madre: dígale su nombre, su ocupación y pregunte el nombre a la madre y el de su niña o niño, de ser el caso.

Sea amable y respetuoso/a, hacer que la madre se sienta cómoda.

Mostrar interés en la conversación. Cuidar los gestos, postura y tenga una actitud de escucha. Evite barreras (Ejemplo: teléfono, tablero, escritorio).

Para saber el motivo de necesidad de consejería, haga una pregunta abierta:

- Si es una visita de la/el Consejera(o): ¿Cómo le va?
- Si la madre ha acudido a consulta:.. ¿Cuál es el motivo de la consulta?

Momento 2:

Búsqueda de los factores causales

Es el momento de análisis a las dificultades presentadas, para iniciar o para continuar la lactancia materna; y ayudar a encontrar las causas.

Use sus habilidades para escuchar y aprender (Anexo 1: Habilidades o de riesgos de Comunicación para la Consejería) y sus conocimientos sobre lactancia (Anexo 2: Conocimientos básicos de lactancia).

Obtenga una historia clínica de lactancia, según la Guía Técnica (Anexo 3). Evalúe una mamada, observar a la madre y al bebé (Anexo 4: Ficha de observación de la mamada).

Momento 3

Reforzar la confianza y dar apoyo

Es el momento en el se buscan alternativas de solución según se identifican las dificultades en la lactancia materna.

Hacer uso de habilidades y de conocimientos (Anexos 1 y 2) para reforzar la confianza y dar apoyo.

Facilitar y brindar apoyo en la toma de decisiones. Involucre a la pareja, familiar o persona que apoyan a la madre, ellos son los que mejor conocen sus posibilidades.

Momento 4:

Registro de la consejería

Registre en la ficha clínica de lactancia materna (Anexo 5).

Registre las actividades producidas (Registro HIS o el que consejería que corresponda).

Momento 5:

Cierre y seguimiento

Es el momento en que se coordina, si fuese necesario, la próxima cita o visita que debe registrarse por escrito en el Carné de CRED o en el documento que corresponda.

Es importante despedirse de forma cálida y afectuosamente para mantener un vínculo positivo que motive a la usuaria, pareja o familiar a regresar o recibir una visita en su hogar.

5.2.5 La consejería en lactancia materna, según niveles de atención.-

Nivel 1: PUESTOS DE SALUD

a. DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO PRENATAL

- Personal de la Salud(*)
- Grupo de apoyo a madres.
- Lactario institucional(**)
- Personal de la Salud

b. DURANTE LA ATENCION DEL PARTO Y EL PUERPERIO

- Personal de la Salud(*)
- Grupo de apoyo a madres.

c. DURANTE LA ATENCION INFANTIL

- Personal de salud(*)
- Lactario institucional(**)

Nivel 2: CENTROS MATERNOS

a. DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL

- Consultorio de ginecología y obstetricia.
- Nutrición.
- Curso de psicoprofilaxis.
- Consultorio de consejería en lactancia.
- Lactario institucional.
- Grupo de apoyo a madres

b. DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO Y EL PUERPERIO

- Personal de la Salud(*)
- Sala de partos.
- Puerperio inmediato Alojamiento conjunto (consejería personalizada)
- Nutrición: Lactario de hospitalización.
- Visita domiciliaria.
- Grupo de apoyo de madres

c. DURANTE LA ATENCION INFANTIL

- Personal de la Salud(*)
- Consulta pediátrica
- Consulta de consejería en lactancia materna
- Consulta de CRED
- Consultorio de nutrición
- Consultorio de ginecología.
- Lactario institucional(**)
- Grupo de apoyo de madres.

Nivel 3: HOSPITALES/ INSTITUTOS

a. DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL

- Personal de la Salud(*)
- Consultorio de ginecología y obstetricia
- Consultorio de nutrición
- Curso de psicoprofilaxis.
- Consultorio de lactancia materna

b. ATENCIÓN DEL PARTO Y EL PUERPERIO

- Personal de la Salud(*)
- Sala de partos
- Puerperio inmediato
- Alojamiento conjunto.
- Curso de Nutrición: Lactario de hospitalización.
- Banco de leche humana.
- Visita domiciliaria.

c. DURANTE LA ATENCION INFANTIL

- Personal de la Salud(*)
- Consultorio de neonatología, prematuros, pediatría y adolescentes.
- Consulta de CRED.
- Consultorio de nutrición.
- Consultorio de ginecología.
- Banco de leche humana.
- Consultorio de lactancia materna

(*) profesional de salud: Deberá estar capacitado para brindar la consejería en lactancia (con Curso de 20 horas del MINSA para Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño, o Curso de Consejería de UNICEF de 45 horas, o Certificación Internacional como IBCLC [International Board Certified Lactation Consultant] comité de lactancia materna regional.

(**) Cuando la institución cuente con 20 ó más trabajadoras mujeres en edad fértil cualquiera sea su condición laboral

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA SEGÚN MOMENTOS Y CONDICIÓN DE LA MADRE.-

Tomar conciencia de la responsabilidad de la crianza de una o un hijo puede ocasionar temor y ansiedad en las madres, especialmente en las primíparas, lo que puede perturbar la lactancia. Usualmente se preguntan si tendrán suficiente leche para alimentar a su hija o hijo, en ese sentido los padres tendrán que aprender a aceptar la dependencia total de la o el bebé.

Cualquiera que sea la condición de la mujer (primípara, experiencia anterior negativa, presencia o no de la pareja, disponibilidad o no de apoyo familiar, comunal, entre otras), el profesional de la salud será contribuir a una lactancia materna exitosa y a una experiencia gratificante para el desarrollo propio de la madre.

La continuidad y oportunidad en la consejería favorece a la lactancia materna exitosa.

ATENCIÓN DURANTE PRENATAL

La práctica de la lactancia materna se incrementa se incrementa, cuando la madre desarrolla seguridad confianza al contar con información exacta.

ATENCIÓN DEL PARTO Y EL PUERPERIO

Se favorece la lactancia materna exitosa con él: Inicio de la lactancia materna en la primera hora de nacido (en el contacto piel a piel).

Alojamiento conjunto. Y el apoyo para la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta el alta.

DURANTE LA ATENCION INFATIL

Se favorece la continuidad de la lactancia materna, cuando:

Se apoya lactancia materna hasta los seis meses.

Cuando se enseña la extracción, conservación y administración de la leche materna extraída.

Se apoya la lactancia materna prolongada junto con la alimentación complementaria hasta los dos años o más.

Cualquier momento es bueno para dar a las madres un buen consejo sobre la alimentación de las y los bebés; sin embargo, existen momentos críticos para la lactancia materna en los que será valioso brindar apoyo y acompañamiento por parte del profesional de salud capacitado.

6.1.1. La lactancia materna en el embarazo y la atención prenatal.-

Aspectos críticos: sentimientos y emociones de la gestante: alegría, temor, inquietud, ansiedad.

Acciones claves en la consejería en lactancia materna:

Invite a la gestante a verbalizar sus sentimientos y emociones. Ayudará a conocer el grado de aceptación del embarazo: si fue planificado, si es deseado por uno o ambos progenitores, si interrumpe el proyecto personal y familiar, entre otras situaciones.

Motive a la gestante a prepararse psicológicamente para la lactancia y despierte en ella la inquietud por saber más sobre la lactancia materna.

Cuidado de la nutrición de la gestante:

Promueva una alimentación balanceada y saludable (alimentos de origen animal, frutas y verduras, uso de sal yodada y el consumo de alimentos energéticos dependiendo de la actividad de la gestante).

Asegure la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico.

Percepción de los movimientos fetales (entre las 18 y 22 semanas de gestación)

Mejor momento para generar el apego prenatal. Esté atento a la descripción que hace la madre sobre las características de los movimientos fetales: su intensidad y su tonalidad afectiva, le indicarán el grado de armonía materno-fetal.

Generar diálogo confiable, sin prejuicios y de escucha permitirán a la madre compartir problemas tales como violencia familiar, carencias afectivas que impactan en la relación vincular y en la lactancia y busque orientación psicológica especializada si fuera necesaria.

Es deseable que los padres en especial la madre establezcan diálogos verbales con el feto e incluya la selección del nombre, de ser posible, con la finalidad de fortalecer la imagen real de la o el hijo por venir.

Cambios en las mamas

Explique qué:

El tamaño de las mamas no tiene relación con la capacidad de producir leche ni que la lactancia los deforma, sino que por el contrario ayuda a disminuir la grasa corporal y a restablecer el peso anterior.

Los cambios de las mamas son normales (aumento de tamaño y sensibilidad, mayor tamaño y pigmentación de la areola y del pezón).

En la higiene de las mamas, debe evitar el uso de jabones, cremas y colonias porque afectan la grasa natural de los pezones. Recomiende sostenes que no sean muy ajustadas a las mamas, así como ropa ligera y cómoda.

Se recomienda lavar las mamas en el baño diario.

Observe la forma de los pezones. La mayoría de pezones mejoran al aproximarse la fecha del parto, incluso los pezones invertidos o planos.

Preparación para la lactancia durante el embarazo

Prepare anticipadamente la conducta materna para recibir a la o el bebé, abordando el tema de la alimentación de la o el bebé.

Identifique los riesgos para el fracaso de la lactancia materna: experiencias negativas en lactancias anteriores, mitos y creencias, trabajo fuera del hogar, desinformación.

Se recomienda usar una lámina o maqueta para explicar la producción de leche, ventajas para la madre y la o el niño, así como los riesgos del uso de fórmulas y biberones.

Usando un muñeco u observando a una madre que lacta se puede enseñar las técnicas de amamantamiento. De ser parte de las preocupaciones de la futura madre, explique las formas de extracción, conservación y administración de la leche cuando la madre sale fuera del hogar.

Oriente a la gestante y a la pareja, familiar o persona de su confianza en todo lo relacionado al momento del parto y la lactancia.

6.1.2. La lactancia materna y la atención durante el trabajo de parto.-

Labilidad emocional y necesidades en el trabajo de parto

Permitiendo la presencia de la pareja, familiar o persona de confianza de la mujer durante el trabajo de parto, según ella lo prefiera.

Brindar apoyo emocional (trato afectuoso, estando atentos a sus necesidades, sostenerla cuando sea necesario, elogiar sus avances), ello ayudará a la madre a sentirse más segura, protegida y dispuesta a interactuar con su hija o hijo.

Permitir libertad de movimientos (de ambulación controlada), dar masajes corporales y ayudarle a realizar ejercicios de relajación, los que contribuirán a controlar la ansiedad, el dolor y el miedo.

Ofrecer un ambiente tranquilo, con luz tenue, evite el frío y permita tan pocas personas como sea posible, pues el sentirse observada aumenta la ansiedad en la mujer.

Ofrecer alimentos suaves y líquidos, si lo desea, pues la mujer necesita energía para el parto. Los líquidos intravenosos solo deben usarse por indicación médica. La sobrecarga de líquidos intravenosos puede llevar a un desbalance electrolítico y genera pérdida de peso en la o el bebé; además la cánula intravenosa puede limitar los movimientos de la mujer.

El parto natural, sin el uso de intervenciones innecesarias como drogas analgésicas, instrumentación y cesáreas favorece el inicio de la lactancia materna, disminuye el riesgo fetal y neonatal, disminuye la depresión puerperal y aumenta la autoestima de la mujer, facilitando el apego madre-hija o hijo.

El parto y el contacto piel a piel

La mujer debe poder elegir la posición para su parto.

La presencia de la pareja, familiar o persona de confianza de la mujer, brindando apoyo en el momento del parto, contribuye a una actitud más confiada y colaboradora y disminuye las complicaciones.

Inmediatamente ocurrido el nacimiento, coloque a la o el bebé piel a piel con su madre y séquelos con excepción de las manos, lo que facilitará su orientación hacia el pezón. Cubrir con una manta. Se sugiere colocarle un gorro. Manténgalo así durante por lo menos una hora. Postergue el aseo y demás atenciones para después.

Facilite que la madre vea y toque a su hija o hijo recién nacido. No hay razón para no hacerlo, aún en un parto por cesárea, contribuye a calmar a la o el bebé y favorece el sentimiento maternal, base del vínculo o apego.

Procure que madre y bebé tengan una relación de profunda intimidad que les permita conocerse mutuamente e involucrar a la pareja o familiar de confianza de la madre.

Ponerlo sobre el abdomen, la o el recién nacido instintivamente reptará buscando el pezón. Si esto no sucede, oriente a la madre para que lo acerque suavemente al pezón.

En caso de madres primíparas o madres que no han tenido experiencia previa de contacto piel a piel, el personal de salud deberá asistirle, interfiriendo en lo más mínimo para que la o el bebé haga un buen acoplamiento.

Observe y supervise permanentemente a la o el bebé e instruya al padre, familiar o persona de confianza para que acompañe durante la hora de apego piel a piel.

El Apgar al minuto y a los 5 minutos se toma sin interferir el apego.

Explique a la madre que el efecto de las primeras mamadas la sentirá mediante la contracción uterina.

Recomiende que se haga la identificación de la o el recién nacido antes de separarlo de su madre.

Siempre que se pueda, se debe realizar el contacto madre e hija o hijo. En las cesáreas también se debe hacer dejando libres las manos de la madre y facilitando la lactancia materna lo más pronto posible. El padre puede participar apoyando o haciendo el contacto cuando no es posible con la madre.

En los partos y nacimientos con dificultades, el contacto debe posponerse si la madre o la o el bebé requieren atención especial, informando a la madre lo que sucede para tranquilizarla. El regreso a la normalidad lo más pronto posible disminuirá los riesgos.

6.1.3. La lactancia materna en el post parto.

Aspectos críticos

- Inseguridad de la madre: el temor a no tener leche suficiente, a no saber amamantar, a no saber identificar el llanto de la o el bebé, pensar que la o el bebé queda con hambre.

Acciones claves:

Mantenga a la madre y su bebé juntos día y noche hasta el alta (alojamiento conjunto).

Brinde apoyo emocional, fortalecerá su seguridad y confianza en sí misma.

Involucrar a la pareja o familiar de confianza de la madre.

Ayude a las madres a que se sientan bien en sus primeras experiencias con la lactancia, brindar siempre un apoyo positivo, sin calificar a las mamas, pezones, ni a la o el bebé.

Dar explicación sencilla sobre las ventajas del calostro:

- Es una primera vacuna: protege a la o el recién nacido de gérmenes y alergias.

- La cantidad de calostro es suficiente para cubrir las necesidades de la o el bebé.

- Ayuda en la maduración del aparato digestivo.

La o el recién nacido no debe recibir suero glucosado ni fórmulas, excepto y únicamente por indicación médica, registrada en la historia clínica y sustentando la decisión terapéutica.

Comente con la madre y familiar cercano, los mitos y creencias relacionados a la lactancia materna, reforzando las positivas y corrigiendo las que no, favoreciendo una lactancia exitosa.

1) Técnicas de Amamantamiento

- Posición

Observe la mamada y ofrecer el apoyo necesario. Evite que la madre pierda la confianza en sí misma y ayudar activamente a superar cualquier problema que dificulte un posición adecuado.

Ayude a la madre y su bebé se encuentren cómodos y muy juntos “barriga con barriga”. Puede dar pecho recostada o sentada.

Si la madre está sentada, debe mantener la columna recta y las rodillas ligeramente elevadas, colocando a la o el bebé en la curva de su codo, frente a

ella y en lo posible sostener las nalgas, la oreja, hombro y cadera de la o el bebé en línea. La o el bebé debe estar girado hacia la mamá, con el cuerpo y cabeza en línea recta.

- **Agarre**

Explique a la madre que puede sostener el pecho con los dedos a 3-4 cm detrás del pezón (con su mano en forma de “C”) y acercar a la o el bebé a su pecho con la cara de éste mirando al pecho y la nariz frente al pezón, roce el pezón. Roce con el labio superior de la o el bebé para estimularlo y espere que la o el bebé genere una apertura su boca y agarre una buena parte del pecho hasta la areola. El agarre es correcto cuando:

- Su boca está bien abierta.
- Su labio inferior está hacia afuera.
- El mentón de la o el bebé toca el pecho.
- Se ve más areola por arriba que por debajo de la boca.

Si la o él bebe succiona débilmente (usualmente asociado a analgesia obstétrica), probablemente tiene todavía los efectos de medicamentos y se duerme antes de mamar lo suficiente.

Recomiende desabrigar un poco a la o el bebé y ponerlo sobre el pecho de su madre, piel a piel, estimularlo con masajes suaves en la espalda de abajo hacia arriba, dejar que explore los pechos, usualmente aprenden a succionar por su propia cuenta, no ofrecer el biberón. Esperar con paciencia que manifieste su deseo de mamar.

Si la o el bebé no puede agarrar el pecho debido a un pezón plano o invertido, ayude a la madre a destacar el pezón. Usualmente basta dar masajes en el pezón, o la succión de su propia pareja o mediante una jeringa inmediatamente antes de la lactancia.

- **Duración y frecuencia de las mamadas**

Explique que la o el bebé debe lactar a demanda, de día y de noche (8 a 12 veces en 24 horas, promedio). Lactar por la noche incrementa la producción de leche. No hay un patrón de alimentación para la o el bebé, a algunos les puede bastar 10 minutos por lactada y a otros 30 minutos o más.

Enfatice que la mayoría de mujeres producen más leche de lo que su bebé pueda tomar. Una madre de gemelos producirá más leche para satisfacer la necesidad de ambos bebés.

Enseñe a identificar las señales de hambre en la o el bebé:

- Mueve su cabeza buscando el pecho, abre su boca, saca la lengua, succiona sus manos, intranquilo, emite quejidos.

El llanto es un signo tardío de hambre.

Explique a la madre como reconocer cuando la lactancia es adecuada:

Señales: La o el bebé queda tranquilo y satisfecho (suelta espontáneamente el pecho) de tener suficiente leche la o el bebé obtiene el peso adecuado.

La o el bebé orina varias veces al día y su orina es clara (4 a 6 a partir de los 3 días de edad).

- Explique que frecuentemente los pechos dolorosos, grietas y heridas están relacionados a posición y agarre inadecuado o una disfunción motora oral generalmente presente en niñas o niños a quienes les han dado biberón.
- Revise frecuentemente los pechos buscando signos de congestión:

Pechos endurecidos, dolorosos, tensos, brillantes y enrojecidos. Prevención, - La leche NO fluye. Puede haber fiebre.

« Mencione que las madres que amamantan frecuentemente a la o el bebé (día y solución noche) no tendrán riesgo de congestión. Si ya hay congestión, NO aconseje que descansen los pechos. Ayude a la madre en la extracción manual de leche y ponga a la o el bebé a succionar frecuentemente. Puede poner compresas tibias en las mamas, sugerir una ducha tibia y masajes relajantes para estimular el reflejo de la oxitócina.

» Después de la mamada, ponga compresas frías en el pecho congestionado. Brinde apoyo emocional.

» Si tiene diagnóstico de mastitis se recomienda que continúe con la lactancia materna durante la terapia antibiótica, no supone riesgo para la o el lactante sano y a término.

Es conveniente que toda madre aprenda a extraerse la leche en el primer o segundo día del parto y así cuando tenga la necesidad, sabrá hacerlo. Es más fácil hacerlo cuando los pechos están blandos que cuando están congestionados.

Si la o el bebé NO puede succionar, evalúe su estado general y dévelo para que le den atención especializada.

» Asegúrese que la madre conoce las ventajas de mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses y los riesgos de no hacerla.

» Asegúrese que sabe reconocer que tiene suficiente leche y hace un correcto amamantamiento.

Entréguele indicaciones por escrito.

Refuerce conductas positivas y la confianza en su capacidad para alimentar a su bebé.

Asegúrese que la madre haya entendido los riesgos de los biberones y la alimentación con fórmulas. Enfatique que la succión de chupones es diferente y hará más difícil la succión del pecho.

Oriente a la madre y familia sobre los cuidados de la salud materna.

Prepare a la familia para brindar apoyo emocional si la madre se muestra triste, llorosa y decaída durante las primeras semanas del postparto.

Ofrézcale un sistema que facilite alguna consulta en caso de presentar un problema o dificultad que arriesgue la lactancia materna (grupo de apoyo, contacto por teléfono y/o mensaje por celular, visita al establecimiento y/o visita domiciliaria).

Si se logra que antes del alta, las madres amamenten a sus bebés más de 7 veces por día, será mayor la probabilidad de lograr una lactancia materna prolongada.

6.1.4. La lactancia materna en el hogar (primeros 15 días del postparto).-

Aspectos críticos

- Labilidad emocional: llanto fácil, desanimo, fatiga, decaimiento y tristeza.

Acciones claves:

Oriente al padre, la pareja y/o familiar cercano para ayudar en el cuidado de la o el bebé y aliviar el agotamiento y la fatiga de la madre.

Explique a la madre y pareja y/o familiar cercano, que la secreción abundante fatiga ' de leche ["la bajada de la leche"] ocurre al tercer día postparto; y que en algunos casos la bajada de la leche se retrasa por factores externos: cesárea, estrés, analgesia obstétrica, retención placentaria, entre los más frecuentes.

- Explique que la leche parece "aguada" al inicio de la mamada y al final será más espesa. Enfatice que NO existe leche materna de mala.
- Explique de manera sencilla las razones para no dar biberón a la o bebé: confunde a la o el bebé y posteriormente agarrará el pecho con menor eficacia.
- Sugiera que debe buscar algún tipo de apoyo ofrecidos por el establecimiento de salud, si tiene dudas y dificultades relacionadas a la lactancia materna.
- Si la madre se siente mal y hay señales depresivas, debe acudir al establecimiento de salud para su evaluación y recibir apoyo especializado, de ser necesario.

Aspecto critico

- Alimentación de la madre que da de lactar

Acciones claves:

Promover una alimentación balanceada y saludable (alimentos de origen animal fuente de hierro, frutas y verduras, uso de sal yodada y consumir alimentos energéticos dependiendo de la actividad de la madre).

Asegurar la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico.

Sí la o el consejero ha logrado involucrar a la pareja o familiar de confianza de la madre y/o cuenta con un grupo de apoyo cercano a la madre, contará con un efectivo y valioso recurso para mantener una lactancia exitosa.

6.1.5. La lactancia materna hasta los 2 años de edad.-

Aspectos críticos

- Reinicio de la vida sexual

Acciones claves:

Invite a la madre a expresar sus dificultades respecto a su sexualidad.

Brinde orientación también al padre o pareja.

Facilite la búsqueda de soluciones con ambos, según sea el caso: comprensión y una actitud cariñosa de parte del padre o la pareja, uso de cremas lubricantes, más descanso para la madre participando el padre o la pareja en el cuidado de la o el bebé, entre otros.

Explique que durante el encuentro amoroso, puede ocurrir la eyección de leche y oriente para que no se haga presión en los pechos porque podría ser doloroso.

a. Planificación familiar

Explique qué:

La lactancia materna funciona como método exitoso en un 98%, si se cumplen las siguientes condiciones:

1. La madre está en amenorrea (no menstrúa).
2. Practica lactancia materna exclusiva (a demanda, día y noche).
3. Su bebé tiene menos de seis (6) meses y recibe lactancia materna exclusiva (LME).

Durante los primeros seis (6) meses de lactancia NO deben usarse métodos hormonales porque pueden afectar la composición y duración de la lactancia. Los demás métodos son compatibles con la lactancia materna.

Una nueva gestación, NO es motivo para suspender el amamantamiento especialmente si la o el niño es muy pequeño para destetarlo, excepto en casos de parto prematuro.

b. Separación de la Madre con la o el bebé

Identifique la razón de la separación con la o el bebé. Brinde apoyo según el caso.

Si no es posible el amamantamiento, anime a la madre a la extracción de la leche.

Explique que la extracción frecuente permite mantener la producción leche.

Mediante láminas, maquetas u observación directa, enseñe a la madre la extracción, almacenamiento, conservación y administración de la leche extraída.

Muestre interés por el estado de salud de la madre y brinde orientación según la necesidad.

Apoye a la madre en el cuidado “Mamá Canguro”, cuando sea posible.

Re lactación e incremento de la producción de leche

Indague la razón por la que se ha interrumpido la lactancia (enfermedad de la o el bebé, ha recibido sucedáneo o leche artificial, enfermedad de la madre y deseo de reiniciar la lactancia materna).

La madre necesitará apoyo para reforzar su motivación. A veces la re-lactación es difícil y toma tiempo, dependiendo del tiempo de suspensión.

Converse con el padre, pareja o familiar cercano para lograr un efectivo apoyo y ella pueda dedicarse a mantenerse todo el tiempo cerca de su bebé, la producción tener contacto piel a piel tan frecuente como sea posible y ofrecerle el pecho de leche cada vez que quiera mamar y en diferentes posiciones; pero sin precipitarse, sólo hacerlo si la o el bebé muestra interés por mamar.

Alimentar a la o el bebé con taza o cuchara hasta que mame nuevamente, NO usar biberones ni chupones de entretenimiento. Sugerirle que puede extraerse leche y ponerla directamente en la boca de la o el bebé.

De ser necesario puede usar un re-lactador.

Comer en más cantidad y tomar más líquidos NO aumenta la producción de leche. Si la o el bebé lacta frecuentemente, aumentará la producción de leche.

c. Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses

Explique qué:

La o el bebé obtiene toda el agua que necesita de la leche materna y que NO necesita ni agua ni otras bebidas hasta que cumpla los seis (6) meses, pues la leche materna satisface su sed. Si le ofrece agua a la o el bebé es muy posible que disminuya el consumo de leche materna.

La lactancia materna durante los seis (6) primeros meses favorece la dentición, la madurez para aceptar nuevas texturas y sabores, así como el desarrollo de la deglución preparándolo para la aceptación de la cuchara.

Visto emocionalmente, la o el niño ya es capaz de integrar a otras personas en la interacción social.

7.1. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO*.-

Para una lactancia exitosa es recomendable que la madre disfrute con la experiencia de prepararse, inicio y continuidad de la lactancia; para lograrlo se requiere el apoyo del entorno como la familia, la comunidad, al que se suma el personal profesional de salud, así sus procesos de atención facilitan y apoyan la lactancia materna. En este sentido, las prácticas de atención en los establecimientos de salud constituyen un factor importante para reafirmar los mensajes claves dados en una consejería. Un establecimiento de salud amigo de la madre, la niña y el niño, contribuye al incremento de la lactancia materna.

Se detallan tres componentes a cumplir y ser reconocidos como un establecimiento de salud amigo de la madre, la niña y el niño:

- a. Los 10 pasos para una lactancia exitosa,
- b. Cumplimiento del Reglamento de Alimentación Infantil y
- c. Implementación del lactario institucional.

7.1.1. Los DIEZ (10) pasos para una lactancia materna exitosa.-

1. Política de promoción y protección de la lactancia materna.

Cuenta con política escrita disponible y visible para el personal y usuarios.

2. Capacitación madre, la niña y el niño.

Cuenta con un programa de inducción al personal nuevo que atiende a la madre, la niña y el niño.

Curso anual de al menos 20 horas y 3 horas de práctica para personal de la salud. Que atiende a la madre, la niña y el niño.

Cuenta con al menos un facilitador capacitado y actualizado en la consejería.

3. Información gestante.

Las mujeres gestantes (de 32 semanas de gestación o más) conocen la importancia y manejo de la lactancia materna y refieren que el personal de la salud les ayuda a incrementar su propia confianza y seguridad.

El personal que atiende a las mujeres gestantes trata los temas clave de la lactancia materna en la consejería y cuenta con material escrito de apoyo.

4. Contacto piel a piel

El contacto piel a piel durante la primera hora para las y los bebés que han nacido por parto o por cesárea sin anestesia general.

Permitir el acceso al padre, de la o el bebé o alguna persona de su confianza para acompañarla y apoyarla.

5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún si ellas deben separarse de sus hijas o hijos.

Reconocer los signos de que sus bebés para mamar y refieren recibir ayuda del profesional de salud cuando la necesitan.

El profesional de la salud describe los tipos de información en lactancia y demuestra las habilidades y técnicas que proporciona a las madres que amamantan y a las que no lo hacen.

Las madres refieren que algún miembro del personal de la salud les enseñó cómo extraerse la leche.

6. No dar a las y los recién nacidos alimentos o líquidos que no sean leche materna.

El sistema de información del establecimiento de salud reporta que al menos el 75% de las y los bebés a término dados de alta en el último año han sido amamantados exclusivamente desde el nacimiento hasta el alta.

Los neonatos que por casos especiales reciben fórmulas tienen la prescripción médica respectiva debidamente registrada en la historia clínica.

7. Alojamiento conjunto

El alojamiento conjunto continuo que empieza inmediatamente después del nacimiento.

Las madres refieren que su bebé permanece junto a ellas durante las 24 horas del día. De no permanecer con la madre se cuenta con registro del motivo, en la historia clínica.

8. Lactancia materna a demanda

Las madres conocen los signos de hambre de la o el bebé y se les recomienda que amamenten cada vez que sus bebés quieran y por el tiempo que quieran, sin horarios.

9. No dar Chupones ni biberones a los recién nacidos

No se encuentran biberones ni tetinas o chupones que sean utilizados para alimentar a las o los bebés, ni las madres refieren que sus bebés son alimentados con biberones.

10. Grupos de apoyo.

Cuando las puérperas en condiciones de alta refieren puedan conseguir apoyo para la lactancia materna.

El establecimiento de salud cuenta con un sistema de apoyo para las madres que salen de alta.

El establecimiento registra las actividades de los grupos de apoyo comunal para la lactancia materna exitosa en el HIS.

7.1.2. Cumplimiento del Reglamento de Alimentación Infantil.-

Referido a los artículos relacionados a la publicidad y adquisiciones de sucedáneos de la leche materna dentro de los establecimientos de salud.

Publicidad (Artículos 44 y 45)

No hay publicidad de sucedáneos de la leche materna, ni se distribuyen muestras gratuitas de sucedáneos de la leche materna, biberones ni tetinas. La preparación de sucedáneos en servicios maternos infantiles se hace únicamente en forma individual y con justificación médica escrita.

Adquisiciones (Artículos 53 y 54)

El establecimiento de salud no recibe donaciones ni adquiere sucedáneos a precios rebajados. Únicamente adquiere lo requerido con justificación médica y por conducto regular.

7.1.3. Implementación del Lactario Institucional

Disponibilidad y características

Existe el lactario institucional si corresponde (cuando laboran veinte o más mujeres en edad fértil).

El lactario cumple características según norma vigente.

7.1.4. Grupos de apoyo a la lactancia

El principal apoyo para la mujer en etapa de amamantamiento lo constituye el padre de la o el bebé, pareja y su familia. La pareja, familiar o persona de su confianza es muy importante y hay que involucrarlos desde la etapa de preparación para la lactancia.

De manera complementaria, el contacto con otras madres que tengan o hayan tenido una experiencia exitosa con la lactancia materna: Es también una forma de ayuda en momentos de dudas y dificultades, pues las mujeres aconsejadas por madres experimentadas en lactancia generalmente perseveran.

Los agentes comunitarios de la salud capacitados en lactancia materna, al vivir cerca de las madres en etapa de amamantamiento, podrán visitarlas y ser un apoyo también valioso.

Los grupos de apoyo comunal para una lactancia materna exitosa son formas organizativas de mujeres convencidas de la importancia de la lactancia materna y que comparten sus experiencias y se ayudan mutuamente en una educación de pares. El establecimiento de salud debe promover de manera creativa formas, mecanismos y estrategias para propiciar el apoyo a la lactancia materna. De contar con un grupo de apoyo ponerlo en contacto con la madre.

7.2. DERECHOS EN SALUD VINCULADOS A LA LACTANCIA MATERNA.

7.2.1. Derechos vinculados a la atención de salud.-

El Reglamento de Alimentación Infantil, establece derechos de las madres vinculados a la atención de salud.

En la siguiente se detallan los artículos directamente relacionados a la atención de salud de la gestante y la madre en periodo de lactancia.

Ministerio de Salud:

- Resolución Ministerial N° 959-2006/MINSA que aprobó la Directiva Sanitaria N° 009- MINSA/DGPS-V.01: “Directiva Sanitaria para la Implementación de Lactarios en los Establecimientos y Dependencias del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 260-2014/MINSA que aprobó la “Guía Técnica de Implementación de grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa”.
- Reglamento de Alimentación Infantil (RAI): Decreto Supremo N° 009-2006-SA, teniendo como objetivo 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 orientando las prácticas adecuadas de alimentación complementaria. Así también propicia 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.

➤ **REGLAMENTO DE ALIMENTACIÓN INFANTIL**

Artículo 12

Toda gestante debe conocer los beneficios de la lactancia materna y sus derechos al momento de la atención del parto.

Artículo 15

Los establecimientos de salud públicos y privados deben garantizar un inicio exitoso de la lactancia materna:

1. El contacto piel a piel.
2. El alojamiento conjunto durante las 24 horas del día para que la o el recién nacido lacte a demanda.

La madre en el puerperio inmediato deberá recibir el apoyo necesario en la técnica adecuada para la iniciación y mantenimiento de la lactancia materna.

En caso de las y los bebés prematuros y hospitalizados se permitirá el ingreso de sus madres a las salas especiales, así como también se dará el apoyo del profesional capacitado para que la o el bebé sea alimentado con leche materna.

Artículo 16

Se administrará sucedáneo de la leche materna (fórmulas) solo con prescripción médica, en casos excepcionales y deberá registrarse en la historia clínica con un sustento a la decisión terapéutica.

Artículo 17

Las madres recibirán orientación y apoyo relacionado a la lactancia materna exitosa durante los primeros seis (6) meses y la lactancia materna prolongada hasta los veinticuatro (24) meses acompañados de alimentación complementaria.

Artículo 18

El profesional, los establecimientos de salud públicos y privados son responsables de las acciones de fomentar y promocionar la lactancia materna.

7.2.2 Derechos laborales vinculados al embarazo, al parto y a la lactancia materna.-

Derechos Laborales vinculados a la Lactancia materna.

- **Ley N° 27606**

Licencia pre y post natal (45 días antes y 45 días después del parto)

(Según el Convenio 183 de la Organización internacional de Trabajo sobre la protección de la maternidad 2000, aprobado por RL N° 30312 publicada el 22 de marzo del 2015, menciona que toda mujer a la que se aplique el presente convenio tendrá derecho, mediante presentación de un certificado médico o de cualquier otro certificado apropiado, según lo determinen la legislación y la práctica nacional, en el que se indique la fecha presunta del parto, a una licencia de maternidad de una duración de al menos catorce semanas.

Según la Ley N° 27606, Ley que modifica la Ley N° 26644, estableciendo la extensión del descanso pos natal en los casos de nacimiento múltiple, indica que el descanso pos natal se extenderá por treinta (30) días naturales adicionales.

- **Ley N° 29409**

Licencia por paternidad: El padre solicitará Diez(10) días hábiles para estar presente en el momento del parto y apoyar a la madre. Según la Ley N° 29409, Ley que concede el derecho de licencia por paternidad a los trabajadores de la actividad pública y privada.

- **Ley N° 27240**

Permiso por lactancia materna (1 hora diaria, durante el primer año de vida de su niña o niño). Si el parto es múltiple se incrementa a 2 horas diarias.

- **Ley N° 29896**

En todo centro laboral en donde laboren veinte (20) o más mujeres en edad fértil debe contar con un ambiente privado, cómodo para la extracción y conservación de la leche.

VIII ANEXOS

ANEXO 1:

Habilidades de Comunicación para la Consejería en Lactancia Materna

La mujer para ejercer la práctica de la lactancia materna requiere información exacta, apoyo de la familia, de la comunidad, del sistema sanitario y de la sociedad en su conjunto.

La o el consejero debe tener la habilidad de escuchar a la madre, hacerla sentir segura y tener confianza en sí misma. Esto puede ayudarla a tener éxito en la lactancia.

La o el consejero necesita saber algo más que sólo ofrecer información, debe tener habilidades de comunicación. Su trabajo es ayudar a las madres a buscar la causa de sus dificultades y sugerir algunas maneras de solucionar el problema. A menudo, lo que aparenta ser dificultades o problemas, no son tales, y la madre sólo necesita la seguridad de que está haciendo bien las cosas.

La buena comunicación significa que se respetan los sentimientos, pensamientos, creencias y cultura propios de las mujeres. No significa decirle a una persona lo que debería hacer ni presionarla a realizar alguna acción en particular.

Habilidades de Escuchar y Aprender.-

1. Usar comunicación no verbal útil.-

La comunicación expresada a través del lenguaje corporal. Algunas maneras de brindarla son:

- ✓ Sentarse al mismo nivel y cerca de la madre.
- ✓ Retirar las barreras físicas, tales como una carpeta o cartapacio en los brazos.
- ✓ Poner atención a la madre, evitando distraerse y mostrando que se le está escuchando, asintiendo con la cabeza, sonriendo y haciendo otros gestos apropiados.
- ✓ Tomarse el tiempo necesario, sin apurarse o mirar el reloj.
- ✓ Tocarla sólo de manera apropiada (tal como una mano sobre el hombro). No tocarle los pechos ni a su bebé sin pedirle permiso.

2. Hacer preguntas abiertas.-

Las preguntas abiertas son más útiles, animan a la madre a dar más información. Generalmente empiezan con "¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?", por ejemplo, "¿Cómo está usted alimentando a su bebé?".

Las preguntas cerradas que se responden con un sí o un no, pueden no darle a usted mucha información. Usualmente empiezan con "¿Está usted...? ¿Hizo

usted...? ¿Hizo el bebé?”, por ejemplo, “¿Amamantó usted a su anterior bebé?”
¿Hizo usted? Utilizar estas preguntas solo cuando corresponda.

3. Demostrar interés y devolver el comentario.-

Lo demuestra con gestos como asentir con la cabeza, mirándola a los ojos, sonreír y usando respuestas con frases como "mmm", "ajá" o "continúe...", o si usted repite o devuelve lo que la madre dice, demuestra que la está escuchando y la anima a decir más.

Usted puede usar palabras ligeramente diferentes a las que la madre usó de modo que no suene como si la estuviera imitando.

4. Dar muestras de empatía.-

La empatía demuestra que usted está escuchando lo que la madre dice, mirándola a los ojos, y tratando de entender cómo se siente ella, desde el punto de vista de ella.

5. Evitar palabras que puedan sonar enjuiciadoras.-

Palabras que pueden sonar como si usted estuviese juzgando, incluyen: correcto, incorrecto, bien, mal, bueno, bastante, apropiadamente, adecuado, problema; palabras como éstas pueden hacer sentir a una mujer que tiene que alcanzar un patrón o que su bebé no se está comportando normalmente.

Habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo

Sus habilidades de comunicación pueden ayudar a la madre a sentirse bien con ella misma y confiada en que ella será una buena madre. La confianza puede ayudar a una madre a tomar sus decisiones y resistir presiones de otras personas.

Para ayudar a reforzar la confianza y dar apoyo, necesitamos:

1. Aceptar lo que la madre piensa y siente

Podemos aceptar las ideas y sentimientos de una madre sin manifestar desacuerdo con ella ni decirle que no tiene de qué preocuparse. Aceptar lo que una madre dice no es lo mismo que aceptar que ella está en lo correcto. Usted puede aceptar lo que ella dice y dar la información correcta después.

2. Reconocer y elogiar lo que está bien.-

Elogiar y felicitar las buenas prácticas que la madre realice, le refuerza la confianza, y hace más fácil que acepte sugerencias.

3. Dar ayuda práctica.-

Hacer que la madre se sienta cómoda, ayudará a que se relaje y fluya mejor la leche.

La madre puede estar con sed o con hambre; puede querer una almohada, que alguien cargue a la o el bebé mientras va al baño, o tener un problema práctico de lactancia. Si usted puede dar esa ayuda práctica, ella podrá relajarse.

4. Proporcionar información pertinente usando lenguaje apropiado.-

Informarle lo que ella necesita saber en el momento, usando palabras apropiadas que la madre entienda, sin abrumentarla con demasiada información o un lenguaje técnico.

5. Hacer sugerencias, no dar órdenes.-

No le diga a ella lo que tiene que hacer o lo que debe hacer, ofrézcale alternativas y déjela decidir lo que funciona para ella.

Límite sus sugerencias a una o dos que sean pertinentes a su situación.

Seguimiento y el apoyo continuo.-

Cuando la sesión termina, la madre puede tener todavía dudas que no hubo tiempo de tratar, o puede encontrar difícil llevar alguna sugerencia a la práctica. Es importante acordar con ella el seguimiento y el apoyo continuo.

ANEXO 2

Conocimientos Básicos

1. Cómo funciona la lactancia materna

La lactancia materna da a las y los niños el mejor comienzo posible en la vida. Conociendo la fisiología de la lactancia, se entiende lo que está sucediendo en cada caso y se ayuda mejor a cada madre.

En una primera etapa, la producción de leche está bajo control endocrino.

Explíquelo de la manera más sencilla, utilizando términos y lenguaje comprensibles; deje claro que puede preguntar si algo no se entendió bien.

La oxitocina es conocida como la “hormona del amor”

Favorece su producción, si la se obstaculiza su producción, si la madre: madre: e Está preocupada.

Piensa amorosamente en su bebé. Está con estrés.

Escucha sonidos de la o el bebé. Tiene dolor.

Imagina ver a su bebé. Tiene dudas, inseguridad y baja autoestima. Tiene confianza en sí misma.

En una segunda etapa, la producción de leche depende del vaciamiento del pecho.

C. El factor inhibidor de la leche materna (FIL). Actúa cuando el pecho permanece lleno de leche, deteniendo la producción de leche.

Si se retira la leche materna por succión o por extracción manual o mecánica, se retira también el inhibidor; entonces el pecho produce más leche.

Recuerde: La succión hace que los pechos produzcan leche, al controlar la producción de prolactina. El reflejo de oxitocina v el inhibidor de la lactancia.

La lactancia materna y en particular su inicio temprano es beneficioso para la salud, la nutrición y el desarrollo infantil e incluso para los periodos posteriores de la vida; estos beneficios se extienden a las madres que amamantan y a la sociedad en general.

Beneficios para la o el niño:

Favorece el desarrollo físico y emocional de la o el bebé.

Protege contra la infección y la muerte. Genera un mayor coeficiente intelectual.

Nutrición ideal,

Refuerza el vínculo afectivo madre-niña o niño.

Reduce el riesgo de anemia temprana. Promueve la adecuada dentición y el desarrollo del habla.

Reduce el riesgo de infecciones, desnutrición, alergias e intolerancia a la leche.

Disminuye el riesgo de algunas enfermedades crónicas y la obesidad.

Beneficios para la madre:

Promueve mayor satisfacción y fortalece la autoestima de la madre. Favorece la mejor fisiológica post parto. Contribuye a la disminución del peso y del riesgo de obesidad.

Genera menor posibilidad de cáncer de ovario y de mama, así como de osteoporosis.

Reduce la probabilidad de embarazo.

Le permite proporcionar de manera sencilla un alimento natural, apropiado, ecológico y económico.

Reduce la ausencia laboral de la madre.

Recuperación

2. La lactancia materna y su función en la formación de vínculos: El Apego.-

El inicio de la vida del ser humano constituye un período crítico porque a diferencia de otros mamíferos, la o el recién nacido nace totalmente dependiente y la leche humana al contener elementos esenciales, lo protege y completa su desarrollo.

Las conductas de apego entre madre e hija o hijo tradicionalmente han sido consideradas como instintivas; las evidencias científicas han demostrado que la lactancia materna forma parte del sistema que asegura y prolonga la protección y la formación de vínculos, lo que impacta directamente en el adecuado desarrollo del sistema nervioso central de la o el recién nacido.

La calidad del proceso de vinculación madre —niña o niño (apego) determina la salud a lo largo de la vida de la persona, las evidencias mencionan que, apegos seguros se correlacionan con niñas y niños sanos que devienen en adultos sanos y apegos ansiosos y desorganizados se correlacionan con trastornos en el desarrollo, violencia infantil y procesos psicopatológicos.

- El apego prenatal: Se inicia cuando la madre comienza a percibir los movimientos fetales (entre las 18 y 22 semanas de embarazo). Este momento es importante y al comenzar el proceso de separación madre y feto, será clave para estimular el apego prenatal madre e hija o hijo y hacer una percepción del apego prenatal.

La madre suele atribuir intencionalidad a los movimientos fetales y sus percepciones pueden oscilar entre sentimientos de amor, desagrado y rechazo. Una o un bebé no deseado puede inhibir la percepción materna de los movimientos fetales, una o un bebé concebido en un contexto de violencia puede explicar una percepción amenazante y comenzar un historial de agresividad intra-útero.

- El nacimiento, el apego y la lactancia: Durante el trabajo de parto y el parto se segregan diversas hormonas directamente relacionadas con la interacción madre-niña o niño y el inicio de la lactancia:
- La beta-endorfina que aumenta durante el parto, contrarresta el dolor, y estimula la secreción de la prolactina.
- La prolactina estimula la producción de leche materna, la maduración fetal y relaja a la madre.

- La oxitocina estimula las contracciones uterinas, produce el reflejo de eyección de leche e induce una conducta maternal; aumenta durante el trabajo de parto pero es sensible a estímulos externos y a los sentimientos de la mujer.
- Si la mujer está temerosa, insegura y se siente observada, libera adrenalina e inhibe a la oxitocina y a las endorfinas.

El contacto piel a piel: La o el recién nacido dispone de competencias sensoriales e interactivas para vincularse y promover conductas de apego con su madre. Dentro de la primera hora de nacido, se muestra en un estado de vigilia- calma, con avidez sensorial, y buscando ser acogido en el ambiente extrauterino. Puesto sobre el abdomen de su madre, la o el recién nacido instintivamente reptará buscando el pezón pues sus reflejos sensoriales y motores están suficientemente estimulados para reconocer el olor que emana del pezón, visualizarlo y lamerlo, y dar un pequeño impulso con las piernas y brazos hasta lograr acoplarse vigorosa y armónicamente.

La madre, inmediatamente después del parto, se encuentra especialmente predispuesta para compartir emociones con su bebé y para aprender conductas maternas, tales como entregar cuidado físico y afecto a su bebé; las que se estimulan cuando se facilita el contacto con la o el bebé y mejor aún, cuando hay un apoyo personalizado del personal de salud y la participación activa del padre, pareja, familiar o persona de confianza de la madre.

El contacto piel a piel estimula la secreción de las glándulas mamarias y sudoríparas en la madre, conectando íntimamente el tacto, los olores, los sonidos y miradas entre madre y bebé; activándose las hormonas relacionadas a las conductas de vinculación y facilitando la lactancia materna.

Por el contrario, la falta de contacto neonatal está asociada con la disminución de la lactancia materna y consecuencias en la capacidad futura de la o el bebé para establecer vínculos interpersonales al carecer de la experiencia vinculante primaria con su madre. Será importante evaluar la interacción materno neonatal

para identificar las necesidades de apoyo en esta etapa clave de la vida de la o el recién nacido.

La atención de salud a la madre y a la o el bebé ofrece una excelente oportunidad para seguir reforzando la calidad del proceso de vinculación dado el impacto en la salud a lo largo de la vida del ser humano.

3. Características de la leche humana

La leche humana tiene extraordinarias características físicas, químicas y biológicas, que la hacen el alimento idóneo para la o el bebé, pues se adapta a sus necesidades, así se tiene:

- Calostro: Secreción láctea amarillenta, espesa, producida en poca cantidad, dentro los 5 primeros días después del parto. Es muy rica en componentes inmunológicos, otras proteínas, además de calcio y otros minerales. Su escaso volumen permite a la o el recién nacido a organizar tres funciones básicas: succión-deglución-respiración. Ayuda a la eliminación del meconio, evitando la ictericia neonatal, y ayuda a la maduración del aparato digestivo.

Leche de transición: Es la leche producida entre el 5° y el 15° día del postparto. Al tercer día se produce un aumento brusco en la producción de leche conocido como la "bajada de la leche". En las madres de recién nacidos a término, la producción de leche "acompaña" día a día a la o el bebé en su maduración gastrointestinal e integral; y va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

- Leche madura: Se llama así a la secreción láctea producida a partir del 16° día. En las madres de bebés a término y en los prematuros, le proporcionará todos los componentes imprescindibles para el crecimiento y desarrollo de la o el bebé hasta los 6 meses. Si la madre tiene que alimentar a más de una o un bebé producirá un volumen suficiente de leche madura para cada uno de ellos; permitiendo la maduración progresiva del sistema digestivo de la o el bebé, preparándolo para recibir otros alimentos, en su momento.

También se menciona que la composición de la leche humana varía tanto de una madre a otra y en cada mujer, en el transcurso del día e incluso en una misma mamada. La madre debe saber que la leche materna no es un producto químico estable -como sucede con los sucedáneos o leches artificiales- sino que es cambiante, porque a través de ella se provee de nutrientes a su niña o niño, cuyos requerimientos van cambiando según su crecimiento.

Este mismo proceso de adaptación ocurre con la leche de madres de prematuros, en quienes la etapa calostrada podría prolongarse hasta las primeras cuatro semanas especialmente en los componentes inmunológicos y proteicos que contiene. La madre debe ser informada que la alimentación de la o el bebé prematuro y de las o los recién nacidos de bajo peso es fundamental para superar su condición de inmadurez momentánea, y evitar sus consecuencias en su salud y su supervivencia.

Las características de la leche humana la hacen inigualable en relación con la leche de otros mamíferos y con los sucedáneos de la leche materna. El siguiente cuadro muestra las diferencias:

4. Desventajas y peligros del uso de sucedáneos de la leche materna (fórmulas, biberones y tetinas).

Interfiere el vínculo afectivo madre e hija o hijo.

Riesgos y peligros para la o el niño:

- Mayor riesgo de muerte infantil, especialmente la muerte del neonato (desde el nacimiento hasta los 28 días de edad).
- Mayor riesgo de infecciones, diarreas.
- Desnutrición y obesidad.
- Mayor riesgo de osteoporosis y fractura.
- Más riesgo de algunas enfermedades de cadera.
- Más alergias e intolerancia a la lactosa.
- Menor rendimiento intelectual.

Riesgos y peligros para la madre y la familia:

- Puede quedar embarazada pronto.
- Más riesgo de anemia, cáncer de ovario,
- Más gastos (en compra de fórmulas, consultas médicas, ausencia laboral).
- En la comunidad genera más gastos y contaminación.

5. Técnica de Lactancia.-

Frecuencia: A libre demanda.

Posición de la madre: Cómoda con la espalda, los pies y el pecho apoyados según se necesite.

Posición de la o el bebé:

- La cabeza y el cuerpo de la o el bebé alineados,
- El cuerpo de la o el bebé muy cerca al cuerpo de la madre, llevar a la o el bebé al pecho.
- El bebé sostenido — cabeza, hombros y, si es recién nacida o nacido, todo el cuerpo.
- Frente al pecho, con la nariz de la o el bebé no obstruida por el pezón.

Agarre de la o el bebé al pecho:

- Boca bien abierta.
- Labio inferior volteado hacia afuera.
- Mentón de la o el bebé toca el pecho, nariz cerca del pecho.
- Más areola sobre el labio superior de la o el bebé.
- La madre no siente dolor.

Transferencia de leche:

- Mamadas lentas y profundas, con pausas.
- Mejillas redondeadas cuando succiona.
- Se puede escuchar cuando deglute.
- La o el bebé suelta el pecho cuando termina.

- Madre nota que fluye/baja la leche, reflejo del efecto de la oxitocina.

Diversas posiciones para el amamantamiento:

Posición natural o biológica: La madre recostada y la o el bebé echado en decúbito ventral sobre ella.

Posición clásica: madre Sentada y bebé acunado.

Madre acostada: En esta posición es importante que el personal de la salud oriente y apoye a la madre para que sepa evitar riesgos de ahogamiento de la o el bebé.

Posición por debajo del brazo.

Útil: cuando hay gemelos, conductos lácteos bloqueados, y dificultad en el agarre.

Alza con el brazo opuesto.

Útil: bebés muy pequeños. Bebés enfermos.

Posición de caballito.

Útil: Bebés hipo/hipertónicos, fisura palatina y mamas muy grandes.

Posición en canasta.

Útil: Bebés gemelos alimentados simultáneamente. En caso de cesárea para no presionar la herida operatoria.

Cuidado Mamá Canguro:

El contacto piel a piel o "cuidado mamá canguro" consiste en colocar a la o el bebé desnudo (sólo con un pañal y, si es necesario, un gorro), en contacto ventro ventral con la mamá sentada o de pie; o en posición prona (boca abajo) si la mamá está echada; siempre debajo de la ropa de la madre, entre sus pechos. La o el bebé recibe amor, calor y lactancia.

Puede realizarse en recién nacidos de cualquier edad gestacional o peso, pero se usa especialmente en prematuros, aún enfermos, pero lo bastante estables para tolerarlo. Puede iniciarse por periodos no menores de una hora e ir aumentándose el tiempo hasta llegar a ser permanente. La o el bebé no debe

ser bañado hasta salir del cuidado canguro. La madre debe dormir semi-sentada para evitar el reflujo y la bronco-aspiración. Puede hacerlo el padre de la o el bebé u otro familiar, por algunos periodos.

El cuidado canguro ayuda a regular la temperatura, la respiración, la frecuencia cardiaca, la oxigenación y la glicemia de la o el bebé, disminuye el riesgo de infecciones, aumenta la producción de leche y prolonga la lactancia materna, mejora la ganancia de peso, reduce la estancia hospitalaria, ayuda en el desarrollo del vínculo afectivo con la madre y aumenta la confianza de la madre en el cuidado de su hija o hijo. La o el bebé llora menos y duerme mejor. Se reporta también un mejor desarrollo psico-motor.

6. La nutrición en la gestación.-

Hay una relación directa entre la nutrición materna y su impacto en el embarazo, es tan importante que se recomienda que desde la etapa pre concepcional, la mujer se prepare antes de iniciar una gestación: prevenir la anemia, subir de peso o disminuirlo según sea el caso.

Los aportes nutricionales de la mujer gestante deben cubrir sus propias necesidades, las necesidades del feto y las necesidades de los tejidos propios de la gestación: placenta, útero mamas. Por ello es que hay que poner especial atención en la ingesta de algunos nutrientes cuyas necesidades están aumentadas durante el proceso reproductivo: proteínas, vitaminas y minerales (hierro, calcio) y recomendar alimentos ricos en ellos.

7. Cuidados de la salud materna durante la lactancia.-

La etapa de amamantamiento para la mujer debe ser una experiencia de crecimiento personal, por ello será muy importante poner atención en la salud de la madre y no solo preocuparse por la o el hijo. La madre requerirá al igual que la o el bebé, cuidados, nutrición adecuada y apoyo.

La atención de salud a la madre siempre constituirá una oportunidad para explorar las inquietudes y dificultades de la madre respecto de su salud física, sus responsabilidades personales y familiares; pues podrían darse conflictos entre la lactancia materna y otras responsabilidades: cuidado de sus otros hijos,

atender a su pareja, las tareas domésticas, el trabajo fuera de casa, las actividades de desarrollo personal, entre otras, pues la lactancia demandará tiempo y energía.

Estos conflictos se alivian cuando se logra involucrar al padre, pareja, familia, compartiendo la responsabilidad del cuidado de la o el bebé. El apoyo del profesional de salud será valioso especialmente en mujeres sin pareja y/o con escaso apoyo familiar, y ayudarles a superar sentimientos de culpa por este tipo de conflictos, ofreciéndoles apoyo emocional y motivándolas a compartir su experiencia con otras mujeres en situación similar.

La nutrición adecuada de la madre preservará la salud de la propia madre, su capacidad de producir leche y amamantar a su hija o hijo; siendo necesario que mantenga una alimentación y estilos de vida saludables durante todo el proceso reproductivo.

La nutrición durante el periodo de lactancia, son mayores los requerimientos de nutrientes en la etapa de amamantamiento que durante la gestación y se obtienen de los depósitos acumulados durante la etapa de gestación, por ello más que aumentar el volumen de alimentos se requiere una dieta balanceada y saludable. La madre podrá consumir los líquidos que espontáneamente desee.

El reposo, es importante para que la madre que da de lactar pueda resistir mejor las exigencias propias del cuidado y alimentación de la o el niño. La participación del padre, la pareja o el familiar cercano en el cuidado y atención de la o el niño, ayudará a mantener la buena disposición de la madre para el amamantamiento.

La vida sexual, durante la época del amamantamiento, en algunos casos podría verse afectada por la disminución de la respuesta a los estímulos sexuales, e incluso presentar dolor coital (dispareunia) debido a la sequedad del canal vaginal por la falta de estrógenos que se da durante la etapa de lactancia.

Asimismo, las mujeres en etapa de amamantamiento, al experimentar un orgasmo, simultáneamente eyectan leche, debido a la brusca descarga de oxitocina, lo que podría ser incómodo, y que merece que se le de las recomendaciones de cuidado necesario.

Planificación familiar, la lactancia materna también funciona como un método para espaciar nacimientos (MELA) teniendo 98% de efectividad si se cumplen tres (3) condiciones:

- Amenorrea,
- Lactancia exclusiva día y noche,
- Niña o niño menor de seis (6) meses.

Si no se cumple alguna de estas condiciones, será recomendable algún método de planificación familiar para evitar una nueva gestación y prolongar el periodo inter- genésico hasta dos (2) años, no debiéndose usar anticonceptivos hormonales combinados que contengan estrógenos.

Cuando la madre no brinda lactancia materna exclusiva a su bebé, el ciclo hormonal se reanuda entre las seis (6) y doce (12) semanas después del parto.

El trabajo, especialmente si implica la separación de su hija o hijo, va a requerir motivar a la madre a continuar con la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses; si no es posible continuar con el amamantamiento es importante que aproximadamente dos (2) semanas antes de reintegrarse al trabajo, se brinde apoyo activo para aprender a extraerse y almacenar la leche, cuidando de enseñar su administración a la o el cuidador de la o el bebé.

El peso, se estima que la madre que da de lactar tan frecuentemente (a demanda de la o el bebé), disminuye un kilogramo por mes, no será recomendable que baje más de lo indicado porque podría afectarse su estado general.

Alcohol y cigarros, se recomienda evitar la ingesta de alcohol y cigarros pues no solo afectan el sabor de la leche sino que reduce su volumen y altera el sueño-vigilia de la o bebé.

En caso de enfermedad; si la madre se enferma, en casi en todos los casos puede continuarse la lactancia.

Los beneficios de continuar la lactancia cuando la madre se enferma son: Los anticuerpos que van en contra de infecciones de la madre, van a la leche materna y pueden ayudar a proteger a la o el bebé de una infección.

Tranquilidad hacia la madre de permanecer su bebé junto a ella.

La o el bebé continúa recibiendo los beneficios de la lactancia materna.

La o el bebé debe permanecer al lado de la madre.

La suspensión brusca de la lactancia materna puede llevar a tener pechos dolorosos, fiebre, causar angustia en el bebé y a los riesgos relacionados con la alimentación artificial. La recuperación de la producción de leche materna podría ser complicada, Brinde apoyo a la madre enferma: Si tiene fiebre, bríndele líquidos.

Ayude a la madre a encontrar una posición cómoda.

Si le es difícil amamantar, ayude a la madre a extraerse la leche materna hasta que se sienta mejor.

Escoja tratamientos y medicamentos que sean seguros durante la lactancia materna.

Asista a la mama a restablecer la lactancia una vez que se ha recuperado de la enfermedad, si la lactancia fue interrumpida.

En su mayoría de infecciones maternas, incluyendo la mastitis, tuberculosis, hepatitis B y C, tifoidea, cólera, sífilis, entre otras; no está contraindicada la lactancia materna. Es más, la o el niño se beneficia al recibir la protección contra la infección.

Infección por VIH y la lactancia materna Se estima que el 5-15% de bebés nacidos de mujeres infectadas por el VIH, se volverán VIH positivos al paso de la lactancia. Para reducir este riesgo, se debe evitar por completo la lactancia materna. En el Perú hay obligación de proporcionar la alimentación artificial (formula) de manera gratuita a través del SIS.

8. Mitos y creencias en la lactancia materna.-

Todas las culturas tienen mitos y creencias sobre la lactancia materna, es necesario conocerlos y conversar respetuosamente sobre ellos con la usuaria, porque pueden influenciar en el éxito o fracaso de la lactancia. Se recomienda

incluir en estas conversaciones a las abuelas y demás mujeres mayores de la familia. Ellas pueden ser aliados potentes para una lactancia materna exitosa. A continuación se mencionan los más frecuentes en nuestra sociedad.

Indague los mitos y creencias más frecuentes en su localidad.

Mitos y creencias

El calostro es una leche “aguada” que no satisface a la niña o el niño.

Algunas madres no producen suficiente leche.

La lactancia debilita a las madres.

El amamantamiento afecta la belleza de la mujer y de sus pechos.

La ingesta de líquidos aumenta la producción de leche.

El tamaño y la forma del pecho afectan la producción de leche.

No se debe dar de lactar cuando vuelve la menstruación.

El contacto con agua fría, algunos alimentos y el uso de medicamentos son impedimentos para lactar.

Lo artificial es mejor que lo natural.

9. **La extracción, almacenamiento, conservación y administración de la leche humana** Razones para la extracción, hay diferentes razones para extraer la leche:

- Alimentación de una o un recién nacido prematuro.
- Aliviar la congestión mamaria debido a pezones planos o invertidos.
- Separación de la madre y la o el niño (por trabajo fuera del hogar, viajes, enfermedad, hospitalización, entre otras).
- Alimentación de las y los bebés a término que tienen dificultades para mamar.
- Evitar el contagio mutuo de infecciones de la boca de la o el bebé o de la mama de la madre (monilias, herpes).

Métodos para extraer la leche, la extracción manual es la forma más sencilla, práctica, útil y con menor riesgo de contaminación. Se dispone también de bombas manuales y eléctricas de diversos tipos y modelos en el mercado.

Medidas de higiene en la extracción, será indispensable lavarse las manos con agua y jabón y utilizar un recipiente con tapa, frasco o taza de plástico o vidrio de boca ancha y resistente al calor, lavado con agua caliente.

Preparación para la extracción, debe hacerlo cómodamente sentada en un ambiente tranquilo y privado. La madre no debe estar intranquila, con estrés y/o con algún tipo de dolor. Si lo desea puede estar acompañada con un familiar o alguien de su confianza. Invitarla a mirar a su bebé, de no estar presente, puede tener una foto o una prenda de vestir de la o el bebé. Ello ayudará al reflejo de la oxitocina.

Técnica para la extracción manual:

- Haga masajes en forma circular alrededor de la mama, de arriba hacia abajo (se puede Usar un peine) para estimular el reflejo de bajada o de oxitócica.
- Frote suavemente los pezones.
- Rodee el pecho con una mano colocando el pulgar por arriba de la areola y los demás dedos por debajo.
- Presione la mama, empujándola contra el pecho para exprimir la leche.
- Comprima la mama con el dedo pulgar por encima en el límite externo de la areola y presionando, sin que el dedo resbale hacia el pezón.
- Presione y suelte en forma intermitente y rítmica. Si no sale o sale poco, NO presione más fuerte. Invite a la madre a relajarse y bríndele seguridad e intensifique la frecuencia de los movimientos intermitentes.
- Rotar los dedos para vaciar la leche de todos los sectores, NO jalar el pezón porque inhibe el reflejo de eyección.

- La extracción manual dura aproximadamente entre 15 y 20 minutos.

Conservación de la leche extraída, es recomendable separar la leche extraída en envases y en porciones según lo que consuma la o el bebé y conservarla según el tiempo que convenga:

Temperatura A temperatura ambiente Tiempo de duración 6 a 8 horas a excepción de zonas muy calurosas, donde es necesario refrigerar Refrigerada Tiempo de duración (en el interior 72 horas de la refrigeradora)

Administración de la leche extraída, la leche puede darse a temperatura ambiente. Se debe atemperar o entibiar la leche hasta alcanzar una temperatura similar a la corporal, colocándote en un envase con agua caliente, en el que se pone el frasco con la leche extraída (no se somete al fuego como ocurría con el baño maría porque afecta a las sustancias probióticas y algunas células vivas).

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.

Uso de la Taza:

Siente al bebé en una posición vertical o semi-vertical en su regazo. Sostenga la taza descansando ligeramente en el labio inferior de la o el bebé. Incline la taza de modo que la leche alcance justo los labios de la o el bebé. La o el bebé se pone alerta y abre su boca y sus ojos.

NO VIERTA la leche dentro de la boca de la o el bebé, deje que él mismo tome la leche.

Uso del Re-lactador:

Tenga leche extraída en una taza en cantidad suficiente según requerimiento de la o el bebé.

Fije con cinta adhesiva una sonda naso gástrica delgada lo más cerca al pezón de manera que la o el bebé se alimente y a su vez estimule al pezón a succionarlo.

El otro extremo de la sonda estará dentro de la taza.

Regule el flujo de la leche de la sonda cuando succione la o el bebé (doblado la sonda).

Recomiende que la o el bebé lacte cada dos (2) horas.

Ir reduciendo progresivamente la leche extraída en la taza (en cantidad y en frecuencia) hasta que la madre recupere la producción de leche.

2.3.3 LINEAMIENTOS DE NUTRICION MATERNO INFANTIL DEL PERU

LINEAMIENTO DE NUTRICIÓN DE LA MUJER GESTANTE Y DE LA MUJER QUE DA DE LACTAR

Los lineamientos de nutrición materna deben formar parte de la atención integral de salud de la mujer en edad fértil con énfasis en el periodo de la gestación y lactancia. Las recomendaciones nutricionales estarán de acuerdo a las necesidades de cada grupo, a fin de proteger la salud y nutrición de la mujer, de la niña y niño.

LINEAMIENTOS GENERALES:

1. Promover una alimentación balanceada y variada en la mujer en edad fértil con énfasis en la gestante y en la mujer que da de lactar.
2. Fortalecer el componente nutricional en la Atención Integral de Salud de la mujer.
3. Garantizar la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico de toda mujer gestante y mujer que da de lactar.
4. Asegurar la suplementación con vitamina A, para púerperas en poblaciones de mayor riesgo.
5. Promover el consumo diario de sal yodada.
6. Propiciar la participación de la familia y comunidad para favorecer una maternidad saludable y segura

LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS:

1. Asegurar el consumo adecuado de energía, de macro y micronutrientes de acuerdo a las necesidades y estado nutricional de la madre.
2. Promover el consumo diario de alimentos de origen animal fuentes de hierro, ácido fólico, calcio, vitamina A y zinc.
3. Promover el consumo diario de frutas y verduras fuentes de vitamina A, C y fibra.
4. Fomentar el consumo de tres comidas principales al día más una ración adicional en la mujer gestante y de tres comidas principales al día más dos raciones adicionales en la mujer que da de lactar.
5. Recomendar disminuir el consumo de café, gaseosas, golosinas y dulces, durante la gestación y la lactancia.
6. evitar el uso de cigarros, la ingesta de alcohol y otras drogas, durante la gestación y la lactancia.
7. Promover la adecuada evaluación nutricional de la mujer durante el embarazo y en la etapa de lactancia.
8. Identificar a la madre adolescente como de alto riesgo nutricional y de salud, en la etapa de gestación y de lactancia.
9. Asegurar la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico de toda mujer gestante que recibe atención prenatal y a la mujer que da de lactar.
10. Asegurar la suplementación a las madres puérperas durante el primer mes con una dosis única de Vitamina A en zonas de mayor riesgo.
11. Recomendar el uso de la sal yodada en las comidas.
12. Promover actividad física adecuada en la mujer gestante y la mujer que da de lactar.
13. Motivar y preparar física y emocionalmente a la madre para una lactancia materna exitosa
14. Promover la participación de la pareja y demás miembros de la familia en el apoyo emocional y físico de la mujer gestante y la mujer que da de lactar.
15. Reforzar la confianza de la madre que da de lactar.
16. Promover técnicas adecuadas de lactancia y orientar a la madre en la solución de problemas específicos relacionados con la lactancia.
17. Informar a la madre trabajadora sobre las leyes y normas legales a las que tiene derecho durante la gestación y el período de lactancia.

PROMOVER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA Y VARIADA EN LA MUJER EN EDAD FÉRTIL CON ÉNFASIS EN LA GESTANTE Y EN LA MUJER QUE DA DE LACTAR

1. Asegurar el consumo adecuado de energía, de macro y micronutrientes de acuerdo a las necesidades y estado nutricional de la madre

Las necesidades de energía, de la mayoría de macro y micro nutrientes se

Incrementan durante la gestación y en el período de lactancia, porque el organismo necesita satisfacer las demandas tanto de la madre como la niña o niño, condición indispensable para proteger la salud del binomio madre-niña(o). Asimismo, está demostrado que adecuadas condiciones nutricionales de un niño al nacer lo protege durante todo su ciclo de vida.

Durante el embarazo se requiere cubrir las necesidades de energía, proteínas y grasas de la madre y el feto, así como también para el metabolismo y depósito de ambos. Una madre que no cubre sus necesidades de energía aumenta el riesgo de retardo en el crecimiento intrauterino y la mortalidad natal y perinatal.

La OMS recomienda para las gestantes una ingesta adicional de 285 Kcal/día para las mujeres que conservan su grado de actividad física y para aquellas que reducen dicha actividad es de 200 Kcal/día, diversos estudios demuestran que las necesidades de energía van a depender de los depósitos de grasa materna al momento de la concepción.

Al porcentaje de energía proveniente de las grasas debe ser mayor al 20% de la energía total consumida para facilitar la ingesta de ácidos grasos esenciales y la absorción de las vitaminas liposolubles (Vitaminas A, D, Z, H). La dieta de la gestante debe asegurar un adecuado consumo de ácidos grasos poli insaturados,

Incluyendo los ácidos linoléico y linolénico, los cuales se encuentran principalmente en aceite de semillas, como maíz, girasol, maní, oliva.

Una madre que da de lactar debe producir en promedio 800 ml de leche al día, la energía para producir esta leche proviene de la grasa acumulada durante el embarazo, y de una cantidad extra de 500 Kcal al día que la madre debe consumir a fin de no afectar su estado nutricional.

Una restricción calórica de moderada a importante o el ayuno reducen más el volumen de leche que su composición de nutrientes. Si la ingesta alimentara de un macronutriente es inferior a lo recomendado, el efecto sobre la cantidad total de dicho nutriente en la leche es escaso o nulo. Sin embargo, la proporción de los ácidos grasos de la leche humana depende de la ingesta materna.

2. Promover el consumo diario de alimentos de origen animal fuentes de hierro, ácido fólico, calcio, vitamina A y zinc.

Los alimentos de origen animal son fuentes de proteínas de alto valor biológico, es decir que contiene los aminoácidos esenciales para el organismo, vitaminas y minerales de alta biodisponibilidad, las cuales son necesarias para el crecimiento y desarrollo del feto, la placenta, los tejidos maternos y en la producción de leche.

a. Consumo de alimentos ricos en hierro:

Durante el embarazo la mujer requiere el hierro para el desarrollo del feto, la placenta, la síntesis de eritrocitos adicionales y reponer las pérdidas del parto. Uno de los principales problemas nutricionales durante el embarazo es la anemia nutricional la cual debe ser prevenida con un adecuado consumo de hierro en las mujeres en edad fértil y en especial durante el embarazo.

Al hierro es importante para prevenir la anemia y está asociada con parto prematuro, bajo peso al nacer, aumento de riesgo en la mortalidad materna y alteraciones en la conducta de los hijos. Además es probable que las escasas reservas maternas durante el embarazo afecten las reservas de hierro del recién nacido. También la madre que da de lactar debe incrementar el consumo de este micronutriente en esta etapa.

Al hierro proveniente de todo tipo de carnes, aves, pescados, vísceras, sangrecita etc., es considerado de alta biodisponibilidad, es decir, que se absorbe con mayor facilidad y se altera poco ante la presencia de factores inhibidores de la absorción del hierro.

b. Consumo de alimentos ricos en ácido fólico:

Una mujer gestante necesita ácido fólico para producir los glóbulos sanguíneos adicionales que necesita. También es fundamental para el crecimiento de la placenta y del feto. Esta vitamina es necesaria para la producción del ADN. Sin las cantidades adecuadas de ácido fólico, la capacidad de división de las células podría verse afectada y posiblemente provocar un crecimiento pobre del feto o la placenta. Una de las más graves consecuencias de la deficiencia de ácido fólico es el defecto del tubo neural. Al tubo neural se forma en el primer mes del embarazo, por esto es importante que la mujer en edad fértil consuma cantidades adecuadas de ácido fólico antes del embarazo. También su deficiencia está asociada con otras malformaciones congénitas y con parto prematuro.

Al ácido fólico contribuye en la prevención de la anemia megaloblástica

Al ácido fólico está presente en todo tipo de carnes rojas, vísceras, pescados y mariscos.

c. Consumo de alimentos ricos en calcio:

Al calcio es necesario para evitar pérdidas importantes de este mineral en los huesos de la madre, tanto en la etapa de la gestación como de la lactancia. Existe evidencia de que la deficiencia de calcio está asociada con un aumento en el riesgo de hipertensión inducida del embarazo, la cual incluye pre-eclampsia, eclampsia e hipertensión. En nuestro país el consumo de calcio es deficiente y su bajo consumo está asociado con osteoporosis en la edad adulta. Por esto es

Importante recomendar el consumo diario de leche, yogurt o queso tanto en la mujer gestante y en la mujer que da de lactar.

d. Consumo de alimentos ricos en vitamina A:

La vitamina A juega un rol muy importante en el desarrollo embrionario y también en el desarrollo del cuerpo, corazón, ojos y oídos. Es indispensable para la formación y mantenimiento sano de los tejidos del cuerpo en especial los ojos, piel, aparatos respiratorio y digestivo así como el funcionamiento del sistema inmunológico, además contribuye a prevenir la anemia. Esta vitamina es esencial para el crecimiento, la protección de las mucosas, aparatos digestivo y respiratorio y para la defensa contra las infecciones que afectan a la madre y al niño. Existe evidencia que la deficiencia de vitamina A aumenta la mortalidad materna. Es importante asegurar las reservas maternas de vitamina A durante la gestación y durante la lactancia, a fin de promover una adecuada concentración de la misma en la leche materna.

La vitamina A está presente en todo tipo de carnes, aves, pescados, vísceras, huevo y productos lácteos.

e. Consumo de alimentos ricos en zinc:

Al zinc juega un rol importante en la división celular, metabolismo hormonal, metabolismo de proteínas y carbohidratos y en la inmunocompetencia. Al igual que con el hierro es importante el consumo diario de alimentos de origen animal debido a que son fuentes alimentaras de zinc más biodisponibles. Existe evidencia que el consumo adecuado de este micronutriente durante el embarazo mejoraría el peso y talla del niño al nacer. Al zinc lo encontramos principalmente en carnes rojas, mariscos y vísceras.

3. Promover el consumo diario de frutas y verduras fuentes de vitamina A, vitamina C y fibra.

a. Consumo de alimentos ricos en vitamina A

Es recomendable que una mujer gestante y una mujer que da de lactar consuman todos los días alimentos vegetales con alto contenido de carotenos, como papaya, mango, plátano de la isla, zanahoria, zapallo y hortalizas de hoja verde oscuro (espinaca, acelga). La alimentación con adecuado aporte de grasa ayudará a una mejor absorción de esta vitamina. Recordemos que una mejora en el estado de vitamina A, resultará en menor riesgo de mortalidad materna.

b. Consumo de alimentos ricos en vitamina C

Respecto a la vitamina C, se ha señalado valores bajos de esta vitamina en plasma con relación a problemas de pre eclampsia y rotura prematura de las membranas, la carencia afecta la evolución o el resultado final del embarazo. Las frutas cítricas como la naranja, mandarina, limón, toronja son fuentes de vitamina C como también otras frutas no cítricas (piña, papaya, aguaje, maracuyá), así como las verduras y el tomate.

Se aconseja que la mujer gestante y la mujer que da de lactar consuman diariamente alimentos ricos en vitamina C.

Al ingerir estos alimentos junto con alimentos fuentes de hierro de origen vegetal, se contribuye a que estos últimos se absorban y se utilicen mejor por el organismo.

c. Consumo de alimentos ricos en fibra

La disminución de la motilidad intestinal, inactividad física y presión que ejerce el peso del útero a nivel de los intestinos ocasionan con frecuencia que las mujeres gestantes sufran de estreñimiento durante los últimos meses de gestación. Al aumento del consumo de agua y otros líquidos y alimentos ricos en fibra ayudan a prevenir el estreñimiento, tanto de la mujer gestante como la que da de lactar. Es recomendable el consumo de cereales de granos enteros, productos integrales frejoles, frutas y verduras que son los que tienen un alto contenido en fibra.

4. Fomentar el consumo de tres comidas principales al día más una ración adicional para la mujer gestante y tres comidas principales al día más dos raciones adicionales para la mujer que da de lactar.

Durante el embarazo, las mujeres necesitan consumir mayor cantidad de alimentos para hacer frente al esfuerzo suplementario que dicho estado exige a su cuerpo y cubrir así las necesidades nutricionales del niño o niña en formación y de ella misma. Es por ello que la mujer gestante debe consumir diariamente una ración adicional más de las que consumía cuando no estaba gestando, para que no se agoten sus reservas nutricionales.

Además toda mujer gestante, debe ganar peso en esta etapa por lo tanto debe aumentar la cantidad de alimentos que consume diariamente. Al consumo de una ración adicional a las comidas principales puede asegurar este incremento.

Si durante el embarazo la mujer presenta vómitos excesivos, se recomienda fraccionar el número de comidas, sin disminuir la cantidad total de alimentos que la madre debe consumir diariamente.

Se recomienda evitar el consumo de alimentos chatarra (golosinas, papas fritas en hojuela y otros productos similares, etc.) pues aunque ellos pueden saciar el hambre, no van a aportar lo que la madre y su niño o niña requieren.

5. Recomendar disminuir el consumo de café, gaseosas, golosinas y dulces durante la gestación y la lactancia.

Se recomienda a las mujeres gestantes y mujeres que dan de lactar que limiten su consumo de café y otras bebidas (té, cacao, ciertos refrescos), ya que estudios epidemiológicos demuestran la asociación que más de ocho tazas de café produce mayor frecuencia de abortos .

Asimismo, el café, té, cocoa y chocolate, interfieren la absorción de hierro proveniente de alimentos de origen vegetal. Es necesario también disminuir el consumo de gaseosas, golosinas y dulces, ya que su consumo exagerado puede ocasionar problemas de sobrepeso y/o obesidad.

6. evitar el uso de cigarros y la ingesta de alcohol y otras drogas durante la gestación y la lactancia.

El tabaco, alcohol y otras drogas tienen efectos dañinos en el feto. Se ha demostrado que el consumo de éstos se asocia con peso bajo al nacer y un aumento de la incidencia de complicaciones graves, como la implantación baja de la placenta y el desprendimiento prematuro de la misma que pueden causar muerte en el período fetal y neonatal. Por ello se debe aconsejar en forma estricta que las mujeres fumadoras abandonen permanentemente el hábito de fumar.

El alcoholismo materno se asocia con abortos espontáneos y provocan anomalías en el crecimiento y trastornos de aprendizaje, el riesgo aumenta en los bebés de madres consumidoras de cocaína y en las que toman mezclas de drogas y alcohol. No usar durante el embarazo medicamentos sin receta médica.

FORTALECER EL COMPONENTE NUTRICIONAL EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA MUJER.

7. Promover la adecuada evaluación nutricional de la mujer durante el embarazo y en la lactancia.

Promover una adecuada evaluación nutricional como parte del control prenatal de las mujeres gestantes para asegurar que tanto ellas como la niña y niño en desarrollo presenten un adecuado estado de salud y nutrición. La evaluación antropométrica de peso y talla forma parte importante de la evaluación nutricional.

a. Control del peso materno

Al control de la ganancia de peso es una manera práctica de evaluar el estado nutricional de la mujer durante el embarazo.

Este incremento de peso debe estar en relación a su estado nutricional inicial o pregestacional y puede ser entre 200 a 500 gr por semana. Así se garantiza un recién nacido con peso adecuado al nacer y permite que la madre acumule entre 2 y 4 kg de depósito de grasa para ser utilizado durante la lactancia.

Un aumento exagerado y brusco del peso (más de 500 g/semana) puede asociarse a la enfermedad hipertensiva del embarazo, las mujeres obesas sufren un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo.

Al escaso aumento del peso (menor de 200 g/semana) puede asociarse con retardo del crecimiento intrauterino.

b. Baja estatura materna

De todos los índices antropométricos básicos la baja estatura materna demostró ser el índice que más eleva el riesgo de mortalidad en el parto, por lo tanto, es de suma importancia asegurarse que las mujeres con esta condición, sean bien asistidas durante el trabajo de parto, alumbramiento y cuidado postnatal, evitando así el riesgo de bajo peso al nacer en sus hijos.

8. Identificar a la madre adolescente como de alto riesgo nutricional y de salud en la etapa de gestación y lactancia.

Múltiples investigaciones evidencian a las madres adolescentes como un grupo de alto riesgo nutricional y de salud que requiere de especiales cuidados, se ha demostrado que las mujeres adolescentes que no han terminado su crecimiento tienen mayor probabilidad de alumbrar niños más pequeños que las mujeres mayores con el mismo estado nutricional. Probablemente esto se debe a la competencia por nutrientes que se establece entre la adolescente y el feto, ambos en crecimiento; y que presentan mayores efectos negativos sobre los niveles de micronutrientes, en especial el hierro y el calcio por lo tanto genera estados de deficiencia y descompensación, como: la anemia gestacional, el mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y niñas y niños con bajo peso al nacer.

Los beneficios de la buena nutrición de la adolescente están dirigidos a mejorar el estado nutricional mediante una adecuada ganancia de peso y evitar una mayor reducción de las reservas de hierro, con la consiguiente reducción de riesgo de Bajo Peso al Nacer y de morbilidad y mortalidad materna, así como asegurar el éxito de la lactancia materna.

GARANTIZAR LA SUPLEMENTACIÓN CON SULFATO FERROSO Y ACIDO FOLICO DE TODA MUJER GESTANTE Y MUJER QUE DA DE LACTAR

9. Asegurar la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico a toda mujer gestante y a la mujer que da de lactar.

Dado que las necesidades de hierro se incrementan durante el embarazo, la alimentación no alcanza a cubrir dichas necesidades, por lo que se recomienda suplementar con sulfato ferroso y de esta manera prevenir su deficiencia. El efecto de la suplementación es a corto plazo orientado a los grupos de riesgo, dentro de las cuales se encuentran las mujeres gestantes.

Se recomienda que la mujer gestante reciba suplementación con sulfato ferroso a partir del cuarto mes de embarazo, siendo la dosis diaria de 300 mg.

En casos de mujeres gestantes que inician el control prenatal después de las 32 semanas de embarazo, la dosis debe ser de 600 mg de sulfato ferroso.

Durante la etapa de puerperio las necesidades de hierro también están

Incrementadas, siendo necesario indicar la suplementación con sulfato ferroso, pues es muy difícil que la alimentación llegue a cubrirla. Se recomienda la suplementación hasta el segundo mes post parto, con una dosis diaria de 300 mg de sulfato ferroso.

Recomendaciones:

- El suplemento debe ser ingerido media hora antes del almuerzo, de preferencia con jugos ricos en ácido ascórbico, no administrarlo con leche,

Infusiones de hierbas, café o té que impiden la absorción del hierro.

- No administrar el suplemento conjuntamente con otros medicamentos porque pueden disminuir su absorción.

Comunicar a la madre que las deposiciones se pondrán de color oscuro, en ocasiones pueden ocurrir molestias digestivas leves y pasajeras, si continúan, tomar el suplemento después de una comida o en forma fraccionada.

En el caso del ácido fólico es importante tener en cuenta la suplementación. La dosis recomendada es de 400 mg y debe ir acompañada con la dosis de sulfato ferroso que proporciona el MINSA, la suplementación debe continuarse hasta el segundo mes después del parto.

10. Motivar y preparar física y emocionalmente a la madre para una lactancia materna exitosa.

Ofrecer una adecuada orientación sobre la lactancia materna durante el control prenatal es vital. La gestante debe tener conocimiento, desde las épocas tempranas del embarazo que la producción de leche depende del estímulo de la succión, también se debe resaltar las ventajas de la lactancia y de la leche materna e informar de las desventajas de la introducción de las leches artificiales.

Numerosos estudios dan cuenta de que las mujeres amamantan por más tiempo y con menos problemas cuando son preparadas para la lactancia durante el embarazo.

Se recomienda un examen de los pezones en los primeros controles de la gestante, para iniciar una preparación adecuada para una lactancia exitosa.

11. Promover la participación de la pareja y demás miembros de la familia en el apoyo emocional y físico de la mujer gestante y la mujer que da de lactar.

A través de las actividades integrales de salud se pueden promover la participación del esposo, la familia y la comunidad, a fin de brindar el apoyo

Integral a la madre con énfasis en:

- Velar por una alimentación adecuada
- Facilitar el reposo físico de acuerdo a la evolución del embarazo y el período de lactancia
- Tranquilidad y apoyo emocional en el ambiente familiar
- Asegurar el cumplimiento del control prenatal y post natal

El afecto y la consideración que brinde la pareja y la familia estimulan y motivan a la madre a dar lo mejor de ella a su niña o niño.

El apoyo social de la comunidad constituye una estrategia eficaz para reducir el estrés y aumentar la autoestima en la mujer.

12. Reforzar la confianza de la madre sobre su capacidad para dar de lactar.

Transmitir a la madre en todo momento que ella tiene la capacidad de producir suficiente leche para satisfacer a su niña o niño, si está dispuesta a amamantarlo frecuentemente durante el día y la noche y recibe el apoyo de las personas que la rodean.

Es necesario recordarles a las madres que los niños o niñas pasan por períodos de rápido crecimiento en los cuales necesitan más leche y lloran para que les den de mamar con más frecuencia. Estos períodos ocurren alrededor de las 2 semanas, 6 semanas, 2 meses, 3 meses y entre los 4 y 6 meses. El incremento de la frecuencia y duración de las lactadas hacen que la madre produzca toda la leche que su niño necesita.

La experiencia demuestra que el apoyo social constituye una estrategia eficaz para reducir el estrés y aumentar la autoestima. Las mujeres que logran amamantar a sus niños suelen experimentar un aumento de la confianza en sí mismas.

13. Promover técnicas adecuadas de lactancia y orientar a la madre en la solución de problemas específicos relacionados con la lactancia.

Todas las madres que dan de lactar y principalmente las primerizas deben ser orientadas y ayudadas para aplicar correctamente las técnicas para una lactancia efectiva y duradera, las cuales están señalados en los lineamientos de nutrición infantil.

14. Informar a la madre trabajadora sobre las leyes de normas legales a las que tiene derecho durante la gestación y el período de lactancia.

Es necesario que la madre trabajadora conozca los beneficios que le otorga la legislación nacional para que pueda insistir en sus derechos de continuar amamantando a su bebé.

Entre los dispositivos legales vigentes tenemos:

- Ofrecer 14 semanas de descanso para la madre: Licencia de 45 días, pre y post parto
- De acuerdo a la ley 27240 (Artículo I, Año 1999, 23 de diciembre), la madre trabajadora, al término del periodo post natal, tiene derecho a una hora diaria de permiso para lactancia materna, hasta que su hijo tenga como mínimo seis meses de edad.

Se recomienda que en todo centro de trabajo apoye a la madre, estableciendo los siguientes puntos:

- Proveer una cuna en el lugar del trabajo o cerca de él, donde las madres puedan dejar a sus bebés durante las horas de trabajo, y a donde pueden ir a lactar a sus bebés durante la hora de lactancia.
- Ofrecer un lugar limpio, cómodo y privado para que las trabajadoras puedan extraer su leche y proveer de una refrigeradora en dónde guardarla.

La madre debe averiguar si le permiten llevar al bebé a su centro de trabajo, o si el lugar donde labora cuenta con una Cuna para persuadirla de aprovechar esta oportunidad.

Si el centro laboral queda cerca de su casa, alguna persona puede llevarlo en los horarios de lactancia o ella puede salir a dar de lactar

LINEAMIENTOS DE NUTRICIÓN DEL NIÑO O NIÑA MENOR DE 6 MESES

La leche materna constituye por sí sola el mejor alimento que puede darse a un niño durante los primeros 6 meses de vida.

Es rica en todos los nutrientes que necesita para un crecimiento, y desarrollo adecuado protegiéndolo contra las enfermedades.

Dar de lactar es mucho más que dar alimento, es dar amor, seguridad, placer y compañía.

El apoyo familiar es fundamental para una lactancia exitosa.

LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS

- 1. Promover la Lactancia Materna exclusiva, como práctica saludable y como único alimento para la niña y niño durante los primeros 6 meses de vida, desalentando el uso de agüitas, infusiones u otros alimentos para contribuir con el desarrollo integral de la niña y niño.**

La Leche materna constituye por sí sola el mejor alimento que puede darse a una niña y niño durante los primeros 6 meses de edad, debido a sus ventajas nutricionales, inmunológicas, higiénicas y psicológicas. No existe ningún sucedáneo o sustituto artificial que pueda igualar su calidad.

El agua contenida en la leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades de líquidos de la niña y niño, incluso en los climas secos y calurosos. Por lo tanto, no es necesario dar a la niña o niño otros líquidos para saciar su sed.

La introducción de agüitas, infusiones u otros alimentos atenta contra una lactancia materna exitosa y contribuye a incrementar el riesgo de enfermedades infecciosas.

La alimentación de la niña o niño con leche materna debe ser a libre demanda. Estimular la succión frecuente asegura la producción de leche materna. Las niñas o niños dormilones deben ser despertados para que lacten con frecuencia a fin de asegurar su alimentación.

El contacto de la madre con agua fría, determinados alimentos y comidas así como el uso de medicamentos no son impedimentos para dar de lactar.

2. Facilitar el contacto entre la madre y la niña o niño dentro de la primera hora después del nacimiento para que la niña(o)

Inicie la lactancia y se estreche la relación madre-niña(o) el niño debe ser colocado al pecho inmediatamente (en la primera hora) después de nacido para estimular la producción de leche.

El contacto piel a piel madre-niña(o) inmediatamente después del parto, durante unos 15 minutos a más, facilita la lactancia y disminuye la morbilidad neonatal. De otro lado, la madre está muy sensible y atenta respecto a su niña o niño y él está completamente alerta; la interacción entre ambos el contacto piel a piel, visual y auditivo, fortalecerán el vínculo afectivo.

Las madres a las que se les practica una operación cesárea también pueden amamantar inmediatamente después de la misma (en la primera hora), si recibieron anestesia local y disponen de la ayuda de un personal de salud para acomodarse al momento de amamantar a su niña o niño.

El uso de medicamentos por la madre con supervisión médica por lo general no impide el inicio de la lactancia.

3. Enseñar la importancia del «calostro» durante los primeros días de vida.

Entre los primeros tres a cinco días posteriores al nacimiento, la secreción mamaria recibe el nombre de «calostro», la consistencia de la leche materna en esta etapa es de un líquido de color amarillento, espeso, rico en proteínas, vitamina A y sustancias inmunológicas importantes para la protección de la niña o niño contra las infecciones.

El calostro es la leche más apropiada para el recién nacido, porque protege la mucosa intestinal con inmunoglobulina A secretoria, impidiendo de este modo la implantación de gérmenes patógenos.

El calostro tiene un efecto laxante ayudando a la niña o niño a eliminar el meconio (las deposiciones negruzcas que tiene el niño en los primeros días), disminuyendo la presentación de ictericia «fisiológica» del recién nacido.

La producción del calostro puede parecer escasa; sin embargo, debe brindarse seguridad a la madre que esa cantidad y valor nutritivo se ajustan a las necesidades de la niña o niño.

El calostro es la primera leche de color amarillo claro y es el mejor alimento del bebé en los primeros días de nacido, ya que contiene inmunoglobulinas que protegen la mucosa intestinal.

4. Enseñar y promover las técnicas correctas de amamantamiento.

Una buena técnica para amamantar estimula una adecuada producción de leche, evita la aparición de grietas y favorece una lactancia materna exitosa

Para una adecuada técnica de amamantamiento se recomienda que la madre adopte una postura cómoda y relajada para ella, evitando posiciones que generen tensión en los músculos.

Más allá de la composición de la leche materna, la lactancia va a llenar necesidades mutuas de afecto y comunicación.

La posición de la madre debe permitir que la cabeza de la niña(o) descanse sobre la flexión del codo.

Coloque el pezón en el labio inferior del bebé para que abra la boca, la niña o niño succionará más leche y no lastimará el pezón.

Con el pezón, roce el labio inferior para que el bebé abra bien la boca.

Atraiga al bebé hacia su pecho, asegurando que la boca de la niña(o) cubra la mayor parte de la areola. El labio inferior de la niña(o) debe estar invertido (dirigido hacia fuera). La nariz y la barbilla de la niña(o) deben estar tocando su pecho, recuerde que el niño respira por las alas de la nariz.

Sostener su pecho delicadamente. Coloque sus dedos debajo del pecho, con el pulgar encima. Recuerde que el colocar los dedos en forma de tijera, puede impedir que la niña(o) logre coger bien la areola.

El contacto precoz aumenta la prevalencia de la lactancia. Lo mejor es que el recién nacido permanezca con su madre de forma continua desde el nacimiento y se le permita mamar espontáneamente en cuanto dé señales de estar preparado para ello.

Al dar de lactar al niño debe haber una alternancia de mamas a fin de evitar la acumulación de leche en una de ella. El vaciamiento adecuado asegura una buena alimentación.

- **Posición acostada**

Es más cómoda después del parto y ayuda a descansar mientras amamanta. La niña o niño y la madre deben estar de costado, uno frente al otro o también la

niña o niño puede estar acostado encima de la madre. Para mayor comodidad la madre puede ayudarse con una almohada o frazada para sostener a la niña(o)

- **Posición sentada**

La madre debe estar sentada y con la espalda apoyada en el respaldo de la silla o cabecera de la cama.

- **Posición sandía**

Es una buena posición para después de una cesárea o para amamantar gemelos o mellizos. La madre debe estar sentada y ayudarse con una almohada o frazada cada lado. Los pies del niño(a) hacia atrás debajo del brazo de la madre. La madre coloca su brazo debajo del cuerpo del niño(a) y con su mano le sostiene la cabeza como si estuviera cargando una sandía.

- **Posición de bailarina**

Coloque su mano sosteniendo el cuello del bebé mientras amamanta. Esta es una buena posición para niños(as) con hipotonía muscular o Síndrome de Down.

- **Posición de caballito**

Se coloca a la niña o niño frente a la madre montado en su pierna, esta es una buena posición para amamantar niños(as) que vomitan mucho cada vez que maman o niños(as) con paladar hendido.

5. Enseñar a las madres que lo necesiten la técnica de extracción manual de leche, la conservación y la forma adecuada de dársela al niño(a),

Las actividades de la madre fuera del hogar son las razones más frecuentes que manifiestan las madres y profesionales de la salud para no practicar una adecuada lactancia materna.

El conocimiento de la correcta extracción y conservación de la leche humana, será muy útil para que las niñas o niños continúen recibiendo su leche materna, aun en circunstancias que lo dificultan.

Existen diversos métodos para extraer la leche, tales como las pezoneras, las bombas eléctricas de los más diversos tipos y el método de extracción manual. Este último se caracteriza por ser una técnica sencilla, práctica, libre de costo y cuya utilización implica menor riesgo de contaminación al compararse con cualquiera de los otros métodos.

Medidas de higiene para la extracción de leche:

Lavarse las manos con agua y jabón antes de la extracción de la leche y secarlas con una toalla o trapo bien limpio y que sea de uso exclusivo.

Usar un recipiente con tapa, frasco o taza de plástico o vidrio bien limpio y resistente al calor.

Las madres que trabajan también tienen la oportunidad de dar lactancia materna exclusiva extrayéndose la leche en forma manual para ser administrada a la niña o niño durante su permanencia en el trabajo.

La educación prenatal puede tener un importante efecto sobre la lactancia, sobre todo si se aborda la técnica de lactancia y se refuerza la confianza de la madre en su capacidad para lactar.

La técnica de extracción manual comprende los siguientes pasos:

Hacer masajes en forma circular alrededor de la mama, de arriba hacia abajo (se puede usar un peine) para estimular la producción.

Frotar suavemente los pezones para estimular los reflejos hormonales de la lactancia.

Rodear el pecho con una mano colocando el pulgar por arriba de la areola y los demás dedos por debajo.

Presionar la mama, empujándola contra el pecho de la madre, para exprimir la leche.

Comprimir la mama con el dedo pulgar por encima en el límite externo de la areola y presionando, sin que el dedo resbale hacia el pezón.

Presionar y soltar en forma intermitente y rítmica. Si la leche no fluye, lo recomendable es relajarse y no presionar más fuerte, sino más constante y rítmicamente, hasta producir el reflejo de eyección, en que saldrán uno o varios «chorritos» de leche por algunos minutos.

Rotar la posición de los dedos, para vaciar la leche de todos los sectores del seno. No presionar ni jalar sólo el pezón ya que se inhibe el reflejo de eyección. La extracción manual puede tomar aproximadamente entre 15 y 20 minutos.

Conservación de la leche materna

Calostro

- A temperatura entre 27° y 32°C: durante 12 a 24 horas

Leche madura

- A 15 °C: hasta 24 horas
- De 19° a 22° C:hasta 10 horas
- A 25 ° C : entre 4 y 8 horas
- Refrigerada entre 0° a 4°C :entre 5 y 8 días

Alimentando a la niña o niño con la leche extraída:

En primer lugar, la leche refrigerada debe ser calentada en «baño María». Se introduce el recipiente de leche fría en una olla con agua caliente para entibiarla. La leche nunca debe calentarse directamente sobre el fuego, ni en horno de microondas.

La leche debe darse con taza y cucharita, colocando a la niña o niño en posición semi-sentada, para asegurarnos que se alimente sin dificultad. El recién nacido prematuro se alimenta con gotero.

Tener en cuenta que la niña o niño menor de 4 meses empuja hacia fuera lo que toca con su lengua; por ello, para que el niño(a) degluta bien la leche, la persona que ofrezca la leche evitará tocarle la lengua con la cucharita o la taza.

Si la niña o niño no toma toda la leche, la que sobra debe descartarse. La leche calentada no debe volver a refrigerarse. Calentar solo lo necesario.

6. Promover y fomentar la re-lactación en casos de lactancia mixta alimentación artificial.

Una mujer que ha interrumpido la lactancia de su niña o niño, recientemente o en el pasado, puede volver a producir leche, incluso sin embarazo adicional. A esta medida salvavidas se llama relactación,

Se aconseja aplicar la re-lactación en los siguientes casos:

Para niños que han sido separados de sus madres, porque ellos o sus madres requieren hospitalización.

Para el manejo de algunas niñas o niños enfermos, que han detenido su amamantamiento antes o durante una enfermedad. Y aquellas niñas o niños que han sido alimentados artificialmente y no toleran la leche artificial

Para las niñas o niños que tuvieron bajo peso al nacer, y a quienes fue imposible amamantar de manera eficaz en las primeras semanas de vida.

Para las niñas o niños con problemas de alimentación, particularmente aquellos menores de 6 meses, cuyas madres tuvieron dificultades para establecer la lactancia o cuya producción de leche ha disminuido significativamente como resultado de una mala técnica o un mal asesoramiento.

En situaciones individuales, por ejemplo cuando una madre eligió alimentar artificialmente a su niña o niño y cambia de manera de pensar, ya sea para

aprovechar las ventajas del amamantamiento o mejorar la relación madre-niña o niño.

Para el proceso de re-lactación es necesario tener una sonda delgada y un frasco para poner la leche que se está suministrando:

Un extremo de la sonda se fijara en el pezón y el otro extremo irá en el frasco que contiene la leche. Este mecanismo permite que la niña o niño se alimente y estimule a la vez el pezón al succionarlo.

Enseñar la técnica de lactancia y recomendar lactar al bebé cada 2 horas.

La leche contenida en el frasco se debe ir reduciendo día a día, primero en cantidad y después en frecuencia, hasta que la madre produzca toda la leche que la niña o niño necesita.

La producción de la leche materna se recupera progresivamente, se requiere paciencia y el apoyo del personal de salud a la madre

En situaciones de emergencia, para aquellas niñas o niños desamparados y cuyo amamantamiento fue interrumpido La consejería nutricional, las demostraciones prácticas y la discusión en grupo sobre temas como los mitos y temores sobre la lactancia materna son métodos muy útiles.

Mejor si se incluyen a las personas que influyen sobre la decisión de amamantar en el ambiente social de la madre, como el padre, las abuelas, vecinas y amigas.

7. Mantener la lactancia materna y aumentar su frecuencia cuando el niño(a) está enfermo.

El objetivo de continuar alimentando con leche materna a un niño(a) enfermo, es evitar un mayor deterioro de su estado de salud y nutrición.

Es un error el mantenimiento del ayuno prolongado en niños(as) con diarrea aguda, en la creencia de que disminuirá la duración y gravedad de la enfermedad.

La continuidad de la alimentación con leche materna disminuye los cambios en la permeabilidad intestinal, contribuyendo al restableciendo de la función

Intestinal y mejorando con ello el estado nutricional de la niña o niño. Además, la introducción temprana de alimentos, tras la rehidratación inicial, ha demostrado que reduce tanto el volumen como la duración de la diarrea. La leche materna es bien tolerada, por lo que en un niño con diarrea se le debe continuar ofreciendo el pecho, con mayor frecuencia que antes.

En caso de una niña o niño con infección respiratoria se sugiere lo mismo, asegurándose que se retiren las mucosidades para evitar la obstrucción de la nariz.

En general en cualquier enfermedad de la infancia se debe continuar con la lactancia materna.

8. Las niñas o niños nacidos de madres con VIH deben recibir lactancia artificial desde su nacimiento para disminuir el riesgo de adquirir la infección de VIH. (R.M. N 619-99-SA/DM)

Al momento del nacimiento o a cualquier edad durante la etapa de lactancia cuando una madre está infectada con VIH SIDA y/o el diagnóstico del niño(a) es seropositivo para el VIH se recomienda suspender la lactancia materna y cambiarla por alimentación artificial, a fin de disminuir la probabilidad de mayor infección por esa vía. (Ref. Manual de Manejo del Niño Infectado por el virus de Inmunodeficiencia. 1998).

9. Promover la adecuada nutrición de la madre que da de lactar. (Ver lineamientos de nutrición de la mujer que da de lactar)

10. Cumplimiento de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa

Todo establecimiento de salud que cuente con servicio de maternidad y de cuidados de recién nacidos, debe asegurar el cumplimiento de los 10 pasos para lograr una lactancia materna exitosa.

Disponer de una norma escrita referida a la lactancia materna y darla a conocer a todo el personal de salud.

Capacitar a todo personal de salud para poner en práctica la norma

Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y como ponerla en práctica

Ayudar a las madres e iniciar la lactancia materna durante la primera hora siguiente al parto.

Mostrar a las madres como deben darle mamar al niño y como deben mantener la lactancia si han de separarse de sus hijos.

Dar a los recién nacidos solo leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén medicamente indicados

Dar facilidades para que las madres y sus niños estén juntos durante las 24 horas del día.

Fomentar la lactancia materna a demanda

Evitar dar biberón o chupón a los niños alimentados a pecho.

Organizar grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del establecimiento de salud.

11. Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

Las autoridades y el personal de salud deben promover el cumplimiento de la normatividad contenida en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

(Resolución WHA 34.22, 1981) y de la adaptación nacional: Normas para la comercialización de sucedáneos de la leche materna y alimentos infantiles complementarios, con el propósito de fomentar y proteger la práctica de la lactancia materna.

2.4 Definiciones de términos básicos

LACTANCIA MATERNA

Se denomina lactancia materna a la leche producida por la madre. La leche debería constituir el alimento exclusivo del niño por los primeros seis meses de vida.

FACTORES

Un factor es un elemento que influye en algo. De esta manera, los factores son los distintos aspectos que intervienen, determinan o influyen para que una cosa sea de un modo concreto.

Factores Maternos

Aspectos que influyen o intervienen en las madres.

Factores Neonatales

Factores que un neonato (del latín neo nato) o recién nacido presenta como necesidad.

INTERRUPCIÓN

Término que deriva del vocablo latino interruptio, alude al acto y la consecuencia de interrumpir. Este verbo (interrumpir), a su vez, hace referencia a detener o impedir la continuidad de un proceso, una acción, un asunto, etc.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

El presente trabajo es de tipo descriptivo simple no requiere la redacción de esta.

3.2 Definición conceptual de las variables

3.2.1 Variable

Factores

Son elementos que influyen en algo. De tal manera, pueden ser los distintos aspectos que determinan o influyen para que sea de un modo concreto.

- **Factores Maternos**

Aspectos que influyen o intervienen en las madres.

- **Edad**

La edad de ser madre, naturalmente pueden influir en las prácticas de crianza de una mujer, ya que podrían otorgar mayor experiencia para enfrentar las necesidades netas de la maternidad.

- **Estado civil**

Indicador que registró, el estado civil de las mujeres estudiadas. Las categorías fueron: soltera, casada, conviviente.

- **Nivel de Instrucción**

Indicador que registró. Las categorías fueron: sin instrucción, primaria, secundaria, superior técnico, superior universitario.

- **Ámbito Laboral**

Indicador que se registró, la ocupaban las mujeres estudiadas.

La modalidad del trabajo que desempeñaban las mujeres estudiadas.

Sus categorías fueron:

- a. Dependiente: cuando la trabajadora tenía un empleador
- b. Independiente: cuando la trabajadora no tenía un empleador
- **Paridad**

Indicador que toma el número de hijos de las personas estudiadas.

- **Parto**

Indicador que indicó si el parto fue eutócico (vaginal), o por cesárea.

También se registró el lugar donde ocurrió el parto. Sus variables fueron:

- a. Ministerio de Salud
- b. Es Salud
- c. Fuerzas Armadas
- d. En clínica particular
- e. En domicilio
- **Creencias**

Conjunto de principios ideológicos, un grupo social que afecta a un individuo.

• **Factores Neonatales**

Factores que un neonato (del latín neo nato) o recién nacido presenta como necesidad.

- **Tipo de alimentación**

Es el ingreso de los alimentos en el organismo humano. Es el proceso por el cual sustancias contenidas en los alimentos componen parte de una dieta. En este caso son lactancia materna exclusiva, lactancia mixta y lactancia artificial.

3.2.1 Operacionalización de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES | ITEMS | ESCALA |
|-----------------|--|-------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------|
| FACTORES | Son elementos que influyen en algo. De tal manera, pueden ser los distintos aspectos que determinan o influyen para que sea de un modo concreto. | MATERNOS | Aspectos que influyen o intervienen en las madres. | Edad | <ul style="list-style-type: none"> • Adolescente • Añosa | Bajo Medio Alto |
| | | | | Estado civil | <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente | |
| | | | | Nivel de Instrucción | <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Sup. Técnico • Sup. Universitario | |
| | | | | Ámbito Laboral | <ul style="list-style-type: none"> • Ocupación • Modalidad • incorporación | |
| | | | | Paridad | <ul style="list-style-type: none"> • Primípara • múltipara | |
| | | | | Parto | <ul style="list-style-type: none"> • Cesárea • Natural | |
| | | | | Creencias | <ul style="list-style-type: none"> • Familia | |
| | | NEONATALES | Factores que un neonato o recién nacido presenta como necesidad. | Alimentación primera hora de vida | <ul style="list-style-type: none"> • LME • Lact. mixta • Lact. artificial | |

CAPÍTULO IV DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

El estudio correspondió a una investigación descriptiva simple; ya que en el se describió los factores que interviene en la interrupción de la lactancia materna exclusiva.

Asimismo fue de enfoque cuantitativo, porque permitió examinar los datos de manera científica y susceptible de medición estadística. Según el tiempo de recogida de datos, fue prospectivo. Y la forma de recolección de datos fue de corte transversal porque se realizó el estudio en un solo momento dado.

4.1.2 Diseño de la Investigación

El diseño de investigación fue de tipo descriptivo, describió los factores maternos y neonatales que interrumpen la lactancia materna exclusiva en niños de 6 meses.



Dónde:

O: muestra u objetivo en que se realiza el estudio.

G: observación de la muestra.

4.2 Método de Investigación

El método utilizado es cuantitativo, del nivel descriptivo simple, para poder caracterizar los factores maternos y neonatales que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de 6 meses atendidos en el centro de salud Sangarara

4.3 Población y Muestra

4.2.1 Población

La muestra fue tomada por conveniencia técnica puesto que en la estrategia de etapa vida niño se establece una población para la atención del control de niño sano anualmente en base a datos del INEI.

N=30 madres

4.2.2 Muestra de Estudio

La muestra estuvo constituida en su totalidad por la población ya que se trabajo con muestreo censal.

- **Criterios de inclusión**

Solo niños de 6 meses.

- **Criterios de exclusión**

Se excluye a los niños menores y mayores de 6 meses.

4.4 Lugar de estudio y período desarrollado

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Sangarara en el distrito de comas perteneciente a la Dirección de Redes Integradas Lima Norte.

En el mes de setiembre

4.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

4.5.1 Técnicas

Se utilizo una encuesta; Méndez (1999) la define como origen del método para la recolección de la información a los que acude un investigador y le permiten tener cierta información.

4.5.2 Instrumentos

Se utilizó el cuestionario; Hurtado (2000) señala que “el cuestionario es una serie de preguntas relativas a una temática, para obtener información”.

4.6 Análisis y procesamiento de datos

Para este paso se empleo la estadística descriptiva y se empleó el software informático SPSS que nos permitio sistematizar la información atreves de tablas y gráficos estadísticos.

CAPÍTULO V RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos

TABLA N° 5.1

Distribución de las madres de los niños de 6 meses según la edad, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.

| Edad | | N | % |
|---------|--------------------|----|-------|
| Válidos | MENORES DE 19 AÑOS | 4 | 13.3 |
| | 20- 34 AÑOS | 17 | 56.7 |
| | MAS DE 35 AÑOS | 9 | 30.0 |
| | Total | 30 | 100.0 |

FUENTE: *Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidos en el Salud Sangarará –Comas, setiembre de 2019.*

La tabla nos muestra que el 56.7% de las madres de niños de seis meses tienen entre 20 a 34 años de edad, seguido del 30% de madres que tienen más de 35 años, siendo el menor grupo la que tienen menos de 19 años representando el 13.3%. El predominio entre 20 a 34 años según la OMS, la edad óptima para embarazarse es entre los 18 y 35 años, que puede estar sujeta a la madurez, estilo de vida y proyectos de la mujer para hacerlo, encontrándose un grupo considerable dentro de este grupo en mención.

TABLA N° 5.2

Distribución de las madres de los niños de 6 meses según estado civil, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.

| Estado civil | | N | % |
|--------------|-------------|----|-------|
| Válidos | SOLTERA | 2 | 6.7 |
| | CASADA | 14 | 46.7 |
| | CONVIVIENTE | 14 | 46.7 |
| | Total | 30 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidas en el Salud Sangarará – Comas, Setiembre de 2019.

Los resultados arrojan que el 46.7% de las madres de niños de seis meses son casadas y convivientes, siendo el menor grupo las madres solteras lo que representa el 6.7% esto se contrasta con datos presentados por INEI en donde menciona que el área urbana, muestra que casados era de 28.6 %, y después de diez años (2017), disminuyó a 25.6 % .en tanto en el área urbana, en el año 2007, los convivientes era de 23,2 %, diez años después, aumentó a 25.4 %. Se presume que el aumento se da por miedo al fracaso en el matrimonio.

TABLA N° 5.3

Distribución de las madres de los niños de 6 meses según grado de instrucción, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.

| GRADO DE INSTRUCCIÓN | | N | % |
|----------------------|--------------------|----|-------|
| Válidos | PRIMARIA | 1 | 3.3 |
| | SECUNDARIA | 13 | 43.3 |
| | SUP. TECNICO | 5 | 16.7 |
| | SUP. UNIVERSITARIO | 11 | 36.7 |
| | Total | 30 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidas en el Salud Sangarará – Comas, Setiembre de 2019.

La tabla muestra que el 43.3% de las madres de niños de seis meses estudiaron en nivel secundario, seguido del 36.7% de madres que alcanzaron el nivel superior universitario, siendo el menor grupo las madres que estudiaron en nivel primaria representan el 3.3%.

TABLA N° 5.4

Distribución de las madres de los niños de 6 meses según el lugar del parto de la madre, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.

| Lugar de parto | | N | % |
|----------------|------------|----|-------|
| Válidos | MINSA | 15 | 50.0 |
| | ESSALUD | 5 | 16.7 |
| | PARTICULAR | 9 | 30.0 |
| | FUERZAS | 1 | 3.3 |
| | ARMADAS | | |
| | Total | 30 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidas en el Salud Sangarará –Comas, Setiembre de 2019.

La tabla muestra que el 50% de las madres de niños de seis meses presentaron como lugar de parto un establecimiento de salud del MINSA, seguido del 30% que reportaron un lugar de parto particular, siendo el menor grupo el 3.3% como lugar de parto en las Fuerzas Armadas.

TABLA N°5.5

Distribución de las madres de los niños de 6 meses cantidad de hijos, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.

| Cantidad de hijos | N° | % |
|-------------------|----|------|
| 1 | 18 | 60% |
| Válidos 2 o mas | 12 | 40% |
| Total | 30 | 100% |

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidas en el Salud Sangarará – Comas, Setiembre de 2019.

La tabla muestra que el 60% de las madres que participaron en el estudio tienen un hijo, a diferencia del grupo que tienen 2 hijos a más, lo que representa el 40%.

TABLA N° 5.6

Distribución de los resultados según la dimensión Factores maternos de los niños de 6 meses, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.

| Factores maternos | | N | % |
|-------------------|-------|----|-------|
| Válido | Bajo | 9 | 30,0 |
| | Medio | 13 | 43,3 |
| | Alto | 8 | 26,7 |
| | Total | 30 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidas en el Salud Sangarará -Comas, Setiembre de 2019.

TABLA N° 5.7

Distribución de los resultados según la dimensión Factores neonatales de los niños de 6 meses, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.

| Factores neonatales | | N | % |
|---------------------|-------|----|-------|
| Válido | Bajo | 9 | 30,0 |
| | Medio | 15 | 50,0 |
| | Alto | 6 | 20,0 |
| | Total | 30 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidas en el Salud Sangarará -Comas, Setiembre de 2019.

CAPÍTULO VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis

En el estudio presentado no hubo el planteamiento de hipótesis por ser de de tipo metodológico descriptivo ya que en el planteamiento de la investigación tratamos de determinar la intervención de los factores maternos que pueden existir siendo esto un engloba miento de diversos indicadores como la edad, el estado civil, grado de instrucción, paridad, tipo de parto o las creencias familiares y también los factores neonatales que tomamos en cuenta la alimentación dentro de la primera hora de nacido

6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares

- ✓ El presente trabajo de investigación titulado “factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva en niños de seis meses atendidos en el centro de salud sangarara – comas 2019. Corresponde a la investigación descriptiva simple; asimismo presenta un enfoque cuantitativo donde observamos que los factores maternos tiene un 43% siendo este el porcentaje el más alto, que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva. Cuando nos referimos a los factores maternos abarcamos edad materna, ámbito laboral, el parto entre otros factores. Y esta tiene relación MAYLIN CORONADO I. y cols en su investigación “CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS SEIS MESESEN SAN JOSE DE LAS LAJAS” donde concluye que la causa más frecuentes planteada por las madres para el abandono precoz de la Lactancia Materna fueron la insuficiente producción de leche y la desconfianza en la efectividad de la misma. La edad materna y el nivel de escolaridad fueron los factores maternos que más se relacionaron con el abandono temprano de la LME.
- Por otro lado dentro de los factores maternos estudiados encontramos a las “creencias” que en su mayoría son transmitidas por los familiares, para ello tendríamos que trabajar en reforzar la educación sobre lactancia materna exclusiva por parte del profesional del salud, asi como lo plantea Lilliam Marín A. y cols en su estudio “DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN UNA COMUNIDAD URBANA Y OTRA RURAL DE COSTA RICA” en donde concluye que la leche materna es el

patrón de oro para la alimentación durante los primeros meses de vida (Hennet y Borsig, 2016); sin embargo, existen múltiples factores que interfieren con esta forma de alimentación, por lo que la orientación oportuna y apoyo deben darse. Por lo tanto, se hace necesario que el profesional de salud que trabaja en el área comunitaria, que está en contacto directo con las madres y familias de niños lactantes preste atención a la forma de orientar o educar a las madres sobre el periodo en que debe brindar únicamente leche materna. Lo anterior debe llevarse a cabo con el fin de promover una práctica de la lactancia materna prolongada y así evitar la introducción de alimentos diferentes y corregir prácticas que se estén dando en el proceso de alimentación de la primera infancia, las cuales a futuro puedan tener consecuencias en la salud.

- Al respecto de factor alimentación de la primera hora de vida del recién nacido se obtuvo 50% de madres que alimentaron a sus niños con fórmulas, tenemos relación con el estudio de MARIA L. VASQUEZ A. realizó el siguiente estudio "FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS SEIS MESES EN MUJERES DEL DISTRITO DE PIURA" que concluyó con el hecho de dar lactancia materna recién después de la primera hora de vida del niño/a, influye de manera significativa, con el inicio de la lactancia con productos diferentes a la leche materna. Este fue el cuarto factor en orden de importancia.
- En el estudio de Carmita Del Milagro, Sernaque F. "FACTORES PRESENTES EN LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS EN EL C.S CALLAO, 2018" nos indica que los factores culturales, los conocimientos que tienen las madres de familia sobre la lactancia materna están presentes en un nivel medio, así como en nuestro estudio se muestra que existe una influencia media en relación de los factores maternos.
- Si relacionamos los resultados obtenidos en la investigación con la base teórica adopción del rol materno, las madres por causas propias como la edad y el desconocimiento no logran la adaptación a su rol de madre

lactante por ello dejan de brindarla y optan por dar las formulas a sus menores.

6.3 Responsabilidad ética

Para este estudio se utilizó los principios bioéticos principalmente la autonomía y la libertad para poder participar o no en la investigación, para la cual se utilizó la autorización escrita mediante un consentimiento informado la cual el modelo se encuentra en el anexo 3; durante el desarrollo de la encuesta, se mantuvo el anonimato, manteniendo así el carácter de confidencialidad. No existieron conflictos de intereses en el desarrollo de la investigación.

CONCLUSIONES

- ✓ En el estudio se identificó dos factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva teniendo más predominio el factor materno el cual abarca según el estudio los siguientes indicadores: edad,

nivel de instrucción, ámbito laboral, creencias, paridad, tipo de parto y el factor neonatal siendo la alimentación en la primera hora de vida.

- ✓ Se concluye que dentro de los factores maternos que intervienen en la interrupción de la lactancia materna el indicado más alto es la paridad de la madre y el parto por cesárea, obteniéndose una relación entre ellas ya que la ser una madre primeriza e inexperta genera que no haya una buena adherencia, sabiéndose que la cesárea retrasa la producción de leche materna y hace optar por brindar fórmula.
- ✓ se encontró que la alimentación dentro la primera hora de vida, se muestra en un nivel medio equivalente al 50% de recién nacido que son alimentados con fórmulas, interrumpiendo así lo que llamamos lactancia materna exclusiva.
- ✓ Ambos factores dan un valor medio que si bien en cierto no es alto, aún siguen existiendo factores que interrumpen una lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses.

RECOMENDACIONES

- ✓ El Centro de Salud organizara sesiones educativas sobre importancia de lactancia materna para fortalecer los conocimientos de las madres enfatizando el grupo de madres primerizas.
- ✓ Educar a las gestantes que el parto por cesárea se puede dar lactancia materna desde el nacimiento sin la necesidad de usar formular.
- ✓ implementación de los 10 pasos para una lactancia materna exitosa, para así asegurar una buena adherencia.
- ✓ Realizar estudios en otras poblaciones o áreas geográficas similares a fin de conocer problemáticas en torno a las variables relacionadas de las madres sobre lactancia materna; de modo tal que se puedan verificar los resultados encontrados en el estudio.
- ✓ Promover el contacto piel a piel durante la primera hora de vida del recién nacido ya sea esta en los diferentes niveles de atención primaria y en los centros de atención particular; porque esta práctica favorece la continuidad de la lactancia materna exclusiva.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD No 462(2015) "**GUÍA TÉCNICA PARA LA CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA**" Lima: Perú Ministerio

2. DECRETO SUPREMO N°009(2006) **“REGLAMENTO DE ALIMENTACIÓN INFANTIL”** Lima: Perú Ministerio
3. MINISTERIO DE SALUD No 126(2004)**“LINEAMIENTOS DE NUTRICION MATERNO INFANTIL DEL PERU”** Lima: Perú Ministerio
4. M. cruz **“MANUAL DE PEDIATRÍA PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA “(MMXIII) océano**
5. Ruiz Gonzales m. d., Martínez B., Gonzales Carrión P. (2012)**“ENFERMERÍA PEDIATRICA”**DAE
6. MAYLIN CORONADO I. y cols **“CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS SEIS MESES EN SAN JOSE DE LAS LAJAS”** CUBA 2007
<http://files.sld.cu/enfermeria-pediatria/files/2011/03/lactancia-materna.pdf>
7. Lilliam Marín A. y cols realizaron el siguiente estudio **“DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN UNA COMUNIDAD URBANA Y OTRA RURAL DE COSTA RICA”** COSTA RICA 2017
https://www.researchgate.net/publication/322044258_Duracion_de_la_lactancia_materna_exclusiva_en_una_comunidad_urbana_y_otra_rural_de_Costa_Rica
8. MARIA L. VASQUEZ A.**“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE LOS SEIS MESES EN MUJERES DEL DISTRITO DE PIURA”** LIMA 2018
<http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3955?show=full>
9. Maily A. Tamara M. **“FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL CONSULTORIO DE CRED DEL C.S. DANIEL ALCIDES CARRIÓN CHINCHA 2011”** LIMA 2016
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6592>
10. Carmita Del Milagro, Sernaque F. **“FACTORES PRESENTES EN LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS EN EL C.S CALLAO, 2018”** CALLAO 2018
<http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/3061>

11. <https://www.eltiempo.com.ec/noticias/novedades/1/la-mejor-edad-para-embarazarse>
12. https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
13. https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/201901/La_primera_infancia_importa_para_cada_nino_UNICEF.pdf
14. http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf
15. http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1275/T047_44_403459_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

ANEXO 01:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “FACTORES QUE INTERVIENE EN LA INTERRUPCION DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL C.S SANGARARA-COMAS-2019”

| PROBLEMA | OBJETIVO | VARIABLE | DIMENSIONES | INDICADORES | ITEMS | CODIFICACION |
|--|--|---------------|-------------|---|--|---|
| <p>General ¿Cuáles son los factores que interviene en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara-Comas-2019?</p> <p>Específicos ¿Cuáles son los factores maternos que interviene en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara-Comas-2019?</p> <p>¿Cuáles son los factores neonatales que interviene en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara-Comas-2019?</p> | <p>General Identificar los factores que interviene en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara-Comas-2019”</p> <p>Específicos Describir los factores maternos que interviene en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara-Comas-2019”</p> <p>Describir los factores neonatales que interviene en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara-Comas-2019”</p> | v1: Factores. | Maternos | Edad Estado civil Nivel de Instrucción Ámbito Laboral Paridad Parto Creencias | Adolescente Añosa Soltera Casada Conviviente Primaria Secundaria Sup. Técnico Sup. Universitario Ocupación Modalidad incorporación Primípara múltipara Cesárea Natural Familia | (77) (28) 1(62) 2 (62) 3 (62) 4 (28, 33) 5 (33) 6 (56) 7 (28) 8 (36,63) 9(49) 10 (64) 11 (37) 12 (64) 13(42) 14 (64) LME 15-17 (53) |

| | | | | | | |
|--|--|--|------------|----------------------|--------------------------|--|
| | | | Neonatales | tipo de alimentación | LM mixta Solo formula | |
|--|--|--|------------|----------------------|--------------------------|--|

ANEXO 02:
INSTRUMENTOS VALIDADOS

Datos generales

Edad:

Donde dio a luz:

Grado de instrucción:

Estado civil

1. ¿cuál es su ocupación?

- a) Ama de casa
- b) Estudiante
- c) Trabajadora

2. ¿Cuál es la modalidad por la cual trabaja?

- a) Dependiente
- b) Independiente
- c) N.A

3. Ud. Tuvo que trabajar antes de que su bebe cumpla los 6 meses.

- a) si
- b) no

4. ¿Cuántos hijos tiene usted?

- a) 1
- b) 2 o mas

5. ¿Cómo fue su parto?

- a) Normal
- b) Cesárea

6. ¿cuándo nació su bebe le dieron formula en el lugar donde nació?

- a) Si
- b) No

7. ¿Cuándo su bebe nació sintió que tuvo suficiente leche para alimentarlo?

- a) Si
- b) No

8. ¿Cuándo Ud. dio de lactar por primera vez a su bebe le causó heridas en los pezones y dolor?

- a) si
- b) no

9. ¿Cuándo Ud. comenzó a dar de lactar, tenía miedo de no tener buena y bastante leche para su bebé?

- a) Si
- b) No

10. ¿Le dijeron a Ud. que por la leche materna puede pasar al bebe el frio, darle gases o contagiarle gripe?
- a) si
 - b) no
11. ¿Cuándo Ud. daba de lactar a su bebe, él bebe se quedaba con hambre hasta que le Completaba con el biberón?
- a) si
 - b) no
12. ¿Le han dicho a Ud. que su leche era muy aguada y por eso no podía alimentar bien a su bebe?
- a) si
 - b) no
13. ¿Sus familiares le aconsejaron dar a su bebe otros alimentos aparte de su leche materna?
- a) si
 - b) no
14. ¿le dijeron que dar de lactar por muchos meses hacia que sus pechos se “caigan”?
- a) si
 - b) no
15. ¿le dijeron que sería mejor que su bebe no reciba leche materna exclusiva?
- a) si
 - b) no
16. ¿Está usted dando lactancia materna exclusiva a su bebe actualmente?
- a) Si
 - b) No
17. ¿cree Ud. que la leche materna es la UNICO y mejor alimento que existe para alimentar bien a su bebe?
- a) Si
 - b) no

ANEXO 03:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio FACTORES QUE INTERVIENE EN LA INTERRUPCION DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS DE SEIS MESES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANGARARA-COMAS-2019

Investigadoras:

- NolePortuguez Ana Rosa
- Yactayo Velásquez Paola Jesús

Objetivo: Identificar los factores que interviene en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de niños de seis meses atendidos en el Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.

Mediante la firma de este formato, doy mi autorización para que se me aplique el instrumento en mención. Se me ha informado y aceptado que al responderlo contribuiré al logro del objetivo de esta investigación.

He concebido de forma libre y voluntaria esta entrevista, por ello aun después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir darla por terminada cuando así lo considere. Se me ha informado que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que ningún informe de este estudio aparecerá identificado solo llevara código de control.

Reconozco la importancia de la veracidad de las respuestas que brindo y no comentarlo con otras personas que pueden ser candidatos a participar en el estudio.

He leído el consentimiento y voluntariamente consiento participar en el estudio.

.....
Firma del Sujeto Investigado

He explicado el estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

.....
Firma del Investigador

.....
Firma del Investigador

Fecha.

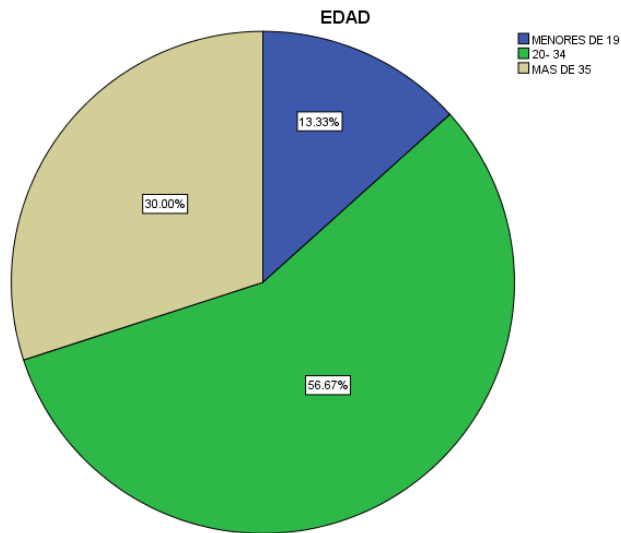
ANEXO 04:
BASE DE DATOS

| N° | EDAD | EC | GJ | LP | DDJPA | MCD&B | factores | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|------|----|----|----|-------|-------|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------------|------|------|---|
| | | | | | | | Maternos | | | | | | | | | | | | Neonatales | | | |
| | | | | | | | pg1 | pg2 | pg3 | pg4 | pg5 | pg6 | pg7 | pg8 | pg9 | pg10 | pg11 | pg12 | pg13 | pg14 | pg15 | |
| 1 | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 4 | 3 | 2 | 4 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 5 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 6 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| 7 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 8 | 3 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 9 | 3 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 10 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 12 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 13 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 14 | 2 | 3 | 4 | 3 | 1 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 15 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 16 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 17 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 18 | 2 | 3 | 3 | 4 | 1 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 19 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 20 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 21 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 22 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 23 | 2 | 2 | 4 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 24 | 2 | 3 | 4 | 1 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 25 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 26 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 27 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 28 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 29 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 30 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 |

ANEXO 05

GRÁFICO N° 01

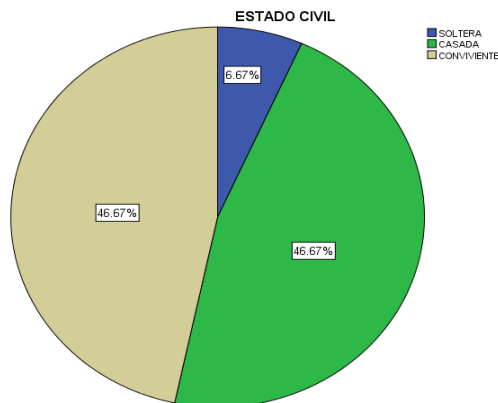
Distribución de las madres de los niños de 6 meses según la edad, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.



FUENTE: Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidas en el Salud Sangarará –Comas, Setiembre de 2019.

GRÁFICO N° 02

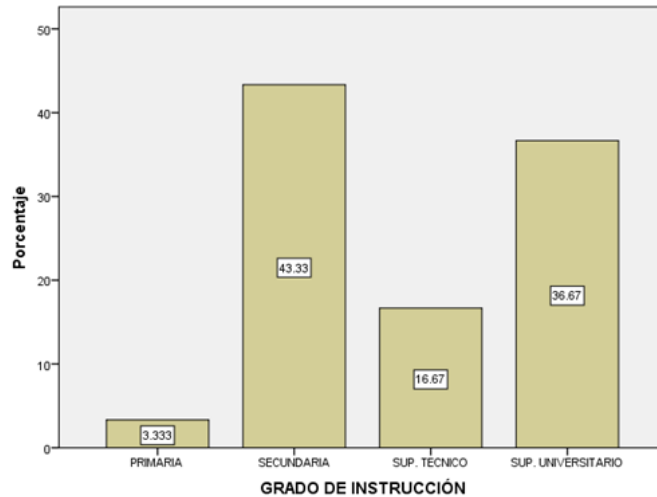
Distribución de las madres de los niños de 6 meses según estado civil, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.



Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidas en el Salud Sangarará –Comas, Setiembre de 2019.

GRÁFICO N° 03

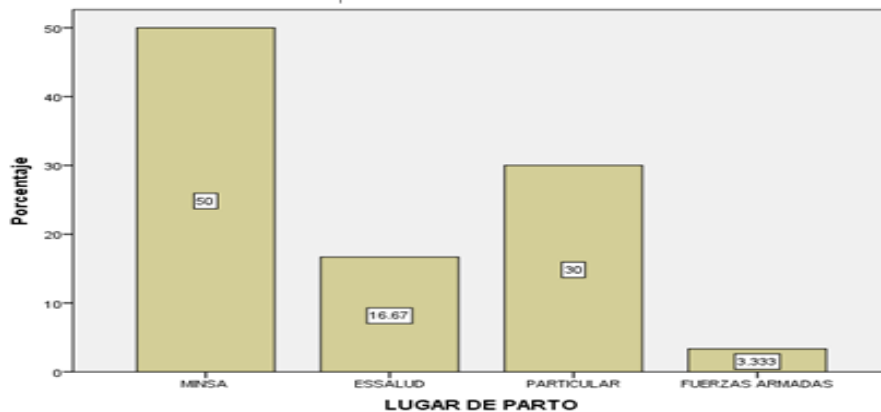
Distribución de las madres de los niños de 6 meses según grado de instrucción de la madre, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.



Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidas en el Salud Sangarará –Comas, Setiembre de 2019.

GRAFICA N° 04

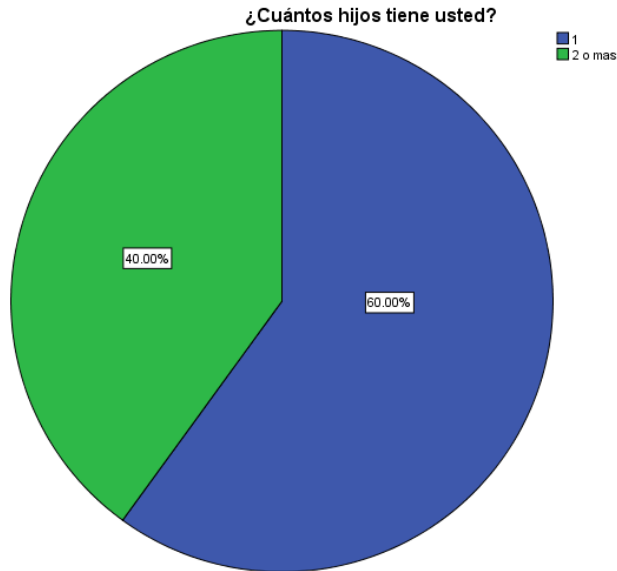
Distribución de las madres de los niños de 6 meses según el lugar del parto de la madre, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.



Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidas en el Salud Sangarará –Comas, Setiembre de 2019.

GRAFICO N° 5

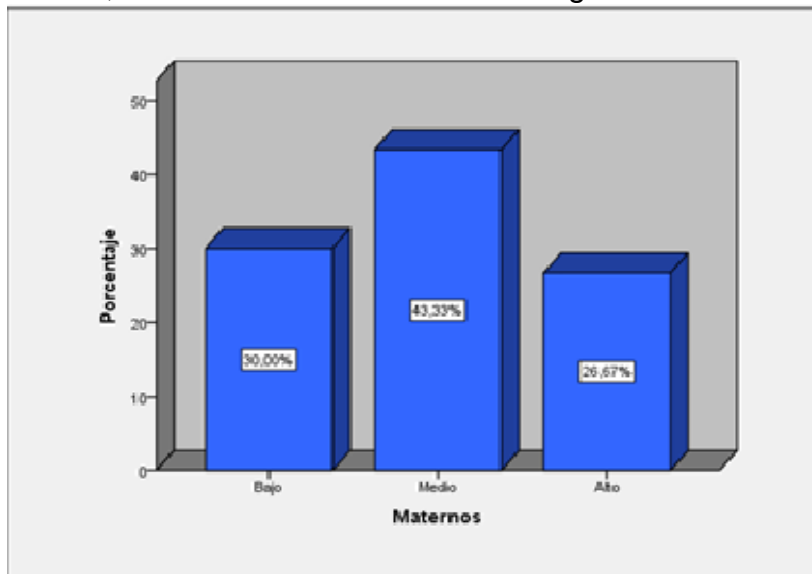
Distribución de las madres de los niños de 6 meses según cantidad de hijos de las madres, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.



Fuente: *Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidas en el Salud Sangarará –Comas, Setiembre de 2019.*

GRAFICA N° 06

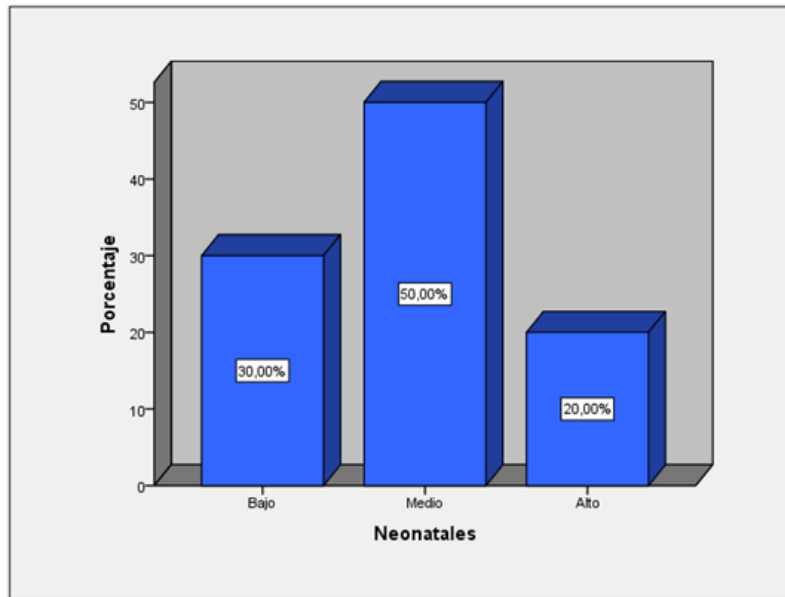
Distribución de los resultados según la dimensión Factores maternos de los niños de 6 meses, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.



Fuente: *Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidas en el Salud Sangarará –Comas, Setiembre de 2019.*

GRAFICO N° 07

Distribución de los resultados según la dimensión Factores maternos de los niños de 6 *meses, atendidas Centro de Salud Sangarara-Comas-2019.



Fuente: Cuestionario aplicado a las madres de los niños de 6 meses atendidas en el Salud Sangarará –Comas, Setiembre de 2019.