

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**EVALUACIÓN DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO  
CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL  
PUESTO DE SALUD DE MAZO, 2015 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN  
CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ESTIMULACION EN LA  
PRIMERA INFANCIA**

**ZEIDA GLADYS URIARTE SAAVEDRA**

**Callao, 2018**

**PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Zeida Gladys Uriarte Saavedra', is written over a large, stylized signature box.

## **HOJA DE REFERENCIA DE JURADO**

### **MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:**

<b>DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA</b>	<b>Presidenta</b>
<b>MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA</b>	<b>Secretario</b>
<b>MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRÍGUEZ</b>	<b>Vocal</b>

**ASESOR: MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE**

**N° DE LIBRO: 005**

**N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 105**

**Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 12/02/2018**

**Resolución de Decanato N°493-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.**

**LIC. ZEIDA GLADYS URIARTE SAAVEDRA**

## ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática.....	4
1.1 Objetivo General.....	7
1.3 justificación.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Marco Conceptual.....	12
2.3. Definición de Términos.....	24
EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	26
3.1 Recolección de Datos.....	26
3.2 Experiencia Profesional.....	26
3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe:.....	29
RESULTADOS.....	31
CONCLUSIONES.....	33
RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIALES.....	35
ANEXOS.....	38

## INTRODUCCIÓN

A medida que se inicia el nuevo milenio, la lactancia materna está empezando a desempeñar una función clave en la salud pública, la supervivencia infantil, la salud materna y las estrategias sanitarias nacionales e internacionales. Las tasas de inicio de la lactancia materna se ha incrementado sustancialmente y la duración de la misma ha empezado a mejorar.

La lactancia materna constituye el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño o niña hasta los seis meses de edad y con otros alimentos hasta los dos años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) han considerado por décadas a la lactancia materna (LM) fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales

La lactancia materna aporta al lactante los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, protegiéndolo de enfermedades, en la madre disminuye la mortalidad materna, el riesgo de cáncer de mama, fomenta el amor con su hijo; en la familia, contribuye a la integración y a la economía familiar. La lactancia materna ofrece además beneficios sociales, como la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, contribuyendo a una población infantil sana y favoreciendo la no violencia.

Así mismo la promoción de la salud está ligada directamente con la práctica de estilos de vida saludable que a su vez incrementa o mejora la calidad de vida de cada individuo, por lo que la promoción de la lactancia materna exige la motivación, capacitación y labor coordinada de muchas personas. Sin embargo, su éxito depende más de la instrucción y el apoyo ofrecido a las madres, que de los cuidados de tipo curativo, constituyéndose en un campo ideal para la intervención del personal de enfermería, cuya labor puede asegurar el impacto perdurable de los programas de promoción.

El presente trabajo académico titulado **EVALUACION DE NIÑOS MENOR DE UN AÑO CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL PUESTO DE SALUD DE MAZO DURANTE EL PERIODO 2015 – 2017.**

Tiene por finalidad elaborar o diseñar estrategias y/o programas de educación continua dirigida a las madres que asisten al puesto de salud el cual permitirá mejorar los estilos de vida saludables en la comunidad.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la Situación Problemática**

La leche materna es considerada como la mejor y más completa fuente de nutrientes en los primeros meses de vida en la especie humana, sin embargo, llama mucho la atención el hecho paradójico del abandono de su práctica en el ser humano, provocado en gran medida por la diversidad de tipos de leche y de sus derivados industriales, así como su amplia comercialización, conjuntamente con factores biosocioculturales. La elevada tasa de fecundidad, desnutrición y las enfermedades infecciosas, junto con la urbanización e incorporación de un mayor número de mujeres a la población económicamente activa, han hecho que la lactancia materna vuelva a ocupar un lugar clave en los programas de planificación familiar y supervivencia infantil. La lactancia materna proporciona una amplia variedad de beneficios y es de gran importancia para la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantil, ayuda al espaciamiento de los nacimientos y al mantenimiento de la salud materna. Los lactantes que son amamantados en los primeros meses de vida tienen como mínimo seis veces más probabilidades de sobrevivir que los que no lo son, ya que la leche materna reduce de manera considerable la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas como la diarrea y las

infecciones agudas de las vías respiratorias, dos de las principales causas de muertes infantiles en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF en el año 1992 lanzaron la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) buscando fomentar que los servicios de maternidad de los centros hospitalarios de todo el mundo promuevan la lactancia y no acepten el uso de fórmulas que sustituyan a la leche materna. La iniciativa Hospitales amigos de los niños se ha aplicado en aproximadamente 16000 hospitales de 171 países y se ha contribuido a la mejor adhesión a la lactancia materna exclusiva en todo el mundo. (1)

A nivel mundial, 38% de los bebés reciben lactancia materna como alimentación exclusiva durante seis meses.

En América latina existe un amplio espacio para mejorar el momento del inicio de la lactancia materna. De hecho, en México solo el 22% de madres practican la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida del recién nacido. En República Dominicana solo el 7%. La tasa global de lactancia materna exclusiva es el 38%.

En el Perú la tasa de lactancia natural exclusiva aumento espectacularmente durante la década de los noventa de menos del 20% en 1992 a algo más del 57%, en el 2000 gracias al esfuerzo desplegado a nivel nacional para capacitar a los trabajadores sanitarios y poner en práctica la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas(OMS/UNICEF) de hospitales amigos del niño, que certifica el

apoyo de los centros de salud a la lactancia materna. En consecuencia, la tasa del Perú está muy por encima de la tasa mundial, pero en los últimos años los progresos se han frenado (2012: 67,5%). En algunas zonas sobre todo en las ciudades, hay indicios de una tendencia a la baja.

Actualmente, poco de la mitad de los niños nacidos en el Perú (55%) empiezan a tomar el pecho en la primera hora de vida. Las tasas son más bajas entre los nacidos en centros de salud, los atendidos en el parto por profesionales sanitarios, los nacidos en zonas urbanas, y los hijos de madres con mayores ingresos y nivel educativo. Esto puede parecer sorprendente, ya que en los países de ingresos altos la situación suele ser la inversa; las madres con más ingresos y nivel educativo tienden más a dar el pecho a su niño. (2)

A nivel nacional, la prevalencia de la lactancia materna (LME) en menores de 6 meses se incrementó de 52.7% en 1996 a 70.6% en el año 2011 (3)

En el Puesto de Salud Mazo se ha observado que la atención de enfermería en la consulta de Crecimiento y Desarrollo está basado en la promoción de salud del niño, así como el desarrollo de actividades educativas a las madres este esfuerzo se ve reflejado cuando estadísticamente se observa que en año 2017 el porcentaje de niños que recibieron lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida alcanzo una cobertura de 80.5 % de la población de niños menor de año.

## **1.1 Objetivo General**

Describir la experiencia profesional en la atención de enfermería para lograr una lactancia materna exclusiva en los niños menores de un año en puesto de salud Mazo 2015 –2017

## **1.3 justificación**

En la actualidad la lactancia materna es practicada por menos grupos de mujeres en la población; probablemente porque carecen de los conocimientos y beneficios le proporciona tanto para la madre y para el niño.

El presente informe permitirá reforzar o implementar la práctica de la lactancia materna, lo que beneficiará la salud de los niños y a todo el grupo familiar; mediante las sesiones educativas y demostrativas que se realizan de forma periódica y programadas en el establecimiento de salud, también se realizan las consejerías individualizadas a todas las madres que acuden con su niño al consultorio de crecimiento y desarrollo.

Actualmente existe la necesidad de promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, lo cual es la labor primordial del profesional de Enfermería, de tal manera que se contribuya a optimizar la calidad de vida y el disfrute pleno del desarrollo humano incrementando o mejorando la calidad de vida del niño.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes

**FORERO Y, ISAACS M, RODRIGUEZ M, HERNANDEZ J.** realizaron la investigación: "La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de la ciudad de Bogotá - 2013". Dentro de los materiales y métodos fue un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Se realizaron 24 entrevistas y 3 grupos focales a mujeres adolescentes en diferentes períodos postparto. La recolección de información se realizó en Bogotá con mujeres que participaban en un programa de la Secretaría Distrital de Integración Social. El proceso de sistematización se desarrolló paralelamente con el proceso de análisis. Este proceso comprendió las relaciones entre categorías y las redes que se forman entre ellas. Conclusiones: Las adolescentes reconocen los beneficios que ofrece la lactancia materna para sus hijos y para ellas, sin embargo su experiencia de lactancia materna difiere de las recomendaciones para lograr una lactancia materna exclusiva y una alimentación complementaria saludable. Entre las causas identificadas sobresale ausencia de acompañamiento acertado y oportuno.(4)

**PAHURA A.** elaboró la investigación: "Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de 6 meses".

El presente trabajo se realizó en el Hospital San José de Pergamino, Buenos Aires, durante el mes de abril del año 2013. La metodología de este tipo de estudio fue: de tipo observacional, descriptivo de carácter cuali-cuantitativo de corte transversal. La muestra del presente estudio fue un total de 30 madres adolescentes, el instrumento que se aplicó fue una encuesta, integrada por 16 preguntas de carácter cuali-cuantitativo. El instrumento se aplicó durante 3 semanas, eligiendo 2 días alternativos semanalmente, tomados al azar para evitar sesgos de selección de días sobre la población recepcionada. Conclusiones: Se puede concluir que las madres adolescentes que alimentan exclusivamente con lactancia materna a sus hijos, han sido quienes han tenido un embarazo deseado y aquellas que recibieron información sobre los beneficios de brindar la lactancia materna exclusiva, resultaron en más de la mitad de las madres estudiadas.(5)

**DELGADO L, NOMBERRA F.** (Perú 2012) "Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo".

La metodología de estudio empleada fue una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 124 madres adolescentes entre las edades de 12 a 19 años, que acudieron a los servicios de Neonatología, Ginecología, y Crecimiento y Desarrollo. En la recolección de datos se emplearon

instrumentos elaborados por las investigadoras, como la encuesta y lista de chequeo, esta última sirvió para verificar la práctica de lactancia materna exclusiva. La encuesta fue validada con el 15% de la población muestral. Los resultados revelaron que 48.4% de madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimientos y solo 10.5% nivel alto; sin embargo 70% no mantienen la duración adecuada, 62.9% no posicionan adecuadamente al bebé, 75.8% no muestran adecuada postura y 64.5% no controlan la frecuencia de amamantamiento. Llegando a la conclusión la técnica de amamantamiento de las madres adolescentes, corresponde que 70% no mantiene la duración adecuada para cada sesión de amamantamiento; 62.9% no posicionan adecuadamente al bebe a la hora de amamantarlo; 75.8% no muestran adecuada postura durante el amamantamiento; 64.5 no controlan la frecuencia con que amamantan y el 67.7% no realizan todos los pasos de la técnica de amamantamiento.(6)

**CORDOVA R.** (Perú 2012) realizó la investigación titulada: "Conocimiento de las madres adolescentes primigestas sobre la lactancia materna de niños menores de 1 año en el Centro Materno Infantil "José Gálvez" de Villa María del Triunfo. Lima-Perú". La Metodología que se realizó, se trata de un estudio de nivel aplicativo, descriptivo y de naturaleza cuantitativa. La población está constituida por madres adolescentes primigestas que acudieron al Centro Materno Infantil en el segundo semestre del año 2010 para el control

de su menor hijo. Las conclusiones a las que arribó la investigación son las siguientes: De las 35 madres evaluadas, 15 (42.86%) tiene mediano conocimiento sobre la lactancia materna en 13 niños menores de 1 año, 13 madres adolescentes (37.14%) tiene bajo conocimiento y solo 7 de ellas (20%) tiene alto conocimiento de la lactancia materna en niños menores de 1 año.(7)

**ZAPATA L.** desarrolló la investigación titulada: "Conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva de madres primíparas en el Hospital de apoyo Nivel II, Sullana – Perú", La metodología de estudio fue cuantitativo, descriptivo de una sola casilla tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva a madres primíparas que se encuentran en el servicio de maternidad en el hospital de apoyo nivel II-Sullana. Llegando a las siguientes conclusiones: La mayoría de las madres primíparas del servicio de maternidad del hospital de apoyo nivel II - Sullana presentaron un nivel de conocimiento regular y deficiente sobre lactancia materna exclusiva seguido de un porcentaje significativo de un nivel bueno. Finalmente la mayoría de las madres primíparas del servicio de maternidad del Hospital de Apoyo nivel II - Sullana presentan un nivel de práctica inadecuada de lactancia materna exclusiva, y en menor porcentaje un nivel de práctica adecuada. (8)

## **2.2 Marco Conceptual**

### **LACTANCIA MATERNA:**

La lactancia materna es la alimentación natural de todas las crías de mamíferos, entre los que se encuentran el ser humano. A través de la lactancia materna la madre aporta al niño mucho más que una óptima alimentación, ya que la leche materna es un fluido vivo que contiene además de los nutrientes en las cantidades y proporciones óptimas, factores inmunológicos, células anticuerpos, antiinflamatorios, inmunomoduladores, factores de crecimiento, enzimas y hormonas.

El amamantar favorece la salud de la mujer y el vínculo entre madre y su hijo, ya que el estímulo de la succión y el contacto de piel a piel, la mujer secreta hormonas que facilitan la respuesta maternal, favorecen a su absorción de nutrientes y retrasan el retorno de la fertilidad.

La leche materna contiene elementos esenciales para el desarrollo del sistema nervioso del lactante, pero que no están presentes en otras leches, lo que ha sumado al estímulo del amamantamiento favorece el desarrollo psicomotor y la inteligencia del niño amamantado. La lactancia significa un ahorro de recursos a la familia y a la sociedad por el costo de las fórmulas lácteas. También se reducen los gastos médicos por el menor riesgo de enfermar de los niños amamantados. La leche materna es un recurso renovable que no genera desechos ni contamina.

Aunque las familias y los trabajadores de salud saben de los beneficios de lactancia, pocas mujeres que logran una lactancia

única según recomendación de la OMS: exclusiva por seis meses y seguir amamantando, con la adición de elementos sólidos, hasta avanzado el segundo año. (9)

### **PRACTICAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA:**

La práctica es definida como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad o destreza. La práctica son el comportamiento, conducta procedimiento, reacciones, es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que el participa. El amamantamiento tiene un componente instintivo en relación con el recién nacido, pero también necesita de un aprendizaje de la técnica correcta. Una madre que practica una técnica adecuada de amamantamiento permitirá que tenga una buena cantidad de leche y por lo tanto facilitara una adecuada lactancia materna.

Los estudios internacionales, nacionales y locales, relacionados con la práctica de la lactancia materna están relacionada con los factores socioeconómicos y culturales de la madre y familia; sobre las causas de tal interrupción, está el retraso del primer contacto, el inicio de la alimentación complementaria o el uso de biberón, insuficiencia de leche, practica inadecuada y conocimientos inadecuados sobre lactancia materna.

La práctica de la lactancia materna permite a las familias involucrarse con la crianza y cuidado de los niños y niñas, tal participación repercute en la salud y promueve la integración y unión familiar. Nos referimos a la lactancia materna exclusiva, lo que significa que el niño

solo recibirá leche materna durante los seis meses de vida, ningún sustituto, aguas o alimentos adicionales la reemplazaran. (10)

### **TECNICA DE LA LACTANCIA MATERNA:**

La leche pasa de la madre al niño mediante la combinación de una expulsión activa (refleja de eyección o "subida de la leche") y la extracción activa por parte del bebe. El niño, para realizar una succión efectiva del pecho, necesita crear una tetina con este. Esta tetina se forma aproximadamente, con un tercio de pezón y dos tercios de areola y mama. En la succión del pecho, la lengua, en forma de ondas peristálticas de delante hacia detrás, el que ejerce la función de ordeñar los senos lactíferos, que es donde se acumula la leche una vez que esta se ha producido. Para que esto sea posible, el recién nacido tiene que estar agarrado al pecho de forma eficaz. (11)

### **POSICION:**

La posición del niño al pecho es uno de los aspectos que más influye en el éxito de la lactancia. La observación directa de una mamada es parte fundamental del proceso diagnostico ante numerosos problemas de la lactancia y un profesional sanitario con experiencia debería observar sistemáticamente una toma durante tres días postparto, ayudando a la madre corregir cualquier problema.(12)

#### ➤ **Posición sentada**

En una silla donde apoye la espalda. Sostener al niño de modo que su cabeza quede en el ángulo interno del codo. El abdomen del niño debe estar en contacto con el abdomen de la madre. Es importante

evitar que el cuello del niño quede rotado, lo cual dificulta la deglución. El brazo del niño que queda hacia abajo abraza a la madre; con la mano de ese lado la madre sujeta al niño por la zona de pañal. Con la otra mano le debe ofrecer pecho sosteniéndolo con el dedo pulgar por encima de la mama y los restantes por debajo de la areola, formando una C. con el pezón puede tocar el labio inferior del niño para producir el reflejo de apertura de la boca y con un movimiento suave pero firme acerca la cabeza hacia el pecho. El niño debe tomar toda la areola, quedando los labios superiores e inferiores evertidos.

➤ **Posición acostada**

El cuerpo del niño y de la madre debe quedar en el mismo eje, en forma paralela. El abdomen del niño debe estar en contacto con el de la madre.

➤ **Posición acunada invertida**

Es útil en caso de la madre cesariada o con gemelos; el cuerpo del niño queda hacia un costado evitando comprimir la herida operatoria. Si existen grietas del pezón es una alternativa de rotación de la posición para amamantar, evitando así la compresión mantenida en la zona afectada, y a la vez permite un mejor manejo de la cabeza del niño.

➤ **Posición de caballito**

Es útil en caso de displasia de caderas, con indicación de uso de doble pañal o de correas. Le permite al niño permanecer con las extremidades separadas. Resulta apropiada en caso de reflejo de eyección excesivo de leche: al succionar el niño se atora con el chorro de leche que recibe, lo cual hace que suelte el pecho. La posición de caballito tiende a regular el flujo de salida de la leche.

➤ **Posición acostada con el niño encima**

Se utiliza en caso de difícil manejo del reflejo de eyección excesivo de leche. La madre coloca al niño sobre su abdomen sujetándole la frente. Así se regula con mayor facilidad la salida del flujo de leche. El variar la posición de amamantamiento, de una mamada a otra, puede ayudar al drenaje de leche de todas las áreas de la mama. (13)

➤ **Posición de balón de fútbol americano**

Pueden ser beneficiosas para las madres sometidas a cesárea para evitar el contacto con la incisión quirúrgica. La posición de fútbol americano se suele usar en los niños con bajo peso o prematuros o en los que tienen problemas para succionar porque permite un buen control de la cabeza del lactante y una buena visibilidad de la boca del niño en la cama. Cualquiera que sea la posición utilizada, la madre no debe presionar sobre la parte posterior de la cabeza del niño porque esto podría alejar la cabeza de la mama.

➤ **Posición tipo cuna cruzada o transicional**

Utiliza el brazo contrario para sostener al niño con la parte posterior de la cabeza (debajo del occipucio) y el cuello en la mano de la madre. Esta posición deja la mano más cerca de la mama para sostener y ubicar la mama según sea necesario. (14)

### **EVALUACION DE LACTANCIA:**

Una vez que el niño se prendió de la mama, la succión comienza en salvas rápidas y pausas intermitentes. Esta acción ayuda a estimular el reflejo de bajada de la leche. A medida que se establece el flujo de leche, el ritmo de la succión, la deglución y las pausas se toma más lento y rítmico, con alrededor de una succión o deglución por segundo. La deglución audible indica el pasaje de la leche al lactante. La leche sale no por presión negativa sino por una presión peristáltica desde la punta de su lengua hasta su base.

### **BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño y niña, para la madre, para la sociedad y la humanidad. Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal. Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y

se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos. La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos. (15)

**Beneficios para el bebé:**

1. Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
2. Desarrollo de una personalidad más segura e independiente.
3. Protección contra algunas formas de cáncer.
4. Menor incidencia de desnutrición infantil.
5. Nutrición óptima, especialmente del sistema nervioso central. La leche materna también es la alimentación adecuada para los bebés prematuros.
6. Menor incidencia de hiperbilirrubinemia neonatal.
7. Menor incidencia de sepsis y enterocolitis necrotizante del recién nacido.
8. Menor incidencia de muerte súbita del lactante
9. Menor incidencia de alergias respiratorias y digestivas.
10. Menor incidencia de infecciones respiratorias y digestivas.
11. Menor incidencia de enfermedad celíaca.
12. Menor incidencia de infección urinaria.
13. Protección contra diabetes mellitus, contra obesidad e hipercolesterolemia.
14. Protección contra infecciones del oído medio.

15. Menor incidencia de problemas dentales y de mal oclusión.
16. Asociación con mayor nivel de inteligencia.
17. Mejor reacción a las vacunas y mayor capacidad de defenderse rápidamente contra las enfermedades.
8. Menor incidencia de maltrato infantil o abandono, debido al vínculo afectivo madre-lactante.
19. No requiere suplemento vitamínico ni mineral, agua ni otros alimentos mientras tome pecho exclusivo.
20. Menor incidencia de eczemas y otras afecciones de la piel.
21. Menor incidencia de enfermedades como colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.

### **Beneficios para la madre**

1. Refuerza la autoestima dando satisfacción emocional a la madre.
2. Menor sangrado posparto.
3. Menor riesgo subsiguiente de anemias.
4. Mayor espaciamiento entre embarazos.
5. Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico.
6. Menor depresión posparto.
7. Más rápida recuperación física.
8. Mayor practicidad para la alimentación nocturna.
9. Ayuda a estilizar la silueta, al utilizar los depósitos de grasa de reserva posparto para producir leche.

### **BENEFICIOS PSICOLÓGICOS:**

Los beneficios psicológicos tanto para la madre como para el lactante es que crea lazos de afecto entre ambos, para el lactante también el contacto físico ayuda a sentirse más protegido, abrigado y consolado y para la madre confianza en sí misma y cercanía con su hijo. El contacto emocional del recién nacido desarrolla la parte psicoafectiva, la parte emocional y la parte cognitiva. Además en los niños que salen muy irritados en el parto, el contacto con la piel de la madre les calma y hace disminuir el llanto. Y en los niños que nacen más adormecidos, que les cuesta más adaptarse al medio externo, notamos que en el momento en el que se les pone en contacto con la piel de la madre empiezan a estar más reactivos a empezar a colaborar en el inicio de la lactancia. Entonces si existen muchas 20 razones por las que la madre debe amamantar a su hijo y por lo que todos los lactantes deben recibir la leche materna y no otro tipo de leche. (15)

### **BENEFICIOS ECONÓMICOS:**

Existen beneficios económicos ya que para adquirir la leche materna no es necesario realizar un gasto monetario, ya que es gratuita, está en las óptimas condiciones, en la temperatura correcta, y mientras esté dentro del pecho de la madre no se vencerá, lo que garantizará alimento suficiente para el niño. Amamantar ahorra tiempo y dinero. La madre no tiene que comprar la leche con lo que ahorra en dinero y en tiempo. Además, no tiene que medir, mezclar y calentar la leche artificial. Tampoco tiene que lavar y esterilizar biberones y tetinas. (15)

### **TEORÍA DEL APEGO**

La necesidad de bebé de estar próximo a su madre, de ser acunado en brazos, protegido y cuidado ha sido estudiada científicamente.

Fue el psicólogo **John Bowlby (1907-1990)** que en su trabajo en instituciones con niños privados de la figura materna le condujo a formular la **Teoría del apego**.

El apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (persona con que se establece el vínculo).

El apego proporciona la seguridad emocional del niño: ser aceptado y protegido incondicionalmente. Está planteamiento también puede observarse en distintas especies animales y que tiene las mismas consecuencias: la proximidad deseada de la madre como base para la protección y la continuidad de la especie.

La teoría del apego tiene una relevancia universal, la importancia del contacto continuo con el bebé, sus cuidados y la sensibilidad a sus demandas están presentes en todos los modelos de crianzas derivados de los diferentes medios culturales.

Los estilos de apego se desarrollan tempranamente y se mantienen generalmente durante toda la vida, permitiendo la formación de un modelo interno que integra por un lado creencias acerca de sí mismo y de los demás, y por el otro una serie de juicios que influyen en la formación y mantenimiento de las dinámicas relacionales durante toda la vida de individuo. Por esto resulta importante la figura del primer cuidador, generalmente la madre, ya que el tipo de relación que se establezca entre ésta y el niño será determinante en el estilo de apego que se desarrollará. No obstante, otras figuras significativas como el padre y los hermanos pasan a ocupar un lugar secundario y complementario, lo que permite establecer una jerarquía en las figuras de apego.

### **Los tres elementos fundamentales del proceso de apego:**

- Sintonía: La armonía entre el estado interno de los padres y el estado interno de los hijos suele ser alcanzada cuando unos y otros comparten de manera continuada las señales no verbales.
- Equilibrio: La sintonía con el estado de los padres permite a los hijos equilibrar sus propios estados corporales, emocionales y mentales.
- Coherencia: Es el sentido de integración que alcanzan los niños cuando, en relación con los adultos, experimentan conexión interpersonal e integración interna.

### **Tipos de apego:**

- **APEGO SEGURO:** El apego seguro se da cuando la persona que cuida demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé, lo que le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza. En el dominio interpersonal, las personas seguras tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo.
- **APEGO ANSIOSO:** El apego ansioso se da cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, lo que hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo. No tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales. Es evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto a los demás. Puede ser de dos tipos:

**a) Apego ambivalente:**

Responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores.

### **b) Apego evitativo:**

El apego evitativo se da cuando el cuidador deja de atender constantemente las señales de necesidad de protección del niño, lo que no le permite el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita. Se sienten inseguros hacia los demás y esperan ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono.

- **APEGO DESORGANIZADO DESORIENTADO:** El cuidador ante las señales del niño tiene respuesta desproporcionada y/o inadecuada, incluso en su desesperación, al no poder calmar al niño, el cuidador entra en procesos de disociación. Esta conducta del adulto desorienta al niño y no le da seguridad y le genera ansiedad adicional.

### **2.3. Definición de Términos**

- **EVALUACIÓN:** El término evaluación es uno de los más utilizados por los profesionales de la educación. En buena parte de las ocasiones dicho uso está asociado a los exámenes y las calificaciones, es decir, a la valoración de los productos del aprendizaje. Esta utilización tiene que ver con la concepción de la evaluación que tiene la mayoría de la población. El propio Diccionario de la Real Academia Española da dos definiciones de la voz evaluación: "1. Señalar el valor de una cosa. 2. Estimar, apreciar, calcular el valor de una cosa.

- **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:** significa que el niño recibe solamente leche **materna** (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos).
- **LACTANTE:** Se denomina lactante cuando el niño es un bebé recién nacido y este se alimenta aún con leche materna, para clasificar al lactante se lo divide en dos momentos, el primero aquel que va desde los primeros 28 días de nacido hasta los 12 meses, al cual se lo denomina lactante menor. Y la segunda etapa a la que se llama lactante mayor es la que va desde los 12 meses de edad hasta los 24 meses.

## CAPÍTULO III

### EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos, de fuente HIS y revisión de las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores. historias clínicas y hiss.
- Recolección de Datos :informes operacionales y registro diario
- Procesamiento de Datos:
- Resultados:
- Análisis e interpretación de resultados
- 

#### 3.2 Experiencia Profesional

- **Descripción del Área Laboral:**
  - Organización:

- Recursos Humanos: el puesto de salud de Mazo está conformado por 1 médico, 1 enfermera, 1 obstetrix, 1 nutricionista, 2 técnicos de enfermería.
- Infraestructura: El puesto de salud está construido en un área de 494 m<sup>2</sup>, de material noble de 1 piso
- Prestaciones: brinda atenciones en medicina general, enfermería obstetricia, nutrición

#### **• Recuento de la Experiencia Profesional**

Mi labor como enfermera asistencial en el consultorio de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, empezó en el año 2009 hasta la actualidad.

En el año 2009 desempeñe como enfermera en el centro de salud de Ambar ubicado en el distrito de Ámbar fue una experiencia muy bonita era otra realidad diferente a la costa, porque habían comunidades muy lejanas y teníamos que ir a pie o a veces en burro para poder llegar a nuestra población objetivo.

En el año 2013 hasta la actualidad me encuentro laborando en el puesto de salud de Mazo realizando las siguientes funciones:

##### **a) Área Asistencial:**

- Atenciones en consultorio de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones (anexo 1 y 2)
- Atenciones a pacientes con tuberculosis tóxico.

- Brindar atenciones a la persona, familia y comunidad
- Control de funciones vitales y examen físico del niño.
- Administración de vacunas
- Realizar consejerías integrales
- Realizar visitas domiciliarias de seguimiento
- Responsable de cadena frio

b) Área Administrativa:

- Responsable del servicio de enfermería, de estrategias sanitarias de inmunizaciones, tuberculosis y salud ocular, etapa niño promoción de la salud y epidemiología.
- Coordinadora de la microred Vegueta de salud ocular.
- Realizar programación de turnos del personal.

c) Área docencia :

- Realizar capacitaciones al personal de salud
- Realizar sesiones educativas
- Realizar capacitación a los docentes de I.E sobre temas de salud.

- d) Área Investigación: trabajo de investigación sobre adherencia a la administración de micronutrientes en las madres con niños menores de dos años del centro de salud de Huaura.

### **3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe:**

- Elaboración de plan anual de trabajo.
- En la atención diaria a los niños que acuden al control de crecimiento y desarrollo se realiza diversos procedimientos como:  
  
En la entrevista se hace la recolección de datos sobre la alimentación del niño entre otros datos que nos servirá para brindar la consejería  
  
La observación de la técnica de amamantamiento luego se brinda la consejería en puntos claves para una buena técnica.
- Las consejerías se realizan de forma individualizada a todas las madres gestantes y a las madres que acuden con su niño al control de crecimiento y desarrollo.(anexo 3)
- En el puesto de salud de Mazo todos los años se realiza sesiones educativa tanto intramurales y extramurales con el fin de educar y sensibilizar a la madre acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva. (anexo 4)

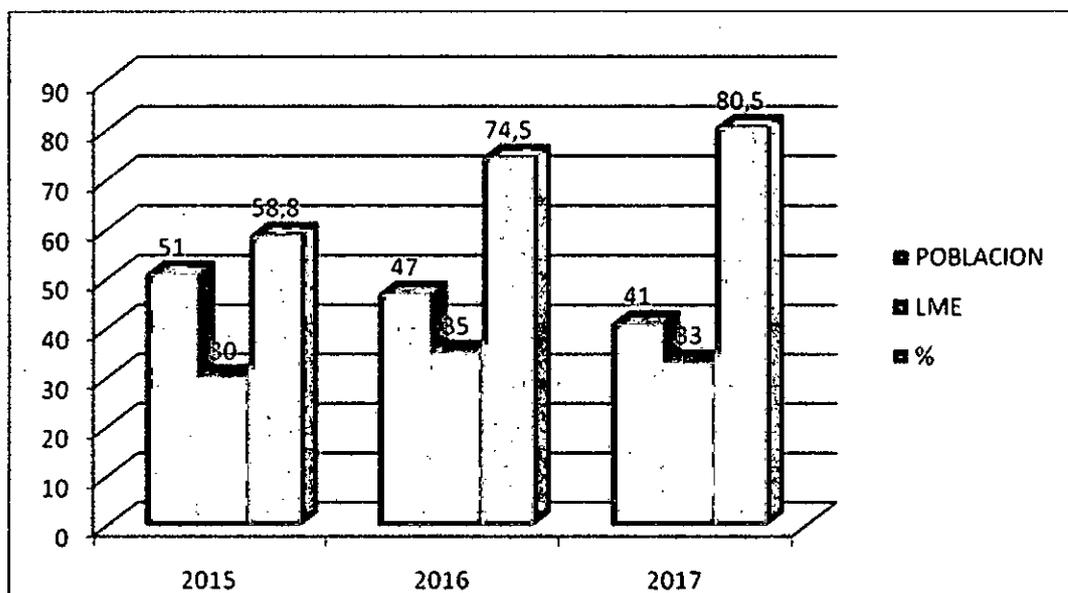
- En el mes de agosto se realiza una serie de actividades por la semana de lactancia materna como el concurso de bebe mamoncito con el fin de fomentar la práctica de una técnica adecuada de lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida.
- Realizamos visitas domiciliarias a todo recién nacido a las 48 horas del alta y consejerías integrales con fin de educar a las madres que sus recién nacidos deben recibir solo la lactancia materna y no otro alimento distinto al del pecho de la madre.( anexo 5)
- Realizar visitas domiciliarias a la población cautiva (I.E. CUNA MAS, comedor, vaso de leche)

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

Grafico N° 4.1

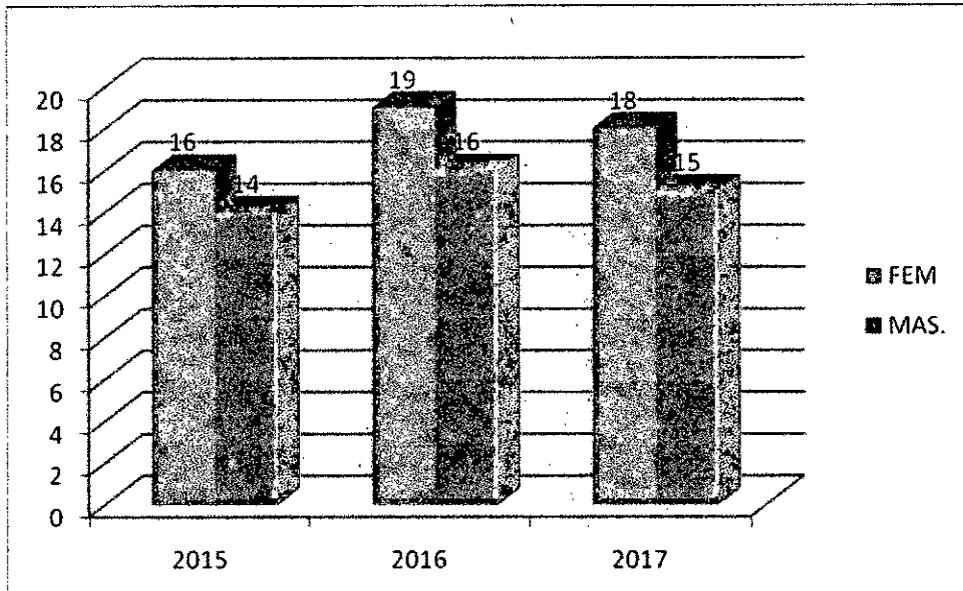
total de niños menores de un año que recibieron lactancia  
materna exclusiva



Según el grafico N° 1 se observa que en el año 2017 se obtuvo 33 niños con lactancia materna de 41 niños que equivale a un 80.5 % y en el año 2016 se obtuvo 35 niños con LME de 47 niños alcanzando una cobertura de 74.5% y para el año 2015 se logró 30 niños con LME de un total de 51 niños que equivale a 58.8 %

## GRAFICO N° 4.2

**Distribución por sexo de niños menor de un año con lactancia materna exclusiva.**



	POBLACION	POR SEXO				TOTAL	
		FEM	%	MAS.	%	N°	%
2015	51	16	31.4	14	27.5	30	58.8
2016	47	19	40.4	16	34	35	74.5
2017	41	18	43.9	15	36.5	33	80.5

**Según el grafico N° 2 se observa que en los años 2017 según el sexo fueron más niñas que recibieron lactancia materna alcanzando una cobertura de 43.9% en relación a los niños un 36.5% al igual que en los años anteriores.**

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

Las conclusiones derivadas del presente trabajo:

- a) La lactancia materna en niños menores de un año, el 2015 se logró un 58.8%, en el año 2016 se logró 74.5% y en el año 2017 logramos una cobertura 80.5%; debido al aumento de actividades preventivos promocionales por parte del profesional de enfermería.
  
- b) La lactancia materna de acuerdo al sexo fueron más niñas en relación a niños que recibieron lactancia materna exclusiva en los 3 años evaluados.

## **CAPITULO VI**

### **RECOMENDACIONES**

- Capacitar al personal de enfermería sobre la importancia y beneficios de la lactancia materna.
- El personal de salud debe informar a todas las mujeres embarazadas y a los padres sobre los beneficios de la práctica de la lactancia materna.
- Que la Enfermera responsable del servicio de Crecimiento y Desarrollo y Etapa de Vida Niño elabore y/o diseñe estrategias para el desarrollo de Programas Educativos dirigido a las madres sobre Lactancia materna.
- Enseñar a las madres técnicas de amamantamiento y cómo mantener la lactancia materna, aún si se separan de sus bebés.
- Permitir que las madres y sus recién nacidos estén juntos las 24 horas del día para lograr el apego y la lactancia materna, mediante la estrategia de alojamiento conjunto madre niño.
- Informar a las madres que la lactancia materna es a libre demanda, es decir se brinda cada vez que el bebé lo requiera, asimismo enseñar a reconocer cuáles son las señales para identificar que el bebé tiene hambre, como son: chuparse las manos, boca abierta, llanto, los movimientos de brazos y piernas.

## CAPÍTULO VII

### REFERENCIALES

1. Organización Mundial Salud, nutrición, 2015 Lactancia Materna Exclusiva.  
Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/topics/breastfeeding/es/>
2. Organización Mundial Salud, Protección de la lactancia materna en el Peru,2013, Aumento de las tasas de lactancia materna  
Disponible en:  
<http://www.who.int/features/2013/peru/breastfeeding/es/>
3. Ministerio de Salud, Prevención de la salud, campañas y especiales 2015, somos lecheros.  
Disponible en:  
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2012/lacmat/presentacion.html>
4. Forero Y, Isaacs M, Rodríguez S, Hernández J. La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de la ciudad de Bogotá. Rev. Biom. [en línea]. 2013; 33(4): 16-17. [Consultado 2015 febrero 24]. 54 Disponible en:  
<http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/1470/0>
5. Pahura A. Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la

- lactancia artificial en menores de 6 meses. [tesis de licenciatura]. Buenos Aires: Hospital San José de Pergamino; 2013. [Consultado 2015 febrero 4]. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112129.pdf>.
6. Delgado L, Nombera F. Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. HRDLMChiclayo, 2012. [tesis de licenciatura]. Chiclayo: Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo; 2012.
  7. Córdova R. Conocimiento de las madres adolescentes primigestas sobre la lactancia materna de niños menores de 1 año en el Centro Materno Infantil "José Gálvez" de Villa María del Triunfo. Lima-Perú. [tesis de licenciatura]. Lima: Centro Materno Infantil "José Gálvez" de Villa María del Triunfo; 2010.
  8. Zapata L. Conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva de madres primíparas en el Hospital de apoyo Nivel II, Sullana – Perú. [tesis de licenciatura]. Piura: Hospital de apoyo Nivel II, Sullana; 2011.
  9. Menenghello J. Lactancia Materna. Vol 15° ed. ARGENTINA – Buenos Aires;p 295-298-299.2003
  10. Barquero V. la globalización en la práctica de la lactancia materna .Rev. Enfermería actual en Costa Rica 2008 N°15
  11. Lasarte J. Lazano M.; Manual de Lactancia Materna de la teoría ala practica 1er ed. Editorial medica panamericana, Madrid –España ,2009

12. Maldonado J. Lactancia Materna. En:Dr. Carlos Gonzales R 1er ed.  
Sevilla – España 2004.
13. Menenghello J. Lactancia Materna. Vol 15° ed. ARGENTINA –  
Buenos Aires;p 295-298-299.2003
14. Thomas K. Tratado de pediatría. Vol. 1. 1ra ed-Buenos  
Aires:Medican Panamericana;2011
15. La teoría del apego disponible en:  
[www.craneosacral.org/INFANCIA/apego.htm](http://www.craneosacral.org/INFANCIA/apego.htm)

## **ANEXOS**

**ANEXO 01**  
**REALIZANDO LA ATENCION A NIÑOS EN EL COSULTORIO**



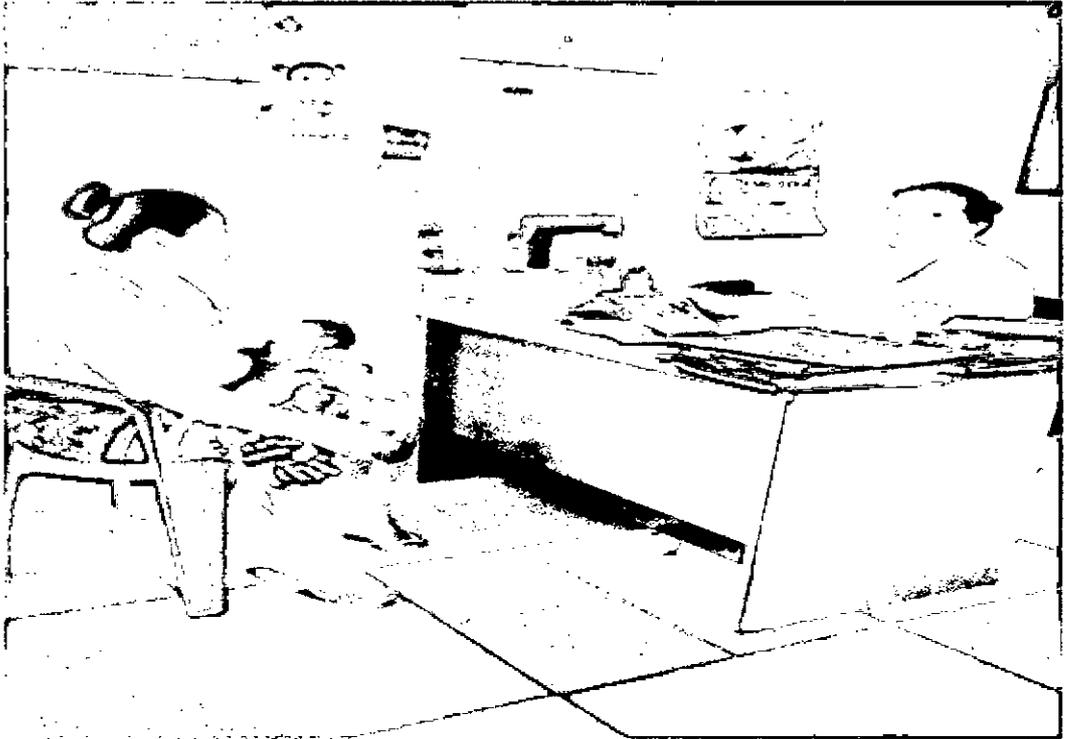
**ANEXO 02**

**REALIZANDO VACUNACION A UN NIÑO DE 2 MESES**



**ANEXO 03**

**REALIZANDO CONSEJERIAS**



**ANEXO 04**

**REALIZANDO SESIONES DEMOSTRATIVAS**



**ANEXO 05**



**ANEXO 06**

**REALIZANDO VISITAS DOMICILIARIAS**

