

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



**PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES PRIMERIZAS DEL CENTRO  
DE SALUD HUACCANA - APURIMAC**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN  
CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION DE  
LA PRIMERA INFANCIA**

**JENNIFER MARINA OLIVERA QUISPE**

**Callao - 2022**  
**PERÚ**





## **DEDICATORIA**

*El presente Trabajo Académico dedico a mis queridos padres por brindarme su apoyo incondicional, a mi esposo JAVIER quien a estado a mi lado en todo este proceso, a mi Hija GIANNA quien es mi motor y motivo para seguir alcanzando más logros.*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por darme la vida y una maravillosa familia.

A mis amados padres, por haberme enseñado a valorar todo lo que tengo.

A mis estimados docentes, por haberme tenido toda la paciencia del mundo.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por la oportunidad que nos dan  
para seguir una Segunda Especialidad.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	8
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes	
2.1.1 Antecedentes Internacionales	13
2.1.2 Antecedentes Nacionales	14
2.2 Bases Teóricas	15
Teorías especializadas: Adopción del Rol maternal	15
Bases conceptuales	17
Beneficios protectores de la LME	18
Lactancia materna y nutrición	19
Factores asociados a la práctica de la LME	20
Involucramiento del padre	21
Lactancia materna y tristeza posparto	22
CAPÍTULO III PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	
3.1 Justificación	24
3.2 Objetivos	24
3.3 Metas	25
3.4 Programación de actividades	26
3.5 Recursos	32
3.6 Ejecución	33
3.7 Evaluación	33
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
ANEXOS	36

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna y la leche materna son reconocidas como los estándares normativos para la alimentación y nutrición infantil, y confieren múltiples beneficios tanto para el bebé como para la madre. Se ha demostrado que la lactancia materna mejora la salud y el bienestar del niño, y se asocia con menores riesgos de gastroenteritis, otitis media e infecciones del tracto respiratorio inferior, incluida la mortalidad de menores de cinco años. Al mismo tiempo, la lactancia materna disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario, diabetes tipo 2 y actúa como un método anticonceptivo para las madres que amamantan. The *Lancet* Breastfeeding Series sugiere que la ampliación de la lactancia materna podría prevenir la muerte de 823,000 menores de cinco años y 20,000 madres de cáncer de mama cada año.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de un bebé para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos, seguidos de la continuación de la lactancia materna, junto con la alimentación complementaria. La Academia Americana de Pediatría, recomienda la alimentación con leche materna tanto para los bebés prematuros como para los nacidos a término.

Las madres primerizas que regresan al trabajo fuera del hogar, utilizan el cuidado de los niños y la bomba para continuar proporcionando leche humana, todas las cuales se ha encontrado que reducen la duración de la lactancia materna individualmente, representan un subconjunto de madres que amamantan que enfrentan varias barreras conocidas para la continuación de la lactancia materna y corren el riesgo de dejar de amamantar temprano.

Desde la década de 1990, ha habido una tendencia creciente en los países desarrollados hacia las mujeres que retrasan la maternidad, con un número creciente de nuevas madres mayores de 35 años en el momento del primer nacimiento vivo. Por ejemplo, en 2018, uno de cada cinco nacidos vivos (23% del total de nacimientos) en Canadá fue de una madre mayor de 35 años, y los

primeros nacimientos de mujeres mayores de 35 años representaron el 11% de todos los nacimientos canadienses. Las madres mayores, tanto primíparas como multíparas, experimentan altas tasas de morbilidades maternas e infantiles, que se correlacionan con malos resultados de la lactancia materna, y están en riesgo de desafíos y abandono temprano de la lactancia materna.

Las madres primerizas mayores tienen más probabilidades de llegar a la maternidad con identidades adultas completamente formadas y vidas personales y profesionales bien establecidas. Como tal, este grupo de nuevas madres puede experimentar la lactancia materna y la maternidad de manera diferente y tener necesidades de apoyo que difieren de las de sus contrapartes más jóvenes o multíparas.

Las experiencias de lactancia materna de las madres tienen el potencial de afectar negativa y positivamente la duración de la lactancia materna y los comportamientos de maternidad e impactar el apego materno-infantil, la salud mental materna y el crecimiento y desarrollo infantil. Las experiencias y prácticas de lactancia materna de las madres primerizas mayores son poco conocidas, sin embargo, debido a sus diferentes experiencias de vida que conducen a la maternidad, las madres primerizas mayores pueden tener diferentes necesidades de apoyo en torno a la lactancia materna y la transición a la maternidad que las madres en otros grupos demográficos.

En ese sentido, el presente trabajo académico tiene como objetivo realizar un Plan de intervención de Enfermería en lactancia materna exclusiva en madres primerizas del Centro de Salud de Huaccana – Apurímac, lugar en donde se realiza la experiencia profesional por más de 9 años.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Actividades del plan de intervención, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.



## CAPITULO I

### DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora del nacimiento, seguida de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad con la lactancia materna continuada hasta los 24 meses. Estas recomendaciones tienen el mayor efecto positivo sobre la morbilidad y mortalidad infantil de cualquier intervención preventiva (1).

A pesar de sus beneficios establecidos, cada vez hay más pruebas de que la lactancia materna subóptima, en la que la lactancia materna no cumple con las recomendaciones de la OMS, por ejemplo, el inicio tardío de la lactancia materna y la lactancia materna no excluyente ha sido la causa más importante de mortalidad mundial de menores de cinco años. En todo el mundo, solo el 37% de los bebés siguen siendo alimentados exclusivamente con leche materna a los seis meses de edad (1).

Los problemas que contribuyen a la lactancia materna subóptima están influenciados por una miríada de factores como la incapacidad para engancharse, los pezones doloridos o dolorosos y el suministro insuficiente de leche, el conocimiento y el apoyo deficientes de la lactancia materna, inexperiencia materna, las normas socioculturales y otros problemas de salud. Además, los consejos contradictorios y las presiones de los trabajadores de la salud, las familias y las parejas para ajustarse a las normas sociales y las perspectivas de "buena maternidad" son factores importantes para que las mujeres inicien y continúen amamantando (2).

Por el contrario, la lactancia materna a menudo no es ampliamente reconocida dentro de las esferas sociales de las madres jóvenes, y el destete y la introducción a los alimentos pre lactales se consideran una solución "más fácil" que les permite compartir la carga de la alimentación. Discernir y comprender diversos factores maternos e infantiles que afectan la elección de los métodos y

prácticas de alimentación sigue siendo imperativo en el diseño de intervenciones para las madres lactantes (1).

Además del énfasis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la importancia de la lactancia materna exclusiva, los informes de la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) han indicado la prevalencia de bajas tasas de lactancia materna y nutrición complementaria insuficiente en todo el mundo. Según el informe, solo el 43% de los bebés menores de 6 meses de edad son alimentados exclusivamente con leche materna. Se ha informado de que la tasa es del 37% en los países de ingresos bajos y medianos y tan baja como el 20% en los de ingresos altos. Aunque en el Reino Unido el 81% de las madres comienzan a amamantar al nacer, después de las 6 semanas esta tasa se reduce al 48% y solo el 25% observa la lactancia materna exclusiva (3).

Un estudio informó que la tasa de lactancia materna exclusiva es del 53,1% en Irán. Debido a que la leche materna está estrechamente relacionada con la salud materna e infantil, muchos estudios han enfatizado la leche materna, especialmente la lactancia materna exclusiva, como la fuente ideal de nutrición para los bebés (3).

A pesar de que los beneficios públicos de la lactancia materna exclusiva están bien documentados, la tasa mundial de lactancia materna exclusiva sigue siendo baja (40%). Osciló entre el 23,7% en África central y el más alto del 56,57% en África Del Sur. En Etiopía, estudios previos demostraron que la tasa de lactancia materna exclusiva oscilaba entre el 29,3% de Addis Abeba, Etiopía y el 81,1% en la región de Afar, Etiopía (4).

Aunque se ha publicado un volumen considerable de literatura sobre la lactancia materna exclusiva, se sabe poco sobre la lactancia materna exclusiva en la población de madres primerizas. A pesar de que tienen la intención de amamantar, muchos desafíos y barreras de la lactancia materna podrían obligarlas a desviarse de la lactancia materna exclusiva y restaurar otras opciones de alimentación. La mayoría de ellos podrían sentirse inexpertos e incapaces de decidir sobre sus opciones de alimentación infantil. Un estudio

previo de Kenia demostró que las madres primerizas eran menos propensas a practicar la lactancia materna exclusiva. Se encontró que la práctica exitosa de la lactancia materna en un primer embarazo es un predictor del éxito posterior de la práctica de la lactancia materna (4).

A nivel mundial, la lactancia materna está respaldada como un primer paso importante en la promoción de la salud a lo largo de la vida [1]. Sin embargo, en la mayoría de los países de ingresos altos, las tasas de lactancia materna exclusiva a los seis meses son muy bajas. En Australia, mientras que el 96% inicia la lactancia materna, solo el 15% de los bebés son amamantados exclusivamente a los 6 meses (5).

Estudios anteriores mostraron que, si bien las madres inmigrantes chinas valoran la lactancia materna, tienen mayores preocupaciones sobre la calidad y cantidad de la leche materna. El volumen de la leche materna está determinado en gran medida por el apetito del bebé, sin embargo, en la cultura china, se cree que un cuerpo materno posparto débil y el estrés son los principales responsables del bajo suministro de leche percibido. Por lo tanto, en el contexto chino, garantizar la nutrición materna y el descanso es prioritario para estimular una mayor producción de leche. Además, en las comunidades chinas australianas, las ancianas chinas, en lugar de los profesionales de la salud, brindan apoyo primario en la atención posparto (5).

Aunque las mujeres embarazadas y las nuevas madres están ansiosas por aprender sobre la lactancia materna durante su período prenatal, el inicio y el establecimiento de la lactancia materna no es tan fácil como se esperaba. Esto explica por qué las tasas de lactancia materna están por debajo de las recomendaciones actuales de la OMS, especialmente en España. Según el Instituto Nacional de Estadística (NSI), en 2015 solo el 28,5% de los bebés de 6 meses eran amamantados exclusivamente. En 2017, estos resultados mejoraron con un 39% de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad (6).

La evidencia acumulada subraya la relevancia de los primeros 1000 días de vida de un individuo para programar enfermedades posteriores, durante las cuales la nutrición es fundamental. Se sabe que la microbiota juega un papel esencial en

la mediación entre la nutrición, la programación de enfermedades crónicas, por lo que su establecimiento adecuado, que se estabiliza en los primeros 1500 días de vida, es importante. Sin embargo, los problemas nutricionales son los que más afectan a los niños latinoamericanos menores de edad, años de edad, los más frecuentes son la desnutrición crónica, la deficiencia de micronutrientes. Las prácticas de alimentación varían de una región a otra, se adaptan a las características socioculturales de cada zona. Sin embargo, existen directrices internacionales que han sido respaldadas por diferentes sociedades internacionales, las autoridades actuantes sobre el tema (7).

Asimismo, las poblaciones de algunos países latinoamericanos, como Bolivia, Colombia y Perú, conviven entre niveles elevados de desnutrición y retraso de crecimiento lineal juntamente con tasas en crecimiento de sobrepeso y obesidad, inclusive en las zonas rurales. Este contexto representa un escenario interesante de estudio por diferentes motivos: primero, porque la diarrea y la desnutrición disminuyen el efecto protector de la lactancia; segundo, porque la desnutrición crónica está asociada con una mayor probabilidad de obesidad; y tercero, porque los países de América Latina se encuentran en plena transición epidemiológica y demográfica que se acompaña de cambios sociales (mujeres con mayores roles y responsabilidades dentro y fuera del hogar) y comerciales (mayor uso del biberón, de leches maternizadas y de prácticas de amamantamiento), así como de una modificación en los patrones de alimentación, los hábitos alimentarios y la actividad física (8).

El Centro de salud de Huaccana está ubicado en el Departamento de Apurímac, Provincia de Chincheros, Distrito de Huaccana, perteneciente a la Micro Red de Huaccana de la Red Virgen de Cocharcas – Chincheros, de categoría I- 4 destinado a la atención preventivo promocional de las personas, familia y comunidad, siendo punto de referencia de los diferentes establecimientos de la jurisdicción.

Se encuentra a 3 078 msnm. Actualmente el distrito de Huaccana cuenta con una población adscrita al SIS de 8483 habitantes y una población de 10.327 habitantes según INEI con 09 comunidades (Rosaspata, Sapsipampa,

Marcopampa, Maucallacta, cuchucusma alta y baja, cabracancho, ccollpapampa, Barrios altos) la Microred Huaccana además, cuenta con 09 establecimientos de salud siendo punto referencial de todos los establecimientos de Salud recategorizado como I-4. A la fecha, hay un total del 20 madres primerizas que asisten regularmente al establecimiento.

En la entrevista con las madres primerizas, por parte de Enfermería, se ha observado desconfianza e inseguridades con relación a la lactancia materna. Muchas de ellas han manifestado que creen, no es necesario una lactancia materna exclusiva ya que hay alimentos que son mejores. Han manifestado también que las deposiciones del bebé cambian cuando sólo le dan lactancia materna exclusiva y otro tanto, manifiesta que, debe retornar a trabajar o a sus actividades que realizaba antes del embarazo.

Se ha observado, además que, no hay correctas prácticas de higiene al momento de dar la lactancia materna y manifestaciones como, “cuando crecen, recuperan el peso que no ganan de bebés”.

La motivación a realizar el presente trabajo surge a, partir de la identificación de situaciones que ponen en riesgo el normal desarrollo y crecimiento de los niños, además de la salud de la madre. Es por ello que se ha planteado el Plan de intervención de Enfermería en lactancia materna exclusiva en madres primerizas del Centro de Salud de Huaccana – Apurímac.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de Estudio

##### 2.1.1 Antecedentes internacionales

**Thurgood, et al.** (9), el 2022, examinaron los factores psicosociales de la intención de amamantar, el estrés percibido, el apoyo social, la autoeficacia y su capacidad para predecir la duración de la lactancia materna en madres primerizas hasta seis meses después del parto, mediante un estudio transversal en 98 madres primerizas. Se encontró que, el 80% de la muestra dijo que tenía la intención de amamantar a su bebé. Aunque el 96% inició la lactancia materna mientras estaba en el hospital, esto disminuyó al 82% a la semana y al 75% a las seis semanas. A los seis meses, la tasa había caído a menos del 50%.

**Davis, et al.** (10), el 2021, investigaron las relaciones entre los estilos de crianza, los rasgos de personalidad y las actitudes de lactancia materna mediante una encuesta transversal para medir los estilos de crianza, los rasgos de personalidad y las actitudes hacia la lactancia materna, en una muestra de una muestra de 1.347 madres. Se reporta que, las madres más permisivas y menos poco involucradas se sintieron positivamente sobre la lactancia materna, pero se encontraron asociaciones limitadas entre los factores de personalidad y las actitudes de lactancia materna.

**Ghanbari, et al.** (11) en el 2021 evaluaron la relación entre el contacto piel con piel y el inicio de la lactancia materna dentro de 1 h del parto. Basado en la prueba de regresión logística multivariable y controlando el efecto de posibles factores de confusión Se encontró que, el contacto piel con piel y lactancia en la primera hora después del parto se asociaron con una experiencia positiva en el parto. Se ha sugerido que las

parteras presten atención al contacto piel con piel de la madre y el bebé inmediatamente después del parto.

**González, et al.** (6), en España, el 2020, realizaron un estudio para medir la efectividad en las tasas de lactancia materna mediante el programa “Apoye a una madre primeriza”, una plataforma de interacción basada en la web entre madres primerizas y mujeres con experiencia en lactancia materna que actúan como defensoras de pares. De acuerdo con los resultados, el programa un sitio basado en la web que permite interacciones entre madres primerizas y compañeros nombrados, se encontró que este aumenta la probabilidad de mantener la lactancia materna en 3 veces.

**Ayalew,** (4), en Etiopía, el 2020, midieron la práctica exclusiva de lactancia materna y factores asociados entre las madres primerizas, utilizaron un diseño de estudio transversal basado en la comunidad para evaluar la práctica exclusiva de lactancia materna de las madres primerizas que viven en la administración de la ciudad de Bahir Dar. Las madres primerizas seleccionadas al azar entre la edad de 15 y 49 años de edad fueron 423. Una proporción significativa de madres tenía un bajo nivel de práctica de lactancia materna exclusiva que era inferior al nivel nacional recomendado. Las madres que no estaban casadas, apoyadas por sus esposos, sin problemas en los senos y que tenían cuatro o más visitas de atención prenatal tenían más probabilidades de practicar la lactancia materna exclusiva.

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

**Polo,** (12), el 2020, en Lima, realizó una revisión bibliográfica de 10 artículos científicos fueron analizados sistemáticamente con las investigaciones teniendo relación con la intervención educación prenatal en beneficio para mejorar el inicio de la lactancia materna exclusiva a las madres primerizas en relación a las mujeres que ya dieron lactancia materna exclusivamente a los tres o seis meses, mientras que las mujeres que tienen problemas no logran la lactancia completa, por lo que necesita

ayuda para iniciar la lactancia materna, por otro lado la educación a las madres para cambien de actitud e iniciar la lactancia materna exclusiva en beneficios de sus bebés.

**Salazar, et al**, (13) en Chiclayo, el 2019, en su estudio, plantearon el objetivos de describir, analizar y comprender las experiencias de 17 madres primerizas post-cesárea en el comienzo de la lactancia materna, mediante un estudio cualitativo. Concluyeron que existe un 41.18% de madres que han tenido una experiencia maravillosa en el inicio de la lactancia materna descrita con alegría, entusiasmo, emoción de tener en brazos a su bebé; en cambio el 58.82% de madres restantes refieren que fue una experiencia terrible, ya que experimentaron mucho dolor de la herida operatoria, unido con el temor de la dehiscencia de la misma, acompañado de nerviosismo por desconocimiento de los cuidados al bebé.

## **2.2 BASE TEÓRICA**

### **2.2.1 Teorías especializadas**

#### **Teoría de Adopción del Rol Maternal de Ramona Mercer**

El progreso de una madre a través de las etapas para convertirse en madre está influenciado por sus experiencias de vida, creatividad y sus características únicas y las de su bebé. Todas estas variables contribuyen de manera única a su expresión, preocupaciones y trabajo para convertirse en madre. Las preguntas de cada madre surgen de sus circunstancias particulares (14).

La teoría de la adopción del rol materno “propone que los niños se apegan instintivamente a quien cuida de ellos, con el fin de sobrevivir y para poder desarrollarse física, social y emocionalmente. Plantea que el apego es el proceso mediante el cual el niño establece y mantiene un sentido de



seguridad, que se convertirá en la base para las separaciones futuras de su madre y la exploración cognitiva de su entorno (15).

Teniendo en cuenta que hay situaciones en las que la madre biológica del infante se encuentra ausente, como lo ha citado anteriormente el autor Hartmann, el apego se genera con aquella persona que cumpla esta función. En este sentido, la autora de la referencia nos dice que “no importa ni el género ni la relación biológica de quien ocupe esta “función materna” sino más bien que ocupe el lugar de madre, brindándole el alimento, los cuidados necesarios y el cariño al pequeño. Por tal motivo es que a lo largo del trabajo se denomina “cuidador principal” a quien ocupe ese rol (15).

Mercer (14) identificó cuatro etapas del proceso de convertirse en madre a partir de los informes de investigación de enfermería: Compromiso, apego y preparación para un bebé durante el embarazo; El conocimiento y el aumento del apego al lactante, el aprendizaje del cuidado del lactante y la restauración física durante las primeras semanas posteriores al nacimiento; Avanzar hacia una nueva normalidad los primeros 4 meses; y el logro de una identidad materna alrededor de los 4 meses.

Esta teoría, además de ello, señala que estos cuidados se desarrollan teniendo tres aspectos contextuales o concéntricos, los cuales son denominados: (a) El microsistema, donde se incluyen las relaciones familiares y entre los padres, como principio de importancia de adopción de este rol materno para una interacción más dinámica entre los hijos y los padres (b) El mesosistema, donde confluyen otros sistemas que a diario tienen contacto con el niño, bien sea el entorno escolar o su comunidad cercana. (c) El macrosistema, donde se establecen otro tipo de relaciones más expansivas, tales como las de índole social, político o cultural. En este aspecto también aparecen las legislaciones de protección hacia los niños.

En definitiva, se puede agregar que esta teoría, básicamente, se sostiene sobre la base de la asistencia que se brinda al rol maternal y a la madre

como tal, para que esta pueda planificarse en torno a los cuidados de su hijo, con el apoyo necesario de su ecosistema social. Al mismo tiempo que el rol de la madre es conocido tradicionalmente, se puede ampliar con este tipo de elementos que abarcan una función mucho más allá de la circunscrita al hogar

### **2.2.2 Bases Conceptuales**

**Lactancia materna:** Considerada como una actividad importante que debe realizar la madre después del parto porque la leche materna es la mejor nutrición para los bebés que contiene glóbulos blancos, proteínas y sustancias inmunes que son adecuadas para los bebés. La leche materna promueve el crecimiento y desarrollo óptimos y protege contra las enfermedades. El valor nutricional de la leche materna es mayor que el de la leche de fórmula. Además, de tener un beneficio para el bebé, la lactancia materna también tiene un efecto protector sobre el estado psicológico de la madre. La investigación muestra que la lactancia materna puede mejorar la condición de la madre, los procesos hormonales y psicológicos asociados con la tristeza posparto (16).

La lactancia materna es la norma de alimentación infantil humana evolucionada, practicada históricamente y en todas las culturas. En los últimos 200 años, las prácticas de lactancia materna se han erosionado, alcanzando un nadir a mediados del siglo XX. La movilización de los movimientos sociales de base, con el apoyo de la salud pública y la medicina, ha producido un aumento sustancial en la prevalencia general de la lactancia materna. Sin embargo, el inicio oportuno, la lactancia materna exclusiva y la duración de la lactancia materna aún están rezagados con respecto a los objetivos mundiales. La lactancia materna inadecuada conduce a una morbilidad sustancial y aproximadamente 600.000 muertes infantiles y otras 100.000 muertes maternas al año. La mayoría de las mujeres y las personas embarazadas son fisiológicamente capaces y desean amamantar, sin embargo, se enfrentan a barreras sustanciales. Las intervenciones efectivas abordan los sistemas de salud,

las políticas en el lugar de trabajo e involucran a las comunidades y las familias. Sin embargo, queda mucho por hacer para aplicar políticas de apoyo plenamente en múltiples sectores sociales. Se necesita una acción urgente para limitar la influencia generalizada de la comercialización de fórmulas lácteas comerciales (CMF) en las políticas, la atención médica y en las familias para lograr resultados más equitativos (17).

### **2.2.3 Beneficios de la lactancia materna**

Además del énfasis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la importancia de la lactancia materna exclusiva, los informes de la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) han indicado la prevalencia de bajas tasas de lactancia materna y nutrición complementaria insuficiente en todo el mundo. Según el informe, solo el 43% de los bebés menores de 6 meses de edad son alimentados exclusivamente con leche materna. Se ha informado de que la tasa es del 37% en los países de ingresos bajos y medianos y tan baja como el 20% en los de ingresos altos (3).

Los beneficios de la lactancia materna exclusiva para los lactantes incluyen la reducción de la diarrea y la neumonía y, como resultado, reduce la tasa de mortalidad entre los niños. Además, la lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de obesidad y enfermedades crónicas, como diabetes (tipo I y II), hipertensión, enfermedades cardíacas e hiperlipidemia, en la edad adulta y mejora el desarrollo cognitivo. Las ventajas de la lactancia materna exclusiva para la madre incluyen un mejor vínculo madre-bebé y un apego seguro, una tonicidad e involución uterina más rápidas, pérdida de peso después del parto, reducción de la amenorrea posparto y menor riesgo de cáncer de mama, cáncer de ovario y diabetes tipo II (6).

Básicamente, la lactancia materna es un fenómeno complejo. El comienzo y la continuación de este fenómeno se ven afectados por factores físicos, mentales, culturales y sociales. Otros factores que afectan la lactancia

materna incluyen los rasgos de personalidad de la madre, especialmente la autoestima, la autoeficacia y la estabilidad emocional (3).

Se ha encontrado que la lactancia materna, especialmente la lactancia materna exclusiva, es una habilidad individual que está relacionada con algunos de los rasgos de personalidad de la madre. En este sentido, varios estudios han demostrado que todas las dimensiones de los rasgos de personalidad se mantienen estables y los perfiles de personalidad de las personas no cambian considerablemente, incluso en el caso de las madres que experimentan el dolor del parto y la lactancia. En relación con este estudio, se han realizado algunos estudios con un enfoque en los rasgos de personalidad de la madre y cómo afectan la lactancia materna (3).

#### **2.2.4 Lactancia materna y nutrición**

La lactancia materna óptima, especialmente exclusiva, es la intervención nutricional más importante para abordar la muerte y las enfermedades infantiles, por lo que, se considera como una práctica central para lograr una agenda de desarrollo sostenible para 2030, específicamente el ODS 2, que se centra en poner fin al hambre y mejorar la nutrición en todo el mundo; ODS3, que se centra en reducir la mortalidad infantil y materna, y mejorar la salud de todas las personas a nivel mundial (4).

La lactancia materna puede ofrecer el alimento ideal para los bebés. Contiene todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo de los bebés y anticuerpos que pueden protegerlos de muchas enfermedades infantiles. La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia recomendaron la lactancia materna exclusiva, que implica alimentar a los bebés solo con leche materna, incluida la leche materna extraída, y excluyendo el agua, otros líquidos, sustitutos de la lactancia materna y alimentos sólidos durante los primeros seis meses de vida (7).

A partir de entonces, se introducen alimentos complementarios adecuados, y la lactancia materna continúa hasta los dos años y más. Además de facilitar el logro de un crecimiento y desarrollo óptimos, la LME reduce la aparición de las principales causas de la infancia, como las enfermedades diarreicas y la infección respiratoria aguda. A nivel mundial, la lactancia materna subóptima es responsable del 45% de las muertes infecciosas neonatales, el 30% de las muertes diarreicas y el 18% de las muertes por infección respiratoria aguda en niños menores de cinco años. La tasa de mortalidad en lactantes amamantados no exclusivos es 14,4 veces mayor que en lactantes amamantados exclusivos (11).

### **2.2.5 Factores asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva**

#### **- Variables socioeconómicas**

Estudios realizados identificaron: la pobreza, los medios de subsistencia y los arreglos de vivienda; maternidad temprana y soltera; escaso apoyo social y profesional y escaso conocimiento, mitos y conceptos erróneos como barreras sociales y estructurales para una lactancia materna óptima. Mujeres de bajo nivel socioeconómico, especialmente las desempleadas; enfrentar desafíos de la lactancia materna atribuidos a la inseguridad alimentaria y la necesidad diaria de trabajos de baja categoría. La experiencia materna de hambre contribuye a la percepción de insuficiencia láctea, ansiedad por el hambre infantil y la percepción de que el acceso a una alimentación adecuada es necesario para una lactancia materna exitosa. Las mujeres empleadas no son mejores; se enfrentan a desafíos de largas horas de trabajo y licencia de maternidad corta que inhiben la lactancia materna óptima.

- **Nivel de educación:** influye positivamente en las prácticas recomendadas de lactancia materna. Además, las madres que están bien informadas son más propensas a introducir alimentos a sus bebés en el momento deseable. Un ejemplo de ello

proporcionado en un estudio realizado en el condado de Wajir (18); se encontró que el nivel de educación, el lugar de parto, el número de niños y el conocimiento materno estaban asociados con la lactancia materna exclusiva. Así mismo, los factores asociados con la introducción temprana de otros alimentos fueron el bajo conocimiento materno sobre las recomendaciones de alimentación infantil de la OMS y el retraso (>1 h) del inicio de la lactancia materna después del nacimiento. Otra mala práctica de lactancia materna observada como la falta de adherencia adecuada a la mama puede resultar en un flujo lento de leche.

- **Factores culturales:** los problemas culturales que afectan la lactancia materna recomendada incluyen; las mujeres que consideran el calostro como "leche sucia" o "cuajada", un "mal presagio" de maldición asociado con la lactancia materna mientras participan en relaciones extramatrimoniales, el miedo al "mal de ojo" (deslumbramiento malévolo que se cree que es una maldición asociada con la brujería) cuando amamantan en público y la lactancia materna se asocia con senos caídos. Comúnmente se administraron líquidos adicionales con fines de tratamiento en el período neonatal, particularmente en la percepción de la primera semana de problemas intestinales que provocaron el tratamiento con infusiones tradicionales de hierbas. La alimentación mixta, especialmente la administración de agua u otros líquidos, también puede hacer que el suministro de leche materna disminuya a medida que el bebé succiona menos el pecho. Los bebés no necesitan más líquidos que la leche materna, ni siquiera agua, en los primeros 6 meses, ya que la leche materna contiene toda el agua que un bebé necesita, incluso en climas muy cálidos (18).

### 2.2.6 Involucramiento del padre

Los padres que amamantan se refieren a la forma en que los padres coordinan las responsabilidades de crianza con las madres para lograr sus objetivos de lactancia materna. Los padres pueden asumir la

responsabilidad de apoyar la lactancia materna ayudando a las madres a desarrollar la voluntad de amamantar y superar los obstáculos comunes (16).

El bajo conocimiento del padre hace que los padres tiendan a pedir a las madres que proporcionen leche de fórmula como acompañante de la lactancia materna porque les preocupa la producción insuficiente de leche. Además, los padres no le darán apoyo a la madre porque piensan que la lactancia materna es solo para la madre. Este problema hace que se necesite un modelo educativo para la implementación de la lactancia materna del padre (16).

Se puede obtener un padre bien educado a través del modelo educativo del padre que amamanta que le dará a los padres información sobre cómo brindar apoyo a la madre, incluido su papel en ayudar a las madres a amamantar. La implementación real del modelo educativo de padre lactante es mediante la realización de un marco que consta de 5 componentes, son: establecer metas para la lactancia materna conjunta; responsabilidad por la lactancia materna conjunta; apoyo proactivo a la lactancia materna; interacciones parentales -hijos del padre/cónyuge; productivo y resolución de problemas (16).

### **2.2.7 Lactancia materna y tristeza posparto**

La lactancia materna es una actividad importante que debe realizar la madre después del parto porque la leche materna es la mejor nutrición para los bebés que contiene glóbulos blancos, proteínas y sustancias inmunes que son adecuadas para los bebés. La leche materna promueve el crecimiento y desarrollo óptimos y protege contra las enfermedades. El valor nutricional de la leche materna es mayor que el de la leche de fórmula. Además de tener un beneficio para el bebé, la lactancia materna también tiene un efecto protector sobre el estado psicológico de la madre (18).

Se sugiere que la lactancia materna atenúe las respuestas de estrés de cortisol al disminuir los niveles de hormonas del estrés que responden a la aparición de trastornos del estado de ánimo o, en este caso, son tristezas posparto. Además, se sugiere que la lactancia materna atenúa las respuestas neuroendocrinas al estrés y puede actuar para mejorar el estado de ánimo materno. Específicamente, se sugiere que la oxitocina y la prolactina, hormonas responsables de la lactancia, tienen efectos de mejora del estado de ánimo, por lo que pueden prevenir la aparición de tristeza posparto (19).

#### **2.2.8. Lactancia materna exclusiva en madres que trabajan**

La lactancia materna puede traer desafíos únicos para las madres trabajadoras de bajos ingresos. Algunos de estos desafíos pueden incluir, entre otros: la falta de un entorno de apoyo en el trabajo para alimentar al bebé, las preocupaciones y los dolores asociados con la alimentación, los recados adicionales que llevan y limpian las herramientas de lactancia materna, la leche insuficiente resultante del estrés laboral, los horarios de sueño interrumpidos asociados con la alimentación nocturna y los riesgos de mastitis aguda. Comúnmente, las madres trabajadoras reducen drásticamente sus tasas de lactancia materna después de regresar al trabajo. Las madres con trabajos de horario no estándar tienden a terminar con la lactancia materna incluso antes, y tienden a alimentar a sus bebés con alimentos preparados comercialmente, lo que puede plantear riesgos para la salud. Sin embargo, los esfuerzos de investigación sobre los desafíos únicos de la lactancia materna entre las madres trabajadoras de bajos ingresos siguen siendo en gran medida insuficientes y muy necesarios (20).



## **CAPITULO III**

### **PLAN DE INTERVENCIÓN**

#### **3.1 Justificación**

El presente Plan de intervención de Enfermería en lactancia materna exclusiva en madres primerizas del Centro de Salud de Huaccana – Apurímac, tiene como finalidad brindar actividades organizadas de manera coherente y con soporte científico para su aplicación en la atención primaria de salud en beneficio de la madre primeriza y su bebé.

Asimismo, el presente plan de intervención será un punto de partida para dar inicio a la búsqueda de información actualizada para la práctica basada en evidencias, propuestas de investigación, aplicación de teorías de enfermería en el contexto de la madre primeriza y su familia.

El plan también permite visibilizar la gestión del cuidado de enfermería para su empoderamiento y liderazgo. Además de su aporte en la evolución de la práctica de los cuidados.

El plan de intervención beneficia directamente en la salud familiar, tanto de la madre primeriza como del niño y del padre, contribuye a la toma de decisiones en el contexto de la mejora continua.

#### **3.2 Objetivos**

##### **3.2.1 Objetivo General**

Implementar el plan de intervención de Enfermería en lactancia materna exclusiva en madres primerizas del Centro de Salud de Huaccana – Apurímac.

##### **3.2.2 Objetivos Específicos**

- Valorar la aplicación lactancia materna exclusiva en madres primerizas del Centro de Salud de Huaccana – Apurímac.

- Organizar actividades y responsabilidades con los profesionales involucrados del Centro de Salud de Huaccana para el fomento de la lactancia materna exclusiva en madres primerizas.
- Sensibilizar a las madres primerizas en los ejes temáticos siguientes: aprendiendo a alimentar a mi bebé, con la técnica correcta; importancia de la lactancia materna exclusiva, la lactancia materna como estrategia para fortalecer los vínculos familiares y los roles y aprendiendo a ser mamá.
- Aplicar las sesiones educativas y demostrativas hacia las madres primerizas según ejes temáticos del plan de intervención.
- Realizar las visitas domiciliarias para la complementación y reforzamiento de los conocimientos adquiridos.

### **3.3 Metas**

- Capacitar al 90% de las madres primerizas.
- Corroborar que el 90% de las madres brindan lactancia materna exclusiva a sus bebés.

### 3.3 Programación de Actividades

Actividad	Unidad de medida	Indicador	Meta	Cronograma	Responsable
<b>Diagnóstico del problema</b>					
Dialogar con los profesionales involucrados del Centro de Salud de Huaccana en el abordaje de la promoción de la LME. Fijación de objetivos y metas. Elaboración de FODA	02	Acta de identificación de problemas	02	Enero	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe
Elaborar el Plan de ejecución, presentación y aprobación del mismo.	01	Plan aprobado	01	Enero	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe
<b>Capacitación a madres</b>					

Identificar a las madres primerizas y sus familias. Creación de fichas de registro y base de datos	01	Registro de las madres	01	Febrero	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe
Realizar actividades de sensibilización a madres, mediante la entrevista, visita domiciliaria, afiches, difusión en la consulta y atenciones.	01	Registro de seguimiento	01	Febrero	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe
Valorar el nivel de conocimiento y prácticas de las madres primerizas en la LME.	01	Registro de pre test	01	Febrero	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe
Ejecutar una capacitación sobre sobre el tema "Aprendiendo a alimentar a mi bebé, con la técnica correcta"	01	Registro de asistencia	01	Marzo	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe

Desarrollar la sesión educativa: "Importancia de la lactancia materna exclusiva"	01	Registro de asistencia	01	Marzo	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe
Desarrollar el taller: "La lactancia materna como estrategia para fortalecer los vínculos familiares y los roles"	01	Registro de asistencia	01	Abril	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe
Desarrollar el taller: "Aprendiendo a ser mamá"	01	Registro de asistencia	01	Abril	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe
<b>Seguimiento de la familia de la madre primeriza</b>					
Realizar visitas domiciliarias a las familias y sus familias para corroborar la práctica de lo aprendido	01	Informe de Registro de vistas domiciliarias	01	Mayo	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe

Desarrollar la evaluación de la salud del niño y la madre.	01	Informe de resultados	01	Junio	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe
<b>Evaluación del Plan de Intervención</b>					
Evaluación del cumplimiento de actividades	01	Informe de indicadores	01	Junio	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe
Evaluación del cumplimiento de objetivos	01	Informe de indicadores	01	Junio	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe
Evaluación del cumplimiento de metas	01	Informe de indicadores	01	Junio	Lic. Enf. Jennifer Marina Olivera Quispe

### Cronograma de actividades Año 2022

Actividades	Enero	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Dialogar con los profesionales involucrados del Centro de Salud de Huaccana en el abordaje de la promoción de la LME. Fijación de objetivos y metas. Elaboración de FODA.	x					
Elaborar del Plan de ejecución, presentación y aprobación del mismo.	x					
Identificar a las madres primerizas y sus familias, y creación de fichas de registro y base de datos		x				
Realizar actividades de sensibilización a madres, mediante la entrevista, visita domiciliaria, afiches, difusión en la consulta y atenciones		x				
Valorar el nivel de conocimiento y prácticas de las madres primerizas en la LME.		x				
Ejecutar sobre el tema “Aprendiendo a alimentar a mi bebé, con la técnica correcta”			x			

Desarrollar la sesión educativa: “Importancia de la lactancia materna exclusiva”			x			
Desarrollar el taller: “La lactancia materna como estrategia para fortalecer los vínculos familiares y los roles”				x		
Desarrollar el taller: “Aprendiendo a ser mamá”				x		
Realizar vista domiciliaria a las familias y sus familias para corroborar la práctica de lo aprendido					x	
Desarrollar la evaluación de la salud del niño y la madre.					x	
Evaluación del cumplimiento de actividades						x
Evaluación del cumplimiento de objetivos						x
Evaluación del cumplimiento de metas						x



### 3.5 Recursos

#### 3.5.1 Recursos Materiales

<b>Descripción</b>	<b>Unidades</b>
Papel bond	1000
Papelógrafos	10
Plumones	10
Cartulina	20
Lapiceros	05
Rotafolio	01
Equipo de cómputo	03
Impresora	01
Multimedia	01
Equipo de sonido	01

#### 3.5.2 Recursos Humanos

<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Lic. en enfermería	04
Médico	01
Tec. En enfermería	07

### **3.6 Ejecución**

- La ejecución del Plan de intervención está dirigida a las madres primerizas, del Centro de Salud de Huaccana.
- Las actividades están direccionadas a la capacitación de la madre y la familia, fundamentadas en la Adopción del Rol Maternal.
- Las actividades se desarrollaron de manera conjunta entre los profesionales del Centro de Salud de Huaccana, mismas que serán dirigidas por los profesionales de enfermería.

### **3.7 Evaluación**

La evaluación se efectuó según el cumplimiento de los indicadores de actividades, objetivos y metas cumplidas.

## CONCLUSIONES

- Se logró la elaboración del aprendiendo a alimentar a mi bebé, con la técnica correcta; importancia de la lactancia materna exclusiva, la lactancia materna como estrategia para fortalecer los vínculos familiares y los roles y aprendiendo a ser mamá.
- Se logró identificar la viabilidad de las actividades propuestas en la socialización de las mismas con los profesionales de salud del establecimiento, además del reconocimiento de las fortalezas y debilidades actuales en el cuidado integral de la madre primeriza.
- El plan de intervención pretende de manera inicial cumplir con la capacitación del 90% de las madres. Sin embargo, es necesario dar continuidad a las actividades y establecer prioridades en función a la evolución del problema. De ahí la importancia de implementar el registro de las experiencias y resultados.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda dar continuidad al Plan de intervención considerando las visitas domiciliarias continuas e involucrando a la familia en especial a los padres, para el cuidado integral de la madre primeriza y su bebé.
- Continuar con los talleres periódicos sobre la promoción de la LME en el establecimiento de salud, involucrando al total de los profesionales de salud, para que, en las atenciones que se realicen de manera individual, se fortalezcan las acciones preventivas.
- Realizar estudios de investigación, en variables que se han detectado que son determinantes, como las actitudes maternas, el involucramiento paterno, que también son variables determinantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Maviso MK, Ferguson B, Kaforau LM, Capper T. A qualitative descriptive inquiry into factors influencing early weaning and breastfeeding duration among first-time mothers in Papua New Guinea's rural eastern highlands. *Women and Birth*. 2022 Feb 1;35(1):e68–74.
2. Thuileiphy T, Joshi P, Dolma Y, Chandra P, Manisha NK, Murry LL. Knowledge, practice and attitudes towards breastfeeding among mothers of infants with retinopathy of prematurity (ROP). *J Neonatal Nurs*. 2021 Oct 19;
3. Padashian F, Yadollahi P, Doostfatemeh M, Moshfeghy Z. Examining exclusive breastfeeding in Iranian mothers using the five-factor model of personality traits. *J Taibah Univ Med Sci*. 2022 Feb 1;17(1):51–6.
4. Ayalew T. Exclusive breastfeeding practice and associated factors among first-time mothers in Bahir Dar city, North West Ethiopia: A community based cross sectional study. *Heliyon*. 2020 Sep 1;6(9):e04732.
5. Kuswara K, Knight T, Campbell KJ, Hesketh KD, Zheng M, Bolton KA, et al. Breastfeeding and emerging motherhood identity: An interpretative phenomenological analysis of first time Chinese Australian mothers' breastfeeding experiences. *Women and Birth*. 2021 May 1;34(3):e292–301.
6. Gonzalez-Darias A, Diaz-Gomez NM, Rodriguez-Martin S, Hernandez-Perez C, Aguirre-Jaime A. 'Supporting a first-time mother': Assessment of success of a breastfeeding promotion programme. *Midwifery*. 2020 Jun 1;85:102687.
7. Ladino L, Vázquez-Frias R, Montealegre L, Bagés-Mesa MC, Ochoa-Ortiz E, Medina-Bravo PG. E-1500: Survey on feeding practices in the first 1,500 days of life, recommended by healthcare professionals in Latin America. *Rev Gastroenterol México (English Ed [Internet])*. 2022 May 31 [cited 2022

Jun 18]; Available from:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2255534X22000500>

8. Paca-Palao A, Huayanay-Espinoza CA, Parra DC, Velasquez-Melendez G, Miranda JJ. Asociación entre lactancia materna y probabilidad de obesidad en la infancia en tres países latinoamericanos. *Gac Sanit.* 2021 Mar 1;35(2):168–76.
9. SL T, Clark-Carter D, Dean SE. An online questionnaire study investigating the impact of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Midwifery.* 2022 Jun 1;109:103314.
10. Davis AMB, Coleman C, Kramer RSS. Parenting styles and types: Breastfeeding attitudes in a large sample of mothers. *Midwifery.* 2021 Dec 1;103:103142.
11. Ghanbari-Homayi S, Fardiazar Z, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Meedy S, Jafarabadi MA, Mohammadi E, et al. Skin-to-skin contact, early initiation of breastfeeding and childbirth experience in first time mothers: a cross sectional study. *J Neonatal Nurs.* 2020 Apr 1;26(2):115–9.
12. Gonzales Polo. Isidro Américo. Efectividad de la intervención educativa sobre los conocimientos de la lactancia materna exclusiva en madres primerizas [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 18]. Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4590>
13. Salazar S, Karina A, Hidalgo Q, Medalith R, Bravo C, Lily Y. El comienzo de la lactancia materna: experiencias de madres primerizas postcesárea en un hospital de Chiclayo – 2017. *ACC CIETNA Rev la Esc Enfermería* [Internet]. 2019 Jul 5 [cited 2022 Jun 18];6(1):37–44. Available from: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/215>
14. Mercer RT. Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006 Sep 1;35(5):649–51.
15. Pérez M, Morales L, Núñez M, Tevera Y, González I. Estadios de la adopción del rol materno de la teorista Ramona Mercer: asociación con el

trimestre del embarazo y la etapa del puerperio de un grupo de mujeres veragüenses, 2019. Rev Iniciación Científica [Internet]. 2020 [cited 2022 Jun 18];6. Available from: <https://revistas.utp.ac.pa/index.php/ric/article/view/3132/4231>

16. Winingsih GAM, Salmah U, Masni, Indriasari R, Amiruddin R, Birawida AB. Prevent postpartum blues with the implementation of breastfeeding father education model to increase the frequency of breastfeeding in mothers: A systematic review. *Gac Sanit.* 2021 Jan 1;35:S400–3.
17. Tomori C. Overcoming barriers to breastfeeding. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2022 Feb 3;
18. Masaba BB, Mmusi-Phetoe RM, Mokula LLD. Factors affecting WHO breastfeeding recommendations in Kenya. *Int J Africa Nurs Sci.* 2021 Jan 1;15:100314.
19. Edwards R, Cragg B, Dunn S, Peterson WE. The breastfeeding and early motherhood experiences of older first-time mothers: A constructivist grounded theory study. *Midwifery.* 2021 May 1;96:102945.
20. Wu Q, Farley T, Cui M. Breastfeeding, maternal psychopathological symptoms, and infant problem behaviors among low-income mothers returning to work. *Soc Sci Med.* 2021 Sep 1;285:114288.

## ANEXOS

