

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



**PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA IMPORTANCIA DE
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE
SEIS MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE BELLAVISTA – ABANCAY 2022**

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

YANETH HUAMAN CASTILLO

**Callao, 2022
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- MG. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO PRESIDENTA
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE SECRETARIO
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO VOCAL

ASESORA: Mg. Mirian Corina Cribillero Roca

Nº de Libro: 06

Nº de Acta: 273 – 2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

13 de diciembre del 2022

Resolución de Sustentación:

Nº 099-2021-CU de fecha 30 de junio de 2021

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado primeramente a DIOS por protegerme, guiarme y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de mi vida.

A mis tres amores por ser el motivo a seguir superándome y por toda la paciencia que tuvieron y tienen conmigo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien me ha guiado y me ha dado fortaleza para seguir adelante.

A mi madre que desde el cielo me ilumina y por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad.

A mis estimados docentes, por enseñarme todo lo que se y más que eso, guiarme para ser una mejor persona y profesional.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao. Por darnos la oportunidad de seguir construyendo conocimientos a pesar de las circunstancias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	9
DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA	9
CAPITULO II	12
MARCO TEORICO	12
2.1.2.1.1 Antecedentes internacionales	12
2.1.2 Antecedentes Nacionales	15
2.2.1 Teoría de la acción razonada y teoría de la conducta planificada	17
2.2.2 Teoría del apego	19
2.3.1 Autoeficacia	21
2.3.2 Alimentación infantil	23
2.3.3 Etapas de la alimentación infantil	24
2.3.4 Lactancia materna	26
2.3.5 Posturas de la lactancia materna	27
2.3.6 Lactancia materna en el posparto	27
2.3.7 Consejos para el éxito de lactancia materna	29
2.3.8 Ventajas de la lactancia materna para el niño	30
2.3.9 Ventajas de la lactancia materna para la madre	31
2.3.10 Presencia de virus SARS-CoV-2 en la leche humana	33
CAPITULO III	35
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	35
3.1 Justificación	35
3.2 Objetivos	35
3.2.1. Objetivo general	35

3.2.2323.3	Metas
	36
3.4 Programación de actividades	37
3.5 Recursos	40
3.5.1 Materiales	40
3.5.2 Recursos humanos	40
3.6 Ejecución	40
3.7 Evaluación	41
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	45

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico describe sobre las intervenciones de enfermería que se realizan en el consultorio de NIÑO SANO durante el control de crecimiento y desarrollo de niños de 0 a 6 meses, con el propósito de fomentar la importancia de la lactancia materna exclusiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere a la lactancia materna como una de las prácticas más importantes para el desarrollo de un ser humano desde el primer minuto de vida, pues la leche materna tiene entre sus componentes, nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo físico - cerebral del lactante.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la Región de las Américas un 55% de los bebés son amamantados dentro de la primera hora de después de nacer, el 38% de los niños menores de 6 meses son amamantados exclusivamente con lactancia materna y el 32% de los niños continúan con la lactancia materna durante los primeros dos años de vida.

Siendo el tiempo de oro los primeros seis meses de vida por la propiedad nutritiva que contiene; la leche materna brinda la protección contra agentes patógenos presentes en el medio ambiente, favorece la maduración del aparato digestivo del lactante, previniendo enfermedades diarreicas, respiratorias u otras enfermedades comunes en la infancia, estableciendo el apego con la madre.

El Ministerio de Salud (MINSA) está promoviendo la práctica de la lactancia materna exclusiva mediante las estrategias preventivo y promocional, para cumplir todas estas estrategias y cumplir los objetivos trazados es muy importante evaluar el conocimiento que tienen las madres frente a la lactancia materna para así poder reforzar los conocimientos de las madres en especial con las que tienen lactantes menores de seis meses con la finalidad de lograr una práctica adecuada de una lactancia materna exclusiva.

La práctica correcta de una lactancia materna dependerá mucho del nivel de conocimiento de las madres, de una técnica correcta de lactancia materna y de una correcta extracción de la leche materna; muchas madres con lactantes menores optan por otras alternativas de alimentación como es la leche artificial

porque desconocen las técnicas que existen para brindarle al lactante solo leche materna exclusiva.

En el presente trabajo académico “PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE SEIS MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE BELLAVISTA 2022”, se dará a conocer sobre el desarrollo de las actividades que se efectuarán con las madres lactantes de 0 a 6 meses que acuden al consultorio CRED del Centro de Salud de Bellavista, con el propósito de mejorar la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, siendo el objetivo de disminuir las enfermedades respiratorias, diarreicas, anemia, alergias, desnutrición entre otras. La sensibilización será a las madres con niños de 0 a 6 meses de edad se realizará a través de la entrevista, a quien se dará consejería y educación en el tema de la importancia de lactancia materna exclusiva.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. El 2017 Según la Organización Mundial de la Salud a nivel mundial, solo un 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. La OMS promueve activamente la lactancia natural como la mejor forma de nutrición para los lactantes y niños pequeños. En estas cifras y datos se examinan los muchos beneficios asociados a esa práctica, y se muestra que apoyando enérgicamente a las madres es posible aumentar la lactancia materna en todo el mundo. Asimismo, el organismo rector de salud en el mundo recomienda: a) Que las madres inicien la lactancia materna en la hora siguiente al parto. b) Que la lactancia sea exclusivamente materna en los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Posteriormente, los lactantes deben seguir siendo amamantados y recibir alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados para atender crecientes requisitos nutricionales y c) La lactancia materna debe seguir hasta los dos años o más.(1)

En Madrid 2017, la autoeficacia de la lactancia materna en la muestra estudiada es, en general, deficitaria. Las mujeres primerizas no se sienten capacitadas para llevar a cabo las circunstancias que se les propone.(2)

En Quito 2018 se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia de la lactancia materna y los siguientes factores: nivel de escolaridad, estado civil, convivencia, ocupación, condición de pareja, número total de hijos vivos de la madre, edad del niño(a), sexo del niño(a), entre otros.(3)

En Lima 2018, estudio sistemático de la efectividad del programa educativo de autoeficacia para la lactancia materna y las conclusiones: se evidenció que los programas educativos multidisciplinarios dirigidos a madres para la autoeficacia de la lactancia materna son efectivos, ya que permiten que la madre adquiera la confianza para poder cumplir e iniciar tempranamente la lactancia, así como determinar la continuidad de manera exclusiva; generando que el niño o niña pueda desarrollarse y crecer adecuadamente, así como reducir la morbilidad del menor.(4)

En Puno 2019, los resultados revelaron que el 76% de las puérperas primíparas presentaron un conocimiento deficiente, el 20% un conocimiento bueno y el 4% un conocimiento regular. Con respecto a la práctica el 80% de puérperas primíparas tienen una inadecuada práctica y el 20% tienen una adecuada práctica de amamantamiento en lactancia materna exclusiva. Se concluye que las puérperas primíparas en su gran mayoría mantienen un nivel de conocimiento deficiente y una inadecuada práctica de amamantamiento en lactancia materna exclusiva.(5)

En el Centro de Salud Bellavista que es de nivel 1-3, ubicada en el distrito de Abancay del departamento de Apurímac, brinda atención en el área de CRED a 219 niños 0 a 6 meses de la zonas urbanas y rurales, conforme es corroborado con el padrón nominal, registrado desde el mes de enero a diciembre del año 2022.

Es así que cuando acuden las madres con sus recién nacidos, a realizar su control con el propósito de determinar su progresivo aumento de peso se valora que ese menor no cumple con los estándares permitidos, se procede a dar la orientación de la buena práctica de lactancia materna exclusiva.

Es por eso que conforme al dato estadístico que se tiene registrado en el establecimiento, se ha podido clasificar en madres 1. Primerizas, 2. Secundíparas y 3. Multíparas a más. Siendo las madres primerizas las que ponen mayor interés a la consejería brindada, no siendo así con las demás.

Además se debe tomar en cuenta las diferencias entre las mismas, por los distintos factores que atraviesan ya sea de nivel cultural, educacional, económico, laboral, social; donde se ha considerado las más resaltantes tal como se puede describir: 1.Cultural por sus creencias, costumbres y la migración. 2 Educación, donde existe una gran diferencia en el nivel educativo, toda vez que algunas no han concluido sus estudios de nivel primario, secundario y superior respectivamente. 3 Económico: La canasta familiar en su mayoría cubre la pareja, otras que son autodependientes (madres solteras, viudas) cubriendo la manutención del menor. Laboral: no todos cuentan con trabajo fijo muchos son temporales, y otras que se dedican al comercio ambulatorio.-Social: el medio donde habitan (rural-urbano).

Bajo este contexto se ha podido constatar en el Centro de Salud de Bellavista, que los menores de 0 a 6 meses, que en su mayoría no logran llegar hasta la

edad promedio de seis meses con lactancia materna exclusiva, muchas veces lo realizan de manera mixta (materna y artificial); desconociendo la importancia y la composición de la leche materna, y lo beneficioso que es en el desarrollo del niño; Siendo el objetivo que todas las madres de niños de 0 a 6 meses, que son atendidas en este establecimiento de salud, tengan pleno conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, utilizando estrategias para un óptimo resultado frente a dicha problemática.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

LI et al. 2022. Estudio realizado y cuyo objetivo fue, describir la autoeficacia en la lactancia materna de las mujeres posparto en zonas rurales de China e identificar los determinantes de la autoeficacia en la lactancia utilizando el marco de autoeficacia en la lactancia de Dennis. Métodos: Utilizando un diseño de muestreo aleatorio por conglomerados de etapas múltiples, se recopilaron datos de encuestas transversales de 787 mujeres dentro del período posparto de 0 a 6 meses en 80 municipios rurales. Las encuestas recopilaron datos sobre la autoeficacia de la lactancia materna, las características relacionadas con el marco de autoeficacia de la lactancia materna de Dennis y las características demográficas. Se utilizó un análisis de regresión lineal múltiple para identificar los determinantes de la autoeficacia en la lactancia. Resultados: Las participantes informaron un nivel moderado de autoeficacia en la lactancia materna, con una puntuación media de ítem de 3,50. La autoeficacia fue más baja para la lactancia materna exclusiva. Las actitudes hacia la lactancia ($\beta = 0,088$, $P < 0,001$), el apoyo familiar a la lactancia ($\beta = 0,168$, $P < 0,001$) y el apoyo social de otras personas significativas ($\beta = 0,219$, $P < 0,001$) se asociaron positivamente con la autoeficacia en la lactancia. Problemas de lactancia, incluidos problemas para prenderse ($\beta = -0,170$, $P < 0,001$), no producir suficiente leche ($\beta = -0,148$, $P < 0,001$) y la leche tarda demasiado en secretarse ($\beta = -0,173$, $P < 0,001$) se asociaron negativamente con la autoeficacia en la lactancia materna. Conclusión: Los hallazgos indican que las actitudes positivas, el apoyo familiar a la lactancia materna y el apoyo social contribuyen a una mayor autoeficacia en la lactancia materna en las zonas rurales de China, mientras que las dificultades con la lactancia se asocian con una autoeficacia reducida. Los

investigadores y profesionales deben investigar estrategias efectivas para mejorar el apoyo social y familiar para la lactancia materna, promover actitudes positivas hacia la lactancia materna y brindar a las mujeres soluciones viables para los problemas de la lactancia materna. (6).

Al respecto en el centro de salud de Bellavista, para lograr una autoeficacia en la lactancia materna exclusiva, se realizó sesiones educativas y sesiones demostrativas, además como estrategia para una mejor llegada a las zonas rurales donde habitan las madres de niños de 0 a 6 meses, se viene promocionando por intermedio de las redes sociales, medios de comunicación con mensajes claves sobre la importancia de la misma.

TOPOTHAI et al. 2021. Estudio realizado y cuyo objetivo fue: Comprender los caminos que tomaron las madres en el área metropolitana de Bangkok para lograr una lactancia materna exclusiva exitosa de seis meses. Métodos: Un total de 50 madres que vivían en Bangkok con niños de 6 a 12 meses, que lograron y no lograron la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, fueron reclutadas para entrevistas en profundidad entre febrero y julio de 2020. Se realizó un análisis temático inductivo de los puntos de vista de los participantes. Aplicado para el análisis e interpretación de datos. Resultados: Cuatro temas que contribuyeron a la lactancia materna exclusiva de seis meses fueron i) autoeficacia de la lactancia materna; ii) apoyo brindado por miembros de la familia; iii) compromiso y apoyo de los profesionales de la salud; y iv) apoyo a los empleadores y ambientes de trabajo. Las madres con fuertes intenciones de amamantar y “capacidad percibida” para tener éxito en la lactancia tendían a priorizar la lactancia y superar y afrontar bien los desafíos imprevistos de la lactancia. Los miembros de la familia que brindaban apoyo, que estaban convencidos de los beneficios de la lactancia materna, participaban en la toma de decisiones maternas y brindaban un apoyo óptimo, contribuyeron al éxito de la lactancia materna exclusiva. Los profesionales de la salud fueron clave para apoyar a las madres durante todo el embarazo hasta el puerperio. Condiciones de trabajo favorables a las madres lactantes. Conclusión: Recomendamos que todas las madres y sus familiares estén completamente informados y convencidos del beneficio de la lactancia

materna y capacitados con habilidades prácticas durante su visita a las clínicas de atención prenatal. Estas intervenciones tienen como objetivo desarrollar la autoeficacia de las madres para amamantar y prepararlas para manejar los desafíos comunes de la lactancia. Los profesionales de la salud deben brindar sesiones periódicas de seguimiento y asesoramiento sobre prácticas de lactancia materna a las madres y las familias durante todo el período de lactancia, especialmente a las madres que trabajan, para que continúen amamantando después de volver al trabajo. Las acciones colectivas mejoradas de la sociedad, como las políticas favorables a la lactancia materna en el lugar de trabajo, incluidas los descansos y los rincones para amamantar, pueden crear entornos propicios para una lactancia materna exclusiva exitosa. (7)

Se ha recomendado y concientizado a las madres de 0 a 6 meses que se dedican a las labores en entidades públicas y privadas sobre la vital importancia del amamantamiento, realizándolos en lugares propicios y adecuados para una eficaz lactancia materna estableciendo los horarios oportunos.

MONTEIRO 2020 et al. Estudio realizado y cuyo objetivo: Analizar la relación entre la autoeficacia materna para amamantar y las variables sociodemográficas, obstétricas y neonatales; la duración del amamantamiento materno exclusivo y las variables sociodemográficas, y la autoeficacia para amamantar y la duración de la lactancia materna exclusiva a intervalos de 30, 60 y 180 días posparto 2020. Método: estudio longitudinal y prospectivo realizado con 224 mujeres. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario sociodemográfico, la Breastfeeding Self-Efficacy Scale – *Short Form* y un cuestionario sobre amamantamiento y alimentación infantil. La Prueba Exacta de Fisher y el coeficiente de correlación de Pearson se utilizaron para el análisis. Resultados: se identificó que no hubo asociación entre la autoeficacia para amamantar y la duración de la lactancia materna exclusiva en 30, 60 y 180 días. La autoeficacia se asoció con el tipo de parto y las interurrencias en el período posparto. También hubo una asociación entre la religión y la lactancia materna exclusiva con 30 y 60 días posparto, y entre la asistencia

en los cuidados del bebé y la lactancia materna exclusiva en 60 días. Conclusión: se identificó que el tipo de parto, las interurrencias en el período posparto, la religión y la asistencia en los cuidados del bebé corroboran para aumentar la confianza materna en la capacidad de amamantar.(8)

En el Centro de Salud de Bellavista, respecto a las madres de menores de 0 a 6 meses no se apreció ninguna alteración, anomalía o costumbre religiosa respecto a una buena práctica de lactancia materna, pese que en su mayoría no cuentan con un nivel educativo, si existe la acreditación y el incremento en tomar conciencia de la importancia y beneficios de la leche materna exclusiva.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

FLORES 2019 et al. Estudio realizado y el objetivo: Determinar la relación de la autoeficacia percibida y la práctica del amamantamiento en madres adolescentes Hospital Belén de Trujillo 2019. La muestra estuvo constituida por 120 madres a la cuales se les aplicó la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna y la Ficha de observación del Amamantamiento. Los resultados fueron procesados en SPSS versión 25 y presentados en tablas de simple y doble entrada. Para determinar la relación entre las variables se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado (X^2). Los resultados muestran que el 60,8% de madres tiene un nivel medio de autoeficacia percibida, el 21,7% nivel bajo; y el 17,5% nivel alto. El 81,7% presenta una mala práctica de amamantamiento y solo 18,3% una buena práctica. Se concluye que el nivel de autoeficacia percibida tiene relación estadística significativa con la práctica del amamantamiento de las madres adolescentes ($p = 0.0355 < 0.05$). (9)

Se ha podido observar en el establecimiento que las madres adolescentes primerizas no cuentan con la experiencia debida para un buen amamantamiento, en razón de que se ha detectado que su nivel de educación y cultura respecto a una buena lactancia materna de 0 a 6 meses es muy baja, toda vez que por su misma edad no están preparadas

para asumir la maternidad; cumpliendo con la etapa de amamantamiento (el ciclo biológico de ser madre).

MEZA 2019. Estudio realizado y el objetivo: Determinar la efectividad de la lactancia materna en madres con control posparto para cada uno de los indicadores de evaluación, en el Puesto de Salud de San Bartolomé en el Distrito de Santa María en la Provincia de Huaura durante el año 2019. Metodología: para el recojo de los datos se empleó la Escala de LATCH para evaluar 5 criterios: Lactch (Coger), Audible swallowing (Deglución audible), Type of Nipple (Tipo de pezón), Confort (Comodidad), Hold (positioning) (Mantener colocado al pecho); a una muestra de 35 madres que acudían a su control postparto. Resultados: El 40% de las evaluaciones a las madres (14 madres) al momento de lactar tienen un puntaje aceptable, 9.6 a 10 puntos, que es considerado aceptable. El 31.43% de las madres al momento de lactar obtuvieron entre 5.1 a 9.5 puntos de puntaje LATCH, mientras que un 28.57% de las evaluaciones (10 madres) presentaron una evaluación muy deficiente. Aceptación de la hipótesis general, el puntaje final fue de 7.59; puede ser considerado como positiva, debido a su cercanía con el puntaje ideal de 10. Conclusiones: Las entrevistas y la aplicación de la escala no revelaron ningún problema de comprensibilidad ni aceptabilidad.(10)

En el Centro de Salud de Bellavista las madres con niños de 0 a 6 meses, al momento que acuden al control de niño sano se ha podido detectar que es mínima las quejas respecto a la forma y contextura del pezón y mastitis; sin embargo no hay problema de adaptabilidad al momento de la lactancia materna exclusiva.

JESÚS 2018 et al. Estudio realizado y el objetivo: Determinar la relación entre la autoeficacia percibida y práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del centro de salud “La Libertad” de Huancayo en el 2018. Metodología; se realizó un estudio descriptivo transversal de tipo correlacional, de una población de 202 madres de niños de 0 a 24 meses cumplidos, se eligió una muestra 104 madres a partir del

método del muestreo aleatorio, aplicando la “Escala de autoeficacia percibida para la práctica de la lactancia materna” y el “Cuestionario de práctica de lactancia materna”; entre los resultados se destaca En relación con la autoeficacia percibida de las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que el 71,2% de madres poseen regular autoeficacia percibida y el 67,3% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada. En relación con la autoeficacia percibida en la dimensión logro de desempeño por las madres sobre prácticas de lactancia materna se obtiene que el 51,0% de madres poseen regular autoeficacia percibida y el 42,3% tienen práctica de lactancia materna poco adecuada. (11)

En comparación con el Centro de Salud de Bellavista cierta cantidad de madres con niños de 0 a 6 meses no tienen buena práctica de lactancia materna, y otro grupo minoritario de manera inadecuada; siendo así la mayoría no presentan esta clase de problemas.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teoría de la acción razonada y teoría de la conducta planificada

Podemos utilizar una de las grandes teorías clásicas de la psicología, la teoría de acción razonada, para analizar qué influye en la intención de una madre para amamantar o no a su bebé. No se trata de «obligar» a quienes no tienen intención de hacerlo, sino de analizar qué aspectos pueden afectar a esa decisión para intervenir de forma positiva. Esta teoría constituye un modelo de gran relevancia dentro de la literatura sobre comportamiento individual, de acuerdo con el cual la conducta de los sujetos puede explicarse sobre la base de la relación entre creencias, actitud, intención y comportamiento. Los autores de la teoría afirman que la intención es el mejor predictor de la conducta, considerando, además, que son dos las variables que explican esta intención: la actitud hacia el comportamiento y la norma subjetiva del individuo; además, las creencias respecto a la conducta a desarrollar preceden a la actitud y las

creencias normativas preceden a las normas subjetivas (Ajzen, 1991) y citado (12)

Nos detendremos en cada uno de estos conceptos y los describiremos en el contexto de la lactancia. La actitud hacia el comportamiento se refiere a la predisposición, favorable o desfavorable, al desarrollo de una conducta. Es resultado de las creencias que tiene el individuo sobre el comportamiento, en nuestro caso las creencias de la madre o futura madre sobre la conducta de amamantar y la evaluación que esta hace ellas (Fishbein y Ajzen, 1975). La norma subjetiva es el resultado de los sentimientos que le provoca a la madre la opinión que otras personas, familia, amigos, compañeros de trabajo, entre otros tienen sobre su comportamiento (Fish bein y Ajzen, 1975). Esta es la parte relacionada con los aspectos psicosociales que más nos interesa y sobre la que se puede intervenir. La norma subjetiva se deriva de dos factores subyacentes básicos: las creencias normativas que el individuo atribuye a sus personas de referencia y la motivación para comportarse de acuerdo con los deseos de estas personas. Es decir, lo que la madre cree que las personas que la rodean piensan sobre la lactancia materna y la importancia que ella le da a cumplir con las expectativas que los demás tienen sobre la lactancia materna y/o sobre cómo se va a comportar como madre en lo que a la alimentación del bebé se refiere.(12)

La teoría se remonta a la década de los setenta, por lo que, a pesar de que todavía hoy se sigue realizando investigación en base a ella, los autores la han ampliado denominándola teoría de la conducta planificada y añadiendo el conducto de «control conductual percibido». Este es el aspecto más relevante de cara a la intervención en lactancia materna, ya que se refiere a la percepción de la facilidad o dificultad para realizar una conducta y se asume que refleja la experiencia pasada y la anticipación de impedimentos y obstáculos. Numerosos estudios han analizado la intención de amamantar partiendo de esta teoría. La revisión sistemática más reciente (Lau, Lok y Tarrant, 2018) incluye 30 trabajos que examinan la utilidad de los constructos de la teoría de la acción

razonada, la teoría de la conducta planificada y la autoeficacia sobre la lactancia, que será descrita a continuación. De los 30 trabajos revisados, cuatro eran sobre la aplicación de la teoría de la acción razonada, diez sobre la teoría de la conducta planificada, uno combinaba esta teoría y la autoeficacia sobre la lactancia y el resto analizaron la autoeficacia.(12)

Los autores (Lau et al., 2018) concluyen que tanto la teoría de la acción razonada como la teoría de la conducta planificada son útiles para predecir la iniciación de la lactancia materna, pero no está tan claro su papel en la predicción de la duración. Los autores manifiestan que no se puede demostrar una relación positiva entre la duración de la lactancia materna y las actitudes, la norma subjetiva o el control conductual percibido, variables principales de la teoría de la conducta planificada. Un trabajo que no se ha incluido en esta revisión, el de Kloben-Tarver, Thomson y Miner (2002) sobre teoría de la acción razonada, analiza sus dos componentes principales y concluye que las actitudes son mucho más predictivas de la intención de dar el pecho que la norma subjetiva, independientemente del tipo de parto y la conducta anterior. Como consejos para la intervención en un grupo concreto de mujeres, la muestra con la que han trabajado en su estudio (mujeres con un nivel económico bajo), recomiendan trabajar en las actitudes personales de las mujeres hacia dar el pecho y, en primíparas, promocionar estas actitudes positivas hacia la lactancia entre las personas que ellas consideran sus apoyos sociales relevantes.(12)

2.2.2 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. El apego proporciona seguridad emocional al niño puesto que se siente aceptado y protegido incondicionalmente. 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 establece el vínculo). De acuerdo a la teoría del apego, un fuerte vínculo emocional con sus padres es precursor de la seguridad y de la empatía en las relaciones personales en la edad adulta. Un inadecuado establecimiento de un vínculo seguro en la infancia puede conllevar a dificultades psicológicas.(13)

La teoría con apego, propuesta originalmente por John Bowlby, afirma que el niño tiene una tendencia a buscar la cercanía a otra persona y se siente seguro cuando esa persona está presente y disponible para cubrir sus necesidades tanto físicas como emocionales. Bowlby había propuesto en 1951 la hipótesis de que la privación materna no solo causaba depresión en la niñez, sino también hostilidad e incapacidad para establecer relaciones saludables en la vida adulta. Dentro de esta teoría los niños biológicamente están “diseñados” a estar apegados a sus padres, no solo para satisfacer sus necesidades sino porque son seres profundamente sociales. La teoría del apego constituye uno de los planteamientos teóricos más sólidos en el área de la psicología infantil. Desde sus inicios a finales de los años cincuenta, esta teoría se ha visto afianzada y enriquecida por una gran cantidad de investigaciones realizadas en los últimos años. (13)

Una de las más importantes contribuciones fue la de Edward Tronick y sus colegas a finales de los años setenta. A partir de un experimento denominado “la cara inexpresiva”, describieron un fenómeno en el cual un bebé después de tres minutos de una infructífera interacción con una madre poco responsiva y sin expresiones faciales, rápidamente entra en un estado de ansiedad. El bebé hace muchos intentos de lograr una interacción recíproca y sus conductas se encaminan a obtener una respuesta de su madre. Cuando todos sus intentos fallan, el bebé se retrae y orienta su cara y su cuerpo hacia otra dirección. Este experimento continúa siendo uno de los más replicados en el campo de la psicología del desarrollo. Una vez que este fenómeno fue cuidadosamente analizado y replicado, se volvió el método estándar para comprobar las diferentes hipótesis acerca de las diferencias

culturales y de género de la percepción y la comunicación de los bebés. (13)

Además, se usa este experimento para analizar las diferencias en el estilo de apego de los bebés y los efectos de la depresión de las madres en sus hijos. Se ha usado este mismo experimento para investigar diferencias culturales y diferencias en los patrones de comunicación de niños con autismo y con Síndrome de Down. El experimento de Tronick, al parecer muy sencillo, ofrece información muy valiosa acerca de la necesidad de interacción social de los bebés y el papel que esto juega en su bienestar emocional. Los bebés a muy temprana edad son seres profundamente sociales y nacen con sistemas cerebrales de cognición social. Este experimento sugiere que los bebés tienen un entendimiento social muy primitivo, pues desde muy temprano tienen un entendimiento de la relación entre las expresiones faciales y las emociones. Los intentos del bebé de volver a interactuar con su madre también sugieren que tienen la capacidad de planificar y ejecutar sus conductas dirigidas hacia una meta simple: ser atendido. (13)

2.3 Bases conceptuales

2.3.1 Autoeficacia

La autoeficacia es la creencia sobre nuestra capacidad de realizar una conducta con éxito; así, la autoeficacia de la madre para dar el pecho se refiere a la creencia que tiene en la capacidad de su cuerpo para generar la leche suficiente para alimentar a su bebé y la confianza en que podrá hacerlo. Bandura (1997, p. 3) define la autoeficacia como las «creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados». La autoeficacia es la expectativa de que una persona es capaz de desempeñar una acción de manera eficiente. (14)

Además, la autoeficacia afecta a nuestras conductas, pensamientos y sentimientos (Salanova, 2009). Por lo que respecta a las conductas, influye en su elección. Se tiende a evitar aquellas situaciones que

creemos exceden nuestras capacidades y elegimos aquellas que somos capaces de dominar. Ello se refleja en la cantidad de esfuerzo que se empleará en la tarea, ya que la autoeficacia determina la cantidad de esfuerzo empleado para enfrentarse a los obstáculos y la cantidad de tiempo o persistencia en tratar de lograr algo. Así, si no me siento capaz de dar el pecho a mi hijo, evitaré la conducta de hacerlo y tomaré la decisión de optar por la lactancia artificial. Por ejemplo, si una mujer no consigue un correcto agarre al pecho del bebé y su nivel de autoeficacia es bajo, optará por no dedicar esfuerzo ni tiempo a resolver el problema, que, por otra parte, no se ve capaz de solucionar, y optará por la leche artificial. Por último, afecta a nuestros pensamientos y sentimientos, por lo que los problemas u obstáculos con los que puede encontrarse parecen mayores de lo que realmente son. Junto al evidente fracaso de la lactancia, nos encontramos con que las madres que cuentan con una baja autoeficacia, además, no disfrutarán del proceso. (14)

En la autoeficacia de la madre influyen su experiencia previa en lactancia, el contacto con otras madres que amamantan de ahí la importancia de los grupos de apoyo entre madres, el apoyo de la familia y los profesionales sanitarios y su condición física (Bandura, 1986; Dennis, 2006; Piñeiro Albero, Ramos Pichardo, Oliver Roig, Velandrino Nicolás, Richart Martínez, García de León González y Wells, 2013). La revisión de Lau et al. (2018), que ya fue mencionada en el apartado de la teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planificada, incluye 15 estudios sobre autoeficacia de los 30 que analiza el trabajo. La conclusión principal de esta revisión es que la intención de amamantar y la autoeficacia se asocian positivamente con la duración de la lactancia materna. Según Lau et al. (2018), si la intención es alimentar a un bebé con leche materna, es más probable que se traduzca en acción real, ya que la madre se siente comprometida con amamantar, aumentando, por tanto, la duración. Ese compromiso tiene su origen en experiencias positivas de lactancia materna, en la alegría o satisfacción que provoca en la madre, en la intención que este compromiso implica de superar las dificultades y obstáculos de la lactancia materna y en

sentirse competente para amamantar (Kingston et al. 2007; Tarrant et al., 2004) y citado. (14)

2.3.2 Alimentación infantil

La alimentación en el lactante incluye las necesidades físicas y emocionales de madre e hijo. Los niños duplican su peso al nacer para los 4 a 5 meses de edad y, por lo general, lo triplican al momento de cumplir su primer año. La talla se duplica respecto del nacimiento para los 3 a 4 años. Aunque la lactancia materna exclusiva casi siempre es preferible, muchas fórmulas lácteas comerciales fortificadas con hierro proveen calorías y nutrientes apropiados. Los lactantes pretérminos requieren una fórmula láctea específica, o la materna con un fortificante. Los neonatos alimentados a libre demanda, por lo general cada 1 a 2 h, pierden hasta 10% de su peso al nacer en los primeros días; los alimentados con fórmula láctea recuperan ese peso para la segunda semana de la vida, en tanto los que están con lactancia materna pueden requerir una semana más. Los lactantes saludables regulan de manera automática la ingestión para cubrir las demandas calóricas de su metabolismo y crecimiento básicos. (15)

Todas las fórmulas lácteas contienen las cantidades recomendadas de vitaminas y minerales. Se pueden agregar cereales y alimentos de la etapa 1 a los lactantes para su alimentación entre los 4 y 6 meses de edad. Deben administrarse sólidos apropiados para la edad solo mediante cuchara, más que mezclados en un biberón con una fórmula láctea. Cuando se introducen nuevos alimentos debe darse uno a la vez, para valorar las reacciones adversas potenciales. La leche de vaca entera se puede introducir a los 12 meses y continuar hasta los 24 meses, a menos que el lactante presente sobrepeso/obesidad o tenga una historia familiar sólida de enfermedad cardiovascular, en cuyo caso se ofrecerá en su lugar la descremada a 2%. La transición de todos los niños saludables a leche descremada a 2% (o menor) es apropiada después de los 24 meses de edad. Los lactantes y niños enviados a la

cama con un biberón que contiene cualquier cosa además de agua están en riesgo de caries dentales por la leche. (15)

2.3.3 Etapas de la alimentación infantil

Durante los dos primeros años de vida, se distinguen las siguientes 3 etapas:

- a. 0 – 6 meses: lactancia (Leche materna o fórmulas lácteas).
- b. 6 – 12 meses: transición (Introducción gradual de la alimentación sólida).
- c. 12 a 24 meses: incorporación a la comida del hogar.
 - a. Características del menor de 6 meses. Son las siguientes:
 - Presentan crecimiento rápido: mayores requerimientos de energía y proteínas.
 - Tienen baja actividad física.
 - Desarrollo: tienen reflejo de succión y deglución aptos para líquidos, presencia del reflejo de extrusión que impide la propulsión de sólidos (la lengua expulsa hacia afuera cualquier sólido).
 - Sistema gastrointestinal: tienen capacidad gástrica limitada y su mucosa gastrointestinal es inmadura, permeable a proteínas que pueden traspasar la mucosa, enfrentándose a un sistema inmune aún inmaduro, con riesgo de desencadenar alergias alimentarias. Ingerir un alimento diferente a leche materna o fórmula láctea adaptada antes de las 17 semanas de vida es factor de riesgo para desarrollar alergia alimentaria También presentan maduración diferida de enzimas digestivas, con menor expresión de disacaridasas del reborde intestinal, 50% de actividad de lipasa pancreática, 10% de amilasa pancreática y menor pool de ácidos biliares.
 - Capacidad funcional renal limitada: no debe ser recargado con proteínas u otros solutos como sodio.(16)
 - b. Alimentación del menor de 6 meses: son las siguientes:

- La alternativa óptima es la lactancia materna (LM) exclusiva hasta los 6 meses, debido a que aporta los nutrientes necesarios, favorece la autorregulación del apetito, y previene la obesidad, dentro de múltiples otras ventajas.
- La segunda opción son las fórmulas lácteas de inicio. Imitan la composición de la LM y pueden ser un reemplazo o un complemento de la leche materna, cuando ésta no es posible o es insuficiente. Antiguamente se les llamaba “leches maternizadas”, término en desuso, por prestarse a confusión y por no contener leche materna.
- Por último, la tercera opción es la leche purita fortificada (LPF) que entrega el Programa nacional de alimentación complementaria chileno (PNAC). Es leche de vaca entera y en polvo, que debe ser diluida al 7,5%, con el fin de disminuir la carga renal de solutos. Además, se requiere adicionar maltodextrina o azúcar (3%: para aumentar aporte de energía) y aceite vegetal (2%: para aportar ácidos grasos esenciales y energía). Los aceites de preferencia a agregar son el aceite de origen marino, el de soya, canola (que tienen mayor contenido en AG omega3) o aquellos que posean docosahexaenoico (DHA-LCPUFA). (16)
- Frecuencia de alimentación. El lactante alimentado al pecho de modo exclusivo (LME) lo es a libre demanda, es decir, según el niño lo requiera; habitualmente será cada 2 a 3 horas y espontáneamente irá espaciando hasta cada 4 horas entre el 4° a 6° mes, antes de lo cual disminuirá también su necesidad de alimentarse durante la noche. Si recibe lactancia artificial, será cada 3 horas.(16)

2.3.4 Lactancia materna

En la American Academy of Pediatrics se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la vida y continuarlo

durante un semestre más para la nutrición óptima del lactante. Los estudios han mostrado que los lactantes alimentados al seno materno presentan una menor incidencia de infecciones, incluidas otitis media, neumonía, septicemia y meningitis. La leche humana contiene anticuerpos antibacterianos y antivirales (inmunoglobulina A secretora) y macrófagos. La lactoferrina es una proteína que se encuentra en la leche materna y aumenta la disponibilidad de hierro con un efecto inhibitorio sobre la proliferación de *Escherichia coli*. Los lactantes alimentados al seno materno tienen menos probabilidad de experimentar dificultades de alimentación relacionadas con alergias (eccema) o intolerancia (cólico). (17)

Los lactantes alimentados al seno materno deben recibir suplementos de vitamina D orales con inicio una semana después de nacer para prevenir el raquitismo, una afección en la que el hueso en desarrollo no se mineraliza por deficiencia de 1.25 dihidroxicolecalciferol. Los lactantes de piel oscura y aquellos en latitudes extremas tienen un mayor riesgo. El raquitismo en los lactantes con seno materno exclusivo se torna clínica y químicamente evidente en la etapa avanzada de la lactancia. El raquitismo debido solo a deficiencia de vitamina D empieza a responder a los complementos en cuestión de semanas. Se recomienda que todos los niños reciban un mínimo de 400 UI de vitamina D al día. De acuerdo con la American Academy of Pediatrics, los lactantes con seno materno exclusivo pueden requerir complementos de flúor si la concentración del mineral en su fuente principal de agua es en extremo baja. En países desarrollados las madres con infección por VIH o tuberculosis activa no tratada y aquellas que usan drogas ilegales no deben dar seno materno. Otras contraindicaciones incluyen lactantes con galactosemia y ciertos medicamentos maternos (antitiroideos, litio, isoniazida y la mayoría de los de quimioterapia). (17)

2.3.5 Posturas de la lactancia materna

La lactancia materna no debe ser tan solo el acto de alimentar al bebé, sino un momento placentero entre la madre e hijo. Es aquel momento en que sus miradas se encuentran, y la conexión afectiva y de apego se hace fuerte entre ambos. Tal como los adultos se sientan a degustar los alimentos servidos en la mesa, en tranquilidad para disfrutar de la comida, el bebé necesita que ese momento sea de paz y sosiego, sin interrupciones de ninguna índole (los bebés de 3 meses en adelante son más fácilmente proclives a distracciones y olvidan la comida). Por ello es que la madre debe adoptar posturas cómodas y seguras para la lactancia materna, tanto para el bebé como para ella. Una mala postura puede causar dolores de espalda, brazos, muslos, grietas en los pezones y hasta obstrucción de los conductos lactíferos. Al volverse una experiencia desagradable –en lugar de placentera– es común la deserción de la lactancia y la inserción de la alimentación artificial (leche de fórmula). Rectificar errores de las posiciones adoptadas durante la lactancia podría dar un giro de 360 grados a la experiencia de la madre.

(18)

2.3.6 Lactancia materna en el posparto

Es muy común que las madres primerizas experimentan al mismo tiempo sensaciones de miedo e incertidumbre, alegría y curiosidad, inseguridad y a la vez autorrealización, en el momento en el cual el bebé llega a sus brazos y es colocado en el pecho materno. Miedo a sentir dolor, ya que el pezón es un área muy sensible o más aún, a que no salga leche. El bebé en su reflejo primitivo de la succión hace lo posible por acomodar sus pequeños labios en el pezón, que si es muy protruido o plano puede no ser tan de su agrado. Cuando empieza a llorar por su hambre no saciada, la madre se siente frustrada y opta por solicitar ayuda. “No me sale nada,” “no tengo leche,” “tiene hambre, me da pena que esté así,” son frases comunes. Alguna enfermera con experiencia le dirá que es normal no tener leche y que a medida que pasen las horas saldrá el

calostro, pero para ello debe pegarse al niño y que, con la estimulación de su succión, saldrá. (19)

En el caso de las pacientes de puerperio posquirúrgico inmediato, la situación se vuelve un poco más compleja. La escena se podría describir así: la paciente está en el postoperatorio, con su reciente herida quirúrgica; su movilidad física está disminuida por efecto de la anestesia; se encuentra conectada a la bomba de infusión, bajo una monitorización continua; y a esto hay que añadirle que siente mucho dolor; en medio de todo esto, el niño le es colocado para iniciar el apego precoz, entonces se llena de frustración al no poder tomar en brazos a su bebé, ni poder acomodarse bien para darle la leche materna que su bebé tanto necesita y de la que ha sido muy bien aleccionada en sus controles prenatales. ¡Qué desilusión tan grande! A más de esto, los familiares y amigos que la visiten para celebrar la buena nueva, la encontrarán con el rostro cansado y triste, ya que tuvo que recurrir a la leche de fórmula para no permitir –según el médico– que el bebé llegue a una hipoglicemia. (19)

Cuando la madre es dada de alta, comienzan los problemas. Ya en casa con su bebé inician los cambios del estilo de vida de los padres. Si antes llevaban una vida de descanso y ocio, trabajo diario, cuidado de hogar y del jardín y demás actividades propias de la pareja, ahora deberán dejar a un lado todas estas labores para darle un lugar privilegiado al bebé. Las visitas que llegan a diario, se encontrarán con una casa en desorden, y en muchas ocasiones, la abuela es invitada a permanecer en la casa para ayudar a los nuevos padres con la crianza del bebé. La ayuda extra siempre viene bien, mientras no se inmiscuya en las decisiones de los padres en cuanto al manejo del bebé. En este punto pueden surgir ciertas fricciones. La ansiedad por obtener leche de sus senos, impulsa a la madre a insistir en la colocación del bebé al pecho pese a su llanto impaciente. Las abuelas tienden a pensar que este es un acto de crueldad por tener muriendo de hambre al recién nacido. Si la madre no tiene el carácter necesario para poder encarar esta situación, caerá ante la facilidad de la leche de fórmula y el biberón que cualquier

miembro de la familia puede usar para alimentar al bebé. De esta manera se pierde el vínculo madre e hijo, vivenciado en cada amamantamiento, se rompe el nexo íntimo de miradas durante el tiempo que se comparte entre ambos, el frío biberón –por muy exagerado que parezca– convierte lo que sería un momento maravilloso en un simple acto de alimentación. Con el transcurso de los días, la leche materna comienza a producirse en mayor cantidad, y cuando la madre desea reactivar la lactancia, el bebé ya acostumbrado al facilismo del biberón, rechaza el seno materno. Y así, se da el abandono definitivo a la lactancia materna. (19)

2.3.7 Consejos para el éxito de lactancia materna

Es la alimentación ideal. En seguida se ofrece una lista de sugerencias y consejos para el éxito de la lactancia materna cuando se regresa al hogar. Son los siguientes:

- a. El niño debe estar despierto y llorando durante unos minutos antes de alimentarlo, es la señal de que está hambriento, pues un bebé adormilado se alimenta mal.
- b. Ofrecerle pecho cada 2 o 3 horas o según demande el niño durante el día, y siempre que despierte de noche.
- c. El tiempo de la toma varía según las necesidades de cada niño, algunos toman rápidamente y otros son más lentos. Hay que observar cómo se alimenta el niño y entender que tiene su propio ritmo. No se debe apresurar. Generalmente cada toma dura de 5 a 15 minutos por pecho.
- d. ¿Un pecho o ambos? Hay que permitir que el bebé se alimente de un pecho hasta que se detenga, y entonces, tras unos segundos, ofrecerle el otro pecho. Cuando el bebé deje de mamar este pecho, la alimentación habrá terminado. La próxima toma debe empezar siempre con el último pecho que se ofreció en la toma anterior.

- e. Para facilitar la expulsión de los gases tras la toma, es conveniente colocar al niño en posición vertical apoyado en el hombro de la madre durante unos minutos.
- f. Medicamentos maternos: la madre no debe ingerir ningún medicamento cuando esté en periodo de lactancia, a menos que se lo haya prescrito su médico.(19)

2.3.8 Ventajas de la lactancia materna para el niño

La leche materna, como alimento natural, presenta un gran número de ventajas y beneficios para madre e hijo. A continuación, se señalan los beneficios para el bebé. Son las siguientes:

- a. En los 6 primeros meses se produce el mayor crecimiento del cerebro. La leche materna es el alimento más completo para que este desarrollo sea pleno.
- b. Al pasar el tiempo, mes a mes, la leche va cambiando su calidad biológica, adaptándose a la necesidad nutricional del bebé conforme va creciendo.
- c. Siempre disponible, con temperatura ideal, libre de microorganismos y de fácil digestión, así evita la aparición de estreñimiento.
- d. Proporciona inmunidad innata al niño gracias a las inmunoglobulinas que previenen enfermedades infectocontagiosas, parasitarias y alérgicas.
- e. Asegura un crecimiento y desarrollo normal, así como evita la obesidad y las alteraciones metabólicas.
- f. Reduce la frecuencia y gravedad de los estados alérgicos, como eccemas y cólicos intestinales, porque el sistema inmunitario del lactante no la percibe como una proteína extraña. Más bien, la lactancia impide la exposición del bebé a las proteínas extrañas presentes en leches de otro tipo.
- g. La succión del seno materno ejercida por el bebé, ayuda al desarrollo del lenguaje, el correcto desarrollo de la respiración, de la

boca, de la deglución y de las arcadas dentarias y con ello una buena oclusión dentaria.

- h. Fortalece el vínculo emocional del bebé hacia su madre. Las enfermedades respiratorias se reducen en frecuencia y/o duración en los lactantes amamantados, en comparación con los alimentados con fórmula. La incidencia de otitis media y otitis media recurrente se reduce en los lactantes amamantados en comparación con los alimentados con fórmula, principalmente en los menores de dos años.(19)

2.3.9 Ventajas de la lactancia materna para la madre

Al igual que con los lactantes, la lactancia materna proporciona beneficios clínicos directos a las madres durante la lactancia, y beneficios a largo plazo más allá del período de lactancia. Entre los beneficios para las madres durante la lactancia podemos mencionar los siguientes:

- a. Aceleración de la recuperación del parto por la acción de la oxitocina sobre la involución uterina. La secreción de oxitocina es estimulada por la lactancia materna.
- b. Reducción de la respuesta materna al estrés. Se ha sugerido que los péptidos neuroendocrinos, la oxitocina y la prolactina, son componentes importantes del eje del estrés y tienen un impacto positivo en los comportamientos sociales, incluyendo el vínculo materno-infantil (Carter CS, 1997) y citado(16)
- c. También se han observado tasas más bajas de abandono materno y abuso infantil en los lactantes en comparación con los que reciben leche de fórmula (Strathearn L, 2009) y citado (16)
- d. La pérdida de peso después del embarazo puede potenciarse mediante la lactancia materna (Dewey KG, 1993) y citado (16)
- e. Prolongación de la anovulación posparto. Aunque la lactancia materna prolonga la anovulación, no debe considerarse un medio anticonceptivo totalmente confiable. Beneficios

- f. Se ha demostrado que la lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de mama, de ovario y de endometrio (Luan NN, 2013) y citado. (16)
- g. No está claro si la lactancia materna disminuye el riesgo de osteoporosis. En las mujeres premenopáusicas, un mayor pico de masa ósea se asocia con menor riesgo de osteoporosis posmenopáusica. El apoyo indirecto para el papel potencial de protección de la lactancia contra la osteoporosis es proporcionado por varios estudios que han demostrado que la lactancia aumentó la densidad mineral ósea, en comparación con la no lactancia (Melton LJ, 1993) y citado. (16)
- h. La lactancia acumulada parece disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV) como lo demuestran el estudio de Women's Health Initiative de mujeres posmenopáusicas, el análisis multivariado ajustado mostró que las mujeres que amamantaron eran menos propensas que aquellas que nunca amamantaron a tener hipertensión, diabetes, hiperlipidemia y ECV. La mayor acumulación en tiempo de lactancia materna condujo a menores tasas de ECV y factores de riesgo relacionados. Durante los 7.9 años del estudio, las mujeres con un único parto vivo que amamantaron durante 7 a 12 meses tuvieron menos probabilidades de presentar ECV en comparación con las que nunca habían amamantado (Schwarz EB, 2009) y citado.(16)
- i. La lactancia materna se ha asociado con un menor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 durante los años posteriores al parto. Este efecto protector de la lactancia materna se ha demostrado para las mujeres con diabetes mellitus gestacional que se resolvió después del parto, y también para aquellas sin diabetes gestacional, y es independiente de la lactancia inducida por la pérdida de peso (Gunderson EP, 2015) y citado.(16)
- j. La satisfacción materna que la madre experimenta al momento de amamantar a su bebé con un alimento producido por su cuerpo es algo insuperable; lo es también el sentir que su bebé es saciado por

una comida de calidad que, a más de llenar su estómago, le está brindando una protección única e incomparable, al tiempo que fortalece el vínculo materno-infantil, y por ende crea confianza, amor y apego entre ambos. Bebés que se sienten amados y protegidos, serán adultos seguros y productivos en el futuro, lo cual beneficiará a la sociedad en su conjunto.(16)

2.3.10 Presencia de virus SARS-CoV-2 en la leche humana

Debido a que no se ha demostrado la presencia de virus SARS-CoV-2 en la leche humana y en virtud de los beneficios documentados de la lactancia materna, no existe contraindicación absoluta para la misma, sin embargo, las medidas de higiene deberán extremarse para su correcta realización. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos recomienda continuar con la práctica de lactancia materna ya sea de forma directa o por medio de la extracción de leche para alimentar al lactante. Dentro de las medidas de higiene en el marco de la lactancia, se deberá portar un EPP, así como llevar a cabo un correcto lavado de manos antes de manipular al recién nacido (Instituto Nacional de Perinatología, 2020) y citado. (20)

Para considerar el alta al recién nacido, es necesario que cumpla con criterios. De acuerdo al estudio realizado por Laishuan Wang (2020), un recién nacido que se encuentra asintomático, al tener una prueba de PCR – RT para SARS-CoV-2 negativa, puede darse de alta con las recomendaciones necesarias para la prevención del contagio en casa o fuera de ella (Wang L., 2020) y citado (18) Ante un recién nacido sintomático, será necesaria la ausencia de fiebre por 3 días, mejoría clínica general y una prueba de PCR negativa, así como un estudio radiográfico que demuestre pulmones sanos o mejoría de la enfermedad en ellos para poder ser dado de alta. (20)

El manejo de un recién nacido hijo de una mujer sospechosa o confirmada para COVID-19, requiere un abordaje completo por el equipo

de pediatría y neonatología, se requerirá un cuidado neonatal estrechamente vigilado, así como medidas de higiene estricta y protección del personal. Aun cuando no hay evidencia suficiente que avale la transmisión vertical, cada día se publican nuevos resultados que podrán cambiar el conocimiento y manejo actual. El recién nacido asintomático podrá permanecer en alojamiento conjunto con su madre y recibir lactancia materna bajo las medidas de prevención establecidas. En contraste, el recién nacido prematuro o con síntomas propios de enfermedad neonatal, deberá ingresar a una sala aislada como un caso en investigación y deberá recibir el manejo correspondiente a la patología neonatal, con la realización de las pruebas diagnósticas correspondientes para COVID-19. Aún nos falta mucho por aprender sobre el comportamiento clínico de esta enfermedad. (20)

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

3.1 Justificación

El cuidado de los niños (a) es muy importante, por ser el futuro de la sociedad, la base del capital social y el desarrollo económico de la comunidad y de una nación, por cuya razón se debe brindar una buena consejería a las madres con niños menores de 0 a 6 meses para obtener un óptimo desarrollo del recién nacido.

Considerando los beneficios que favorece una lactancia materna exclusiva, el cual contribuye en el crecimiento, desarrolló y la disminución de infecciones en las vías respiratorias y tracto digestivo, así como el reforzamiento del sistema inmunológico del bebe; independientemente del factor social económico y actividad de la madre.

Resaltando la importancia en su alimentación a través de la lactancia materna exclusiva, por ello el personal de salud, deberá aplicar diversas estrategias para concientizar a las madres sobre el valor nutritivo que compone, y lo irremplazable que debe ser esta; de esta manera convirtiéndose en una labor primordial la de promover la lactancia materna, utilizando una adecuada información de las técnicas, puntualizando que, después de los seis meses hasta los dos años a más realicen junto con los alimentos; de esa manera hacer que esa madre valore los beneficios de la lactancia materna.

3.2 Objetivos

3.2.1. Objetivo general

Desarrollar actividades preventivas promocionales que contribuyan a la importancia de lactancia materna exclusiva en madres con niños

menores de seis meses en el centro de salud Bellavista Abancay - 2022.

3.2.2 Objetivos específicos

1. Socializar la guía de lactancia materna exclusiva con el equipo de salud Centro de Salud Bella Vista.
2. Implementar y actualizar el padrón nominal de niños de 0 a 6 meses para permitir un fácil seguimiento oportuno.
3. Sensibilizar a las madres de familia con niños de 0 a 6 meses en la importancia de la lactancia materna exclusiva.
4. Concientizar a las madres acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva y el beneficio para el desarrollo en este grupo etario.
5. Promover la articulación interinstitucional entre el establecimiento de salud, programas sociales y el gobierno local. Además, con participación plena de agentes comunitarios y otros.

3.3 Metas

Sensibilizar al 100% a través de las diversas actividades programadas con niños de 0 a 6 meses sobre la importancia de la lactancia materna, concientizando a las madres sobre el valor nutricional de la lactancia materna en el centro de salud Bellavista, Abancay 2022.

3.4 Programación de actividades

Actividad	Unidad de medida	Indicador	Meta	Cronograma	Responsable(s)
<p>Socializar la guía de lactancia materna exclusiva (2017 MINSA) con todo el personal de salud que trabaja en el establecimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> Reunión con el Jefe de EE.SS y recursos humanos, para dar a conocer sobre la socialización de La Guía de Lactancia Materna que se dará a todo el personal del centro de salud bellavista. Socializar al personal nuevo o SERUM la guía de lactancia materna 	Encuesta de conocimiento antes de la socialización.	Personal de salud asistente a la socialización.	100% del personal presente en la socialización	febrero 2022	Yaneth HUAMÁN C.
<p>Implementar y actualizar el padrón nominal de niños de 0 a 6 meses para permitir un fácil seguimiento oportuno.</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaborar un padrón nominal de los niños(as) menores de 0 a 6 meses del centro de salud bellavista. Identificar a las madres con niños de 0 a 6 meses para realizar las visitas domiciliarias de seguimiento de control CRED, cuando hay inasistencia al control. 	Registro del padrón nominal actualizado. Ficha de visitas domiciliaria firmado por el familiar del niño	Relación de niños menores de 0 a 6 meses con visitas domiciliarias por seguimientos de control CRED realizadas.	219 niños menores de 0 a 6 meses de edad registrados al 100% en padrón nominal.	marzo 2022	Yaneth HUAMÁN C. Personal adjunto

Actividad	Unidad de medida	Indicador	Meta	Cronograma	Responsable(s)
<p>Sensibilizar a las madres de familia con niños de 0 a 6 meses en la importancia de la lactancia materna exclusiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer una sesión educativa sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva a través de rotafolio, trípticos y otros. • Sesión demostrativa en técnica de lactancia materna. • Elaborar un periódico mural con temas sobre la importancia de lactancia materna exclusiva en niños 0a 6 meses de edad. El cual debe estar ubicado a la vista de todos. • Enviar mensajes educativos que promueva a las madres sobre la importancia de la lactancia materna mediante el whatsapp. 	<p>Relación de asistentes de padres de familia de niños menores de 0 a 6 meses de edad sensibilizados.</p> <p>Periódico Mural elaborado</p>	<p>Madres de familia sensibilizada.</p> <p>Atención brindada y sesiones educativas registradas en la historias clínicas</p> <p>Periódico Mural visible</p>	<p>Madres de familia sensibilizada al 100%</p>	<p>Abril 2022</p>	<p>Área de enfermería</p>

Actividad	Unidad de medida	Indicador	Meta	Cronograma	Responsable(s)
<p>Concientizar a las madres acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva y el beneficio para el desarrollo de este grupo etario.</p> <p>Realizar sesiones educativas a las madres con niños menores de 0 a 6 meses para adquirir mayor información sobre los beneficios y la inmunidad que brinda la lactancia materna exclusiva.</p>	Registro de asistencia de las madres con niños de 0 a 6 meses de edad.	Madres comprometidas sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva.	Al 100 % de los niños del centro de salud Bella Vista.	mayo 2022	Área de enfermería
<p>Fortalecimiento de las coordinaciones con los agentes comunitarios, madres líderes del programa JUNTOS responsable de Cuna Más.</p> <ul style="list-style-type: none"> Trabajo en equipo con los actores sociales con el propósito de llegar a las madres con niños de 0 a 6 meses y concientizar los beneficios que brinda una adecuada lactancia materna exclusiva en niños de 0 a 6 meses. 	Capacitación a los actores sociales.	Elaborar un plan de reuniones con los actores para socializar y acordar las próximas sesiones educativas con la población	Participación del 100% de los actores sociales	Agosto 2022	Yaneth Huamán C.

3.5 Recursos

3.5.1 Materiales

Materiales de escritorio	Equipos
Papel bon	Retroproyector
Plumones de colores	Laptop
Cinta masqui	Impresora
Cartón cartulina	Mesa
Papel lustre de colores	Silla
Goma	Tijera
Folder manila	calculadora
Vinifan	Engrapador
Lapiceros	
Libro de actas	
Tampón	
Rotafolio	
Dípticos y trípticos	
Tablero	
Papelotes	
Grapas	
Tinta para impresora	
Extensiones	

3.5.2 Recursos humanos

Los personales de salud que participarán y siguen ´participando en la ejecución del Plan de Intervención son los siguientes:

- a. El jefe del Centro de Salud Bellavista.
- b. El equipo de licenciadas de enfermería.
- c. Internas de enfermería
- d. Personal técnico de enfermería.

3.6 Ejecución

Como primera actividad fue la reunión en el mes de febrero de 2022, con el Jefe del centro de Salud y de Recursos Humanos, para dar a conocer sobre la socialización de la Guía de Lactancia Materna que se dará a todo el personal del Centro de Salud Bellavista.

En el mes de marzo se implementó y actualizó el padrón nominal de niños de 0 a 6 meses con un registro de seguimiento para realizar el seguimiento y visitas domiciliarias.

Dándose inicio a partir del mes abril, hasta el mes de junio; para así programar las fechas de las actividades de socialización que se llevará a cabo durante el presente año; con el objetivo de contar con el total de trabajadores del Centro de Salud Bellavista (trabajo en equipo) con la única consigna de lograr los resultados propuestos, para así brindar una atención de calidad a todos a los niños(as) que acuden a sus controles CRED.

3.7 Evaluación

Una vez planteado el plan de intervención se lograra la concientización de las madres con niños de 0 a 6 meses de edad sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, siendo capaces de reconocer el beneficio para un adecuado desarrollo del niño.

Así mismo con el plan de intervención se lograra fortalecer el vínculo afectivo madre - niño - padre, fomentando la lactancia materna exclusiva especialmente en niños menores de 6 meses.

CONCLUSIONES

El objetivo fundamental de este plan de intervención es que los niños de 0 a 6 meses reciban lactancia materna exclusiva, además de contribuir a disminuir la mortalidad infantil.

1. La socialización de la Guía de Lactancia Materna vigente, con todo el personal del Centro de Salud de Bellavista beneficia a los niños de 0 a 6 meses y sus madres, porque un profesional con conocimiento es capaz de entregar una atención con calidad.
2. Las destrezas y el trabajo en equipo del personal de salud que labora en el establecimiento, lograron el cumplimiento de lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses y estos resultados permiten prevenir la desnutrición, enfermedades respiratorias, diarrea, caries dentales, entre otras.
3. La intervención de Enfermería en la importancia de lactancias materna exclusiva en niños menores de 0 a 6 meses en el Centro Salud Bellavista, este desempeñó un papel importantísimo en el inicio y la continuación de lactancia natural durante los primeros 6 mese
4. Mediante las capacitaciones del profesional de enfermería sobre lactancia materna exclusiva, se lograra brindar una información adecuada a las madres de una manera sencilla y explícita para su entendimiento tomando en cuenta el nivel de información que poseen.

RECOMENDACIONES

1. Se debe promover estrategias educativas sobre la importancia de la lactancia materna adecuada para fortalecer el aprendizaje cognitivo, actitudinal en las madres, con educación participativa sobre el cuidado del recién nacido en los conceptos básicos de la lactancia materna (composición y beneficios), pero sobre todo educar con énfasis en la técnica de amamantamiento.
2. Educar y apoyar a las madres para que brinden lactancia materna exclusiva los primeros seis meses y se mantenga la continuidad de la lactancia materna ampliada hasta los dos años; haciendo énfasis en el valor nutricional de la leche materna; y; haciendo hincapié que ninguna fórmula por más valor económico que tenga es comparado con el valor nutricional de la leche materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 10 datos sobre la lactancia materna [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 2017 [cited 2021 Jan 11]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
2. Muñoz Cruz R, Rodríguez Mármol M. Autoeficacia de la Lactancia Materna en Mujeres Primíparas de Madrid. *Enfermería Cuid Humaniz.* 2017;6(1):19.
3. Bastidas Espinosa MK. Autoeficacia de la lactancia materna y factores asociados, en madres adultas que acuden al Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora - Quito en el periodo agosto 2017- julio 2018. Universidad Internacional del Ecuador; 2018.
4. Bueno Torres KA, Salcedo Quispe SC. Efectividad de un Programa Educativo Multidisciplinario Dirigido a Madres en Autoeficacia, para el Cumplimiento de la Lactancia Materna en Niños Menores de 6 meses. Universidad Norbert Wiener; 2018.
5. Álvaro Saavedra L. Conocimiento y Práctica sobre Lactancia Materna Exclusiva en Puérperas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno -2018. Universidad Nacional del Altiplano; 2019.
6. Li, L Determinates de la autoeficacia en la lactancia materna entre mujeres posparto en zonas rurales de China: un estudio transversal -China 2022
7. Topothai C. Experiencias exclusivas de lactancia materna de madres tailandesas en el área metropolitana de Bangkok-2021
8. Monteiro JCDS, Guimarães CM de S, Melo LC de O, Bonelli MCP. Autoeficacia en el amamantamiento en mujeres adultas: relación con la lactancia materna exclusiva. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3364.
9. Muñoz Cruz R, Rodríguez Mármol M. Autoeficacia de la Lactancia Materna en Mujeres Primíparas de Madrid. *Enfermería Cuid Humaniz.* 2017 Jan 11;6(1):1–14.
10. Flores Quezada EE, Naves Cabrera MZ. Autoeficacia percibida y práctica del amamantamiento en madres adolescentes. Hospital Belén de Trujillo [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo; 2019. Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11649/1871.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

11. Meza Vasquez NS. Evaluación de Eficacia de la Lactancia Materna en Madres Control Postparto, Puesto de Salud San Bartolomé, Provincia de Huaura, 2019 [Internet]. Universidad Nacional José Fautisno Sánchez Carrión; 2019. Available from: [repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/3807/Tesis Evaluacion de la eficacia de la Lactancia Materna.pdf?sequence=1](http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/3807/Tesis%20Evaluacion%20de%20la%20eficacia%20de%20la%20Lactancia%20Materna.pdf?sequence=1)
12. Jesús Poma EM, Yuncacallo Huamaní JM. Autoeficacia percibida y práctica de lactancia materna en madres de menores de 2 años usuarias del Centro de Salud la Libertad Huancayo 2018 [Internet]. Universidad Nacional del Callao; 2018. Available from: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/3060>
13. Gómez Acuña JG. Autoeficacia sobre Lactancia Materna en Madres Primigestas que Acuden al Centro de Salud Huánuco 2016. Universidad de Huánuco; 2017.
14. Rodríguez Muñoz M de la F. Psicología Perinatal Teoría y Práctica [Internet]. Pirámide. Madrid; 2019. 1–512 p. Available from: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
15. Ramírez S. Crianza con apego: de la teoría a la práctica. 2015. 1–186 p.
16. Marino, Bradley S. Fine KS. Internado Rotatorio Pediatría [Internet]. Séptima. Barcelona; 2020. 1–856 p. Available from: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
17. Monteiro JC dos S, Guimaraes CM de S, Melo LC de O, Pereira Bonelli MC. Manual de pediatría. Rev Larino-AmEnfermagem. Segunda. 2020;1–644.
18. Franco Coffré JA, Donoso Triviño JA, Vanessa QDR, Cristina CAM. Manual de Lactancia Materna para Enfermería. Guayaquil; 2018. 1–220 p.
19. Gutiérrez Padilla J, Angulo Castellanos E, García Hernández H, García Morales E, Padilla Muñoz H, Rulfo Ibarra D, et al. Manual de Neonatología 2019. Segunda. Universidad De Guadalajara. México; 2019. 1–386 p.
20. Gutiérrez Padilla JA. COVID-19 Neonatología [Internet]. México; 2020. 1–131 p. Available from: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>

ANEXOS







