

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE
ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALÁ, PIURA. 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

AUTORES:

EDGA CULQUICONDOR PAUCAR

SUGEY LOURDES MECA MORE

CALLAO – 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES PRESIDENTE...
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO SECRETARIA
- Mg. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 111

Fecha de Aprobación de tesis: 16/11/2018

Resolución del Consejo de Facultad 1444-2018-CF/FCS de fecha 14 de noviembre del 2018, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

❖ *Al creador de todas las cosas, el que nos ha dado fortaleza para continuar cuando hemos estado a punto de desvanecer: por ello; con toda humildad que emana nuestro corazón dedicamos nuestro trabajo en primer lugar a Dios.*

De igual forma, dedicamos este trabajo a nuestros hijos, por ser los pilares fundamentales de nuestra vida, por los que luchamos día a día para superarnos.

A nuestros padres , que han sabido formarnos con buenos sentimientos, hábitos y valores, y nos han enseñado a no rendirnos ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos lo cual nos ha ayudado a seguir adelante en los momentos difíciles.

EGDA

❖ *Dedico esta tesis a Dios y a la Virgen Maria porque están conmigo, cuidándome y dándome fortaleza para continuar y guiando mi camino; A mis dos hijas Thais y Key que son las causantes para salir adelante ya que es muy difícil ser mama estudiante y al mismo tiempo trabajar, sacrificando muchas veces infinitas cosas y poder así culminar esta tesis avanzando un peldaño mas en la vida agradezco a Dios por darme tan hermosas compañías y motivación para cada día ser mejor y hacer de mí, la madre más feliz de este mundo*

SUGEY LOURDES

AGRADECIMIENTO

A Dios, por habernos dado fuerza y valor para culminar esta etapa de nuestra vida.

A nuestros hijos, por acompañarnos en nuestra formación académica; con su apoyo, cariño y comprensión incondicional, y porque son parte fundamental de nuestra vida.

Agradecemos la confianza y el apoyo brindado de nuestros padres; que sin duda alguna en el trayecto de nuestra vida nos han demostrado su amor , corrigiendo nuestras faltas y celebrando nuestros triunfos.

A todos los docentes por su valiosos conocimientos brindados durante nuestra formación académica y por su amistad brindada.

A toda la población objeto de estudio, por su aporte brindado durante la elaboración de esta tesis.

Finalmente, un profundo agradecimiento a la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

- ❖ En mi primer lugar le doy gracias infinitamente a Dios por culminar esta etapa de mi vida, a mi hermano por su apoyo incondicional para lograr este momento .A mis hijas porque son mi motivo para salir adelante y a todos aquellos que con sus palabras de aliento me ayudaron a terminar este paso de vida, gracias

ÍNDICE

	Pag.
RESUMEN	05
ABSTRACT	06
INTRODUCCIÓN	07
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	08
1.1 Descripción de la realidad problemática	08
1.2 Formulación del Problema	11
1.2.1 Problema General	11
1.2.2 Problemas Específicos	11
1.3 Objetivos	11
1.3.1 Objetivo General	11
1.3.2 Objetivos Específicos	11
1.4 Limitantes de la investigación	12
1.4.1 Limitante teórico	12
1.4.2 Limitante temporal	12
1.4.3 Limitante espacial	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1 Antecedentes	13
2.1.1 Antecedentes Internacionales	13
2.1.2 Antecedentes Nacionales	15
2.2 Marco	
2.2.1 Teórico	18
2.2.2 Conceptual	21
2.3 Definición de términos básicos	46

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	48
3.1 Definición conceptual de variables	48
3.2 Operacionalización de variables	49
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	51
4.1 Tipo y diseño de la de Investigación	51
4.1.1 Tipo de la Investigación	51
4.1.2 Diseño de la Investigación	51
4.2 Población y muestra	51
4.3 Técnicas e Instrumentos para recolección de la información	52
4.4 Análisis y procesamiento de datos	54
CAPÍTULO V: RESULTADOS	55
5.1 Resultados Descriptivos	55
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	62
6.1 Contrastación de los resultados con otros estudios	62
6.2 Responsabilidad ética	63
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	69
Anexo 1: Instrumentos validados (cuestionario)	69
Anexo 2: Instrumentos validados (Guía de observación)	74
Anexo 3: Consentimiento informado	75

ÍNDICE DE TABLAS DE CONTENIDO

		Pág.
Tabla N° 5.1	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD DE CHALACALA, PIURA 2018.	53
Tabla N° 5.2	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN GRUPO ETÁREO DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA, PIURA 2018.	54
Tabla N° 5.3	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA , PIURA 2018.	55
Tabla N° 5.4	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA, PIURA 2018.	56
Tabla N° 5.5	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA, PIURA 2018.	57
Tabla N° 5.6	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA , PIURA 2018.	58
Tabla N° 5.7	PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD DE CHALACALA, PIURA 2018.	59

ÍNDICE DE GRAFICOS DE CONTENIDOS

	Pág.
GRAFICO N°5.1	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD DE CHALACALA, PIURA 2018. 53
GRAFICO N°5.2	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN GRUPO ETÁREO DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA, PIURA 2018. 54
GRAFICO N°5.3	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA, PIURA 2018 55
GRAFICO N°5.4	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA , PIURA 2018. 56
GRAFICO N°5.5	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA, PIURA 2018. 57
GRAFICO N°5.6	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA, PIURA 2018. 58
GRAFICO N°5.7	PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD DE CHALACALA, PIURA 2018. 59

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de Conocimientos y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres con niños menores de 6 meses. El tipo de estudio fue descriptivo y el diseño fue no experimental de corte transversal. La población estuvo conformada por 32 madres que pertenecen al Programa Articulado Nutricional (PAN) del Puesto de Salud de Chalacala, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión presentados en el trabajo. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta, y como instrumento un cuestionario que contiene preguntas cerradas para medir conocimientos y una guía de observación de 19 afirmaciones para medir la variable practica. Resultados: El nivel de conocimientos de las madres fue conocimiento medio con 68.8% y con nivel de conocimiento bajo 31.2%.

Conclusión: Un alto porcentaje de madres presentó un nivel bajo en las práctica acerca de la lactancia materna exclusiva. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes.

PALABRAS CLAVE: Lactancia materna, beneficios, edades, prevención. Posición y práctica

UMMARY

The objective of this research was to determine the level of knowledge and practices on exclusive breastfeeding in mothers with children under 6 months. The type of study was descriptive and the design was non-experimental cross-sectional. The population consisted of 32 mothers who belong to the Nutritional Articulated Program (PAN) of the Chalacala Health Post, which met the inclusion and exclusion criteria presented at work. For the collection of data, the survey was used as a technique, and as a tool a questionnaire that contains closed questions to measure knowledge; and an observation guide of 19 statements to measure the practical variable.

Results: The level of knowledge of the mother was average knowledge with 68.8% and with level of knowledge under 31.2%.

Conclusion: A high percentage of mothers presented a low level in the practices on exclusive breastfeeding. Therefore, the development and establishment of programs that allow educating this population and future nursing mothers is needed.

KEYWORDS: Breastfeeding, benefits, ages, prevention. Position and practice

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna constituye una práctica importante y significativa para la salud del niño desde el nacimiento hasta los seis meses de forma exclusiva, además es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de los niños.

La lactancia materna exclusiva forma parte de una estrategia para superar los problemas de morbilidad infantil. Además de suponer un gran ahorro para las familias y los gobiernos, a que es un recurso natural y renovable que aporta considerablemente al desarrollo físico, mental y emocional de los involucrados: las mujeres, sus hijos y su entorno familiar. El presente trabajo de investigación titulado “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA, PIURA 2018” tiene como finalidad determinar el nivel de conocimiento y prácticas sobre lactancia materna exclusiva de las madres con niños menores de 6 meses. Asimismo, contribuirá a identificar oportunamente el riesgo de padecer enfermedades como infecciones, síndrome de muerte súbita del lactante, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus, obesidad y desarrollo cognitivo. La lactancia materna es la manera ideal de brindar nutrientes a los niños pequeños ya que permite su adecuado desarrollo y satisface las necesidades nutricionales y emocionales aportando un contenido óptimo en nutrientes, anticuerpos y sustancias biológicamente activas.

El informe final de investigación consta de seis apartados; I: Planteamiento del problema, que incluye la descripción del problema, formulación del problema, objetivos y limitantes de la investigación, II: Marco teórico incluye los antecedentes, el marco teórico, conceptual, teórico-conceptual y la definición de términos, III: Hipótesis y variables considera las variables e

hipótesis, así como la operacionalización de variables, IV: metodología de la investigación; V: resultados, VI: discusión de resultados, , asimismo, contiene un apartado de conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La lactancia materna es el tiempo durante el cual el bebé se alimenta exclusivamente de leche de la madre. Es el mejor alimento que puede recibir él bebe ya que le proporciona todos los nutrientes requeridos para su desarrollo y crecimiento. Para poder alimentar al recién nacido, las mamas de la madre se preparan durante el embarazo para producir leche. La mujer debe prepararse para lactar a su hijo, cuidando sus pezones para fortalecerlos (1). La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año, la leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. (2)

Durante los primeros días de lactancia, la mujer produce un líquido amarillento y espeso llamado calostro. El calostro es una sustancia pre láctea que contiene proteínas, vitaminas, sales minerales, leucocitos y corpúsculos de calostro. Esta posee propiedades laxantes y provee al bebe de anticuerpos que lo inmunizan contra ciertas enfermedades, A partir del quinto día de lactancia, la leche materna va aumentando su concentración de grasas y vitaminas hasta convertirse en leche madura, lo que ocurre al décimo día. Esta leche es poco transparente y de color blanco azulado, contiene lactosa, lacto albúmina, vitaminas y minerales, hormonas y lípidos. Otras de las ventajas de la lactancia es que permite a la madre recuperar su equilibrio hormonal, previene el cáncer de mama y proporciona

satisfacción afectiva a la madre y al bebé. (3). La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas, a lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente. (4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida. Se mantendrá, introduciendo alimentación complementaria lenta y progresivamente desde los seis meses, hasta que la madre decida dejar de amamantar la madre lactante requiere una dieta balanceada para garantizar una mejor leche así mismo agrega que la lactancia materna debería desarrollarse hasta al menos los 2 años de vida.(5)

En el Perú actualmente, poco más de la mitad de los niños nacidos un (55%) empiezan a tomar el pecho en la primera hora de vida. Las tasas son más bajas entre los nacidos en centros de salud, los atendidos en el parto por profesionales sanitarios, los nacidos en zonas urbanas, y los hijos de madres con mayores ingresos y nivel educativo. Esto puede parecer sorprendente, ya que en los países de ingresos altos la situación suele ser la inversa: las madres con más ingresos y nivel educativo tienden más a dar el pecho a su niño. Perú es un país que ha destacado como regulador de la promoción de la lactancia materna (6). En el Plan Estratégico Multisectorial para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna 2013-2021 reforzará la aplicación de la normativa existente sobre la alimentación de los lactantes, garantizará la disponibilidad de salas de lactancia en los lugares de trabajo, y reevaluará los hospitales que hayan

obtenido el certificado de "amigos de la madre y el niño" para confirmar que siguen apoyando la lactancia natural. Mediante esas medidas, Perú intentará aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuación de la lactancia hasta los 24 meses en un 2% anual hasta el 2021. La Semana de la Lactancia Materna en el Perú se celebra cada cuarta semana de agosto, según la Resolución Ministerial N° 240-2000-SA/DM, y realza a la leche materna como alimento único, económico e insuperable. Asimismo, presenta a la lactancia materna como un derecho del bebé y de la madre. La leche materna es un fluido vivo con más de 200 componentes conocidos, que asegura la supervivencia, la nutrición y el desarrollo del niño o de la niña. (7)

En el Puesto de Salud de Chalacalá se cuenta con una área donde se ubica la Estrategia sanitaria de Programa Articulado Nutricional es aquí donde acuden las madres de niños menores de 5 años con más frecuencias y madre lactantes. Según nuestras estadísticas en el Caserío de Chalacalá en el año 2017 solo existe un 50% madres que si realizan el dar de lactar a su menor de seis meses ya que muchas de estas madres son trabajadoras de las grandes empresas que se instalaron en la localidad dejando a sus menores al cuidado de algún familiar donde ellas salen a trabajar desde muy temprano logrando terminar su faena laboral al atardecer muchas de ellas son el sustento de su hogar donde aproximadamente es su grupo de edad que oxila entre 18 años a 35 años.

Para ello el enfermero (a) cumple un rol importante dentro de las acciones preventivas promocionales de autocuidado en donde incluirá acciones de apoyo y una buena educación entre la madre y el niño muchas de las madres que dan de lactar en muchos casos se ven obligadas a trabajar por la economía de su hogar siendo muchas veces ellas el sustento de su hogar donde no tienen un conocimiento claro sobre todos los beneficios y prevención que su menor lo está perdiendo a la falta de una buena lactancia materna exclusiva. . Con esta investigación se quiere lograr

que se tome más énfasis en que las madres conozcan sobre la importancia de la Lactancia Materna exclusiva con el fin de disminuir la Morbilidad infantil y riesgo de enfermedades mismo se quiere lograr que la madre lactante debe comer de todos los alimentos disponibles en mayores cantidades que lo habitual. No existen alimentos prohibidos, en caso de presentar algún problema acudir a su puesto de Salud.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es el nivel de Conocimientos y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres con niños menores de 6 meses que acuden al Puesto Salud chalacalá, Piura- Setiembre 2018?

1.2.2 Sub Problemas

Interrogantes específicas:

- ¿Cuál es el nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Puesto Salud chalacalá, Piura- Setiembre 2018?
- ¿Cómo es la Práctica sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Puesto Salud chalacalá, Piura- Setiembre 2018?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar el nivel de Conocimientos y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres con niños menores de 6 meses que acuden al Puesto Salud chalacalá, Piura- Setiembre 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres con niños menores de 6 meses que acuden al Puesto Salud chalacalá, Piura- Setiembre 2018.
- Identificar las Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Puesto Salud chalacalá, Piura- Setiembre 2018.

1.4 Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante teórico

No hay limitante teorico por la existencia de investigaciones ejecutadas afines.

1.4.2 Limitante temporal

No existe limitante temporal porque las madres de niños menores de 6 meses asisten al puesto de salud de Chalacala, Piura.

1.4.3 Limitante espacial

No hay limitación espacial porque hay accesibilidad al establecimiento de salud de Chalacalá, Piura.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

Debido a la trascendencia de la investigación se ha indagado los trabajos que abordan el tema, encontrándose tesis y/o estudios que de una manera u otra están relacionados con este trabajo de investigación.

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

YLLESCAS, C. (2015). En su estudio “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES QUE SE SEPARAN DE SU HIJO POR TRABAJO. ESTUDIO REALIZADO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PERMANENTE DE VILLA NUEVA”. Tuvo como objetivo Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres que se separan de su hijo menor de 2 años que asisten al Centro de Atención Permanente de Villa Nueva. El estudio fue cualitativo de corte transversal, prospectivo descriptivo no experimental. Se aplicó cuestionario para caracterizar a la población y determinar los conocimientos sobre lactancia materna. Realización de 3 grupos focales para determinar las actitudes y prácticas sobre lactancia materna. Teniendo como resultado: Las edades de las madres estaban comprendidas de 19 a 41 años. El 91% de la población de estudio es que si sabe leer. El 91% de las madres se separan del cuidado de su hijo por el retorno a sus actividades laborales. El 71% de las madres se beneficiaron con la hora de lactancia materna. 96% de las madres que afirmaron que ofrecieron lactancia materna a sus hijos(as) y el 4% no realizó la práctica. Las

conclusiones: Las participantes del estudio mostraron ser una población joven, casada y con un nivel educativo que les permite incursionar en el ámbito laboral. Las cuales se separan de su hijo 6 días a la semana de 4 a 8 horas exclusivamente por trabajo. Siendo evidenciada la práctica de lactancia materna por un periodo de 4 meses. El conocimiento de las madres trabajadoras sobre lactancia materna es adecuado. La mayoría de madres trabajadoras muestra una actitud favorable y tienen prácticas adecuadas hacia la lactancia materna. La población ofrece lactancia materna mixta y no lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida del lactante. (1)

NAVA, R. y MARTÍNEZ, M. (2014) "INFORMACIÓN CON LA QUE CUENTAN LAS MUJERES POSTPARTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL IMIEM". El objetivo de este trabajo fue determinar la información que con la que cuentan las mujeres postparto sobre lactancia materna en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM. Se utilizó un instrumento de investigación que constó de 32 preguntas, para determinar si la información de Lactancia Materna con la que se contaba era suficiente se tomaron 22 reactivos correctos, de lo contrario al contar con un número menor, se consideró insuficiente. Como resultado, se obtuvieron 182 encuestas, de las cuales 37% tuvo información suficiente, mientras que 67% tuvo un resultado insuficiente. Siendo mayor la información en mujeres que tienen escolaridad de Licenciatura y/o en su caso 3 hijo o más. Se puede concluir que las mujeres postparto no cuentan con la información que se requiere para lograr una Lactancia Materna exitosa, a pesar de conocer los beneficios que ésta proporciona, no tienen claro cómo amamantar correctamente a sus hijos, además de que la información obtenida sobre Lactancia Materna está influenciada por el número de hijos y la escolaridad. Por lo que se sugiere que se trabaje más en

capacitar a las pacientes que asisten al Hospital de Ginecología y Obstetricia del IMIEM, dando información más allá del concepto de Lactancia Materna, sino técnicas, posiciones, almacenamiento; asegurar que la paciente cuente y utilice la información, todo esto con el fin de lograr una práctica adecuada de la Lactancia Materna.(2)

GUERRERO JL, VERA JE. (2013), "NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES", Fue un estudio descriptivo prospectivo; tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento, actitud y técnicas sobre lactancia materna; mediante la aplicación de un cuestionario constituido por 26 preguntas, a una muestra de 100 adolescentes. Luego de correlacionar y analizar los datos, los resultados con respecto al nivel de conocimientos sobre lactancia materna, fueron los siguientes: el 55% obtuvo nivel de conocimientos 1 o malo, 19% nivel 2 o regular, 21% nivel 3 o bueno y 5% nivel 4 o excelente. Por otra parte la actitud que presenta la madre hacia la práctica de la lactancia también nos dio datos muy importantes : en el nivel I (malo) se ubica el 1% de la muestra, en el nivel 2(regular) el 9% , en el nivel 3 Cel 26% y en el nivel 4 el 64%. (3)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

ZVALETA, A Y GUTIERREZ, A (2017) "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA –LIMA", tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo. El diseño realizado fue no experimental de corte transversal –descriptivo, en los consultorios externos de CRED y Neonatología del Hospital

Nacional Arzobispo Loayza durante los meses de junio -agosto del 2015, participaron 81 madres adolescentes entre 12 a 17 años de edad que cumplieron con los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta, y el instrumento a través de un cuestionario validado por juicio de expertos. Para el procesamiento de información, se empleó el programa SPSS versión 21 y Excel. Los resultados revelaron que el 54,32% (n=44) de las madres adolescentes tenían un nivel de conocimiento regular, el 30,86% (n=25) un nivel de conocimiento malo y el 14,82 % (n=14) un nivel de conocimiento bueno. La edad de mayor prevalencia de las madres adolescentes fue de 16 años, con respecto al estado civil el mayor porcentaje 53.1% (n=43) eran convivientes. En cuanto al grado de instrucción, el 69.1% (n=56) tenían secundaria incompleta. De otro lado el 61% (n=50), eran de procedencia de la costa, y respecto a la ocupación el 61.7% (n=50) se dedicaban a casa. En conclusión, el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes fue regular con un 58% (n=47).

(4)

VILLACORTA, C. y VARGAS, L. (2016) "CONOCIMIENTO Y ÉXITO EN INICIO DE LACTANCIA MATERNA, EN MADRES PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD". El objetivo fue determinar la asociación que existe entre conocimiento sobre lactancia materna y éxito en el inicio de la lactancia materna, en madres en etapa de puerperio inmediato, atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital III Essalud, Puchana 2016. Se empleó el método cuantitativo, el diseño no experimental, descriptivo, correlacional, transversal. La población fue de 150 madres y la muestra de 80, aplicando dos instrumentos para la recolección de datos, el Cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna, con

una validez de 89,48% y confiabilidad de 86% y la Ficha de registro del inicio de lactancia materna con validez de 98,21% y confiabilidad de 81,9%. El programa estadístico fue el SPSS, versión 22 para Windows XP, con nivel de confianza de 95% y nivel de significancia de 0,05 ($p < 0,05$) para aceptar la hipótesis planteada. Se utilizó la prueba no paramétrica de libre distribución Chi cuadrado (χ^2), obteniendo como resultados: en conocimiento sobre lactancia materna de las madres puérperas: 46,2% presentaron conocimiento alto, 40,0% conocimiento medio y 13,8% bajo; en éxito en el inicio de la lactancia materna en las madres fue del 61,2% (el recién nacido lactó en la primera hora o dentro de las primeras 24 horas) y 38,8% no iniciaron lactancia materna incluso dentro de las primeras 24 horas. Al asociar ambas variables, se obtuvo asociación estadística significativa entre conocimiento y éxito en el inicio de la lactancia materna ($p = 0,007$; $p < 0,05$). (5)

CASTRO, R. y ORDOÑEZ, L. (2014) "ACTITUD FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL", El objetivo: fue Determinar la actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de salud de San Cristóbal-Huancavelica, 2014. Estudio descriptivo, estadístico, bibliográfico, inductivo y deductivo; investigación no experimental, transversal y descriptivo. Aplicado en 30 madres adolescentes con lactantes menores de 6 meses, la muestra fue censal; para la recolección de datos se utilizó la técnica psicométrica y su instrumento de medición fue la escala tipo Likert. Resultados: En la actitud en general se encontró que el 56.7% (17) de madres adolescentes muestran una actitud medianamente favorable, 23.3% (7), desfavorable y 20% (6) , favorable; en la dimensión cognitiva el 53,3%(16) presentan una

actitud medianamente favorable, 26,7%(8), favorable y 20,0%(6), desfavorable; en la dimensión afectiva se encontró que el 63,3%(19) de madres adolescentes presentan una actitud medianamente favorable, 20,0%(6), desfavorable y 16,7%(5), favorable; y en la dimensión conductual el 46,7%(14) de madres adolescentes presentan una actitud medianamente favorable, 30,0%(9), favorable y 23,3%(7), desfavorable. Conclusiones: La mayoría de las madres tiene actitud medianamente favorable frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva; ello implica que la mayoría tiene una disposición a favor de esta práctica; lo cual favorece el desarrollo y crecimiento del niño, logrando con ello disminuir la desnutrición infantil, para que el futuro sea un niño fuerte y sano. (6)

2.2 Marco

2.2.1 Teórico

La presente investigación se apoya en tres teorías de enfermería:

Teoría de los cuidados propuesta por Kristen M. Swanson, con énfasis en los cinco conceptos: conocer, estar con, hacer para, posibilitar, y mantener la confianza.

Teoría de los cuidados propuesta por Madeleine Leininger, “quien considera que los cuidados son el tema central de la atención de la ciencia y el ejercicio profesional de enfermería”. Los cuidados incluyen actividades de asistencia, de apoyo o de facilitación para un individuo o un grupo de individuos con necesidades evidentes o previsibles.

La Teoría adopción del rol maternal propuesta por Ramona Mercer, abarca varios factores maternos: edad, estado de salud, relación padre-madre y características del lactante. Además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los

cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad. Ramona Mercer, con su teoría Adopción del Rol Maternal (ARM), propone la necesidad de que los profesionales de la Enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal.

TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON

Para Swanson, Enfermería es cuidado informado para el bienestar del otro (madres, neonatos y familia). Este se informa mediante el conocimiento empírico a partir de enfermería y de ciencias a fines, humanidades, experiencias clínicas y los valores personales y sociales de las personas. Luego, enfermería es la disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar de madres, bebés y familia. Con respecto a cómo Swanson define las personas, las madres, niños y familia del programa de lactancia materna, deben ser vistos por enfermería, como seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando son capaces de manifestar sus pensamientos, sentimientos y conductas. Además, las experiencias vitales de madres, niños y familia están influidas por una compleja interacción de lo genético, espiritual y su capacidad de ejercer la autonomía, por lo cual las personas moldean y son moldeadas por el medio donde viven. Las madres con sus recién nacidos, apoyados en su familia, son seres dinámicos, en crecimiento, espirituales (las conecta con una fuente eterna, misterio, vida, creatividad y serenidad. Este puede ser el alma, un poder superior, energía

positiva), que se auto-reflejan y que desean estar conectados con otros. La autonomía les ofrece la capacidad de decidir cómo actuar, ante un rango de posibilidades; por tanto el Profesional de Enfermería debe aceptar la individualidad, asumir el liderazgo en la lucha por los derechos humanos, igualdad al acceso a los servicios de salud y otras causas humanitarias. (7)

MODELO DE MERCER, T. RAMONA.

La teoría del talento para el papel materno esta teoría se centra en la paternidad y en la consecución de un papel maternal en diversas poblaciones. Propone la necesidad de que los profesionales de la enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal.

La aplicación de esta teoría con lleva una serie de consecuencias para el ejercicio de la enfermería en el ámbito de la salud de la mujer y de los lactantes. La forma en que la madre define y percibe los acontecimientos está determinada por un núcleo del sí mismo relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influidas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo.

Las características y las conductas tanto de la madre como del niño pueden influir en la identidad del rol materno y el niño.

Las características y las conductas maternas incluidas en el modelo de merced son la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas

por el niño, la autoestima y el auto concepto, la relación con sus padres cuando la madre era niña, la madurez y la flexibilidad, la actitud, el embarazo y la experiencia del nacimiento, la salud y el conflicto del rol.

Las características del niño que afectan a la identidad del rol materno son el temperamento, la capacidad para enviar mensajes, la experiencia, las características generales, la respuesta y la salud. Los ejemplos de respuestas del desarrollo del niño que interactúan con el desarrollo de la identidad materna de la madre, representa como:

- ✓ Contacto visual con la madre mientras le habla, reflejo de presión.
- ✓ Reflejo de sonreír y conducta tranquila en respuesta a los cuidados de la madre.
- ✓ Conductas interactivas coherentes en la madre.
- ✓ Respuestas de obtención por parte de la madre.

Esta etapa de identidad del rol personal se consigue cuando la madre ha integrado el rol en su propio sistema con una congruencia de su rol y de los demás, está segura de su identidad como madre, está emocionalmente entregada a su hijo y siente armonía, satisfacción y competencia en su rol. (8)

2.2.2 Conceptual

Conocimientos de las madres sobre lactancia materna exclusiva Es toda aquella información que posee la madre sobre la lactancia materna exclusiva en cuanto a la

importancia, frecuencia, duración, ventajas en la salud del niño y la madre.

Lactancia materna: Es la alimentación del niño directamente del pecho materno, es considerado como el puente maternal entre la vida intrauterina y la adaptación al mundo exterior.

La lactancia materna es la forma natural de alimentación de la especie humana que proporciona al recién nacido, el alimento ideal para su crecimiento y desarrollo, además de ejercer una influencia biológica y afectiva inigualable, tanto en el niño como en su madre. (8)

La OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. (9)

Lactancia materna exclusiva: Significa que el lactante ingiere únicamente leche materna incluyendo leche materna extraída , no se le dan otros líquidos ni sólidos (ni agua), exceptuando la administración de una solución de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes (9)

Lactancia materna a libre demanda: Alimentación a libre demanda significa que el bebé debe ser alimentado cada vez que quiera, desde el mismo momento del nacimiento y hasta que suelte el pecho; hay que olvidarse de los horarios y la duración de la toma (9)

Leche materna: Es la secreción producida por las glándulas mamarias de la mujer. Contiene todas las sustancias nutritivas (grasas, proteínas, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua) que necesita el lactante en los primeros 6 meses de vida. (9)

Las fases de la leche materna

La composición de la leche materna va variando a medida que el bebé crece, y se adapta perfectamente a las necesidades del niño en cada una de las etapas de su crecimiento y desarrollo:

El calostro

La primera leche que recibe el bebé nada más nacer es el calostro, una leche de apariencia amarillenta y consistencia algo más ligera que la leche madura. El calostro es muy beneficioso durante las primeras semanas del recién nacido, porque le aporta una gran cantidad de proteínas y de inmunoglobulinas, un nutriente esencial para prevenir al bebé de posibles infecciones. Además, el calostro es una sustancia rica en vitaminas liposolubles como la vitamina A, la vitamina D, la vitamina K y la vitamina E, y está repleto de minerales.

Durante los primeros días de vida del recién nacido, el tamaño de su estómago es muy pequeño, por lo que el calostro se adapta perfectamente a todas las tomas que realiza el bebé durante esta primera etapa. El calostro va preparando progresivamente el sistema digestivo del bebé, para que éste se adapte a recibir la leche materna unas semanas después del parto.

La leche de transición

Entre el quinto y el décimo día después del parto, el calostro deja paso a la leche de transición, una leche más grasa, de apariencia más blanca, con un alto contenido en lactosa y en vitaminas. De hecho, la leche de transición aporta más calorías al bebé para adaptarse también mejor a sus necesidades energéticas.

La concentración de inmunoglobulinas y de proteínas que contenía el calostro, disminuyen considerablemente en la leche de transición. Sin embargo, el contenido de vitaminas solubles en agua, aumenta en la leche de transición.

La leche materna madura: es la que produce la madre tras la leche de transición, a partir del décimo día tras el alumbramiento. Esta es la leche materna propiamente dicha, y la que aporta al bebé todas las sustancias que necesita para su desarrollo hasta los seis meses de vida, etapa en la que el niño se inicia en la alimentación complementaria.

Entre los principales componentes que contiene la leche materna, caben destacar: el agua, que representa alrededor del 80% de esta leche madura, los carbohidratos, las proteínas, los minerales, las vitaminas y las grasas. Asimismo, la leche materna madura contiene menos caseína que las leches de fórmula, por ello, los bebés digieren mucho mejor la leche materna que la leche procedente de la lactancia artificial. Sin embargo, la leche materna contiene más grasas y carbohidratos que las leches de fórmula, por lo que supone una fuente energética excepcional para el bebé durante sus primeras etapas de crecimiento.

En cuanto a los hidratos de carbono que contiene la leche materna madura, el principal es la lactosa, un nutriente esencial para el desarrollo del sistema nervioso del bebé, así como para el fortalecimiento de su sistema inmunitario.

Sea cual sea la etapa de la lactancia, la leche materna se adapta a la perfección a las distintas necesidades que va teniendo el bebé a medida que va creciendo. Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño. A partir de los seis meses, los bebés debe comenzar también con la alimentación complementaria, pero la lactancia materna puede seguir presente en la alimentación como complemento, durante dos años o más. (10)

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:

La lactancia materna juega un rol importante, al hacer seguridad alimentaria realidad para 140 millones de niños que nacen cada año. Seguridad alimentaria significa suficiente alimento para mantener una vida saludable y productiva hoy y el futuro.

La leche materna es el alimento más adecuado para las necesidades del bebé, por encima de cualquier complemento de leche artificial.

A que los familiares, la comunidad, los servicios de salud, los patronos y el gobierno se sientan obligados a apoyar y mantener la lactancia materna.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA EXCLUSIVA EN EL BEBÉ:

Mejora su sistema inmune.- Permite el paso de inmunoglobulinas (o defensas) a través de la leche materna. Mejora la protección frente a enfermedades gastrointestinales, de vías respiratorias altas como la otitis media, las de vías respiratorias bajas, como la neumonía o la bronquitis. Se ha demostrado que disminuye tanto su incidencia como su gravedad y duración.

Maduración del sistema inmune.- La alimentación con leche materna disminuye la incidencia de enfermedades alérgicas, y otros trastornos autoinmunes, la enfermedad de Chron, trastornos digestivos crónicos y la posibilidad de padecer diabetes mellitus.

Bebés prematuros.- Menor incidencia de enterocolitis necrotizante y “distress” respiratorio, dos problemas importantes en los casos de prematuridad, que asocian ingresos hospitalarios y complicaciones graves en estos niños.

Previene la muerte súbita del lactante.- La lactancia materna disminuye el riesgo de sufrir muerte súbita del lactante, enfermedad que raramente puede ser tratable, por lo que los mayores esfuerzos se realizan en su prevención.

Menos mortalidad infantil.-Y si nos fijamos en otro valor importante, es el de la mortalidad infantil, la lactancia materna disminuye esta tasa en el primer año de vida del niño.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LA MADRE:

Secreción de hormonas beneficiosas.- En el postparto inmediato, el comienzo de la lactancia materna precoz favorece la secreción de oxitocina, hormona que facilita la contracción uterina tras el parto, disminuyendo por lo tanto el

sangrado fisiológico tras el alumbramiento. Este mecanismo natural que favorece la contracción uterina, multiplica y sus beneficios en aquellas sociedades menos favorecidas y con una asistencia a la maternidad más precaria.

Favorece el vínculo materno con el recién nacido.-

Gracias al mecanismo fisiológico del amamantamiento, aumenta la secreción de la hormona oxitocina, lo que genera una sensación placentera y de tranquilidad. Favorece la creación de relaciones afectivas entre la madre y el bebé.

Peso de la madre.-La lactancia materna influye favorablemente en la recuperación del peso materno que se tenía antes de la gestación. El mantenimiento de la lactancia supone un esfuerzo metabólico al organismo materno, aumentando por tanto su consumo calórico. De este modo, la pérdida de peso tras el parto en mujeres que dan el pecho es más acusada que en las mujeres que optan por la lactancia artificial.

Tiene ciertos efectos anticonceptivos.- Aunque no se considera un método anticonceptivo eficaz al cien por ciento, muchas mujeres lo emplean para su planificación familiar. Cuando se produce la lactancia, aumenta la hormona prolactina, la cual es una potente inhibidora de la ovulación. De este modo se ejerce el efecto anticonceptivo. Para que sea más efectivo se recomienda:

- ✓ Que no haya intervalos de más de 3-4 horas sin lactancia, siempre en los primeros 6 meses tras el parto.
- ✓ Es tan importante que por la noche se siga con las tomas del bebé.
- ✓ Que realmente se realice una lactancia materna exclusiva, sin introducir otros alimentos.

- ✓ Debemos de tener en cuenta que la falta de menstruación, que muchas mujeres asocian con la eficacia de la anticoncepción, no es sinónimo de falta de ovulación. Por eso, no debemos confiar en que existe protección frente al embarazo por simplemente la ausencia de menstruación: puede haber ovulación en este periodo.

Menos riesgo de cáncer de mama.-Hay estudios que sustentan que las mujeres que han lactado se ven protegidas frente al desarrollo de un cáncer de mama y de ovario durante su vida. Este beneficio es mayor en las mujeres que fueron madres antes de los 35 años, y las que dieron lactancia prolongada en más ocasiones. (11)

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PARA LA FAMILIA

Dar de mamar ayuda a que la familia sea más feliz y unida porque:

- Hay menos preocupaciones debido a que los niños o niñas se enferman menos.
- Al no comprar otras leches, biberones, mamaderas y combustible el dinero de la familia se utiliza mejor.
- Protege la inteligencia y el crecimiento normal de su hijo o hija
- Está siempre lista, no requiere preparación.
- Está siempre a la temperatura ideal.
- Es estéril por lo que no hay peligro de contaminación.
- Favorece la alimentación nocturna

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA PARA EL DESARROLLO DEL PAIS

Las madres que amamantan contribuyen:

- ❖ A que menos niños se enfermen y se mueran y/ a que haya menos gastos hospitalarios
- ❖ A utilizar el recurso natural renovable más valioso
- ❖ A que el país tenga niños y niñas más sanos, inteligentes y seguros de sí mismos (12)

COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA:

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas.

- a) **Agua.-** La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico.
- b) **Proteínas.-** Entre los mamíferos, la leche humana madura posee la concentración más baja de proteína (0,9 g/100 ml). Sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño.

La proteína de la leche humana está compuesta de 30% de caseína y 70% de proteínas del suero.

La caseína está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio.

Las proteínas del suero son entre otras: alfa-lactoalbúmina (de alto valor biológico para el niño), seroalbúmina, beta-lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lactoferrina, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas y prostaglandinas.

Las inmunoglobulinas de la leche materna son diferentes a las del plasma, tanto en calidad como en concentración. La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna.

La IgG es la más importante del plasma y se encuentra en una cantidad 5 veces mayor que la IgA.

La proporción de inmunoglobulinas en la leche se modifica progresivamente hasta llegar al nivel que se mantendrá en la leche madura, más o menos a los 14 días postparto.

El calostro tiene 1740 mg/100 ml de IgA contra 43 mg/100 ml de IgG.

La leche madura tiene 100 mg/100 ml de IgA contra 4 mg/100 ml de IgG.

La IgA protege tanto a la glándula mamaria como a las mucosas del lactante en el período en que la secreción de IgA en el niño es insuficiente.

La lactoferrina además de su acción bacteriostática sobre ciertos gérmenes ferrodpendientes (E. Coli), contribuye a la absorción del hierro en el intestino del niño.

La lisozima constituye un factor antimicrobiano no específico. Tiene efecto bacteriolítico contra Enterobacteriaceae y bacterias Gram positivas. Contribuye a la mantención de la flora intestinal del lactante y además tiene propiedades anti-inflamatorias.

Ocho de los veinte aminoácidos presentes en la leche son esenciales y provienen del plasma de la madre. El epitelio alveolar de la glándula mamaria sintetiza algunos aminoácidos no esenciales.

La taurina es un importante aminoácido libre de la leche materna, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es necesario para conjugar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor o neuromodulador del cerebro y la retina.

La cistina es otro aminoácido que está combinado con la metionina en una proporción de 2:1, específica para la leche humana.

Hidratos de carbono.- El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa.

La leche humana tiene un alto contenido de lactosa, 7 g/dl (cerca de 200mM).

La lactosa parece ser un nutriente específico para el primer año de vida, ya que la enzima lactasa que la metaboliza sólo se encuentra en los mamíferos infantes mientras se alimentan con leche materna. De ahí que la mayoría de las personas presentan intolerancia a la lactosa después de la infancia. En los europeos y otras poblaciones persiste la enzima lactasa en los adultos, debido aparentemente a una adaptación ólica. metabLa lactosa se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino. Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones. La porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central.

La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del calcio y el hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.

El crecimiento del lactobacillus es promovido por el factor bífido, un carbohidrato complejo con contenido de nitrógeno, que no está presente en los derivados de leche de vaca. De ahí que los suplementos alimentarios dados en los primeros días de vida interfieren con este mecanismo protecto.

Además de la lactosa, en la leche humana se han identificado más de 50 oligosacáridos de diferente estructura, muchos de los cuales contienen nitrógeno. Constituyen el 1,2% de la leche madura (comparado con el 0,1% en la leche de vaca). Los componentes de estos azúcares complejos incluyen glucosa, galactosa, fructosa, n-acetilglucosamina y ácido siálico y representan una porción significativa del nitrógeno no proteico de la leche humana.

c) **Las grasas.**- La grasa es el componente más variable de la leche humana.

Las concentraciones de grasa aumentan desde 2 g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5 g/100 ml a los 15 días post parto. De ahí en adelante siguen siendo relativamente estables, pero con bastantes variaciones interindividuales tanto en el contenido total de grasa, como en la composición de los ácidos grasos.

Hay fluctuaciones diurnas, que son dependientes de la frecuencia de las mamadas.

También hay una importante variación dentro de una misma mamada, siendo la leche del final de la mamada, 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera. Se cree que esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta diferencia, especialmente en el caso de prematuros, ya que la leche del final tiene más calorías.

La grasa de la leche humana es secretada en glóbulos microscópicos, de 1-10 μm . La membrana globular, que recubre los lípidos no polares, como los triglicéridos y el colesterol, está compuesta de fosfolípidos complejos.

La composición de los ácidos grasos de la leche humana es relativamente estable, con un 42% de ácidos grasos saturados y 57% de poliinsaturados.

Los ácidos grasos araquidónico (C 20:4) y docosahexaenoico (C 22:6) participan en la formación de la sustancia gris y en la mielinización de las fibras nerviosas. Se forman a partir de los ácidos linoleico (C 18:2) y linolénico (C 18:3) respectivamente. Estos últimos se obtienen de la dieta de la madre. El contenido de ellos es alrededor de 4 veces mayor en la leche humana (0,4 g/100 ml) que en la de vaca (0,1 g/100 ml).

A pesar de que los ácidos linoleico y linolénico se ven afectados por la dieta de la madre y por la composición de su grasa corporal, toda leche humana es rica en estos ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga. La mayoría de las fórmulas contienen muy pocos o no los contienen, aunque a partir de 1989 algunos fabricantes los agregaron.

La síntesis de las prostaglandinas depende de la disponibilidad de éstos ácidos grasos esenciales. Estas se encuentran distribuidas ampliamente en el tracto gastrointestinal del niño y contribuyen en forma importante en los mecanismos generales de defensa. La leche humana puede contener cantidades significativas de prostaglandinas que las fórmulas no contienen.

Después del nacimiento, el principal aporte de energía en el niño lo constituyen las grasas. La leche materna proporciona el 50% de las calorías en forma de grasa. El niño consume esta dieta alta en grasa en un período en que están inmaduras tanto la secreción de lipasa pancreática como la conjugación de las sales biliares. Esta inmadurez se compensa por las lipasas linguales y gástricas y además por una lipasa no específica de la leche materna que se activa al llegar al

duodeno en presencia de las sales biliares. Esta característica metabólica de que un sustrato y su enzima estén en el mismo líquido, no se encuentra más que en la leche humana y en la de los gorilas.

En la leche fresca esta lipasa estimulada por las sales biliares contribuye a la digestión del 30 al 40% de los triglicéridos en un período de 2 horas, situación particularmente importante en la alimentación de los niños prematuros, cuyas sales biliares y producción de lipasa pancreática están aún más deprimidas. Esta lipasa se destruye por el calor, por lo que es importante usar la leche materna fresca. La leche humana es rica en colesterol. Aún no se sabe la importancia que esto puede tener para el metabolismo en el adulto; tampoco se sabe si la presencia o no de colesterol en los sustitutos es una ventaja para los niños alimentados artificialmente. Cada día hay más evidencias que los factores dietéticos de la infancia están involucrados en el desarrollo posterior de la enfermedad cardiovascular.

d) **Vitaminas.-** La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre.

Vitaminas liposolubles: La absorción de vitaminas liposolubles en el lactante está relacionada con la variabilidad de la concentración de la grasa en la leche materna.

Vitamina A La concentración de vitamina A en la leche materna es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura.

Vitamina K La concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas,

en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal.

Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño vitamina K inmediatamente después del nacimiento.

Vitamina E El contenido de vitamina E en la leche humana cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E.

vitamina D las mujeres y niños que no consumen aceites marinos y que están totalmente cubiertos y no expuestos a la luz del día.

Vitaminas hidrosolubles En estas vitaminas pueden ocurrir variaciones dependiendo de la dieta materna. Los niveles son más altos en las madres bien nutridas.

Las deficiencias de estas vitaminas en los niños son raras, aún en casos de mujeres desnutridas o vegetarianas que tienen mayor riesgo de deficiencia de vitamina B.

La concentración de vitamina B12 en la leche humana es muy baja, pero su biodisponibilidad aumenta por la presencia de un factor específico de transferencia.

Las concentraciones de niacina, ácido fólico y ácido ascórbico, son generalmente más altas que en la leche de los mamíferos rumiantes.

Las usuarias de anticonceptivos orales por largo plazo pueden presentar niveles bajos de vitamina B6 en su leche. Aunque las madres no presentan signos, la insuficiencia de estas vitaminas en la leche puede tener consecuencias adversas para el niño. De ahí que es necesario que la madre las consuma diariamente en su dieta.

- e) **Minerales.-** La concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna. Los mecanismos compensatorios, como una disminución en la excreción urinaria del calcio comienzan a actuar, y sólo en casos extremos se alterarán significativamente las reservas de los tejidos propios de la madre.

En el caso del flúor no hay evidencia de transferencia de flúor desde el plasma a la leche materna y al parecer es la mama la que inhibe este pasaje, encontrándose en la leche sólo en niveles traza .

Las concentraciones de minerales en la leche humana son más bajas que en cualquiera de los sustitutos y están mejor adaptados a los requerimientos nutricionales y capacidades metabólicas del lactante.

- f) **Calcio, Fósforo.-** La relación calcio-fósforo en la leche humana es de 2:1. La leche de vaca tiene una mayor proporción de fósforo, lo que explica la hipocalcemia neonatal, común en los lactantes alimentados artificialmente. La disponibilidad en la leche de vaca disminuye también por la formación de jabones de calcio insolubles en el intestino, los cuales pueden causar obstrucción intestinal.
- g) **Hierro.-** La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de interacciones complejas entre los componentes de la leche y el organismo del niño: la mayor acidez del tracto gastrointestinal, la presencia de niveles apropiados de zinc y cobre, el factor de transferencia de lactoferrina,

que impide que el hierro esté disponible para las bacterias intestinales, liberándolo sólo cuando los receptores específicos se unen a la transferrina, son factores importantes para aumentar la absorción del hierro.

El hierro de la leche humana se absorbe en un 70%, el de la leche de vaca un 30% y en los sustitutos sólo el 10%.

En los niños amamantados exclusivamente con leche materna en los primeros 6-8 meses de vida, la anemia por deficiencia de hierro es poco frecuente. Los niños amamantados por madres bien nutridas tienen suficiente hierro en sus depósitos hepáticos como para cubrir sus necesidades durante buena parte del primer año de vida (Picciano, 1985). Estudios recientes han demostrado que la introducción temprana de otros alimentos en la dieta del niño amamantado altera esta absorción.

También se ha demostrado que el hierro suplementario puede causar problemas al saturar la lactoferrina. Al disminuir su efecto bacteriostático promueve el crecimiento de gérmenes patógenos que pueden dañar y causar un sangrado suficiente en el intestino (detectado microscópicamente) como para producir una anemia por falta de hierro. Por otra parte, la adición de hierro no hemínico puede reducir la absorción de cobre y zinc.

La suplementación con hierro por lo tanto, tiene indicaciones específicas en caso de prematurez o pérdida de sangre neonatal, aunque no está exenta de riesgos.

También se recomienda suplementar a los lactantes entre los 6 meses y 1 año ya que su alimentación con fitatos no permite un aporte adecuado de hierro.

- h) **Zinc** El zinc es esencial para la estructura de las enzimas y su funcionamiento y para el crecimiento y la inmunidad celular. Las cantidades de zinc en la leche humana son pequeñas pero suficientes para cubrir las necesidades del niño sin alterar la absorción del hierro y del cobre.

La leche materna es terapéutica en caso de acrodermatitis enteropática, una enfermedad producida por deficiencia de zinc, que ocasionalmente ocurre en los niños alimentados con fórmula.

- i) **Elementos traza** En general el niño alimentado al pecho presenta pocos riesgos de deficiencia o exceso de minerales traza.

Cobre, Cobalto, Selenio Estos tres elementos tienen niveles más elevados en la leche humana que en la de vaca. La deficiencia de cobre, que produce una anemia microcítica hipocrómica y alteraciones neurológicas, ocurre solamente en los niños alimentados artificialmente.

El selenio se encuentra en mejores niveles en niños de tres meses de edad que se alimentan con leche materna exclusivamente.

Los niveles de selenio de la leche humana varían ligeramente en las áreas donde los suelos son deficientes en selenio.

Cromo, Manganeso, Aluminio Los niveles de estos minerales pueden ser hasta unas 100 veces mayores en la leche de vaca. Se ha postulado que pequeñas cantidades tienen algunos efectos en el aprendizaje posterior y en el crecimiento de los huesos.

Plomo y Cadmio La ingesta dietética de plomo es mucho menor en los niños amamantados, aún cuando el agua

potable consumida por la madre exceda el estándar de la OMS de 0,1 mg/100ml.

Yodo Puede encontrarse en pequeñas cantidades en la leche. El uso tópico de yoduros (ej.: curaciones de la piel o mucosas de la madre) puede afectar la función tiroidea de los niños amamantados, ya que el yodo se concentra en la leche. En general se puede decir que en los minerales y otros nutrientes hay muchas diferencias significativas entre la leche humana y las fórmulas.

En la última década hay considerables avances en el conocimiento de las interacciones entre los minerales y su biodisponibilidad. Los niveles adecuados de estos elementos no se pueden medir sólo a partir del análisis de su composición. De la misma manera, no hay un indicador suficientemente sensible para evaluar los posibles resultados adversos debidos a carencias o excesos.

- j) **Otras sustancias** Estudios recientes comprueban que la leche materna, además de ser una fuente nutritiva, ejerce un control sutil del metabolismo, desde la división celular hasta la conducta del niño, desde el desarrollo de las mamas y el mantenimiento de su función, hasta la protección inmunológica de las mismas.
- k) **Hormonas** Una lista completa de las hormonas de la leche incluiría a las ya mencionadas: ocitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas y otras como: GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), GRF (factor de liberación de hormona del crecimiento), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina, que se encuentran en la leche en niveles mayores que

los de la sangre materna y la TRA (hormona de liberación de la tirotropina), TSH (hormona tiroideo estimulante), tiroxina, triiodotironina y eritropoyetina, en niveles menores que los del suero materno.

La liberación de hormonas puede estar influenciada por componentes de la leche como las betacaseomorfinas humanas, péptidos opioides que pueden afectar el sistema nervioso central neonatal.

l) **Nucleótidos** En la leche humana, están presentes nucleótidos, que afectan la absorción de las grasas y numerosos factores de crecimiento, entre los que se incluyen el factor de crecimiento epidérmico (EGF), el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF I - II y III) y el factor de crecimiento de nervios (NGF) entre otros.

m) **Enzimas** Las múltiples enzimas de la leche materna tienen diversas funciones. Algunas reflejan los cambios fisiológicos que ocurren en las mamas; otras son importantes para el desarrollo neonatal (enzimas proteolíticas, peroxidasa, lisozima, xantino-oxidasa) y otras aumentan las enzimas digestivas propias del infante (alfa-amilasa y lipasa estimulada por sales biliares). Muchas de ellas se encuentran en concentraciones más altas en el calostro que en la leche madura. La lisozima es bacteriolítica contra bacterias Gram positivas y puede proteger contra algunos virus. Hay enzimas que tienen funciones inmunológicas directas y otras que pueden actuar en forma indirecta, promoviendo la maduración celular.

(13)

TÉCNICA PARA EL AMAMANTAMIENTO:

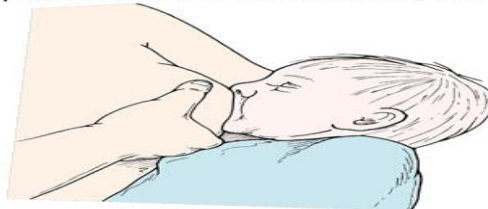
El éxito de la lactancia materna depende principalmente de una correcta técnica de amamantamiento. La buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar se logra si el equipo de salud demuestra interés, promueve, apoya y facilita la práctica de la lactancia materna como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al niño o niña.

- la madre debe sujetar el pecho colocando su mano como si fuera una letra “C”.
- Él bebe debe tener dentro de la boca el pezón y la mayor parte de la areola, pero el pecho no debe obstruir la respiración del niño.
- Después de que él bebe vació el pecho (10 a 15 minutos), puede continuar mamando, tiempo de succión que sirve para estimular la producción de leche
- Si tiene que desprender el pezón, introduzca el dedo meñique entre la comisura y el pezón. (14)

Amamantar: Enganche del pezón (Breast-feeding: Latching On)



1. Agarre el seno con cuatro dedos por debajo y el pulgar por arriba. Coloque los dedos lo suficientemente lejos del área oscura alrededor del pezón (aureola) para que no toquen la boca del bebé cuando se enganche.



2. Cuando el bebé abra bien la boca, acérquelo rápidamente para que agarre tanto el pezón como la mayor parte posible de la aureola.

Copyright © 2002 McKesson Health Solutions LLC. All rights reserved

POSICIONES PARA AMAMANTAR:

1.Posición sentado clásico:

Él bebe debe colocarse delante de la mama con la cabeza apoyada en el pliegue del codo, panza con panza, el niño descansa en el antebrazo materno, la mama estará más cómoda si apoya la espalda sobre un buen respaldo o almohada, mientras más cerca este la mama y él bebe hay más posibilidad de que él bebe tenga dentro de la boca el pezón y la mayor parte de la areola.

2.Posición sentada "de sandía o de pelota de futbol":

La mama puede estar sentada ya sea en la cama, en una silla o en un sillón, donde el cuerpo del bebe pase por debajo de la axila materna y con el vientre apoyado sobre las costillas de la mama y los pies del bebe en dirección opuesta a los de la madre, la mama sostiene con su mano tanto la cadera como la cabeza del bebe (del mismo lado del pecho con el cual esta amamantando)Esta posición permite alimentar a recién nacidos prematuros y es útil para las madres que han tenido su niño por cesaría.

3.Posición acostada con él bebe reposando frente a su mama:

Él bebe reposa enfrentando a su mama, panza con panza, con la cara hacia ellos de tal forma que ambos puedan tener un contacto visual, es preferible que el niño no este envuelto en mantos para que su manos y pies puedan estar en contacto con ella, esta es una posición cómoda para la hora de la siesta, en las noches y también es recomendable para madres con cesárea.

Posiciones para amamantar

(Breast-feeding Positions)



Acunado



Acunado cruzado



Pelota de fútbol



Acostado

Copyright © 2002 McKesson Health Solutions LLC. All rights reserved

EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE MATERNA, CONSERVACIÓN Y UTILIZACIÓN

TÉCNICA CORRECTA DE EXTRACCIÓN:

- ✓ Escoger un lugar tranquilo, tener pensamientos gratos en relación a su niño. La capacidad de relajación favorece el reflejo de eyección de leche.
- ✓ Lavarse minuciosamente las manos antes de la extracción.
- ✓ Masaje circular de la mama, seguido de otro desde arriba hacia la areola, estimulando suavemente la areola y los pezones para desencadenar el reflejo eyecto lácteo antes de extraerse la leche.
- ✓ Extraer la leche hacia un envase limpio de plástico o de vidrio.
- ✓ Colocar el dedo pulgar en la parte superior del pecho, colocando el índice en la parte inferior, de manera que estos dedos queden en oposición y que se sitúen, más o menos, a 4 cm de la punta del pezón.
- ✓ Realizar una compresión rítmica hacia las costillas con los dedos abiertos y juntándolos luego hacia el pezón, con la frecuencia del niño al mamar. Al principio saldrán gotas y luego saldrán chorros de leche.
- ✓ Rotar los dedos alrededor de la areola para vaciar todas las áreas.
- ✓ Alternar la mama cuando disminuya el flujo de leche y repetir el masaje y el ciclo varias veces.
- ✓ El procedimiento total durara 20 a 30 minutos y puede realizarse cada 4 horas.
- ✓ Cerrar la mamadera y roturarla con la fecha y la hora, para ser guardada en el refrigerador.
 - ✓ La extracción de la leche también puede efectuarse con bombas manuales o eléctricas. Estos artefactos requieren de un manejo



Extracción con sacaleches (manual y eléctrico)

Los sacaleches actúan realizando una fuerte succión a través de la presión negativa que crea el aparato. Si la tracción es demasiado fuerte podría dañar los tejidos de la areola y del pezón. Las bombas eléctricas pueden ser más adecuadas, pero son más costosas.

¿COMO SE CONSERVA LA LECHE EXTRAÍDA?

Puede conservarse a temperatura ambiente, en la heladera, el congelador o el freezer. Cuando la leche está almacenada, puede separarse en dos partes: una líquida y otra más grasa. Al agitarla suavemente, ambos partes vuelven a mezclarse. Si se va a utilizar el congelador o el freezer, es conveniente fraccionar en cantidades no mayores a media taza (120 cc). Para descongelar, primero debe colocarse en la heladera y luego entiblar hasta temperatura ambiente.

La leche materna tiene la misma temperatura que el cuerpo. Para entiblar la leche extraída, no debe colocarse al fuego directo ni usarse agua hirviendo. Se coloca el recipiente que contiene la leche dentro de una olla con agua caliente o bajo una canilla para que fluya el agua caliente.

La leche, en un recipiente limpio y tapado, dura:

- 12 horas a temperatura ambiente
- 3 días dentro de la heladera (no en la puerta, sino en el fondo de la bandeja superior)
- 2 semanas en el congelador (heladera de 1 puerta)
- 3 meses en el congelador (heladera de 2 puertas)
- 1 año en el freezer a -20°C (no en envase de vidrio, sino de plástico o polipropileno).

CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

Se puede utilizar envase de vidrio o plástico limpio, marcados con la fecha de extracción y el volumen recolectado.

Si lo desea puede recolectar leche en el mismo recipiente durante el día, manteniéndolo refrigerado por un espacio de 4 horas máximo.

UTILIZACIÓN DE LA LECHE MATERNA

Para utilizar la leche congelada esta debe ser descongelada lentamente, cambiándola del congelador al refrigerador la noche anterior. Después de descongelada debe ser usada dentro de las próximas 24 horas. Para entibiarla, agitar el envase con la leche en agua caliente, no hirviendo. El calor excesivo destruye enzimas y proteínas, lo mismo ocurre con el uso de microondas.

Advertir a la madre que la grasa de la leche extraída se separa al congelar y se homogeniza al descongelarla y agitarla suavemente. La leche puede ser administrada al niño con vaso y cuchara (12)

LOS DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

Como parte de las políticas del Ministerio de Salud y como una prioridad en la salud infantil, en Abril de 1993 se pone en marcha la iniciativa del Hospital amigo del Niño y de la Madre, destinada a promover una lactancia exitosa durante la estadía hospitalaria y su mantención posterior en los primeros meses de vida.

Por lo cual todos los servicios de maternidad y de atención a los recién nacidos deberán seguir los 10 pasos que a continuación se mencionan:

1. Tener una política escrita de lactancia que conozca todo el personal de salud.
2. El personal está capacitado para poner en práctica esta política.

3. Informar a todas las embarazadas las ventajas de la lactancia y la manera de ponerlas en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia, dentro de la media hora de nacido el niño.
5. Mostrar a las madres como dar de lactar al niño y como mantener la lactancia, aunque tengan que separarse de sus hijos.
6. Asegurar que los recién nacidos solo tomen leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a menos que lo recomiende el médico.
7. Hacer que la madre y el niño estén juntos las 24 horas del día.
8. Incentivar a que la madre dé el pecho a su niño cada vez que se lo pida.
9. No dar mamaderas ni chupones.
10. Organizar grupos de apoyo a la lactancia materna y relacionar a las madres, dadas de alta con estos grupos.

2.3 Definiciones de términos básicos

Conocimiento: El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón.

Es toda aquella información que posee la madre sobre la lactancia materna en cuanto a la importancia, frecuencia, duración, ventajas en la salud del niño y la madre.

Prácticas: Práctica es cualquier forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, establecida socialmente, a través de la

cual se logran bienes internos a esa forma de actividad, La gran mayoría de las prácticas ya sean individuales, grupales y organizacionales son soluciones rutinizadas a problemas. Estas rutinas se volvieron automáticas y continúan así, dadas por hecho, hasta que hay una demanda de que el problema se resuelva de otra manera.

Lactancia materna: Es la secreción producida por las glándulas mamarias de la mujer. Contiene todas las sustancias nutritivas (grasas, proteínas, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua) que necesita el lactante en los primeros 6 meses de vida.

Lactancia materna exclusiva: Significa que el lactante ingiere únicamente leche materna incluyendo leche materna extraída , no se le dan otros líquidos ni sólidos (ni agua), exceptuando la administración de una solución de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Definición conceptual de las variables

3.1.1 Variable 1

Conocimiento sobre Lactancia materna:

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

3.2.2 Variable 2

Práctica:

La práctica es el ejercicio o aplicación de cualquier habilidad, destreza, arte o facultad o el modo de hacer algo conforme a sus reglas cognoscitivas, ideas o doctrinas aprendidas de una teoría o por el uso continuado, costumbre o estilo adquirido empíricamente

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS	ESCALA
Conocimiento	El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).	<p>1.-Conocimiento de Lactancia Materna</p> <p>2.-Conocimiento Duración de la lactancia</p> <p>3.-Conocimiento de frecuencia de mamada.</p> <p>4.-Conocimiento del inicio de lactancia materna</p> <p>5.-Conocimiento de la importancia de la lactancia materna</p> <p>6.-Conocimiento de la técnica de dar la lactancia materna</p>	<p>Es el cúmulo de información adquirida que poseen las madres con niños menores de 6 meses del puesto de salud sobre lactancia materna exclusiva.</p> <p>La escala de medida es: Bajo: 0-7 Medio: 8-11 Alto: 12-14</p>	<p>1.-Durante los primeros 6 meses de vida del bebe Ud. Debe alimentarlo con: 2.-Hasta que edad se le debe dar pecho al bebe</p> <p>10.- Puede Ud. decirme la razón principal por la que Ud. Le daría leche materna a su bebe 9.- Si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea:</p> <p>3.- Cuando debe iniciar la lactancia materna su bebe 4.- Cada que tiempo debe de mamar al bebe. 5.- Si su bebe duerme por más de dos horas, ¿qué debe hacer Ud.? 6.- Si su bebe llora de hambre o de Sed durante el día y la noche, ¿Que haría Ud.?</p> <p>. 11.- Marque la gráfica correcta en que se muestra la posición en cómo debe de dar de lactar a su bebe: 13 .Por cuál de las mamas empieza nuevamente a darle de lactar al bebe: 12.-Marque la gráfica correcta de cómo debe colocar la boca de su bebe al pecho para la lactancia: 14.- Para interrumpir la succión:</p> <p>7.-Si Ud. trabajará o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar al bebe? 8.- La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:</p> <p>1.-Lavado de manos.</p>	<p>1,2</p> <p>10,9</p> <p>3,4,5,6,</p> <p>11,13,12, 14</p> <p>7,8</p>	nominal

Practica	La práctica es el ejercicio o aplicación de cualquier habilidad, destreza, el modo de hacer algo conforme a sus reglas cognitivas, ideas o doctrinas aprendidas de una teoría o por el uso continuado, costumbre o estilo adquirido empíricamente.	<p>1.-Higiene en el amamantamiento</p> <p>2.-preparación para el amamantamiento</p> <p>3.-Posición para el amamantamiento</p> <p>4.-estimulación para el amamantamiento</p> <p>5.-Evaluación del amamantamiento.</p>	<p>Habilidades y destrezas demostradas por las madres con niños menores de 6 meses con respecto a la técnica de amamantamiento del niño en sus cinco dimensiones</p> <p>Escala de medida: adecuada: 11 - 19 inadecuada:0 – 11</p>	<p>2.-Limpieza de los pezones y/o las mamas.</p> <p>3.-Masajea las mamas.</p> <p>4.-Ejercita los pezones si es necesario.</p> <p>19.-Inicia la lactancia por el último seno amamantado anteriormente.</p> <p>5.-Adopta una adecuada posición para amamantar</p> <p>6.-Sostiene al bebé adecuadamente (cabeza en flexura y Bebé de costado con pecho y barriga en contacto con pecho y barriga de la madre).</p> <p>8.-Sostiene el seno con la mano en forma de C.</p> <p>9.-Observa y corrige el agarre del pezón (areola/labios evertidos).</p> <p>13.-Retira el pezón, colocando el dedo meñique en la boca del bebé.</p> <p>7.-Estimula el agarre del pezón.</p> <p>10.-Habla con su niño, lo acaricia, lo mantiene despierto.</p> <p>11.-Estimula al bebé cuando éste deja de succionar.</p> <p>14.-Facilita la salida de gases en posiciones adecuadas.</p> <p>12.-Observa flacidez de mama y mide el tiempo.</p> <p>15.-Cambia de seno para amamantar al RN.</p> <p>16.-Estimula al niño para que continúe succionando.</p> <p>17.-Estimula la eliminación de gases del bebé.</p> <p>18.-Coloca al niño en posición lateral para dormir.</p>	<p>1,2</p> <p>3,4,19</p> <p>5,6,,8,9,1</p> <p>3</p> <p>7,10,11</p> <p>,14,</p> <p>12,15,16,</p> <p>17,18,</p>	
----------	--	--	---	--	---	--

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo y Diseño de la Investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

El presente trabajo de investigación se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

4.1.2 Diseño de la Investigación

El diseño de investigación es de tipo descriptivo de corte transversal porque que no se manipulo las variables y la recolección de datos se realizo en un solo tiempo. La investigación no experimental es la que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, lo que se gace en este tipo de investación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

M: X---Y

Donde:

M: Tamaño de la Muestra.

X: Conocimientos sobre las madres que tienen niños menores de 6 meses

Y: Practicas sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres de niños menores de 6 meses

4.2 Población y Muestra

La población estuvo constituida por 32 madres con niños menores de 6 meses de edad, que son atendidos en el Puesto de salud “Chalacala” Bellavistadel mes de setiembre 2018.

- **Criterios de inclusión**

- Madres con niños menores de 6 meses de edad.
- Madre que acepten participar en el trabajo de investigación.

- **Criterios de exclusión**

- Madres que tengan solo hijos mayores de 6 meses.
- Madres que Vivan Fuera de la Jurisdicción del P.S Chalacala
- Madres con enfermedades contagioasas(VIH –SIDA)

4.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Previo a la recolección de datos se obtuvo la autorización respectiva de del Establecimiento de Salud de Chalacala ;Posteriormente, se identificó a la población objetivo a quienes se les invitó a participar del estudio con una breve presentación e información del mismo.

La encuesta se ejecutó a las madres con niños menores de seis meses por un espacio de 30 minutos y durante la espera al consultorio del niño sano .

4.3.1 Conocimiento de lactancia materna exclusiva:

Para la recolección de la información del nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva se utilizó como técnica la encuesta y el instrumento que se utilizó fue un cuestionario de referencia del estudio de Ferro Sosa, María M. y Flores Condori, Haydeé F. (2005) adaptado por las investigadoras.

El cuestionario estuvo constituido por 15 preguntas cerradas con alternativas múltiples, el cual constó de las siguientes partes:

Parte I: Incluyó la Presentación del cuestionario, el objetivo de la investigación y las características del instrumento.

Parte II: Comprendió las instrucciones a seguir por el entrevistador.

Parte III: incluyó los datos generales de las personas entrevistadas.

Parte IV: Contenía el conjunto de ítems a responder relacionados con el problema de estudio.

A cada respuesta se le asignó un puntaje de la siguiente forma:

RESPUESTA CORRECTA: 1 punto.

RESPUESTA INCORRECTA: 0 puntos.

Obteniéndose así:

Puntaje máximo: 14 puntos.

Puntaje mínimo: 0 puntos.

Para la categorización de la variable “nivel de conocimiento” se utilizó la Escala vigesimal adaptada al número de preguntas del instrumento, ya que es la escala numérica empleada en el país para poder medir el aprendizaje.

Con lo que los resultados quedaron establecidos de la siguiente manera:

- Conocimiento Bajo : 0 – 7
- Conocimiento Medio : 8 - 11
- Conocimiento Alto : 12 - 14

4.3.2 practica sobre lactancia materna exclusiva:

Se utilizó la técnica de la observación. El instrumento se basó en una guía de (19) ítems con preguntas dicotómicas para determinar si se cumplían o no con los pasos básicos para una buena técnica de amamantamiento.

El puntaje de los ítems contenidos dentro de la guía de observación sobre la práctica de la lactancia materna fue medido categóricamente de la siguiente manera:

Si cumple: 1

No cumple: 0

La práctica general sobre lactancia materna exclusiva se evaluó bajo la escala estanos de la siguiente manera

Adecuado: 11-19

Inadecuado: 0-11

4.4 Análisis y procesamiento de datos

El tratamiento estadístico de la información se realizó siguiendo el proceso siguiente:

Seriación: Se asignó un número de serie, correlativo a cada encuentro (cuestionario), lo que permitió tener un mejor tratamiento y control de los mismos.

Codificación: Se elaboró un libro de códigos, donde se asigna un código a cada ítem de respuesta, con ello se logró un mayor control del trabajo de tabulación.

Tabulación: Mediante la aplicación de la técnica matemática de conteo, se realizó la tabulación extrayendo la información, ordenándola en cuadros simples y de doble entrada con indicadores de frecuencia y porcentaje.

Graficación: Una vez tabulada la encuesta, se procedió a graficar los resultados en gráficas de barra, y otros.

Todo lo que sirvió para llevar los resultados al análisis e interpretación de los mismos.

Una vez obtenidos los datos, se procedió a analizar cada uno de ellos, atendiendo a los objetivos y variables de investigación; de manera tal que podamos contrastar hipótesis con variables y objetivos, y así demostrar la validez o invalidez de estas. Al final se formularán las conclusiones y recomendaciones para mejorar la problemática investigada.

CAPÍTULO V RESULTADOS

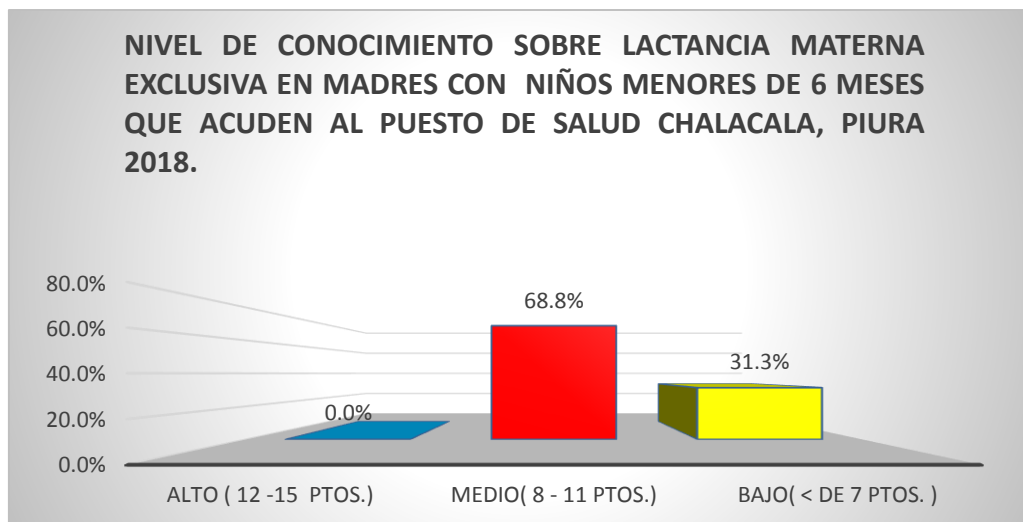
TABLA N° 5.1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD DE CHALACALA, PIURA 2018.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	%
ALTO (12 -15 PTOS.)	0	0%
MEDIO(8 - 12 PTOS.)	22	68.8%
BAJO(< DE 7 PTOS.)	10	31.3%
TOTAL	32	100%

Fuente: Encuesta nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (Anexo N°1)

GRÁFICO N°5.1



Fuente: Encuesta nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (Anexo N°1)

En el gráfico N°01 podemos observar que el 68.8% (22) de las madres en estudio tuvieron un nivel de conocimiento medio sobre la lactancia materna exclusiva; mientras que el 31.3% (10) tuvieron un nivel de conocimiento bajo sobre la lactancia materna exclusiva.

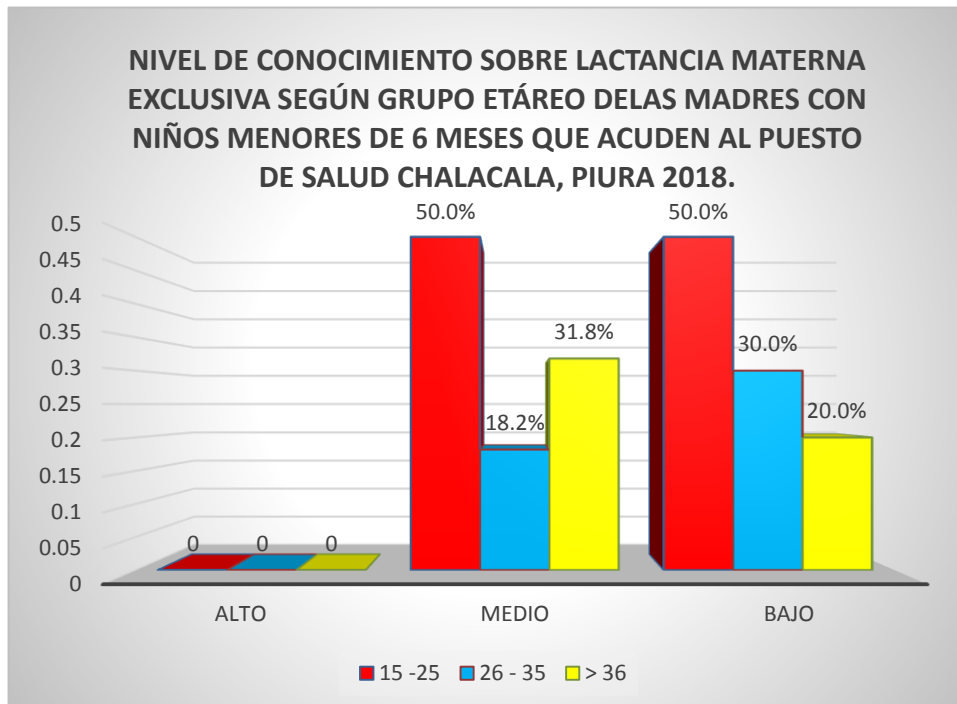
TABLA N°5.2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN GRUPO ETÁREO DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA , PIURA 2018.

CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA						
EDAD	ALTO		MEDIO		BAJO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
15 - 25	0	0	11	50.0%	5	50%
26 - 35	0	0	4	18.2%	3	30%
> 36	0	0	7	31.8%	2	20%
TOTAL	0	0	22	100%	10	100%

Fuente: Encuesta nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (Anexo N°1)

GRÁFICO N°5.2



Fuente: Encuesta nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (Anexo N°1)

En el gráfico N° 02 podemos observar que las madres jóvenes son las que tiene el porcentaje mas alto de conocimiento medio a bajo (50%) a comparación de las madres adultas y añasas.

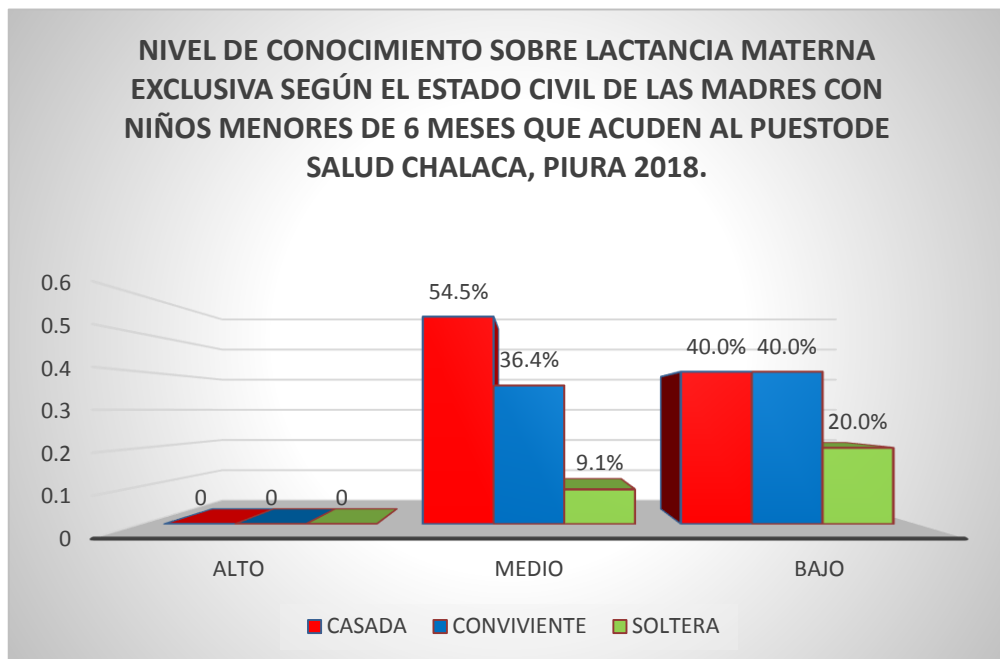
TABLA N°5.3

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA , PIURA 2018.

CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA						
ESTADO CIVIL	ALTO		MEDIO		BAJO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
CASADA	0	0	12	54.5%	4	40.0%
CONVIVIENTE	0	0	8	36.4%	4	40.0%
SOLTERA	0	0	2	9.1%	2	20.0%
TOTAL	0	0	22	100%	10	100%

Fuente: Encuesta nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (Anexo N° 1)

GRÁFICO N°03



Fuente: Encuesta nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (Anexo N°1)

En el gráfico N° 03 podemos observar que las madres casadas y convivientes tienen un nivel de conocimiento bajo (40%), a comparación de las madres solteras.

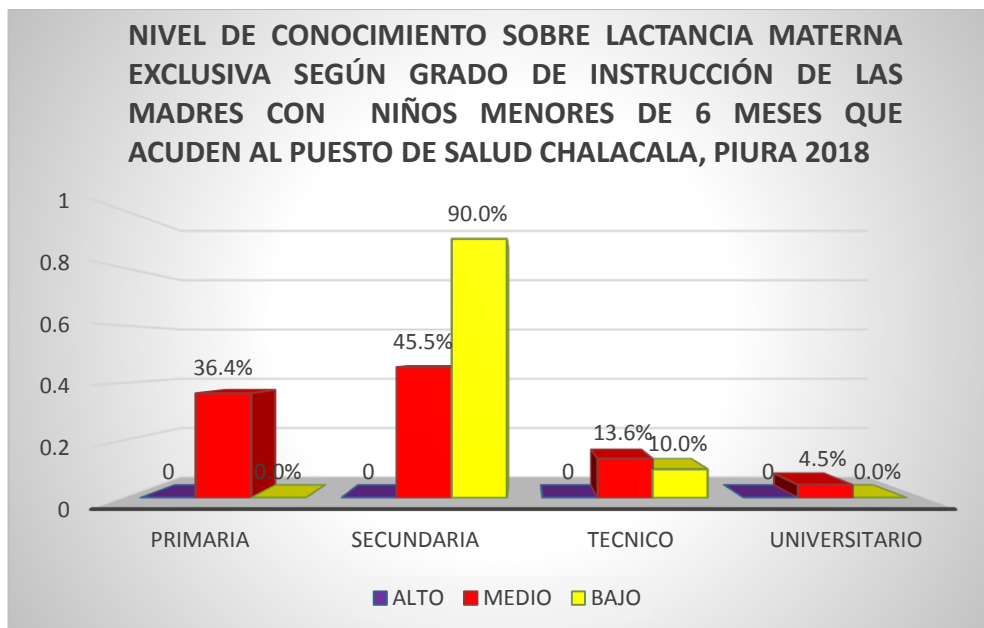
TABLA N°5.4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA, PIURA 2018.

CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA						
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ALTO		MEDIO		BAJO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
PRIMARIA	0	0	8	36.4%	0	0%
SECUNDARIA	0	0	10	45.5%	9	90.0%
TECNICO	0	0	3	13.6%	1	10.0%
UNIVERSITARIO	0	0	1	4.5%	0	0%
TOTAL	0	0	22	100%	10	100%

Fuente: Encuesta nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (Anexo N° 1)

GRÁFICO N°5.4



Fuente: Encuesta nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (Anexo N°1)

En el gráfico N° 04 podemos observar el grupo de madres que tienen educación secundaria presento el más alto porcentaje de conocimiento bajo (90%) sobre la lactancia materna exclusiva.

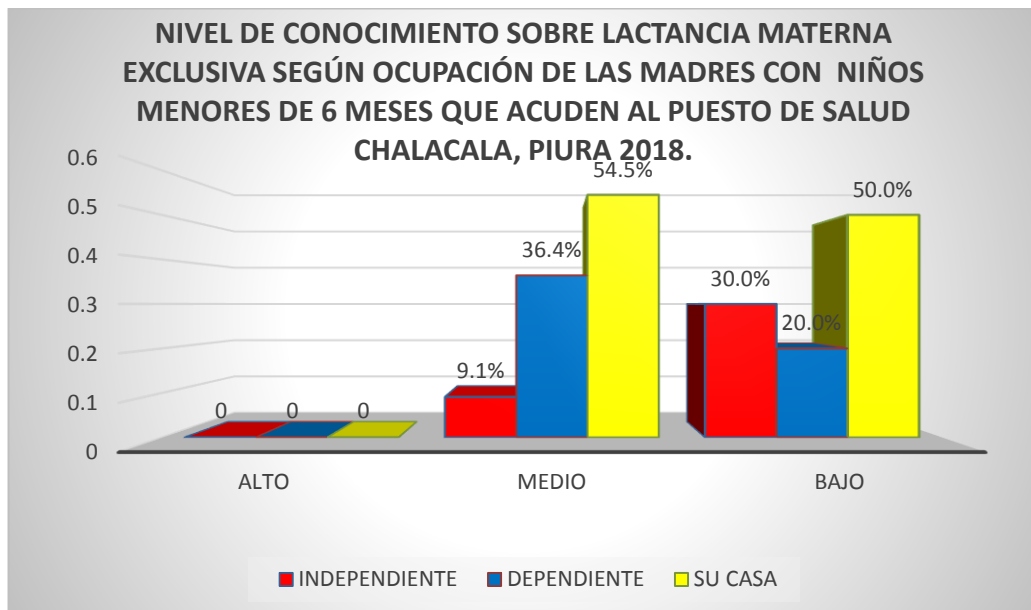
TABLA N°5.5

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA , PIURA 2018.

CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA						
OCUPACIÓN	ALTO		MEDIO		BAJO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
INDEPENDIENTE	0	0	2	9.1%	3	30.0%
DEPENDIENTE	0	0	8	36.4%	2	20.0%
SU CASA	0	0	12	54.5%	5	50.0%
TOTAL	0	0	22	100%	10	100%

Fuente: Encuesta nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (Anexo N°1)

GRÁFICO N°5.5



Fuente: Encuesta nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (Anexo N° 1)

En el gráfico N° 05 podemos observar que las madres que se dedican a su casa representaron un mayor porcentaje de conocimiento bajo de lactancia materna exclusiva(50%), a comparación de las madres que se dependientes. Asimismo, las madres independientes tienen el mas bajo porcentaje de conocimiento medio (9.1%).

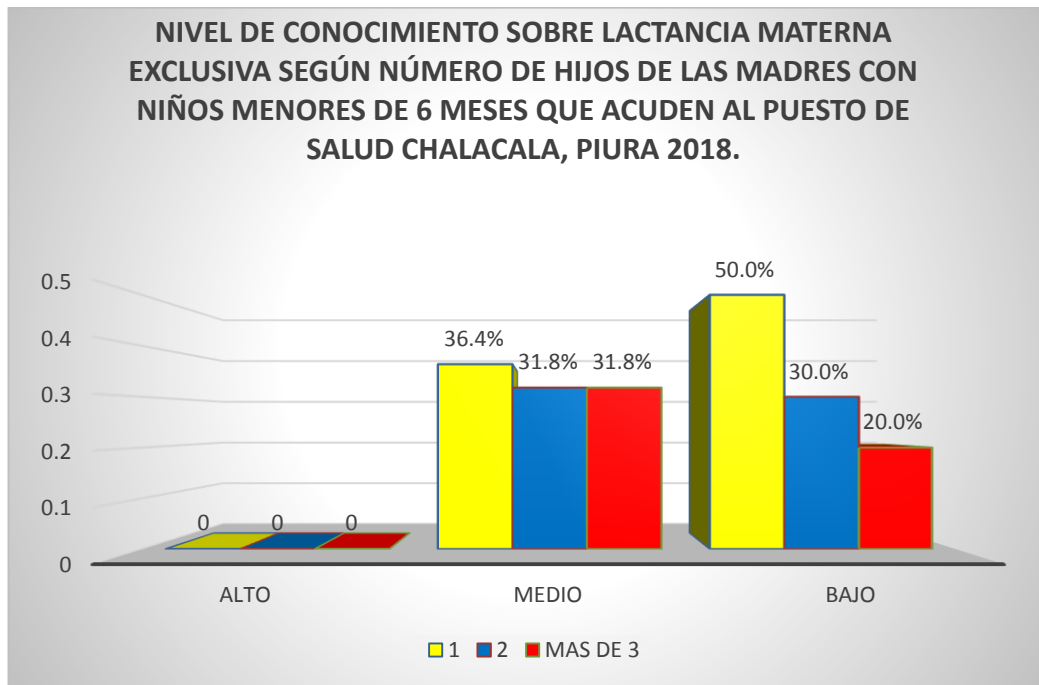
TABLA N°5.6

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA – BELLAVISTA, PIURA 2018.

CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA						
NUMERO DE HIJOS	ALTO		MEDIO		BAJO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
1	0	0	8	36.4%	5	50.0%
2	0	0	7	31.8%	3	30.0%
MAS DE 3	0	0	7	31.8%	2	20.0%
TOTAL	0	0	22	100%	10	100%

Fuente: Encuesta nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (Anexo N° 1)

GRÁFICO N°06



Fuente: Encuesta nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva (Anexo N°1)

En el gráfico N° 07 Las mujeres que son madres por primera vez, tienen el porcentaje mas alto de nivel de conocimiento bajo(50%) a comparación de las madres con 2 hijos y más de 3 hijos.

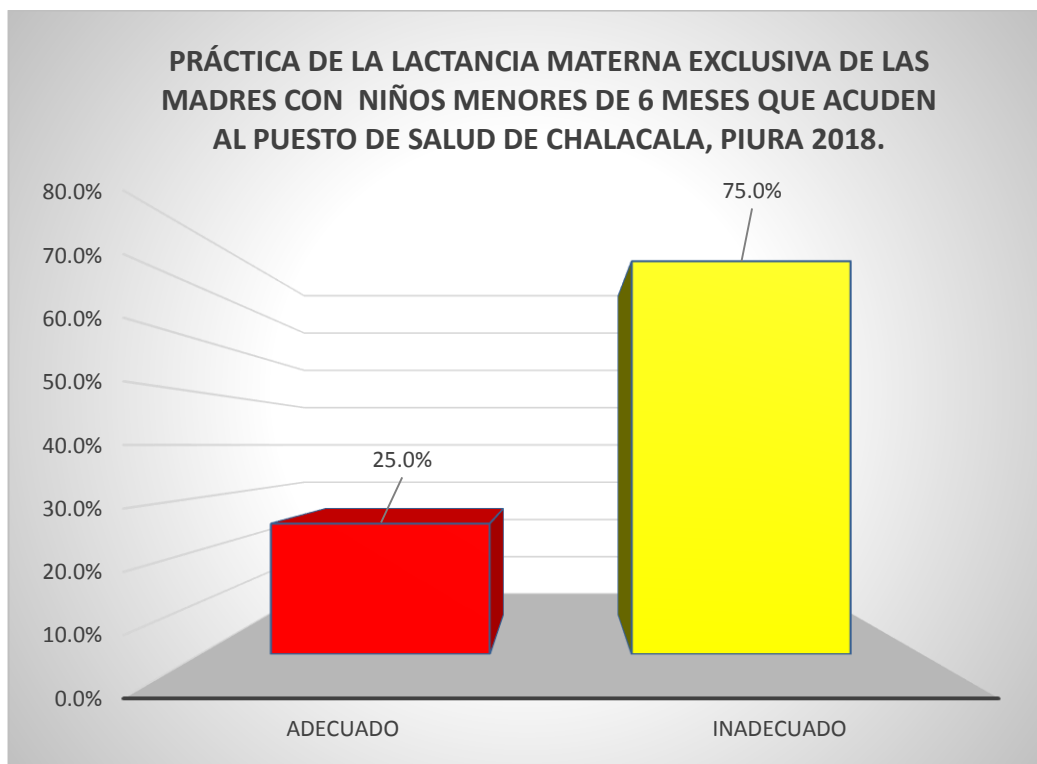
TABLA N°07

PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD DE CHALACALA, PIURA 2018.

PRACTICA DE LA L M	N	%
ADECUADO	8	25%
INADECUADO	24	75%
TOTAL	32	100%

Fuente. Guía de observación de prácticas de la lactancia materna (Anexo N°2)

GRÁFICO N°07



Fuente. Guía de observación de prácticas de la lactancia materna (Anexo N°2)

En el gráfico N° 07 podemos observar que el 75%(24) de madres tienen una inadecuada práctica de amamantamiento de lactancia materna y el 25% (8) presenta una adecuada práctica de lactancia materna.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El conocimiento y la práctica de la lactancia materna exclusiva es materia de interés para toda institución y mas aun del personal de salud, pues ésta tiene repercusiones importantes sobre el crecimiento y desarrollo del niño.

Con respecto al objetivo general, el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de 6 meses sobre Lactancia Materna Exclusiva, se obtuvo que el 68.8% (22) las madres tienen conocimiento medio sobre la lactancia materna exclusiva y el 31.3% (10) de las madres tienen un nivel de conocimiento bajo. Con respecto a las practicas de las madres sobre Lactancia Materna Exclusiva estuvo representada por el 75% (24) tienen un nivel inadecuado de practica de lactancia materna exclusiva y solo el 25% (8) de las madres presenta un nivel adecuado de practica de lactancia materna exclusiva. Los resultados están basados en una muestra de 32 madres sobre “Nivel de conocimientos y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva en madres en niños menores de seis meses que acuden al puesto de salud Chalaca”; los mismos que podrían estar relacionados que el grupo etario predominante se encuentra entre 15 a 25 años 50%; el 50% (16) de madres tienen estado civil casada y el 59.4% de las madres tienen grado de instrucción secundaria.

6.1 Contrastación de los resultados con estudios similares

CASTRO HUAMANI, Rolando; ORDOÑEZ TORRES, Laura licia (2014) frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de salud de San Cristóbal-Huancavelica, 2014. Estudio descriptivo, estadístico, bibliográfico, inductivo y deductivo; investigación no experimental, transversal y descriptivo. Aplicado en 30 madres adolescentes con lactantes menores de 6 meses, la muestra fue censal; para la

recolección de datos se utilizó la técnica psicométrica y su instrumento de medición fue la escala tipo Likert. Resultados: En la actitud en general se encontró que el 56.7% (17) de madres adolescentes muestran una actitud medianamente favorable, 23.3% (7), desfavorable y 20% (6) , favorable; en la dimensión cognitiva el 53,3%(16) presentan una actitud medianamente favorable, 26,7%(8), favorable y 20,0%(6), desfavorable; en la dimensión afectiva se encontró que el 63,3%(19) de madres adolescentes presentan una actitud medianamente favorable, 20,0%(6), desfavorable y 16,7%(5), favorable; y en la dimensión conductual el 46,7%(14) de madres adolescentes presentan una actitud medianamente favorable, 30,0%(9), favorable y 23,3%(7), desfavorable. Conclusiones: La mayoría de las madres tiene actitud medianamente favorable frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva; ello implica que la mayoría tiene una disposición a favor de esta práctica; lo cual favorece el desarrollo y crecimiento del niño, logrando con ello disminuir la desnutrición infantil, para que el futuro sea un niño fuerte y sano.

6.2 Responsabilidad ética

Lo asumimos protegiendo y velando el principio de autonomía y el consentimiento informado

CONCLUSIONES

- a) Respecto a los conocimientos generales acerca de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de seis meses se concluye que de 22 de las encuestadas presentan nivel de conocimiento medio con 68.8% y con nivel de conocimiento bajo 31.3% (10).

- b) Respecto a datos sociodemográficos que predominaron fueron la edad materna 15 a 25 años (50.%); la mayor cantidad de madres son casadas (50%); la gran mayoría de las madres tiene un nivel de instrucción secundaria(59.4%).; la mayoría de las madres se dedica a su casa (53.1%) ; el 37.5% de las madres tiene un solo hijo.

- c) Respecto a la práctica de la lactancia materna exclusival la mayoría de las madres encuestadas el 75%(24) de madres tienen una inadecuada practica de amamantamiento de lactancia materna y el 25% (8) presenta un adecuada practica de lactancia materna.

RECOMENDACIONES

- a) Realizar sesiones educativas y demostrativas en alimentación saludable a las madres que tengan niños menores de seis meses de edad que asisten al Establecimiento de Salud Chalacala.
- b) Fortalecer las estrategias educativas sobre lactancia materna exclusiva a las madres desde la etapa de la gestación, con educación participativa en las sesiones demostrativas de la practica con énfasis en la técnica de amamantamiento.
- c) Promover el consumo de alimentos propios de la zona y que estén al alcance de su bolsillo de las madres que tengan niños menores de seis meses del Puesto de Salud de Chalacala.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LUJÁN M. Lactancia materna: beneficio de la lactancia materna desde el nacimiento hasta los dos años de edad. Ciudad del Rosario: Universidad Abierta Interamericana; 2009. (Citado el 12 de enero del 2014) Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC087277.pdf>
2. Asociación Española de Pediatría. Alimentación del lactante sano. Manual práctico de nutrición en pediatría. Madrid: Ergon, 2007
3. Wikipedia, la enciclopedia libre. Leche materna, Consultada el 13 de abril del 2014. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Leche_materna.
4. OMS. (2014). temas de salud , lactancia materna. Obtenido de <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/> OMS. (2014). Lactancia Materna exclusiva. Obtenido de http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
5. www.minsa.gob.p/portal/vvirtual/default.htm
6. ALVARADO S., CANALES M. Conocimientos y prácticas que poseen las madres sobre la lactancia materna exclusiva y el destete temprano en menores de seis meses (Tesis de Licenciatura). El Salvador: Universidad Evangélica de El Salvador; 2008. Disponible en <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/175/1/CONOCIMIENTOS%20Y%20PR%C3%81CTICAS%20QUE%20POSEEN%20LAS%20MADRES%20SOBRE%20LA%20LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA%20Y%20EL%20DESTETE%20TEMPRANO%20EN%20MENORES%20DE%20SEIS%20MESES>.
7. MINISTERIO DE SALUD. Análisis de la Situación de Salud del Perú 1era Ed. Lima: MINSAL 2006.
8. YLLESCAS MASAYA CL. recursosbiblio.url.edu.gt. [Online].; 2015 [cited 2018 AGOSTO 15. Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/15/Yllescas-Carmen.pdf>.
9. NAVA GONZALES R, MARTINEZ SÁNCHEZ DC. ri.uaemex.mx. [Online].; 2014 [cited 2018 AGOSTO 15. Available from:

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14887/Tesis.417874.pdf?sequence=2>.

10. GUERRERO CISNEROS JL, VERA BERMEJO E. dspace.uazuay.edu.ec. [Online].; 2013 [cited 2018 AGOSTO 15. Available from: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2778/1/09847.pdf>.

11. GUTIÉRREZ ENRÍQUEZ A. repositorio.ual.edu.pe. [Online].; 2017 [cited 2018 AGOSTO 15. Available from: <http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/17/002%20ROMERO%20AYJA%2C%20MARIA%20ELENA%20%20ZARAVIA%20ANTONIO%2C%20KATHERINE%20LUCERO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

12. VILLACORTA RÍOS K, VARGAS MACEDO LR. repositorio.unapiquitos.edu.pe. [Online].; 2016 [cited 2018 AGOSTO 15. Available from: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4774/Cynthia_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

13. CASTRO HUAMANÍ R, ORDOÑEZ TORRES L. repositorio.unh.edu.pe. [Online].; 2014 [cited 2018 AGOSTO 15. Available from: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/439>.

14. [scielo.org.ve](http://www.scielo.org.ve). [Online].; 2013 [cited 2018 AGOSTO 17. Available from: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000100007.

15. scielo.isciii.es. [Online].; 2016 [cited 2018 AGOSTO 20. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n3/teorizaciones2.pdf>.

16. [who.int](http://www.who.int). [Online].; 2018 [cited 2018 SETIEMBRE 4. Available from: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>.

17. cuidadoinfantil.com. [Online].; 2018 [cited 2018 SETIEMBRE 4. Available from: <https://cuidadoinfantil.com/etapas-principales-de-la-leche-materna.html>.

18. CUENCA GÓMEZ D. www.docvadis.es. [Online].; 2014 [cited 2018 SETIEMBRE 5. Available from: <http://www.docvadis.es/diana.cuenca/member/dianacuencagomez.html>.

- 19.unicef.org. [Online].; 2012 [cited 2018 SETIEMBRE 5. Available from: https://www.unicef.org/ecuador/Manual_lactancia_materna_web_1.pdf.
- 20.unicef.cl. [Online].; 1995 [cited 2018 SETIEMBRE 5. Available from: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>.
- 21.tuxchi.iztacala.unam.mx. [Online]. [cited 2018 SETIEMBRE 5. Available from:<http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/comunitaria/unidad3/images/lactancia.pdf>.
- 22.teoriakristenmswanson.blogspot.com. [Online].; 2012 [cited 2018 AGOSTO17. Available from:<http://teoriakristenmswanson.blogspot.com/p/la-teoria-del-cuidado.html>.

ANEXOS

ANEXO 01:



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

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

I. PRESENTACION

Señora madre de familia, el presente cuestionario tienen como finalidad recolectar datos importantes para la investigación, titulada: "NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA – BELLAVISTA 2018". Le agradecemos por su participación.

II. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada pregunta y marque con una X (aspa), la respuesta según crea conveniente

III. CONTENIDO:

DATOS GENERALES:

1. EDAD: _____
2. ESTADO CIVIL: Casada () Conviviente () Soltera ()
3. GRADO DE INSTRUCCIÓN: Primaria () Secundaria ()
Técnico () Universitario ()
4. OCUPACIÓN: Independiente () Dependiente () Su Casa ()
5. NÚMERO DE HIJOS: _____
6. TIPO PARTO: Eutócico () Distócico () Cesárea

CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

1. Durante los primeros 6 meses de vida del bebe Ud. Debe alimentarlo con:
 - a) Leche materna más agüita de anís.
 - b) Solamente leche materna.
 - c) Es dar leche materna más leche artificial.

- 2.- Hasta que edad se le debe dar pecho al bebe
 - a) Hasta los 2 años.
 - b) Hasta los 6 meses.
 - c) Hasta los 12 meses.

- 3.- Cuando debe iniciar la lactancia materna su bebe.
 - a) A las 4 horas de nacido.
 - b) Inmediatamente después del parto.
 - c) A las 24 horas de nacido.
 - d) Cuando él bebe llore de hambre por primera vez.

- 4.- Cada que tiempo debe de mamar al bebe.
 - a) Cada 2 horas.
 - b) Cada vez que el niño llore o a libre demanda.
 - c) Cada 6 horas.

- 5.- Si su bebe duerme por más de dos horas, ¿qué debe hacer Ud.?
 - a) Dejo que siga durmiendo
 - b) Lo despierto y le doy biberón.
 - c) Lo despierto y le doy pecho.
 - d) Solo lo despierto.

- 6.- Si su bebe llora de hambre o de Sed durante el día y la noche, ¿Que haría Ud.?
 - a) Le daría leche artificial
 - b) Le daría solo pecho.

c) Le daría leche materna más agüitas.

7.-Si Ud. trabajará o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar al bebe?

a) Tendría que darle leche artificial.

b) Le daría leche materna mientras este con mi bebe y leche artificial cuando me separe de él.

c) Preferiblemente tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.

8.- La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:

a) Hasta 1 hora.

b) Hasta 8 horas

c) No sabe

9.- Si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea:

a) Le suspende la lactancia materna

b) Le da panetela y otras agüitas

c) Le da lactancia materna más suero oral

d) Le daría pecho con mayor frecuencia

10.- Puede Ud. decirme la razón principal por la que Ud. Le daría leche materna a su bebe

a) Me ahorro dinero.

b) Le da nutrientes necesarios además de prevenir enfermedades respiratorias y diarreicas.

c) Me da más tiempo de pasar en compañía con mi bebe

11.- Marque la gráfica correcta en que se muestra la posición en cómo debe de dar de lactar a su bebe:



12.- Marque la gráfica correcta de cómo debe colocar la boca de su bebe al pecho para la lactancia:



13.- Por cuál de las mamas empieza nuevamente a darle de lactar al bebe:

- a) Empezará dar de lactar por cualquier seno
- b) Iniciará por la mama que no estuvo lactando anteriormente

14.- Para interrumpir la succión:

- a) Jala el pezón para que le bebe suelte
- b) Introduce un dedo en su boquita para que suelte el pezón

15.- De quién obtuvo Ud. información sobre Lactancia Materna Exclusiva

- 1. Personal d Salud
- 2. Familiares
- 3. Amigos
- 4. otros

ANEXO 2:



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

GUIA DE OBSERVACIÓN SOBRE PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La práctica de la lactancia materna exclusiva en madres con niños menores de 6 meses que acuden al P.S. CHALACAL, PIURA 2018, mediante:

N°	PREGUNTA	SI	NO
1	Lavado de manos.		
2	Limpieza de los pezones y/o las mamas.		
3	Masajea las mamas.		
4	Ejercita los pezones si es necesario.		
5	Adopta una adecuada posición para amamantar		
6	Sostiene al bebé adecuadamente (cabeza en flexura y Bebé de costado con pecho y barriga en contacto con pecho y barriga de la madre).		
7	Estimula el agarre del pezón.		
8	Sostiene el seno con la mano en forma de C.		
9	Observa y corrige el agarre del pezón (areola/labios evertidos).		
10	Habla con su niño, lo acaricia, lo mantiene despierto.		
11	Estimula al bebé cuando éste deja de succionar.		
12	Observa flacidez de mama y mide el tiempo.		
13	Retira el pezón, colocando el dedo meñique en la boca del bebé.		
14	Facilita la salida de gases en posiciones adecuadas.		
15	Cambia de seno para amamantar al RN.		
16	Estimula al niño para que continúe succionando.		
17	Estimula la eliminación de gases del bebé.		
18	Coloca al niño en posición lateral para dormir.		
19	Inicia la lactancia por el último seno amamantado anteriormente.		

Autora: ROCANO SUSANIBAR, NHURIA

ANEXO 03:
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en el estudio titulado “NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD CHALACALA, PÍURA-2018”, por esta razón es muy importante que conozca y entienda la información necesaria sobre el estudio de forma que permita tomar una decisión sobre su participación en el mismo. Cualquier duda o aclaración que surja respecto al estudio, le será aclarada por el investigador responsable.

El estudio pretende “Determinar el nivel de Conocimientos y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Puesto de Salud chalacalá, Piura-2018”.

Por medio de este documento se asegura y garantiza la total confidencialidad de la información suministrada por usted y el anonimato de su identidad. Queda explícito que los datos obtenidos serán de uso y análisis exclusivo del estudio de investigación con fines netamente académicos.

DECLARACIÓN PERSONAL

He sido invitado a participar en el estudio titulado “Nivel de conocimientos y practicas sobre lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al puesto de salud chalacala, Piura- 2018”, Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente el propósito de la investigación y se me han aclarado dudas relacionadas con mi participación en dicho estudio. Por lo tanto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio, aportando la información necesaria para el estudio y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Firma del participante

