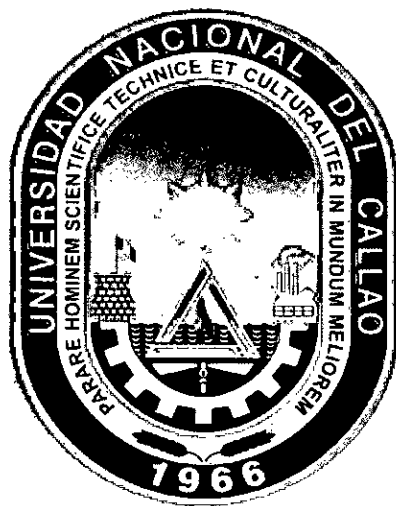


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE
SALUD I-4 LA UNIÓN – PIURA 2014 – 2016**

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

KARINA ISABEL CHUNG ANTÓN

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. RAFAEL EDGARDO CARLOS REYES PRESIDENTE
- MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ SECRETARIA
- MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE VOCAL

ASESORA: MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 259

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1716-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	3
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la situación problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	10
2.2.1 Cuidados de enfermería en promoción y apoyo a la lactancia materna	10
2.2.2 Situación de la lactancia materna en el Perú	15
2.2.3 Anatomía y fisiología de la lactancia materna	19
2.2.4 Importancia de la lactancia materna	26
2.2.5 Composición de la leche materna	26
2.2.6 Promoción de la lactancia durante el embarazo	28
2.2.7 Técnicas de amamantamiento	32
2.2.8 Extracción, conservación y administración de la leche materna	33
2.2.9 Apoyo social en la lactancia materna	37
2.2.10 Marco Legal	38
2.3 Definición de Términos	41

III.	EXPERIENCIA PROFESIONAL	42
	3.1 Recolección de Datos	42
	3.2 Experiencia Profesional	42
	3.3 Procesos realizados en el tema del Informe	48
IV.	RESULTADOS	56
V.	CONCLUSIONES	64
VI.	RECOMENDACIONES	65
VII.	REFERENCIALES	66
	ANEXOS	69

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional titulado: "PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN EL CENTRO DE SALUD I-4 LA UNIÓN 2014 – 2016", tiene por finalidad describir las actividades de enfermería que realicé en el servicio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud I-4 La Unión, las cuales se llevaron a cabo con los trabajadores de salud y las familias de la jurisdicción, quienes a través de la enseñanza ponen en práctica sus conocimientos y habilidades para fomentar y apoyar la lactancia materna, haciendo énfasis en la importancia del amamantamiento para la madre y el bebé, las técnicas para facilitar la lactancia exitosa evidenciando los cuidados adicionales, riesgos para las madres y los bebés que no amamantan. Así mismo se muestra como las prácticas del personal de salud en su centro de labores pudieron influir en su éxito, traduciéndose este proceso en cada miembro del personal apoyó con seguridad a las madres con el amamantamiento temprano y exclusivo y que este establecimiento ha sido encaminado hacia el logro de la designación de Establecimiento Amigo de la madre y del niño.

Espero que este documento sirva de referencia en la práctica del cuidado a otros profesionales especialistas en el área de Crecimiento y desarrollo.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: el capítulo I: describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye antecedentes, marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV: resultados; capítulo V: conclusiones; capítulo VI: las conclusiones y el capítulo VII: referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION PROBLEMA

A fines del siglo XIX, con la industrialización, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, los cambios en la alimentación infantil con sus grandes intereses económicos y las rutinas inadecuadas en los servicios de maternidad (separación de madre e hijo después del parto, mujeres iban a dar a luz sin tener las habilidades ni la confianza para amamantar a sus bebés porque no habían visto a otras mujeres dando de lactar) llevaron a la disminución de la lactancia. A esto se sumó la falta de educación e información del personal de salud en el manejo de la lactancia, la publicidad y la promoción indiscriminada de los sucedáneos de la leche materna en los servicios de salud directamente a los profesionales o mediante muestras y folletos. De allí que el abandono de la lactancia trajo como resultado un aumento de las infecciones, la desnutrición, anemia y la muerte. (Infancia, 2009)

Lo antes mencionado, se demuestra en las estadísticas, donde a nivel mundial se tiene que el promedio de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad, en el mundo aumentó de 34 a 41% en el año 2015, para el 2016 disminuir de 36 a 38%. (Salud O. M., 2016) Esto, a pesar de las recomendaciones de La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) quienes recomiendan amamantar a los niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad de manera exclusiva y con alimentación complementaria, hasta los dos años de vida. Lo cual es una intervención preventiva con el mayor potencial para salvar vidas, ya que puede prevenir el 13% de las muertes infantiles en el mundo. (salud, 2015)

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION PROBLEMA

A fines del siglo XIX, con la industrialización, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, los cambios en la alimentación infantil con sus grandes intereses económicos y las rutinas inadecuadas en los servicios de maternidad (separación de madre e hijo después del parto, mujeres iban a dar a luz sin tener las habilidades ni la confianza para amamantar a sus bebés porque no habían visto a otras mujeres dando de lactar) llevaron a la disminución de la lactancia. A esto se sumó la falta de educación e información del personal de salud en el manejo de la lactancia, la publicidad y la promoción indiscriminada de los sucedáneos de la leche materna en los servicios de salud directamente a los profesionales o mediante muestras y folletos. De allí que el abandono de la lactancia trajo como resultado un aumento de las infecciones, la desnutrición, anemia y la muerte. (Infancia, 2009)

Lo antes mencionado, se demuestra en las estadísticas, donde a nivel mundial se tiene que el promedio de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad, en el mundo aumentó de 34 a 41% en el año 2015, para el 2016 disminuir de 36 a 38%. (Salud O. M., 2016) Esto, a pesar de las recomendaciones de La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) quienes recomiendan amamantar a los niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad de manera exclusiva y con alimentación complementaria, hasta los dos años de vida. Lo cual es una intervención preventiva con el mayor potencial para salvar vidas, ya que puede prevenir el 13% de las muertes infantiles en el mundo. (salud, 2015)

La situación de nuestro país, no es ajena a esta realidad, lo que es preocupante, según La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2015, reporta que el 98.4% de los niños han lactado alguna vez, sólo el 55,1% de los niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido y el 38.6% de los niños recibieron un alimento diferente a la leche materna antes de empezar a lactar. Aunque al momento de la encuesta la totalidad de los niños menores de 4 meses estaba lactando, sólo lo hacía en forma exclusiva el 76 % de los menores de 2 meses, el 65 % de los lactantes de 2 a 3 meses y el 53 % de los niños de 4 a 5 meses y estas cifras son menores que las del año. (INEI, 2015)

En la provincia de Piura, encontramos la misma realidad, según la data de la Dirección Regional Salud (DIRESA), en el año 2015, solo el 53.1% de piuranas dio de lactar a sus niños a diferencia del año 2014 cuya cifra era del 71.6%. (Social, 2014)

El sistema de información de salud (HIS), en el año 2013 se reportó que ningún establecimiento de la Red Bajo Piura, incluyendo Centro de Salud I-4 La Unión, lugar en la que se relata la experiencia laboral contaba con familias con niños menores de 24 meses y gestantes que participarán en grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna. (Mendoza Chiroque, 2011)

Estas estadísticas resultaron ser alarmantes, cada vez tenemos menos niños que consumen lactancia materna exclusiva. Razón por la cual se generó un plan de intervención donde era de vital importancia que el profesional de enfermería y en general los trabajadores de salud que son los encargados de la atención integral de salud del binomio madre niño, debía estar dotados de conocimientos y habilidades (confianza y seguridad) para apoyar y proteger la lactancia materna. Y a su vez ser referentes para las familias que mostraban desconocimiento de las ventajas que ofrece amamantar a un niño desde el primer día hasta los 2 años de vida. Por último un establecimiento de salud que promociona y apoya la lactancia materna, tendrá menos niños con desnutrición,

déficit del desarrollo y anemia, que son enfermedades silenciosas pero perjudiciales para la salud a corto y largo plazo, además alcanzar el logro de la designación de Establecimiento Amigo no solo es un alago es dar calidad de atención a nuestras familias.

1.2 OBJETIVO

Describir la Promoción y Apoyo a la lactancia materna, en el Centro de Salud I-4 La Unión - Piura 2014 – 2016.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe tiene por finalidad describir las actividades de enfermería que se realizan en el aspecto preventivo promocional con la promoción y apoyo a la lactancia materna, dando a conocer mi experiencia como profesional de salud no solo a los trabajadores de mi institución los cuales juegan un rol importante en la promoción de la lactancia materna ya que deben brindar a la población información oportuna, veraz y comprensible; sino, también a las madres y familias con niños menores de 2 años fortaleciendo así el binomio madre-hijo siendo ellos el pilar fundamental en el cuidado del niño.

De igual forma, se busca contribuir a través de esta experiencia profesional en promoción y apoyo a la lactancia materna a la disminución de enfermedades silenciosas pero con gran impacto como es la desnutrición crónica infantil, anemia y trastornos del desarrollo de los 1554 niños menores de 2 años de la jurisdicción y a la protección de la salud integral del niño y de la madre.

Este trabajo además beneficiará a través de la información obtenida a los profesionales de la salud, principalmente a las estudiantes de enfermería, enfermeros, especialistas enfermería y hacer énfasis en el campo preventivo promocional ya que es la clave para la mejora en el conocimiento

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

- Silva Castro, Raquel y Batoca Silva, Ernestina, en el año 2012, realizaron un estudio: “La percepción de las madres sobre las prácticas de los enfermeros en la promoción de la lactancia materna”. El objetivo fue: Identificar la percepción de las enfermeras sobre las prácticas de promoción de la lactancia materna. Metodología: El estudio correlacional descriptivo cuantitativo se realizó en una muestra intencional, no probabilística de 88 madres de niños de edades comprendidas entre los 2 días y 3 años. Concluyendo: Las enfermeras deben reflexionar sobre sus prácticas y su formación en lactancia materna, alentar a las madres no sólo un punto de vista técnico y reglamentario, sino también desde un aspecto psicosocial, adaptar sus prácticas a las necesidades de cada mujer. (Castro Raquel & Silva Ernestina , 2012)
- Sebastian Vicente Pilar, en 2013, realizó un estudio titulado: “Los grupos de apoyo a la lactancia materna como iniciativas de promoción a la salud en la comunidad, un estudio descriptivo en la Región de Murcia”. Con el objetivo de: Describir la función socioeducativa, sanitaria y promotora de la salud que ejercen los grupos de apoyo y su influencia en las madres participantes, bebés y entorno social. La metodología cualitativa, descriptiva, cuya muestra estuvo conformada por 24 madres que pertenecen a grupos de apoyo comunal. Cuya conclusión fue: La capacitación para la salud individual y comunitaria, contribuye al bienestar de las familias mejorando su calidad de vida. (Sebastian Vicente, 2013)

- Rocha Sampaio, Adila y Bousquat Aylene, en el año 2014, realizaron un estudio denominado: "Contacto Piel a piel al nacer: un Desafío para la Promoción de la lactancia materna en la maternidad pública del noreste Brasileño con El título del hospital Amigo del Niño". El objetivo fue: determinar la prevalencia de cumplimiento de la cuarta etapa de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño para poner a los bebés en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento durante al menos media hora. Estudio tipo transversal con datos de entrevistas con las madres que recientemente habían dado a luz, durante una semana típica en 2014. Quienes concluyeron: Bajo cumplimiento del cuarto paso es motivo de preocupación, sobre todo porque se trata de un Hospital Amigo del Niño; la cesárea fue perjudicial para el contacto lactantes de piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento. (Sampaio Ádila & Bousquat , 2014)
- Vargas Gleiciana, Sant Ana y Pereira Rodríguez, Diego, en el 2015, realizaron un estudio titulado: "Actuación de los profesionales de salud, de la estrategia salud de la familia (ESF): Promoción de la práctica de la lactancia materna". Cuyo objetivo fue: analizar la práctica de los profesionales sanitarios que trabajan en ESF, en relación con la lactancia materna en el puerperio. Método de estudio: cualitativo, realizado en tres unidades de ESF. Concluyendo: las dificultades en el proceso de la lactancia materna reportada por las madres lactantes están relacionadas con la falta de seguimiento y de información coherente en función de sus necesidades, lo que

evidencia la ausencia en promoción, protección y apoyo de la lactancia materna por los profesionales de la salud. (Vargas Gleiciana & Herdy Alves, 2016)

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Cuidados de Enfermería en promoción y apoyo a la lactancia materna

Según **Nola Pender**, con su modelo conceptual de “conducta para salud preventiva”, el cual constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades. (Aristizábal Hoyos, Blanco Borjas, & Sánchez Ramos, 2011)

El modelo de promoción de la salud se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta. El modelo de la promoción de la salud tiene una construcción similar a la del modelo de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud. En definitiva: El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud y en nuestro trabajo se ve reflejado debido a que se realizó en el Centro de Salud I-4 La Unión la Promoción de los Grupos de apoyo de lactancia materna, programa que fortaleció una de las prácticas

valiosas para disminuir la desnutrición y la anemia que es de bajo costo que es la de dar leche materna hasta los 2 años de vida. Así mismo se crea un proceso de retroalimentación entre los trabajadores y familias ya fortalecidas de conocimientos de las que aún no participan del programa.

Así mismo **Kristen M. Swanson**, describe su investigación en el área Materno infantil con abordaje fenomenológico descriptivo que da origen a la "Teoría de Los Cuidados". (Marriner Tomey & Raile Alligood, 2007)

Para ella, 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. Si el Profesional de Enfermería piensa en las madres, niños y familias que buscan sus cuidados en el programa de lactancia materna, también necesitan pensar en sí mismas, en otras enfermeras y su cuidado y demandan ser cuidadas por los demás.

Otro fenómeno de interés que aborda Swanson en el cuidado de Enfermería es la salud, como el restablecimiento del bienestar de madres, niños y sus familias de apoyo, siendo éste un complejo de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud. El cuidado de enfermería, trasciende la mejora de una persona, per se, y la asiste para alcanzar, mantener o recuperar el nivel óptimo de bienestar requerido para responder a las demandas, sortear obstáculos, utilizar los recursos personales y del entorno.

Finalmente, el profesional de enfermería, debe considerar el entorno que rodea a madres, niños y familias, como el contexto donde viven, que ellos influyen y son influenciados por aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos, económicos, religiosos, entre otros.

Coherente con los planteamientos anteriores, ella define cuidado como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Independientemente de la experiencia y de los años de ejercicio laboral del profesional de enfermería, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales, creados por la propia actitud filosófica de la (el) enfermera (o), estableciendo cinco categorías o procesos que se presentan de manera separada, pero que constituyen una secuencia de intervenciones de enfermería para el cuidado informado y la cual aplica a todas las relaciones de cuidado; en donde la(el) enfermera(o) diagnostica, trata las respuestas humanas a problemas de salud actuales o potenciales. Estas categorías son: conocer, mantener las creencias, estar con, hacer por, posibilitar.

Swanson propone, que los procesos de los cuidados se superponen, y cada uno es componente integral de la estructura de los cuidados. Por tanto los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de las personas, apoyada por el conocimiento de la realidad de madres, neonatos y la familia que los apoya, expresada por estar física y emocionalmente presente y representada por hacer por y posibilitarles el auto cuidado.

De igual manera, **Madeleine M. Leininger**, con su teoría: "De la diversidad y universalidad de los cuidados culturales" resultado de sus trabajos le permitieron identificar la importancia para el cuidado de enfermería de la influencia de las diferencias culturales en el cuidado de la salud y las prácticas para el bienestar. Su teoría tiene como fin impulsar al profesional de enfermería a entender las diferencias culturales existentes en los cuidados humanos, la salud y la enfermedad. (Muñoz de Rodríguez, 2012)

Con esta mirada de enfermería, la lactancia materna es una práctica natural, transmitida de generación en generación, que refleja la adopción de prácticas de cuidado para la misma por las madres con el apoyo de su familia, las cuales surgen de la experiencia de la persona, grupo familiar y comunidad; luego lo que más desea una madre y su familia cuando acuden a los cuidados de enfermería en el programa de lactancia materna es encontrar calidad, que se consigue cuando se tienen en cuenta los conocimientos sobre las prácticas, creencias y valores de los cuidados culturales, puesto que éstos están arraigados e influenciados por los contextos del punto de vista del mundo, lengua, formas de pensamiento, religión o espiritualidad, parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología, etnohistoria, y entorno de la cultura. En consecuencia los cuidados enfermeros basados en la cultura, son beneficiosos, saludables y satisfactorios contribuyendo al bienestar de madres, niños, niñas, familia, grupos y comunidades dentro del entorno y sus contextos. Si el profesional de enfermería, ignora el conocimiento propio de madres y familia (conocimiento genérico o épico) alrededor de la lactancia materna,

tendiendo a reconocer su propio conocimiento (profesional o ético) como único y verdadero, genera conflictos culturales, prácticas de imposición cultural, dolor, estrés e insensibilidad en el cuidado.

Avanzando en los conceptos, se encontró que Leininger define la enfermería como la disciplina humanística y científica que se centran en los fenómenos y las actividades de los cuidados para ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a las personas o grupos a que conserven o recuperen su bienestar o salud el cual se define y valora desde la práctica cultural; es decir que el cuidado debe tener una base cultural, una conceptualización y una planificación basada en la cultura, como una manera amplia de entender y ser eficaz para las personas; entonces, el profesional de enfermería debe implementar actividades creativas de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayuden a personas de una cultura determinada a adaptarse o llegar a un acuerdo con otras culturas con el fin de obtener resultados beneficiosos y satisfactorios en la relación enfermera (o), madres, niños, niñas, y familia de apoyo. Con base en lo anterior, los aspectos culturales juegan un papel importante en las prácticas de cuidado que la madre y su familia aplican en su diario vivir, las cuales nacen del conocimiento generacional sólido, en un sistema de creencias y tradiciones culturales que impiden que las personas cambien fácilmente, es por esto que la enfermera (o) le es preciso combinar el conocimiento empírico y estético para promover el autocuidado durante la lactancia materna respetando los modos de vida de cada persona y su contexto.

2.2.2 Situación de la lactancia materna en el Perú

En el Perú, en los últimos años hay un crecimiento en la conciencia de la gente y las autoridades por el cuidado y preservación del medio ambiente así que será fundamental seguir informando sobre toda la contaminación que genera la producción de fórmulas infantiles que utilizan recursos naturales, se ha estimado que se necesitan más de 4.000 litros de agua para producir 1 kg de fórmula, se utiliza plástico y otros materiales para su envasado y se necesitan botellas y chupones para entregarla.

Tenemos claro y el nuevo Presidente de la República (Pedro Pablo Kuczynski) lo ha enfatizado en su discurso de toma de mando que la LACTANCIA MATERNA debe estar presente en la salud de la niñez (mentes brillantes) y que el desarrollo anhelado lo conseguiremos combatiendo la desnutrición y reducción de la pobreza.

En términos generales tenemos una cultura del amamantamiento así que todas las madres deben sentirse libres de amamantar en lugares públicos aunque aisladamente ya se observan malas caras y gestos incómodos, a mí me ha pasado y más por tratarse de amamantar a mi hijo de más de dos años, lamentablemente ya no es muy común ver bebés mayores lactando, pronto las amistades o familiares te salen con la cantaleta de que le estás dando agua o que tu leche ya no sirve u otras barbaridades, existe mucha desinformación al respecto; además me preocupan las cifras de lactancia materna exclusiva durante los 6 meses debido a falta de información, apoyo a las madres y por malos profesionales que desactualizados indican complementar con biberones y fórmulas artificiales ante el menor inconveniente en la alimentación y salud de la madre y/o su bebé, cómo madres y padres sería bueno antes de llevar nuestro control pre-natal cerciorarnos que se trata de un establecimiento de

salud Amigo del Niño y Niña pues este tipo de hospitales o clínicas deben facilitar y promover la lactancia materna desde el primer minuto del nacimiento del bebé, si éstos no lo hicieran pueden ser denunciados.

Y por último respecto a la productividad y Empleo Femenino:

Lactarios: Desde el pasado 16 de junio del presente año, los empleadores que cuenten con 20 o más trabajadoras en edad fértil, están obligados a implementar un lactario; esto es, un ambiente que cuente con las propiedades idóneas para que las empleadas puedan extraer y conservar la leche materna. Las empresas grandes y medianas han cumplido el mandato legal; los empleadores pequeños –con esfuerzo– también lo están haciendo. Según la ley, las trabajadoras podrán usar el lactario durante, al menos, una hora al día, dentro de su horario de labores y por los primeros dos años del menor. Pese a lo señalado, el uso del lactario es mínimo. Probablemente, usted se pregunte por la razón de esta situación, en el entendimiento de que se trata de un beneficio para las trabajadoras y sus hijos. La respuesta resulta de una gran simplicidad. Ni la norma sustantiva ni su reglamento han establecido expresamente que el tiempo de uso del lactario sea remunerado, eso deja un gran vacío y hace que los empleadores lo tomen como un favor, consideramos que allí hay gran trabajo para nuestras autoridades y esperemos se haga algo al respecto.

Licencia de Maternidad: En nuestro país ya se encuentra vigente un Decreto supremo N° 002-2016-TR que establece que toda mujer (según Convenio N° 183 de la OIT) tendrá derecho a una licencia de maternidad de una duración de al menos catorce (14) semanas, este tiempo aún resulta insuficiente haciendo difícil muchas veces mantener la lactancia.

Licencia de Paternidad: A nivel de Sudamérica, el Perú está en entre los últimos lugares en este tema y solo supera a Bolivia, que otorga tres días, y Argentina con dos días de licencia por Paternidad. La propuesta del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) de ampliar el tiempo de licencia laboral por paternidad de 4 a 15 días naturales, con el objetivo de que los padres se involucren en la crianza de sus hijos, esto además será fundamental para el establecimiento de la Lactancia Materna pues el padre desempeña un papel fundamental en el inicio y desarrollo de la misma, esperemos finalmente se de esta ley. Sin embargo la actitud del padre frente a la lactancia materna es esencial para la madre y su bebé por lo que es importante también que ellos se informan adecuadamente al respecto. (Victoria, 2016)

- **La lactancia materna en la lucha contra la desnutrición:**

En el mundo cerca de 170 millones de niñas y niños sufren de desnutrición crónica que origina la mitad de casos de mortalidad infantil; mientras que 20 millones de niñas y niños sufren de sobrepeso. A nivel de América Latina, 9 millones de niñas y niños menores de cinco años sufren de desnutrición crónica.

En el Perú, si bien es cierto que la desnutrición crónica infantil muestra una tendencia a la disminución en los últimos 10 años, aún se mantienen brechas al interior de algunas regiones. El 54.2% de las niñas y niños de Huancavelica fueron afectados con desnutrición crónica, 34,7 puntos porcentuales más que el promedio nacional; en tanto, los departamentos de Tacna y Moquegua presentaron las menores proporciones (3,7 y 5,7 por ciento, respectivamente). Asimismo, las brechas se acrecientan según quintiles de pobreza: las niñas y niños ubicados en el quintil inferior fueron afectados en mayor proporción con desnutrición crónica (43.5%), comparados con los que pertenecen al quintil superior y cuarto quintil (2,4 y 6,8 por ciento,

respectivamente). La lactancia materna tiene un efecto positivo en la disminución de la desnutrición de las niñas y niños. Al respecto, la proporción de niñas y niños menores de seis meses con lactancia materna exclusiva en el año 2011 (70,6%) ha aumentado con respecto al año 2000 (67,2%) y con respecto al año 2010 (68,3%).

El trabajo realizado con los diferentes actores sociales como gobiernos locales, comunidad educativa, personal de salud, ha permitido instalar el proceso de trabajo concertado en el tema de promoción de la alimentación saludable, además de generar capacidades para la aplicación de metodologías comprobadas que contribuyan a la reducción de la desnutrición crónica infantil. Los lactarios constituyen un medio para el desarrollo de la lactancia materna, la cual está orientada a la nutrición infantil, a la salud y desarrollo socio-afectivo de la madre, así como al fortalecimiento de la relación familiar; permitiendo que tanto el hogar como el trabajo sean espacios de ejercicio de derechos en virtud de la concepción del trabajo decente. Mediante esta medida, las mujeres trabajadoras del sector público y privado que tienen responsabilidades familiares en relación a hijas e hijos podrán ejercer la lactancia materna a través de la utilización de un servicio adecuado en las instalaciones de su centro laboral, respondiendo al interés superior del niño(a), al desarrollo pleno de la mujer y al fortalecimiento de la familia como fin supremo de la sociedad, de acuerdo a lo contemplado en la Constitución Política del Perú, en el marco de los derechos fundamentales de la persona. Cabe recordar que la Ley N° 28542- Ley de Fortalecimiento de la Familia, señala como inciso c) "La promoción de las responsabilidades familiares compartidas entre el padre y la madre", reconociendo la importancia de establecer políticas y acciones específicas para garantizar que, tanto hombres como mujeres, puedan ejercer plenamente sus responsabilidades familiares dentro del ámbito laboral. Asimismo, el Decreto Supremo N° 009-2006-MIMDES y la Ley N° 29896 están vinculados al Decreto

Supremo N° 009- 2006-SA que establece el Reglamento de Alimentación Infantil, considerando las estadísticas nacionales y regionales que refuerzan la relación entre la baja lactancia materna en zonas donde la niña o niño recién nacido ha recibido alimento diferente a la leche materna antes de que la madre empezara a amamantarlo de manera regular.

En este sentido, es importante que las instituciones del sector público y privado a nivel nacional, especialmente en aquellas que concentran la mayor cantidad de mujeres en edad fértil de zonas urbanas, implementen el servicio del lactario como una medida que coadyuve a incrementar la tasa de lactancia materna exclusiva y óptima desde el ámbito laboral. (Jara Velásquez & Rojas Julca, 2013)

2.2.3 Anatomía y fisiología de la lactancia materna

El conocimiento de la anatomía y de la fisiología de la lactancia es fundamental para comprender el proceso del amamantamiento y para poder brindar un eficiente apoyo a las madres.

- **Estructura anatómica de la mama**

La glándula mamaria tiene una disposición arborescente, o ramificada, en la que se distinguen los alvéolos y los conductos. Los alvéolos, formados por células secretoras (productoras de leche) dispuestas en forma de sacos, están rodeados por células mioepiteliales, que al contraerse eyectan la leche de la luz de los alvéolos hacia los conductos. Los conductos son tubos ramificados, entrelazados e interconectados. Un grupo de alvéolos constituye un lobulillo y varios lobulillos constituyen un lóbulo.

La glándula mamaria tiene entre 4 y 18 lóbulos (9, en promedio) que drenan la leche a través de igual número de conductos lactíferos o mamarios, que desembocan en el pezón, el cual es una pequeña estructura cilíndrica, rugosa, pigmentada, situada un poco por debajo del centro de la mama.

Adicionalmente debemos mencionar que en ecografías de madres lactantes se ha observado que los conductos lactíferos no se ensanchan cerca del pezón para formar los senos lactíferos, como se creía antes.

Alrededor del pezón hay un área circular pigmentada, de tamaño variable, que es la areola, donde se distinguen los tubérculos de Montgomery, elevaciones de la piel, en las que se abren conductos de glándulas sebáceas y de pequeñas glándulas mamarias que lubrican, protegen y le dan un olor peculiar a la areola.

El color y el olor de la areola parecen ayudar al bebé a encontrar el pecho.

Una gran proporción del tejido glandular (más del 70%) se localiza en un radio de 30 mm a partir del pezón. En algunas mujeres la glándula mamaria puede extenderse hasta la zona axilar, lo que se denomina la cola de Spence.

El tejido adiposo da forma y tamaño a la mama, su proporción es variable de mujer a mujer (9 a 54%). La asimetría de ambos pechos es común. Los pechos pequeños pueden tener menor capacidad de almacenar leche entre mamadas que los pechos más grandes. Los bebés de madres con pechos pequeños pueden necesitar mamar más frecuentemente, pero la cantidad de leche producida en un día es igual que en los pechos más grandes. (Santisteban, 2010)

Fisiología del pezón: En reposo, los pezones son blandos y poco elevados. Al estímulo táctil, se vuelven más prominentes y firmes, debido a la contracción de sus fibras musculares, lo que se denomina protractilidad. Aunque el bebé forma una tetilla no sólo del pezón sino también del tejido blando circundante, la protractilidad del pezón facilita el acoplamiento de la boca del niño al pecho (“agarre”).

Algunas mujeres tienen poca protractilidad del pezón, pero ésta mejora con el transcurso del embarazo y con la lactancia.

Cuando el pezón, en vez de sobresalir, se retrae al estímulo (pezón plano o invertido), puede haber alguna dificultad para la lactancia. (Eugenia Casado)

Otras estructuras anatómicas: Tejido conectivo firme, da soporte a la mama, parte importante de ello son los ligamentos suspensorios de Cooper, que van desde la fascia torácica hasta la piel.

La inervación es principalmente sensitiva y mayormente localizada en la areola y en el pezón. Procede del cuarto, quinto y sexto nervios intercostales. El riego sanguíneo está dado principalmente por las arterias mamarias internas (60%) y las arterias torácicas laterales (40%). El riego linfático es abundante y drena principalmente hacia los ganglios axilares.

Desarrollo de la glándula mamaria: Se inicia a la 4ª semana de vida embrionaria, con la aparición de los surcos mamarios, Luego, se forman las yemas primarias que constituirán las glándulas mamarias, múltiples en un inicio y ubicadas bilateralmente en la línea mamaria, desde la axila hasta la región pubiana. Luego involucionan todas, menos las que constituirán las glándulas definitivas. La falta de involución de otras yemas iniciales dará lugar a las mamas supernumerarias o politelia.

A partir de allí habrá un crecimiento celular, el desarrollo de yemas secundarias y la diferenciación de las distintas estructuras anatómicas. A las 28 semanas de edad gestacional, las hormonas placentarias inducen la

canalización de los conductos. Se forman la areola y el pezón como una elevación, que cuando no se produce, da lugar al pezón invertido. A las 32 semanas es posible observar calostro en los alvéolos. El recién nacido puede tener glándulas mamarias aumentadas de volumen que, a veces, producen leche (leche de brujas) debido al efecto hormonal del embarazo, lo que revierte espontáneamente en 3 ó 4 semanas.

La glándula mamaria de la mujer gestante es capaz de producir leche desde las 12 - 16 semanas de gestación, pero no se secreta en gran cantidad porque las hormonas, principalmente los estrógenos, el lactógeno placentario y la progesterona, inhiben su producción. Después del parto y del alumbramiento, los cambios hormonales y la succión del bebé, inician el estímulo para aumentar el volumen de leche. (Zavaleta Castillo, 2008)

- **Fisiología de la lactancia materna:** La primera etapa de producción de leche está bajo un control endocrino. Dos hormonas – prolactina y oxitocina son importantes para ayudar a la producción y al flujo de leche, respectivamente. (Salud M. d., 1997)

Reflejo de producción de leche: El estímulo nervioso del pezón y de la areola, produce mediante un reflejo neuroendocrino la liberación en la hipófisis de la prolactina y de la oxitocina. La succión del bebé estimula las terminaciones nerviosas de la areola que pasan el mensaje a la hipófisis que inmediatamente libera (en las células lactotropas del lóbulo anterior) la prolactina y posteriormente la oxitocina, la cual comprime la malla mioepitelial que envuelve a los alvéolos y permite la salida de la leche. (Santisteban, 2010)

Prolactina: Se libera en la hipófisis anterior. Activa la formación de la leche en los alvéolos mamarios. Los niveles de prolactina se mantienen muy elevados durante las últimas semanas de gestación. Sin embargo no se produce leche debido al efecto inhibitor de los estrógenos y la progesterona. Pasado el parto, y con la expulsión de la placenta, disminuyen los niveles de

estrógenos y progesterona, y la prolactina puede desarrollar su actividad lactogénica. Durante el parto, si la madre no ha sido tratada con analgésicos, y en el momento del nacimiento del hijo, durante la primera hora, están en contacto madre y bebé, se alcanzan los niveles más altos de endorfinas. Las endorfinas permiten a la madre identificar al bebé y crear lazos afectivos e inducen la liberación de la prolactina.

Reflejo de eyección de la leche: puede desencadenarse al ver, oír, tocar y aún al pensar en el bebé, sin mediar el estímulo del pezón o de la areola. La liberación de oxitocina puede inhibirse temporalmente por el miedo y otros sentimientos negativos de la madre, como dolor intenso, estrés, dudas, vergüenza o ansiedad.

Oxitocina: Secretada por el cerebro primitivo y liberada por el lóbulo posterior de la hipófisis, actúa sobre la célula mioepitelial que se contrae y provoca el reflejo de eyección o bajada de la leche. En la primera hora postparto, se alcanzan los niveles más altos de oxitocina, si están juntos el bebé y la madre “piel con piel”. Lo importante es que se contraigan las células mioepiteliales y creen una presión positiva en el sistema de conductos, y la leche llegará a los senos galactóforos, y de ahí pasa al bebé que los exprimirá con la acción de la lengua y la mandíbula.

Factor inhibidor de la lactancia materna: Después de más o menos 48 horas, la secreción láctea pasa a un control autocrino, es decir que depende del vaciamiento del pecho. Esto es porque la leche contiene una proteína que es un Factor Inhibidor de la Lactancia que es capaz de disminuir la producción de leche. Si no se extrae la leche y el pecho queda lleno, el inhibidor reduce la producción de leche. Si se extrae la leche del pecho, los niveles del inhibidor caen y la producción de leche aumenta. Por consiguiente, la cantidad de leche producida depende de cuánta leche se extrae. (Infancia, 2009)

La secreción abundante de leche generalmente se inicia al 3er día postparto, lo que se conoce como la “bajada” de la leche. Algunas mujeres no experimentan esta “bajada” al 3er día post parto, a pesar de una adecuada succión del pecho, esto podría deberse a factores externos (cesárea, estrés, analgesia obstétrica, diabetes tipo I, obesidad, ovario poliquístico, retención de placenta, quistes luteínicos tecales).

- **Rol del bebe en la transferencia de la leche**

Contacto piel a piel y primera mamada: Si: de inmediato al parto, se coloca al recién nacido sobre su madre, en contacto piel a piel y se le permite actuar espontáneamente, sin interrumpirlo, tendrá un agarre correcto del pecho y una succión eficaz. Mientras estén presentes los reflejos del recién nacido (durante, por lo menos, las primeras seis semanas de vida), puede ocurrir el agarre espontáneo del pecho en el contacto piel a piel y ayudar a que el bebé aprenda a mamar. (Antonio Ferrer, 2015)

La acción de succionar y extraer la leche: Los reflejos de orientación, succión y deglución ocurren automáticamente en un bebé a término, sano. Un buen agarre del pecho no siempre es completamente automático y el bebé puede necesitar ayuda. Un bebé soñoliento debido a medicamentos administrados a su madre durante el trabajo de parto, un prematuro o un bebé enfermo necesitan más ayuda para prenderse del pecho en forma eficaz.

Tamaño del estómago del recién nacido: El primer día, un recién nacido tiene capacidad gástrica para recibir un volumen de 5 a 7 ml, aproximadamente, cada vez que se alimenta. No es casualidad que esa sea la cantidad de calostro que produce el pecho. Los investigadores reportan que el primer día, el pequeño estómago no puede estirarse como lo hará después. Esto explica que, cuando se alimenta a los recién nacidos con una onza o dos (30 a 60 ml) durante el primer día de vida, la mayor parte del volumen es expulsado hacia fuera.

A medida que el bebé toma mayores cantidades de leche, su estómago se expande y al tercer día, con la bajada de la leche, alcanza un volumen aproximado de 22 a 27 ml y al décimo día, 45 a 60 ml.

El bebé en las primeras semanas tiene mamadas cortas y frecuentes, a libre demanda y establece un modelo de alimentación saludable desde el principio. El forzar a un bebé dándole fórmula en volúmenes mayores a los del calostro, en la creencia de que éste es insuficiente, lleva a la sobrealimentación y sentirse más que satisfecho en forma rutinaria, puede generar hábitos de alimentación no saludables, que contribuyen a la obesidad infantil más adelante. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004)

- **Distinguir un buen agarre al pecho y una succión eficaz:**

Signos de buen agarre: El mentón toca el pecho (o casi lo toca), la boca bien abierta, el labio inferior hacia afuera, se ve más areola por arriba que por debajo de la boca.

Signos de mal agarre: El mentón lejos del pecho, la boca no está bien abierta, el labio inferior dirigido hacia adelante o doblado hacia adentro, se ve más areola abajo que arriba de la boca o igual a ambos lados.

Signos de succión eficaz: Succiones lentas y profundas y sonidos de deglución, mejillas llenas y no hundidas, el bebé mama tranquilamente, el bebé termina de mamar por sí mismo y luce satisfecho, la madre no siente dolor.

Signos de que un bebé no está succionando eficazmente: Succiones rápidas y superficiales, ruidos al succionar, mejillas hundidas, bebé fastidiado al pecho, lo agarra y lo suelta, el bebé mama muy frecuentemente o por largo tiempo pero no suelta el pecho y parece insatisfecho, la madre siente dolor.

2.2.4 Importancia de la lactancia materna

El amamantamiento es importante para la salud a corto y a largo plazo de los niños y de las mujeres. Tanto la acción de amamantar como la composición de la leche materna son importantes. El amamantamiento favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo y el desarrollo físico y emocional del niño. La madre disfruta de la lactancia, mejora su autoestima y disminuye su riesgo de cáncer de mama, ovario y de osteoporosis. La leche materna proporciona los nutrientes ideales para el niño y lo protege de infecciones y muerte, así como de algunas enfermedades a largo plazo. (Infancia, 2009)

- **Los riesgos de no amamantar**

Los niños que toman fórmula están en mayor riesgo de enfermarse y de morir, principalmente de enfermedades infecciosas, pero también tiene mayor riesgo de obesidad o desnutrición y de enfermedades a largo plazo, así como un menor rendimiento intelectual.

Las madres que no amamantan son más propensas a presentar anemia, sobrepeso, cáncer de mama, ovarios y osteoporosis.

La familia y la comunidad también se perjudican con los gastos de la alimentación artificial, los costos de la mala salud y la contaminación ambiental por los desechos de la fabricación y distribución de los sucedáneos de la leche materna.

2.2.5 Composición de la leche materna

Calostro: propiamente se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso, de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto es suficiente para satisfacer las necesidades del

recién nacido. Contiene menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura y mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. Además, tiene 2,9 g/100ml de grasa, 5,7g/100ml de lactosa y 2,3 g/100ml de proteína.; gran cantidad de inmunoglobulina A (IgA), que junto a la lactoferrina y la gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³), confieren al recién nacido eficiente protección contra gérmenes y alérgenos del medio ambiente. Produce 57 Kcal./100 ml.

Leche de transición: Es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un notable, aproximadamente 600 a 700 ml/día, entre los 15 a 30 días postparto.

Leche madura: La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, a distintas horas del día, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. Cuando la lactancia está en regresión, la leche involuciona y pasa por una etapa calostrál antes de desaparecer totalmente. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto, y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal. / 100 ml.

Leche de madres de pre término: La leche de madre de pretérmino contiene mayor cantidad de proteína y sodio. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella. Aparentemente esta diferencia está determinada por la persistencia de la lactogénesis I (tipo calostro) debido a la falta de cierre de las uniones estrechas intercelulares. Esta leche se caracteriza también por

una mayor variabilidad en la concentración de macronutrientes, especialmente grasa y proteínas entre las madres. En un recién nacido de muy bajo peso (MBPN), menos de 1.500 g, la leche de pre término no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio, fósforo y de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos. (C. Latham, 2002)

2.2.6 Promoción de la lactancia durante el embarazo

- **Beneficios de la lactancia materna:** La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño y niña, para la madre, para la sociedad y la humanidad.

Para el niño: Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal.

Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos.

Los niños/as amamantados/ as tienen menor riesgo de enfermar de diarrea, infecciones respiratorias, meningitis, septicemia, infección urinaria.

En el recién nacido, el calostro elimina oportunamente el meconio y evita la hiperbilirrubinemia neonatal.

La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud general para

el adulto. El niño amamantado rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias.

El ahorro de recursos para las familias de niños y niñas amamantados/as, tanto en alimentación, como en gastos médicos. Además es importante considerar que los niños y niñas amamantados/as tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños/as que reciben mamadera. Del equilibrio funcional de la succión deglución respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento máxilo facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, mímica y fonarticulación del lenguaje.

Los niños alimentados hasta los 6 meses sólo con leche materna, tienen un desarrollo y crecimiento normales. Después de esa edad continúan creciendo bien si se inicia la alimentación complementaria manteniéndose la leche materna como único aporte lácteo hasta los 12 meses.

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico, intelectual y psicosocial del niño/a proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuados para el crecimiento y desarrollo de sus órganos, especialmente el sistema nervioso. Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo sicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con mamadera. Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual en el niño.

El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento, organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. Se ha demostrado que los niños amamantados presentan mayor

agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula.

Durante al menos 3 meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apneas prolongadas, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita.

El niño que es amamantado adecuadamente, satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce, hacen que se sienta querido y protegido, respondiendo con una actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico.

Entre los efectos a la salud, a largo plazo la lactancia confiere protección sobre enfermedades que se presentan en etapas posteriores de la vida, tales como: diabetes insulino-dependiente, enfermedades cardiovasculares, colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, la enfermedad celíaca, el asma, leucemias, linfomas, la obesidad y enfermedades alérgicas. (Antonio Ferrer, 2015)

Para la madre: La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.

Retracción del útero: por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la oxitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangramiento y reducirlo a su tamaño previo. La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo.

Recuperación del peso: una lactancia adecuada permite que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia. Las hormonas de la lactancia (prolactina) hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico más bello, vital y armónico.

Recuperación de los pechos: la estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evita la congestión de ellos y reduce los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras.

La lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mama y ovario, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. (salud, 2015)

Finalmente para la sociedad: Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente, disminuyendo la morbilidad infantil.

La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de: leches de vaca o de fórmula, mamaderas, chupetes y accesorios, enfermedades y sus tratamientos, gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos, ausentismo laboral de la madre que necesita atender al niño enfermo, producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos. Se estima que si todas las madres del mundo alimentaran a sus hijos con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales.

Además están las ventajas ecológicas, pues la leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable.

Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población al espaciar los nacimientos; no desperdicia recursos naturales ni crea contaminación; no implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento; no necesita preparación ni uso de fuentes de energía; no requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004)

2.2.7 Inicio de la lactancia: contacto precoz

Al proporcionarle seguridad, apoyo emocional, comodidad y privacidad a la mujer durante el trabajo de parto, se permite la liberación de las hormonas que favorecen el parto y la lactancia.

Colocar a los bebés en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del parto por lo menos una hora y animar a las madres a reconocer cuándo están listos sus bebés para amamantar, ofreciéndole ayuda, si es necesaria. Las prácticas que pueden ayudar a la mujer a sentirse competente, apoyada y lista para interactuar con su bebé, ayudan a poner este paso en acción. Incluyen: un acompañante que brinde apoyo durante el trabajo de parto, limitar las intervenciones invasivas, poner atención a los efectos del alivio del dolor, ofrecer comida ligera y líquidos, evitando cesáreas innecesarias y facilitando el contacto precoz madre-niño.

Se debe realizar el contacto piel a piel ininterrumpida, sin prisas, entre la madre y el bebé sano. Comenzarlo inmediatamente o tan pronto como sea

posible en los primeros minutos después del nacimiento. El bebé debe estar desnudo y la madre y el bebé deben cubrirse juntos. Proveer este contacto durante una hora o más después del parto, hasta que se realice la primera mamada.

Muchas de las barreras para el contacto piel a piel se relacionan a prácticas comunes que pueden superarse. El contacto precoz y el apoyo al amamantamiento pueden hacerse también después de una cesárea.

Se debe animar a la madre a responder a los signos de que el bebé está listo para ir al pecho.

2.2.8 Técnicas de amamantamiento

El éxito de la lactancia depende, en gran parte, de una técnica correcta de amamantamiento, ya que muchas veces se producen problemas por poner al bebé en forma inadecuada al pecho. Una manera de prevenir estos problemas es permitir el agarre espontáneo del bebé al pecho durante el contacto piel a piel inmediatamente después del parto. Muchas madres pueden necesitar ayuda del personal de salud en las siguientes mamadas, sobre todo si son primerizas, presentan molestias o están adoloridas. Una vez que se ha conseguido una posición y un agarre adecuados, la lactancia mejorará. Con la práctica, las madres podrán amamantar en diferentes posiciones y circunstancias.

- **Posición de la Madre**

Hay muchas posiciones que una madre puede usar – por ejemplo, sentada en el suelo o en una silla, echada, de pie o caminando. La madre debe estar cómoda:

- Con la espalda apoyada, si está sentada o echada.
- Con los pies apoyados, si está sentada, de modo que no cuelguen o estén incómodos.
- Sosteniendo el pecho, si es necesario.

- **Posición del Bebé**

- Posición, significa la manera en que la madre sostiene al bebé para ayudarlo a agarrarse bien al pecho. Si el bebé está en mala posición, usted puede ayudar a la madre a poner al bebé de modo que él agarre mejor el pecho.
- Agarre, que se refiere al acoplamiento de la boca del bebé al pecho. Si el bebé tiene un buen agarre, y está succionando eficazmente, no interfiera con la manera cómo está lactando. Dígale a la madre qué puntos clave observa usted, para reforzar su confianza y su capacidad para evaluar cómo va la lactancia.

Más importante es el agarre que la posición del bebé, sin embargo, puede haber posiciones que dificulten la lactancia, principalmente en recién nacidos.

El bebé puede estar también en diferentes posiciones, tales como a lo largo del brazo de la madre, debajo del brazo de ella o a lo largo de su costado (paralelo). Cualquiera que sea la posición, se usan los mismos 4 puntos clave para ayudar al bebé a estar cómodo. El cuerpo del bebé necesita estar:

- Alineado, con el oído, el hombro y la cadera en una línea recta, de modo que el cuello no esté torcido ni flexionado hacia delante;

- Muy cerca al cuerpo de la madre, de modo que el bebé sea aproximado al pecho y no el pecho acercado al bebé;
- con la cabeza y los hombros sostenidos y, si es recién nacido, todo el cuerpo sostenido o apoyado y
- frente al pecho, con la nariz del bebé apuntando hacia el pezón cuando se aproxima al pecho (el labio superior del bebé debe estar por debajo del pezón).

- Posición echada de costado

El cuerpo del bebé está a lo largo y frente al de la madre.

Tenga cuidado de que la nariz del bebé esté a la altura del pezón de la madre y que el bebé no necesite flexionar el cuello para alcanzar el pecho.

Esta posición ayuda a la madre a descansar y resulta cómoda después de una cesárea. La madre puede ponerse almohadas en la espalda o entre las piernas.

- Posición de cuna (clásica)

Se sostiene al bebé sobre el antebrazo del mismo lado que el pecho del que va a mamar; la madre sostiene el pecho con la mano opuesta. El brazo inferior del bebé abrazando a la madre por el costado, no entre el pecho del bebé y la madre. Tenga cuidado de que la cabeza del bebé no esté tan lejos en la curva del brazo de la madre, que jale el pecho hacia un lado haciendo difícil mantenerse agarrado al pecho. La madre estará más cómoda si eleva al bebé con almohadas, que soporten el peso del bebé, o si ella coloca los pies en un taburete y cruza la pierna. Es la posición más usada después de los primeros días.

- Posición cruzada (o de cuna cruzada o inversa)

Se sostiene la cabeza del bebé con la mano del lado opuesto al pecho que va a mamar; el cuerpo del bebé se apoya sobre el antebrazo. La madre sostiene el pecho con la mano del mismo lado.

La madre tiene buen control de la cabeza y del cuerpo del bebé de modo que puede ser útil también cuando está aprendiendo a amamantar. Tenga cuidado de que la cabeza del bebé no esté demasiado apretada que impida el movimiento.

- Posición bajo el brazo (de pelota de fútbol o de sandía)

Se sostiene la cabeza del bebé con la mano del lado del pecho del que va a mamar; el cuerpo del bebé se apoya sobre una almohada y queda debajo del brazo del mismo lado que va a mamar. Da a la madre una buena visión del agarre del bebé. Tenga cuidado de que el cuello del bebé no esté flexionado, forzando el mentón hacia abajo del pecho.

- Posición del trabajador de salud

Usted no puede ayudar bien a la madre si usted mismo está en una posición incómoda. Si su espalda no está apoyada o su cuerpo está flexionado, usted puede tratar de apurar el proceso. Siéntese en una posición en la que usted esté cómodo y relajado, en una posición conveniente para ayudar.

2.2.9 Extracción, conservación y administración de la leche materna

La extracción manual de la leche tiene dos fines principales evitar la congestión mamaria y todas las complicaciones que esta puede derivar y alimentar al bebe que no puede ser amamantado (madres con pezón invertido, dificultades para coordinar el ciclo respiración-succión-deglución, bajo peso o prematurez, enfermedad de la madre o el niño o separación durante la jornada laboral, etc.). El lugar apropiado para extraer la leche es aquel que ofrezca comodidad y privacidad a la madre, debe contar con el tiempo suficiente y los elementos necesarios. Se debe elegir un frasco limpio con tapa de boca ancha y que haya sido destinado para tal fin, lavarse las manos cuidadosamente, sentarse o quedarse de pie cómodamente, realizar masajes circulares alrededor del pecho para estimular el reflejo de producción y luego el masaje de peinado para estimular el reflejo de eyección.

La posición más adecuada para extraer la leche es el dedo pulgar sobre el pecho por ENCIMA del pezón y la areola, y el índice POR DEBAJO, opuesto al pulgar. Con los otros dedos se sostiene el pecho y se empuja la mama hacia atrás acercándola a la pared torácica luego se presiona el pulgar y el índice en movimiento de pinza exprimiendo suavemente luego se suelta, se cambian los dedos de posición y se repite varias veces el procedimiento. Recuerde desechar el primer chorro de leche, este no se debe almacenar.

La leche debe conservarse en refrigeración y transportarse en una caja térmica, se puede congelar o continuar su refrigeración o suministrarse al niño con taza, cucharita o sonda orogástrica en niños hospitalizados. La leche no debe calentarse en horno microondas o directamente al fuego, sino que el recipiente que la contiene debe colocarse dentro de otro con agua caliente. Ninguno de los recipientes debe colocarse al fuego.

El tiempo de conservación de la leche depende del clima y de la forma como se almacene: a medio ambiente puede usarse entre 4 a 6 horas después de extraída, refrigerada tres días y congelada hasta un mes. Antes de realizar consejería, acompañamiento y educación a la madre y su familia consulte los tiempos de conservación de la leche materna ya que es un tema de investigación constante y cuyos parámetros varían de acuerdo a los resultados obtenidos.

2.2.10 Apoyo social en la lactancia materna

El apoyo social a la lactancia materna se desarrolla en todo el mundo a través de la familia, instituciones gubernamentales, no gubernamentales, instituciones de salud, instituciones educativas y comunidad, se ha convertido en un movimiento social en donde diferentes actores apoyan el aumento en la duración y el mantenimiento de la lactancia materna. Estas organizaciones desarrollan proyectos de ayuda mutua y realizan gran variedad de actividades que incluyen reuniones periódicas, atención personalizada, líneas telefónicas en donde se brinda asesoramiento, servicio de biblioteca, material de consulta escrito y virtual, vídeos, préstamo de material específico de lactancia materna y organización de iniciativas de sensibilización social, los grupos comunitarios se han diseñado la estrategia de asistencia madre a madre lo crea un ambiente de pares en donde se comparten experiencias y se resuelven dudas y dificultades. Algunas de las organizaciones más reconocidas

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Entre las publicaciones existentes hay una declaración acerca de la alimentación del lactante y del niño pequeño, una guía de lactancia materna para su uso por parte de los profesionales

sanitarios extra- hospitalarios, y un estudio sobre los patrones de amamantamiento.

LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL: Incluye una amplia gama de publicaciones en materiales de apoyo y promoción a la lactancia materna para su uso por parte de las mujeres y los profesionales sanitarios. También ofrecen grupos locales de ayuda y asesoramiento.

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION (WABA): Red de organizaciones y de personas dedicadas a la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia materna como un derecho de todos los niños y de todas las mujeres

LACT- AID INTERNATIONAL: Está especializada en el ofrecimiento de información y consultoría sobre situaciones concretas de la lactancia materna, incluyendo la prematuridad, la relactancia, la lactancia adoptiva, posee experiencia en diversos problemas en alimentación a niños con hendidura palatina y síndrome de Down.

2.2.11 Marco legal

- **Código internacional de sucedáneos de la leche materna**

Adoptado por la Asamblea nacional de la salud en el año 1981 y donde se protege y promueve la lactancia materna como una práctica única y sin igual pero amenazada. Es también un instrumento para asegurar una apropiada comercialización de los sustitutos de la leche materna, biberones y tetinas. El Código Internacional fue único en su campo, adoptado internacionalmente y aprobado como un requerimiento mínimo básico para proteger las prácticas saludables con relación a la alimentación infantil.

- **Decreto número 1397 de 1992:**

El 24 de agosto del 1992 el Gobierno fomenta la Lactancia Materna como un factor que en gran medida influye en el desarrollo físico, intelectual y psicológico de la población. Por lo cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones.

- **Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000:**

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 30 de mayo de 2000 en su octogésima octava reunión, en donde se establece la igualdad de todas las mujeres integrantes de la fuerza de trabajo establecen medidas que garanticen y apoyen la salud y la seguridad de la madre y el niño.

- **54ª Asamblea mundial de la salud:**

Realizada el 22 de mayo de 2001, en donde se retoma lo planteado en Código Internacional de Sucedáneos de la leche materna luego de 20 años, además ofrece la oportunidad de ofrecer la oportunidad de reforzar la función fundamental del código internacional en la protección y la promoción de la lactancia materna.

- **55ª Asamblea Mundial de la Salud:**

En 16 de mayo del 2002 la Organización mundial de salud durante este encuentro define la lactancia como un acto natural y estipula los momentos adecuados para el inicio de la alimentación complementaria, para que estos suplan las necesidades nutricionales del lactante.

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS

- **PROMOCIÓN:**

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

- **LACTANCIA MATERNA:**

Es un tipo de alimentación que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre. La leche, justamente, es un alimento de características únicas que permite que la madre transmita sus mecanismos de defensa al recién nacido, mientras que el acto de amamantar logra fortalecer la relación madre-hijo.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se revisó 750 historias clínicas de los niños menores de 2 años que asisten al control del crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud I-4 La Unión, de igual forma se analizó el Sistema de Información Estadística en nutrición para conocer los porcentajes de quienes recibieron Lactancia Materna hasta los dos años, así mismo se solicitó el reporte del HIS para verificar las familias con niños menores de 24 meses y gestantes que participaron en grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna, por último se observó el cuaderno de capacitaciones del personal de salud y las familias en cuestión.

Cabe señalar que previo a estos procesos se pide la autorización respectiva a la Gerencia del Establecimiento de Salud, a fin de tener acceso a las historias clínicas (procesos relacionados con la promoción de la lactancia materna), a los reportes estadísticos antes mencionados (SIEN-HIS) y al cuaderno de capacitaciones del personal de salud y familias que asistieron al programa.

3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL

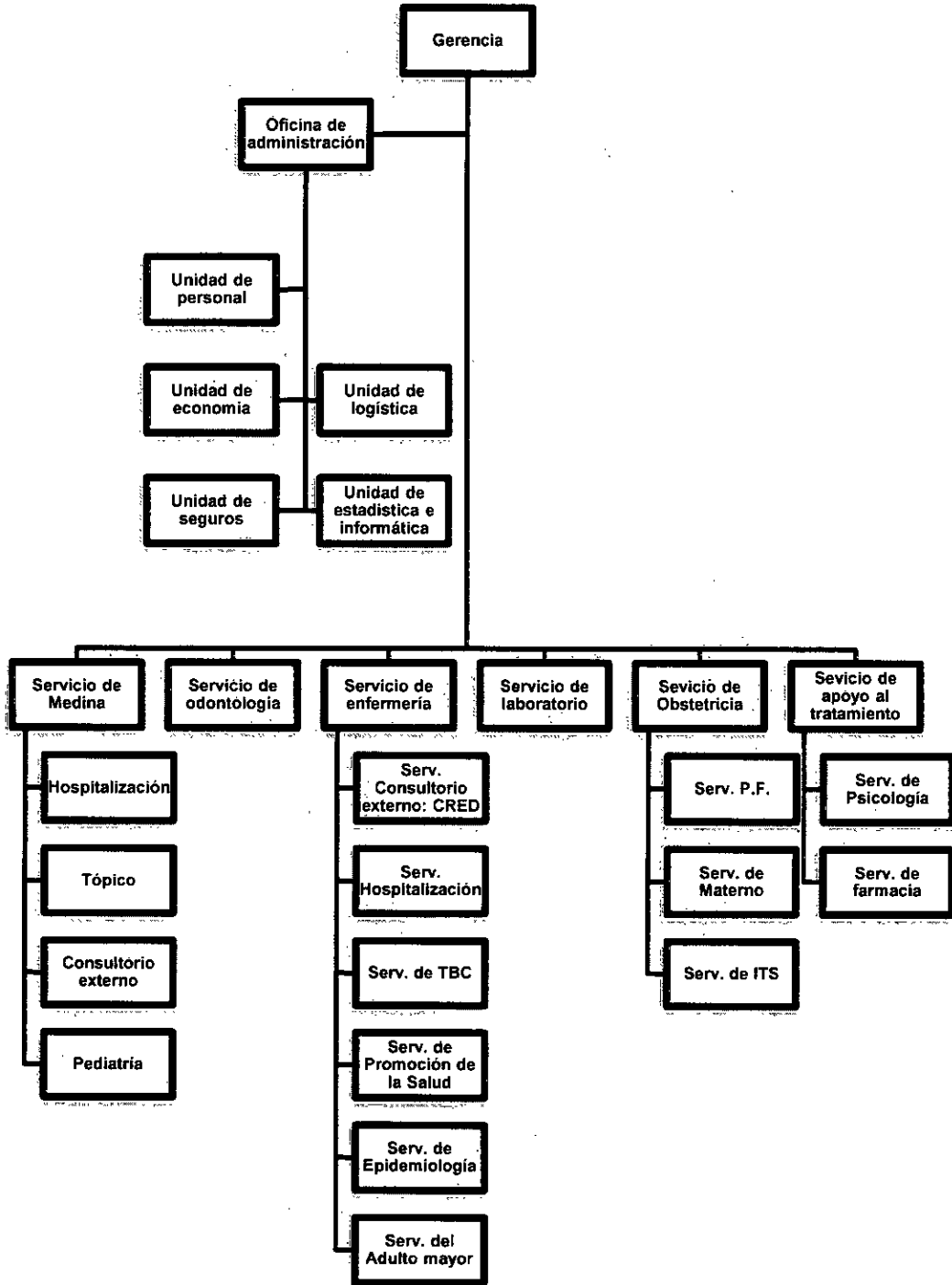
Mi experiencia profesional en la Estrategia de Articulado Nutricional: Área de crecimiento y desarrollo del niño sano, se inicia en el 2011 con el SERUMS, por lo que ya cuento hasta la actualidad con 6 años de labor atendiendo a pacientes menores de 5 años. Donde a través de la práctica diaria he podido afianzar mis conocimientos, habilidades, destrezas, capacidad de toma de

decisiones, autonomía e implicación creativa en la resolución de problemas, organización del equipo de trabajo, garantizando una atención de calidad en el área donde me desenvuelvo.

Dentro de mis funciones en el servicio de crecimiento y desarrollo del niño sano, es analizar, discutir e intervenir con planes de mejora de los datos estadísticos proporcionados mensualmente por el establecimiento. Uno de estos datos que incide una y otra vez es que tenemos menos niños que consumen lactancia materna exclusiva, razón por la cual se realiza la intervención, donde era de vital importancia que el profesional de enfermería y en general los trabajadores de salud que son los encargados de la atención integral de salud del binomio madre niño, debía estar dotados de conocimientos y habilidades (confianza y seguridad) para apoyar y proteger la lactancia materna. Y a su vez ser referentes para las familias que mostraban desconocimiento de las ventajas que ofrece amamantar a un niño desde el primer día hasta los 2 años de vida.

El establecimiento en mención según su categoría I-4 labora las 24 horas, cuenta con una Gerencia a cargo de médico cirujano Milagros Baca Serna, vicepresidente, tesorera y secretaria. Así mismo el personal que labora se encuentra organizado por servicio, según el siguiente organigrama estructural:

CUADRO N° 3.2: ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



Fuente: Elaboración propia.

Los servicios de promoción la salud y consultorio externo: área de crecimiento y desarrollo del niño sano de los que formo parte activa; el primero se encarga de programar y gestionar actividades sociales y ambientales destinadas a beneficiar, proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud del establecimiento. El segundo, en el que además soy la coordinadora, pero también laboro como asistencial, tiene a su cargo la atención del niño en las actividades de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, administración de profilaxis antiparasitaria, administración de micronutrientes, sesiones demostrativas, consejerías integrales, fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años; promoción de hábitos saludables entre otros. Para la atención de este, se cuenta con 4 enfermeras permanentes y 2 de apoyo, quienes deben atender una población de 1500 niños menores de 2 años. Donde se ve marcado la falta de recursos en esta área.

Funciones realizadas en la actualidad:

- **Área asistencial:**

- ✓ Promoción del vínculo afectivo padres, madres hijos e hijas y prevención del maltrato. Desde el nacimiento con el contacto precoz.
- ✓ Educación a la gestante, puérpera por parte del personal y de madres con éxito en la lactancia; sobre la importancia y ventajas que nos da el amantar a un niño desde el nacimiento hasta los dos años de vida.
- ✓ Potenciación de los factores protectores de la salud de la infancia, y prevención y control de los factores de riesgo de enfermar y morir en esta etapa de la vida.

- ✓ Se fomenta la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años. Trabajando de manera oportuna con el equipos de apoyo a la lactancia materna.
- ✓ Cuando la madre tiene dificultades en el amamantamiento, se le orienta a través de la experiencia con madres sobre las técnicas que existen para mejorar la administración de la lactancia.
- ✓ Vigilancia y control de la buena nutrición de los niños(as), con consejerías de prácticas saludables como por ejemplo dar lactancia materna de forma exclusiva hasta los 6 meses.
- ✓ Educación a la madre cuando se reincorpora al trabajo, sobre la extracción, conservación y administración de la lactancia materna.

Entre otras actividades como:

- ✓ Evaluación del proceso de crecimiento y desarrollo del y la menor de 18 años en forma integral.
- ✓ Detección precoz de los factores de riesgo y alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño(a), para una intervención oportuna y adecuada.
- ✓ Promoción del auto cuidado, factores protectores y el control de los factores de riesgo a través de la educación en salud.
- ✓ Se garantiza a la población según etapas de vida el esquema completo de vacunación, de acuerdo con las normas técnicas establecidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud.

- ✓ Orientación a los padres sobre los métodos de crianza y alimentación de sus hijos(as).
- ✓ Se impulsa los componentes de salud oral y visual, para mantener a la población infantil libre de patologías orales y visuales.
- ✓ Respeto y promoción de los derechos de los niños(as).

- **Área administrativa:**

- ✓ Participación en la promoción, ejecución y control del programa de capacitación para el personal de enfermería que labora en el servicio, de forma permanente según la Norma “Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño”.
- ✓ Participación en la promoción, ejecución y control del programa de capacitación para las madres que asisten al servicio de consulta externa de enfermería, de forma permanente según la Norma “Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño”.
- ✓ Coordinación, monitorización y supervisión de la ejecución de actividades técnico-administrativas y asistenciales de enfermería relacionadas con la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación acorde con los objetivos institucionales.
- ✓ Elaboración de la programación de actividades mensuales de enfermería en el servicio.

- ✓ Elaboración del cuadro de necesidades, solicitar y velar por la provisión del potencial humano, recursos materiales y tecnológicos, para las actividades de enfermería, en el servicio.
- ✓ Supervisar que se dé total cumplimiento a la norma de "Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño". Es decir fomentar en todo aspecto la lactancia materna, dejando de lado los sucedáneos.
- ✓ Coordinar, monitorear y supervisar que se cumpla la hora de la lactancia materna, y se mantenga limpio, ordenado el lactario.
- ✓ Solicitar personal ya que es insuficiente para la atención de la demanda.

3.3. PROCESOS REALIZADOS EN PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA:

En el transcurso de mi experiencia profesional como enfermera en el Centro de salud I-4 La Unión, en el servicio de control del crecimiento y desarrollo del niño sano y en promoción de la salud, se identificaron muchos problemas, entre ellos se diagnostican a niños menores de 2 años con desnutrición, problemas de diarrea y anemia; los cuales sin lugar a dudas afectan la calidad de vida de los niños de esta localidad, recordemos que esta etapa es la llamada "Ventana de oportunidad", es decir, el periodo de los 1000 días, lapso en el que ocurre la aceleración del crecimiento físico y del desarrollo incluyendo el desarrollo cognoscitivo e intelectual.

Durante la atención en el servicio de crecimiento y desarrollo del niño sano, al realizar la consejería con la madres y preguntar sobre la forma de alimentación del niño, la mayoría de ellas presentan desconocimiento acerca de

temas relacionados a la lactancia materna, en particular las madres primíparas son quienes tienen mayor dificultad al momento de brindar lactancia materna, mostrando una inadecuada técnica de amamantamiento, problemas con la eyección de leche y mamas congestivas; a estos problemas se le suman las creencias erróneas que poseen como el de alimentar al bebé con sustitutos de leche materna, y dar “agüitas porque el niño tiene sed” sin saber que el dar agua a un niño menor de 6 meses pone en riesgo su salud ocasionándole problemas de diarrea y desnutrición, esta puede estar contaminada y causarles infecciones, además hace que el niño consuma menos leche materna o se suspenda como consecuencia se desnutra y en la madre disminuya su producción láctea. La leche materna tiene más del 80 por ciento de agua, especialmente la primera leche que él bebe consume en cada mamada. Por tanto, si la madre siente que su bebé está sediento, debe amamantarlo para así calmar la sed. Aunado a este problema, se tiene la falta de concientización del personal, porque muchas veces aconsejan a la madre que opte por determinado sucedáneo o que “apoye” a su niño con otra leche porque presenta desnutrición este desconocimiento hace que tengamos menos trabajadores y madres que fomenten la lactancia materna.

Dentro de mis actividades en promoción y apoyo a la lactancia materna, fue de vital importancia que el profesional de enfermería y en general los trabajadores que son los encargados de la atención integral de salud del binomio madre niño, debía estar dotados de conocimientos y habilidades (confianza y seguridad) para apoyar y proteger la lactancia materna. Y a su vez ser referentes para las familias que mostraban desconocimiento de las ventajas que ofrece amamantar a un niño desde el primer día hasta los 2 años de vida. Así mismo un establecimiento de salud que promociona y apoya la lactancia materna, tendrá menos niños con desnutrición, déficit del desarrollo y anemia, que son enfermedades silenciosas pero perjudiciales para la salud tanto a corto

como largo plazo, además alcanzar el logro de la designación de Establecimiento Amigo no solo es un alago es dar calidad de atención a nuestras familias.

- **Conformación del Comité de lactancia materna**

Esta experiencia se inició en el 2014, haciendo cumplir el Reglamento de Alimentación Infantil (D.S 009-2006-SA), Artículo 7: Establecimientos de salud públicos y privados que cuentan con servicios de maternidad y/o de recién nacidas(os) están en la obligación de contar con un Comité de Lactancia Materna. Para ello, se da la iniciativa y se convoca al personal para la conformación del Comité de Apoyo a la lactancia materna, del cual formo parte, siendo la presidenta hasta la actualidad y se elabora una norma considerando los Diez Pasos de La lactancia materna. Este comité trabaja con la finalidad de promover, proteger la lactancia materna y guiar al establecimiento para designación de Establecimiento amigo, de esta manera aseguramos una infancia saludable con disminución de los índices de morbilidad y mortalidad.

- **Capacitación del personal de salud en temas de lactancia materna**

Mi siguiente actividad fue la capacitación del personal de salud, los cuales durante 6 meses continuos recibieron charlas de los siguientes temas:

- Situación de la lactancia materna en el Perú y realidad local,
- Habilidades de comunicación,
- Anatomía y fisiología de la lactancia materna,
- Lactancia materna en la gestación,
- Inicio de la lactancia (contacto precoz)
- Técnicas de amamantamiento, extracción, conservación y administración de la leche materna
- Fomentar en el establecimiento grupos de apoyo a la lactancia natural y

En estas capacitaciones se inicia por explicar al personal de salud sobre la **situación de la lactancia en el Perú** donde cada vez tenemos menos niños que consumen lactancia materna la cual es sustituida por fórmulas infantiles, realidad que no solo se refleja a nivel nacional sino también local según las estadísticas presentadas. Asimismo se dio a conocer acerca de las **habilidades de comunicación**, el saber escuchar y aprender juntamente con las familias hace que se refuerce la confianza en ellas siendo esenciales para la etapa en el que el personal de salud eduque a las familias, con un lenguaje claro, preciso y acorde con la comunidad. En promoción de la salud, la comunicación es el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar.

Así también, se expone a los participantes sobre la **anatomía y fisiología de la lactancia materna**; importante porque se aprende cómo se produce la leche materna y el rol del bebé en la transferencia de la leche, dado que muchas veces encontramos mamás que nos refieren: ¡No tengo leche!, ¡mi bebé no agarra mi pecho!, ¡mis pechos son muy grandes!, tener la base científica ayuda evitar este problema, decirle que dar de lactar no es fácil pero tampoco imposible. El tema de la **importancia y ventajas de la lactancia materna**, es indispensable al momento de explicar a las madres los beneficios de dar de lactar tanto al niño como a ella mismas. El conocer la composición de la leche humana y sus diferencias con otras leches, se aprende sobre las variaciones de esta, debido a que es frecuente escuchar en las madres: ¡esa lechita negrita que sale, es mala!, hacer comprender que el llamado calostro es su primera vacuna del niño.

Cabe señalar que un buen momento de promocionar la **lactancia es en la gestación**: donde se le prepara a la madre para dar de lactar, siendo de vital importancia conocer que es la lactancia materna, contacto precoz piel a piel, el inicio temprano de la lactancia, la lactancia a demanda y frecuente, la buena posición y agarre, la lactancia materna por 2 años y más, exclusiva los primeros 6 meses y continuada después con alimentos apropiados, y los riesgos de dar suplementos mientras amamantan los primeros seis meses. Por esta razón al ver una madre gestante la concientizamos para que asista al establecimiento a realizar sus controles prenatales, pues esto permitirá identificar dificultades y creencias erróneas durante la gestación; además de explicarle la importancia de la necesidad de la atención institucional del parto, pues ello permitirá identificar y tratar en forma oportuna y por personal calificado las complicaciones del parto, cuyo resultado se relacione directamente con la probabilidad de muerte materna y/o perinatal. Esto lo realizamos ya que la evidencia indica que las intervenciones deben concentrarse en el periodo de gestación y de los dos primeros años de vida, como ya antes se había mencionado es un periodo llamado "Ventana de Oportunidad".

Otro de los temas de la capacitación al personal de salud fue el **inicio de la lactancia (contacto precoz), técnicas de amamantamiento, extracción, conservación y administración**. La teoría nos indica que el proporcionarle seguridad, apoyo emocional, comodidad y privacidad a la mujer durante el trabajo de parto, se permite la liberación de las hormonas que favorecen el parto y la lactancia. Dar de lactar en la primera hora de vida es beneficioso, no solo por los componentes que contiene la leche materna sino también por la creación del vínculo afectivo que se produce entre el recién nacido y la madre, considerado como una experiencia única e inolvidable, además promueve una rápida adaptación del recién nacido al nuevo ambiente. Fue conveniente resaltar este punto dado que el equipo multidisciplinario que forma parte de la

atención del recién nacido, debe revalorar esta primera hora, que con frecuencia solo dura 15 minutos, alegando que son mucho más actividades que tienen que realizar.

Por último, los temas citados fueron: Fomentar en el **establecimiento grupos de apoyo a la lactancia natural**, dado que hasta la fecha no se contaba con un sistema de apoyo y/o coordinación con otros grupos consejeros, que ayuden a las madres después del alta, a través de la experiencia exitosa; y **apoyo social en la lactancia materna**, se encontró en los consultorios de atención publicidad, materiales de comercialización de sucedáneos, los visitantes médicos realizaban charlas a las gestantes y puérperas mientras esperaban la consulta. Además le ofrecían al personal médico diplomados, pasantillas, viajes con el fin de promocionarlos.

Una vez capacitado el personal, sobre todo concientizado en revalorizar la práctica única de la lactancia materna, fueron evaluados constantemente a través de una lista de chequeo que incluía la práctica y el conocimiento, el comité de apoyo a lactancia quedaba fortalecido por sus trabajadores. Cabe señalar, que las dificultades que se ha tenido durante la capacitación fueron económicas y deficiente recurso humano en los servicios uno de ellos promoción de la salud y constante rotación del personal por el término de sus contratos.

- **Implementación del lactario institucional**

Continuando con las actividades de promoción y apoyo, se solicita al gerente, bajo la Directiva sanitaria para la implementación de lactarios en establecimientos y dependencias del Ministerio de Salud Resolución Ministerial N° 959-2006/MINSA y teniendo más del 50% de trabajadoras mujeres en su

establecimiento, con horarios de 12 horas (diurnas), nos facilite un área para instalar un lactario. Esta directiva señala que no es cualquier lugar; un lactario es un ambiente especialmente acondicionado, digno e higiénico donde las madres pueden extraer la leche materna y conservarla adecuadamente, de esta forma aseguramos que las trabajadoras y pacientes que llegan al establecimiento permitan ejercer el derecho y responsabilidad de lactancia dentro del ámbito laboral, sobre todo en buenas condiciones y accesible. A partir de esta iniciativa, se denotan grandes cambios, menos ausentismo laboral, las trabajadoras no se sienten preocupadas, porque saben que pueden dar de lactar a sus niños de forma cómoda y privada dentro de sus horas laborales y cuentan con una refrigeradora para la conservan de su leche para después ser administrada.

- **Conformación de los Grupos de apoyo para la promoción y protección de la lactancia materna (GALM)**

Este lactario institucional, debería ser aún más productivo, para el 2016, se incluirían otra actividad, la conformación de GALM, que sería integrado por las mujeres usuarias del lactario institucional, entre ellas madres que han sido capacitadas por el personal de los temas antes mencionados y que además hayan tenido una lactancia materna exitosa, es decir mujeres ayudando a mujeres. Esta decisión de formar GALM, es porque muchos de los problemas que enfrenta una madre lactante no son médicos por naturaleza los cuales pueden ser resueltos por otra madre con experiencia, está comprobado que es más fácil aprender de pares que de profesionales expertos. Es común que a las madres les cueste admitir que tienen conflictos y, con frecuencia, cuando pueden identificarlos se culpan a sí mismas, creyendo ser las únicas que presentan estas dificultades. Al reunirse con otras madres aprenden de la experiencia de cada una y, además, la escucha les facilita la identificación de

sus propias necesidades y las anima a pedir ayuda. Cabe señalar que los GALM son complementarios y no reemplazan los esfuerzos de los profesionales de la salud.

Hoy puedo decir, que los conocimientos que he ido adquiriendo a lo largo de la carrera me han servido para poder enfrentar día a día los problemas de mi localidad, creando estrategias e implementando intervenciones efectivas como las antes mencionadas que son de probada evidencia científica y que tienen evaluaciones rigurosas que requieren de la articulación intersectorial e intergubernamental. Además que se ve reflejado en las estadísticas actuales, en donde hay más madres que dan de lactar a sus niños, existe ya un GALM, las actividades realizadas son el camino para la designación de Establecimiento Amigo y aunque no es radical pero sí significativa la disminución de niños con anemia y desnutrición, según el sistema de estadística e informática HIS.

IV. RESULTADOS

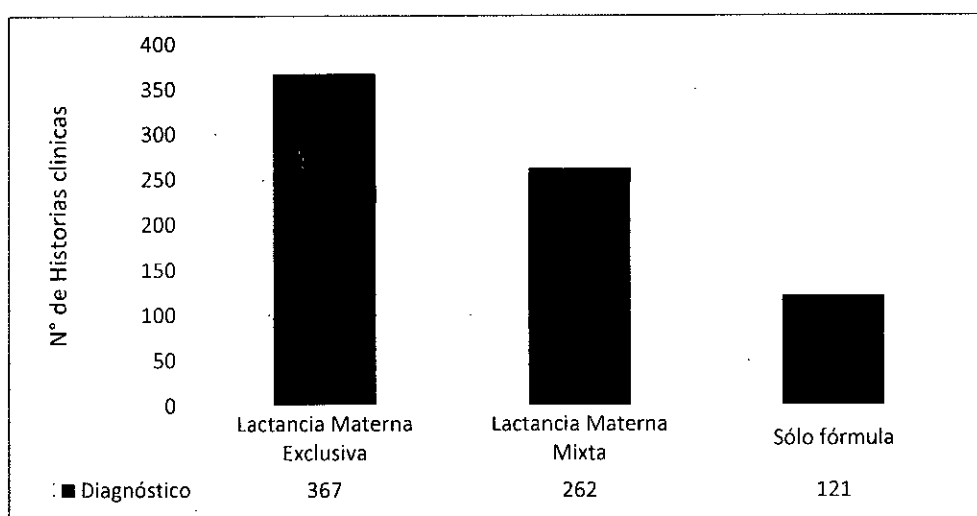
CUADRO 4.1: TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE TUVO EL NIÑO ANTES DE LOS SEIS MESES

TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE TUVO ANTES DE LOS 6 MESES		
Diagnóstico	Total	Porcentaje
Lactancia Materna Exclusiva	367	49%
Lactancia Materna Mixta	262	35%
Sólo fórmula	121	16%
Total	750	100%

Fuente: Historias clínicas de niños que asisten al control de niño

En el cuadro 4.1 vemos que de las 750 historias clínicas evaluadas un 49% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, el 35% de los niños tuvieron una lactancia materna mixta, y un 16% de los niños consumieron sólo fórmula.

GRÁFICA 4.1: TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE TUVO EL NIÑO ANTES DE LOS SEIS MESES



Fuente: Historias clínicas de niños que asisten al control de niño

CUADRO 4.2: CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA	
Presidenta	LIC. KARINA CHUNG ANTON
Secretario	DR. HUGO VIGNOLO AYALA
Órganos de apoyo	
Crecimiento y desarrollo	LIC. ROSMERY RUMICHE JUAREZ
Promoción de la salud	LIC. MARIA PARALAS PERICHE
Oficina de estadística	TEC. EN ENF. DALILA RUMICHE FIESTAS

Fuente: Cuaderno de actas del C.S. I-4 La Unión



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA
C.S I - 4 LA UNIÓN



"Año de la Promoción de la Industria Responsable y Del Compromiso Climático"

OFICIO N° 025 - 2014 CSLU

A : LIC. OBST. WILDER JAIME YOPLA QUISPE
DIRECTOR EJECUTIVO DE PROMOCION DE LA SALUD

ATENCION: LIC. JULIA ESPINOZA CRUZ
COORDINADORA VIDA SANA

ASUNTO: CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

FECHA: La Unión, 11 de Agosto del 2014

Es grato dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y a la vez hacerle llegar los nombres de los representantes de la Conformación del Comité de Apoyo a Lactancia Materna según Reglamento de Alimentación Infantil (D.S 009-2006-SA):

- PRESIDENTA: LIC. KARINA CHUNG ANTON
 - SECRETARIO: DR. HUGO VIGNOLO AYALA
 - INTEGRANTES DE APOYO:
- CRECIMIENTO Y DESARROLLO: LIC. ROSMERY RUMICHE JUAREZ.
PROMOCION DE LA SALUD: LIC. MARIA PARALAS PERICHE
OFICINA DE ESTADISTICA: TEC. DALILA RUMICHE FIESTAS

Firman para dar conformidad del Documento en mención:

MINISTERIO DE SALUD
DR. HUGO VIGNOLO AYALA

MINISTERIO DE SALUD
LIC. WILDER JAIME YOPLA QUISPE

MINISTERIO DE SALUD
LIC. JULIA ESPINOZA CRUZ

CUADRO 4.3: CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN LACTANCIA
MATERNA

Relación de los participantes en la capacitación del tema: Lactancia Materna

DNI	OCUPACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES
10272464400	Tecnico_Otros	SANTOS VILCHEZ MARIA VERONICA
10272684100	Tecnico_Otros	BAYONA MORE MARIA ESTHER
10272696000	Tecnico_Otros	RUMICHE YARLEQUE MARIA ISABEL
10272791600	Tecnico_Otros	VERDEGUER AYALA DORA AMELIA
10279172200	Tecnico_Otros	FLORES CHERO MARIA
10283797905	Obstetriz	VALDIVIEZO PALACIOS MARITZA
10284879600	Tecnico_Otros	RAMOS SERNAQUE CLEOTILDE
10285178305	Obstetriz	BAYONA PANTA ADY MILAGRITOS
10286795500	Tecnico_Otros	PAICO YOVERA NELIDA
10287358805	Obstetriz	LOPEZ ALBAN SANDRA JULISSA
10287855001	Medico	BAYONA UBILLUS CARLOS EDUARDO
10323714103	Odontologo	ALVA ADRIANZEN VIANNEY LEONOV JOSE
10336361800	Tecnico_Otros	CORREA ROJAS CARITO
10337855706	Enfermero(a)	NOLE ZAPATA ELIZABETH
10369221005	Obstetriz	SANCHEZ CORDOVA ANA ROSA
10369960100	Tecnico_Otros	ANTON ANTON MARIANA
10388497305	Obstetriz	GARCIA MENDOZA JENNY ELIZABETH
11762727105	Obstetriz	ASENCIO NUNURA ANA MARIA
11821565005	Obstetriz	CONTRERAS CRUZADO MABEL MARLENE
11919118606	Enfermero(a)	NORIEGA ZEGARRA GLADYS ELIZABETH
14010460700	Tecnico_Otros	MORALES ANTON MARIBEL
14024594206	Enfermero(a)	PALAS PERICHE MARIA ANTONIETA
14043440801	Medico	BACA CERNA MILAGROS
14056521505	Obstetriz	CEDILLO FARIAS LINA PAOLA
14123033400	Tecnico_Otros	TUME ANTON NELIDA CONSUELO
14151463101	Medico	VILLEGAS PAUCAR ANGEL CRISTHIAN
14174983500	Tecnico_Otros	FIESTAS FERNANDEZ JULY
14188207800	Tecnico_Otros	IPANAQUE LALUPU JESSICA DEL PILAR
14197217101	Medico	GUERRERO ZAPATA JUANITA LIZET
14454906706	Enfermero(a)	TRELLES COVEÑAS MARIBEL
14499115806	Enfermero(a)	CHUNG ANTON KARINA ISABEL
14504019906	Enfermero(a)	IPANAQUE RAMOS CINTHIA NOEMI
14545754706	Enfermero(a)	GARCIA PASTOR ROSA MARIA
14554703906	Enfermero(a)	VALDIVIEZO ALARCON CRISTEL DILIANA

14610872005	Obstetrix	BAYONA PASCO RUBY NOELIA
14251558806	Enfermero(a)	BARDALES VASQUEZ KATTY MERCEDES
10279011600	Tecnico_Otros	FLORES BAUTISTA MARIA ELBA
14017938300	Tecnico_Otros	PINGO CHUNGA MARIA MILAGROS
14397023701	Medico	LARIBEASCOA NUREYA KIRK RAINIERO
10271589300	Tecnico_Otros	RISCO VILCHEZ HUGO
10265019200	Tecnico_Otros	ARELLANO PACHERREZ ALICIA VIOLETA
17088704401	Medico	OROZCO RIVERA EVELYN
10288799600	Tecnico_Otros	ARRASCUE CAMUS CARMEN B.
10268622300	Tecnico_Otros	IPANAQUE CHIROQUE PASCUALA
10284617806	Enfermero(a)	TINEO MARTINEZ YOLANDA
14430618208	Psicologo	VELASQUEZ MANRIQUE LOURDES G.
10271509600	Tecnico_Otros	ZAPATA MARTINEZ ESTHER
14160068500	Tecnico_Otros	TIMANA PURIZACA MARY SILVIA
14669295001	Medico	TEZEN PRECIADO ROCIO MABEL
17141707201	Medico	ANTON ZETA MIRLA RUTH
14648438603	Odontologo	MELENDEZ VILELA YANET DEL PILAR
17009303809	Tec_Medico	BACA TALLEDO ERICKA MARGOT
17251148008	Psicologo	PRADO CHAVEZ LURY
17251370308	Psicologo	HERRERA GARCIA AGUEDA INES
10279122900	Tecnico_Otros	NULL
10286420306	Enfermero(a)	NULL
17223173801	Medico	VIGNOLO AYALA HUGO
18044548501	Medico	BACA SERNA MILAGROS

Fuente: Cuaderno de actas del C.S. I-4 La Unión

El personal fue capacitado durante 6 meses en:

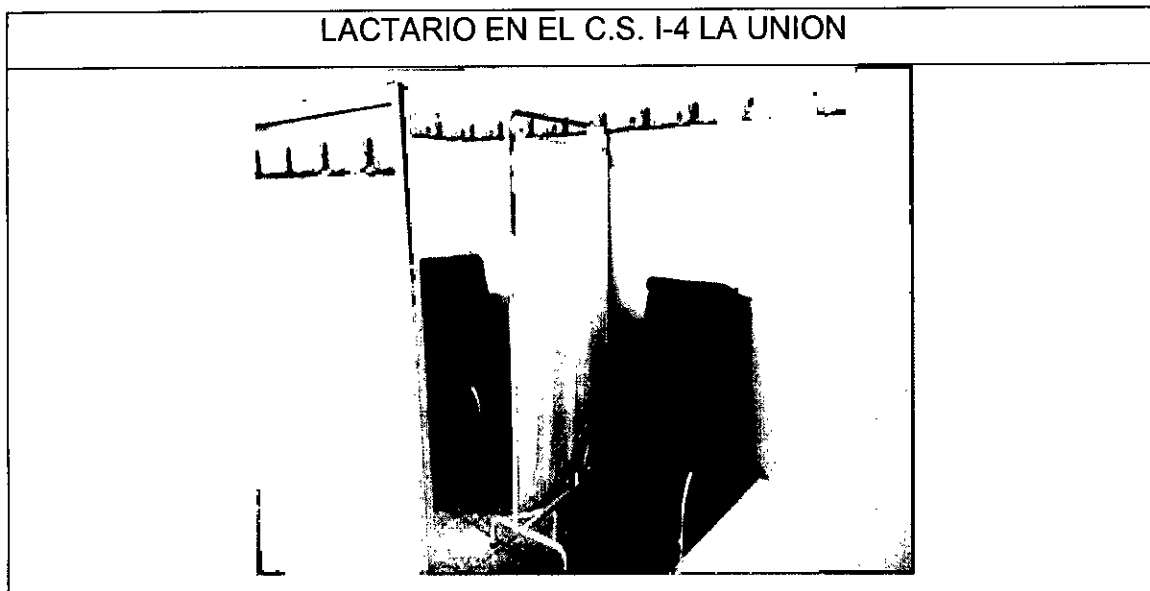
- Situación de la lactancia materna en el Perú y realidad local,
- Habilidades de comunicación,
- Anatomía y fisiología de la lactancia materna,
- Lactancia materna en la gestación,
- Inicio de la lactancia (contacto precoz)
- Técnicas de amamantamiento, extracción, conservación y administración de la leche materna
- Fomentar en el establecimiento grupos de apoyo a la lactancia natural y apoyo social.

CUADRO 4.4: EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL PERSONAL DE SALUD SOBRE LACTANCIA MATERNA

CONOCIMIENTO DE LOS TRABAJADORES SOBRE LACTANCIA MATERNA	CONOCE		DESCONOCE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1. La lactancia materna exclusiva no debe prolongarse más de 6 meses	44	73.3	16	26.7	60	100
2. El niño debe recibir lactancia cada vez que desee	45	75.0	15	25	60	100
3. Todas las mujeres están preparadas para dar de lactar a sus bebés.	33	55.0	27	45.0	60	100
4. La preparación de los pezones facilita la lactancia.	46	76.7	14	23.3	60	100
5. La lactancia materna no ayuda a prevenir el cáncer de mama.	41	68.3	19	31.7	60	100
6. La lactancia materna proporciona al bebe defensas contra las enfermedades	46	76.7	14	23.3	60	100
7. Los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón	46	76.7	14	23.3	60	100
8. La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo	47	78.3	13	21.7	60	100
9. La leche materna está libre de microbios	36	60.0	24	40.0	60	100
10. La mujer que da de mamar puede comer y beber de todo.	53	88.3	7	11.7	60	100
11. Dar de lactar día y noche disminuye la posibilidad de un nuevo embarazo.	41	68.3	19	31.7	60	100
12. Hay que comer el doble para poder dar de mamar.	35	58.3	25	41.7	60	100
13. Cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar	43	71.7	17	28.3	60	100
14. La succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre.	42	70	18	30	60	100
15. La lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmediatamente al parto.	56	93.3	4	6.7	60	100
16. Lactancia materna exclusiva es dar solamente pecho al bebe.	53	88.3	7	11.7	60	100

Fuente: Cuestionario aplicado al finalizar las capacitaciones, elaboración propia

CUADRO 4.5: CREACIÓN DEL LACTARIO EN EL C.S. I-4 LA UNION



Fuente: foto tomada de lactario institucional del C.S I-4 La Unión

Bajo la Directiva sanitaria para la implementación de lactarios en establecimientos y dependencias del Ministerio de Salud Resolución Ministerial N° 959-2006/MINSA, que busca la promoción de la práctica de la lactancia materna a través del ejemplo del personal de salud, así como garantiza el ejercicio de su derecho a dar de lactar.

- **Finalidad:** Facilitar la lactancia materna de niñas y niños de cero (0) a veinticuatro (24) meses de edad, hijas/os de madres que laboran en los establecimientos y dependencias del Ministerio de Salud a nivel nacional, regional y local.
- **Disposiciones específicas:**

Características mínimas del lactario institucional:

- Área no menor de 10 metros cuadrados.
- Ambiente que brinde privacidad y comodidad que permita a las madres trabajadoras la posibilidad de extraer su leche sentadas.

- Contar con refrigeradora en donde almacenar la leche extraída por las madres durante su jornada laboral.
 - Ubicación accesible en primer o segundo piso, salvo que la institución cuente con un ascensor, para facilitar el desplazamiento de las usuarias al lactario institucional.
 - Lavatorio dentro del área o cerca del mismo para facilitar el lavado de manos.
 - Dispensador de jabón líquido.
 - Silla reclinable con brazos.
 - Mesa cambiadora de pañal con su colchoneta.
 - Mesa chica.
- **Facilidades para utilizar los lactarios institucionales:** El jefe inmediato superior otorgará los permisos correspondientes a la madre trabajadora cualquiera sea su condición laboral para que se extraiga la leche a haga lactar a su niña o niño hasta los veinticuatro 24 meses de edad en el lactario de la institución. Se otorgará según las necesidades fisiológicas de la madre y/o el niño.
- **Otras actividades a desarrollar para promover y proteger la lactancia materna en los lactarios institucionales**
 - En cada lactario se contará con un plan de capacitación, consejería y orientación en Lactancia Materna, especialmente en temas referidos a las técnicas correctas de amamantamiento, extracción y conservación de la leche materna, lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria más lactancia materna prolongada, alimentación de la mujer gestante, de la mujer que da de lactar, y normas legales vigentes sobre los derechos para los periodos de gestación y lactancia.

- En el establecimiento y dependencia del Ministerio de Salud se conformará un grupo de apoyo para la promoción y protección de la lactancia materna, integrada por las mujeres usuarias del lactario institucional.

CUADRO 4.6: CONFORMACION DE LOS GRUPOS DE PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA (GALM)

APOYO SOCIAL A LA LACTANCIA MATERNA		
	2015	2016
LACTARIO INSTITUCIONAL	01	01
GALM	-	01

Fuente: Cuaderno de actas del C.S. I-4 La Unión - Reporte de HIS - MINSA



Fuente: foto tomada de lactario institucional del C.S I-4 La Unión

En este grafico se describe las actividades que se desarrollan el lactario institucional: "Mujeres enseñando a mujeres"

V. CONCLUSIONES

- a) La promoción y apoyo a la lactancia materna durante mi experiencia profesional se brindó capacitaciones al personal de salud y a las familias.
- b) Como resultado de las actividades de promoción de la salud en el área de crecimiento y desarrollo del niño se implementó un lactario (Salud RM N° 959-2006/MINSA) y se conformó el grupo de apoyo a la lactancia materna – GALM.
- c) Durante la experiencia profesional me permitió actualizarme constantemente, desarrollar capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro a los niños que asisten al control del crecimiento y desarrollo; a las familias y comunidad.
- d) La falta de recursos humanos limita el trabajo haciendo que los tiempos previstos se extiendan, por ende no llegar a la meta establecida.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Para el profesional de la salud, continuar capacitándose de forma permanente, en temas actuales, seguir perfeccionándose en el área que se tiene a cargo en beneficio de nuestros usuarios.

- b) Para el establecimiento, que continúe en la tarea de conseguir a través de la gestión, que la Dirección de Salud lo nombre como Establecimiento Amigo de la lactancia, la cual ya está encaminada.

- c) Gestionar a través de la gerencia y coordinadora de enfermería del Establecimiento un mayor número de profesionales de Enfermería, y la permanencia de estos, para que el trabajo en los servicios sea oportuno y de calidad.

VII. REFERENCIALES

1. Eugenia Casado , M. (s.f.). *Fisiología de Lactancia*. Obtenido de http://www.icmer.org/documentos/lactancia/fisiologia_de_lac.pdf
2. Jara Velásquez, A., & Rojas Julca, J. A. (2013). *Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables*. Lima. Obtenido de http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_10_dvmpv.pdf
3. Antonio Ferrer, L. (2015). Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatría Integral*, 243-250. Obtenido de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/02/n4-243-250_Laia%20de%20Antonio.pdf
4. Aristizábal Hoyos, G. P., Blanco Borjas, D. M., & Sánchez Ramos, A. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *SCIELO*.
5. C. Latham, M. (2002). *Deposito de documentos de la FAO*. Obtenido de Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s00.htm#Contents>
6. Castro Raquel , J. S., & Silva Ernestina , M. B. (2012). La percepción de las madres sobre las prácticas de los enfermeros en la promoción de la lactancia materna. *SCIELO*, 65-73. Obtenido de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832015000600008&lng=es&nrm=iso
7. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2004). *Lactancia Materna: Guía para profesionales*. Madrid: Ergon.
8. Guardia Ricanqui, E. (2014). *EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA*. Lima.

9. INEI. (2015). *Encuesta Demográfica*. Lima.
10. Infancia, F. d. (2009). *Curso Taller "Promoción y apoyo en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño*. Lima.
11. Marriner Tomey , A., & Raile Alligood, M. (2007). *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid: Elsevier.
12. Mendoza Chiroque, E. (2011). *Red de Salud del Bajo Piura*. Obtenido de <http://redbajopiura.blogspot.pe/>
13. Muñoz de Rodríguez, L. (2012). Teorías de cuidado de la disciplina de enfermería. *Aquichan*, 211-212.
14. Papí, R. G. (2015). Lactancia materna, contacto y apego. *ALBA LACTANCIA MATERNA*, 20-25.
15. Salud, M. d. (1997). *Lactancia materna contenidos tecnicos*. Lima.
16. salud, O. M. (2015). *10 datos sobre la lactancia materna*. Obtenido de <http://www.who.int/about/copyright/es/>
17. Salud, O. M. (15 de Julio de 2016). *Lancet.com*. Obtenido de Elsevier Inc: [http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60937-X/abstract](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60937-X/abstract)
18. Salud, O. P. (2008). *INCIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO*. Washington, D.C: BEST Services.
19. Sampaio Ádila , R. R., & Bousquat , A. (2014). Contacto piel a piel al nacer: un desafío para la promoción de la lactancia materna en la maternidad pública del noreste brasileiro con el título Hospital Amigo del Niño. *Scielo*, 281-290.
20. Santisteban, D. (2010). Anatomía y Fisiología de la Glandula Mamaria. *Enlace Hispano Americano de Salud*, 3-10.

21. Sebastian Vicente, P. (2013). *Los grupos de apoyo a las lactancia materna como iniciativas de promoción de la salud en la comunidad*. Murcia.
22. Social, O. E. (2014). *La situación de la Salud en Región Piura*. Piura.
23. Vargas Gleicianana , S. A., & Herdy Alves, V. (2016). ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD DE LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: PROMOCIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA. *Revista Bahiana de Enfermería*, 1-9.
24. Victoria, G. (5 de Agosto de 2016). *Victoria de mamá*. Obtenido de <http://www.victoriademama.com/semana-mundial-de-la-lactancia-materna-2016-situacion-peru/>
25. Zavaleta Castillo, S. E. (20 de Julio de 2008). *Desarrollo y alteraciones de las glándulas mamarias*. Obtenido de Monografias.com: <http://www.monografias.com/trabajos63/desarrollo-alteraciones-glandulas-mamarias/desarrollo-alteraciones-glandulas-mamarias2.shtml>

ANEXOS

**ACTIVIDADES DURANTE EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DEL NIÑO SANO**



COMITÉ DE APOYO Y PROMOCION A LA LACTANCIA MATERNA



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA
C.S.1 - 4 LA UNIÓN



"Año de la Promoción de la Industria Responsable y Del Compromiso Climático"

OFICIO N° 028 - 2014 CSLU

A : LIC. OBST. WILDER JAIME YOPLA QUINPE
DIRECTOR EJECUTIVO DE PROMOCION DE LA SALUD

ATENCION: LIC. JULIA ESPINOZA CRUZ
COORDINADORA VIDA SANA

ASUNTO: CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA

FECHA: La Unión, 11 de Agosto del 2014

Es grato dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y a la vez hacerle llegar los nombres de los representantes de la Conformación del Comité de Apoyo a Lactancia Materna según Reglamento de Alimentación Infantil (D.S 009-2006-SA):

- **PRESIDENTA:** LIC. KARINA CHUNG ANTON
 - **SECRETARIO:** DR. HUGO VIGNOLO AYALA
 - **INTEGRANTES DE APOYO:**
- CRECIMIENTO Y DESARROLLO:** LIC. ROSMERY RUMICHE JUAREZ.
PROMOCION DE LA SALUD: LIC. MARIA PARALAS PERICHE
OFICINA DE ESTADISTICA: TEC. DALILA RUMICHE FIESTAS

Firman para dar conformidad del Documento en mención:

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE VIDA SANA
DR. HUGO VIGNOLO AYALA

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE VIDA SANA
DR. WILDER JAIME YOPLA QUINPE

MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE VIDA SANA
DR. WILDER JAIME YOPLA QUINPE

Reuniones con los trabajadores para la conformación del comité



CAPACITACION AL PERSONAL DE SALUD



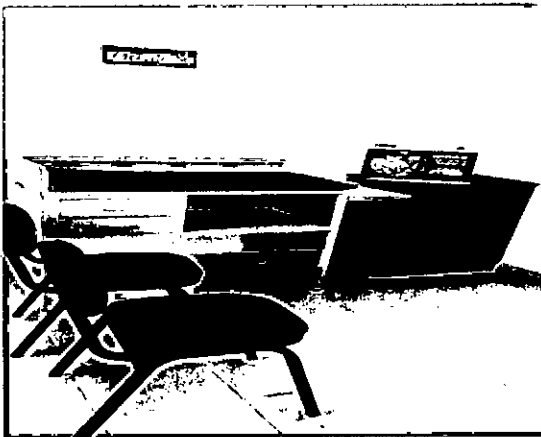





Personal de salud fortalecido en temas de lactancia materna, concientizando a los consultorios a solo mostrar afiches de lactancia y no de sucedáneos.





LACTARIO DEL CENTRO DE SALUD I-4 LA UNION

PRIMER LACTARIO	LACTARIO OFICIAL
	
	
	

GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA (GALM)

