

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES
DE 1 AÑO QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL
PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE AREQUIPA, 2015”**

Tesis presentada por la Bachiller:
NÁTHALY DARITZA SALCEDO YÁBAR

Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AREQUIPA – PERÚ

2016

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA.**

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que usted tan acertadamente dirige, presento a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado en el presente trabajo de investigación titulado: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE AREQUIPA, 2015”**, requisito necesario para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería.

Espero que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos adecuados y técnicas correspondientes.

Arequipa, Marzo del 2016

Náthaly Daritza Salcedo Yábar

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Nuñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Dra. Susana Díaz de Bellido
Lic. Concepción Arizaga Tovar
Mgter. Mirta Cardeña Valverde
Miembros del Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen de Borrador de Tesis

TESIS : "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE AREQUIPA, 2015"

AUTORA : SALCEDO YÁBAR, NÁTHALY DARITZA

FECHA : 7 de marzo del 2016

Reunido el Jurado Dictaminador y revisado el Borrador de Tesis, habiéndose subsanado las observaciones, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, el presente trabajo de investigación queda APROBADO para su sustentación.

Atentamente,



Dra. Susana Díaz de Bellido

PRESIDENTA



Lic. Concepción Arizaga Tovar

SECRETARIA



Mgter. Mirta Cardeña Valverde

MIEMBRO INTEGRANTE

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Dra. Sonia Núñez Chávez**
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : **Dra. Gloria L. Núñez de Pinto**
Asesora del Estudio de Investigación

ASUNTO : **Informe sobre la Asesoría de Tesis Titulada:**
“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE
1 AÑO QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL
PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE, AREQUIPA 2015”

AUTORA : **Bachiller**
NATHALY DARITZA SALCEDO YABAR

FECHA : Arequipa, 07 de Enero del 2015

Antecedentes : La Asesoría del estudio de Investigación se llevó a cabo en durante el mes de diciembre 2015 a enero 2016, tiempo en que se revisó el enunciado, objetivos, variables, justificación, hipótesis, marco teórico y el planteamiento operacional. Revisión que demando reuniones con la investigadora la cual en todo momento manifesto responsabilidad e interés.

Apreciación Personal : Los resultados de la Investigación permitirán fortalecer los conocimientos sobre la Lactancia Materna Exclusiva y así mismo el desarrollo del Niño, repercutiendo en la salud de la mujer.

Atentamente,



Dra. Gloria L. Nuñez de Pinto

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PLAN DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Mgter. Mirta Cardeña Valverde
Lic. Concepción Arizaga Tovar
Miembros del Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Plan de Tesis.

Tesis "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES
DE 1 AÑO QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL
PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE. AREQUIPA, 2014"

Bachiller : Náthaly Daritza Salcedo Yábar

Fecha : 19 de mayo del 2015

Reunido el Jurado Dictaminador y revisado el plan de tesis puede proceder a la ejecución de dicho proyecto, con el cambio de temporalidad de 2014 a 2015

Atentamente,


Mgter. Mirta Cardeña Valverde

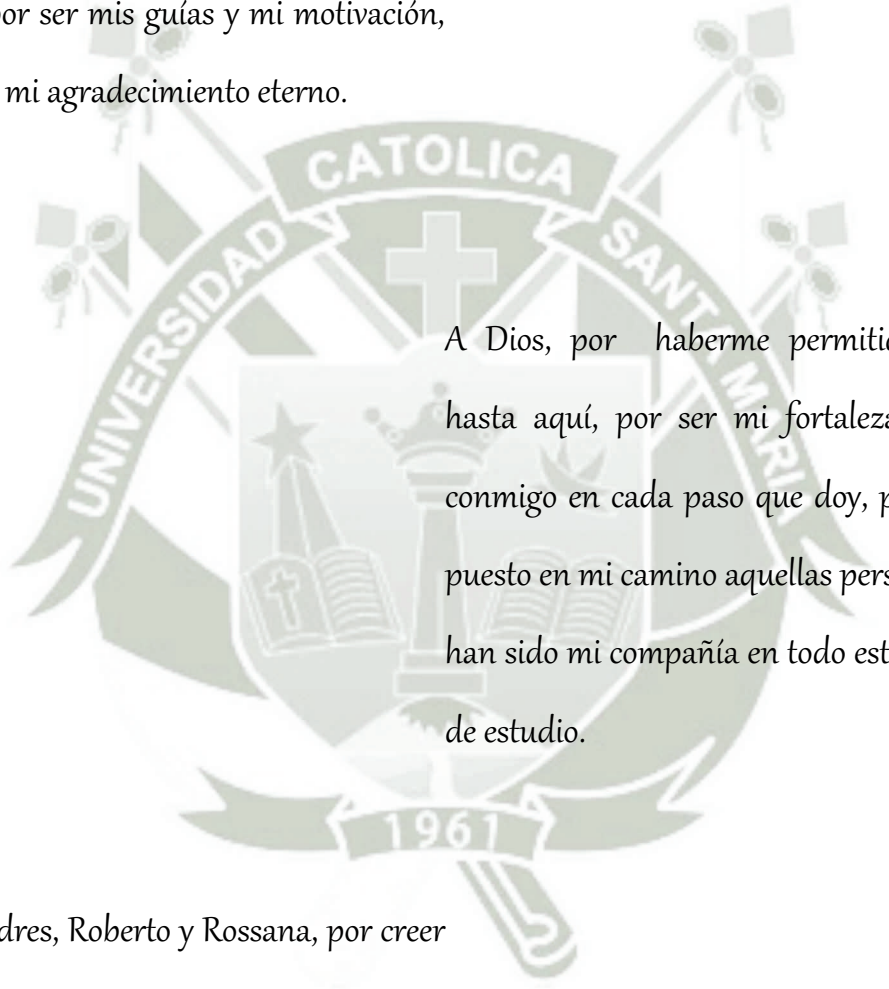

Lic. Concepción Arizaga Tovar



Agradecimiento Especial

A la Facultad de Enfermería y a mis queridas docentes que a lo largo de ésta carrera, influyeron con sus lecciones y experiencias para hacer de mí una profesional preparada para los retos que me pondrá la vida.

Cada una de las páginas de ésta tesis está dedicada con todo mi amor y cariño para aquellas personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por ser mis guías y mi motivación, a ustedes mi agradecimiento eterno.



A Dios, por haberme permitido llegar hasta aquí, por ser mi fortaleza y estar conmigo en cada paso que doy, por haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi compañía en todo este periodo de estudio.

A mis padres, Roberto y Rossana, por creer en mí, por sus consejos, su motivación, su ejemplo de perseverancia y por su apoyo constante, por darme una carrera para mi futuro, porque todo lo que soy se lo debo a ustedes.

ÍNDICE

Contenido	
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
CAPÍTULO I.....	9
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	9
1. Problema de investigación	9
2. Objetivos	13
3. Marco teórico	13
5. Antecedentes investigativos	40
6. Hipótesis	41
CAPÍTULO II.....	42
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	42
1. Técnica e instrumento	42
2. Campo de verificación	44
3. Estrategia de recolección de datos.....	45
CAPÍTULO III.....	47
RESULTADOS	47
CONCLUSIÓN.....	63
RECOMENDACIONES.....	64
ANEXOS.....	70

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

FIGURA 1. POSICIÓN DE LACTANCIA	26
FIGURA 2. DIFERENTES POSICIONES EN LA LACTANCIA	27
FIGURA 3. PREGUNTAS Y COEFICIENTE DE CORRELACIÓN	43
FIGURA 4. FÓRMULA DE MUESTREO	45

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES: EDAD.....	48
TABLA N° 2. CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES: GRADO DE INSTRUCCIÓN	49
TABLA N° 3. CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES: OCUPACIÓN.....	50
TABLA N° 4. CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES: SITUACIÓN CONYUGAL.....	51
TABLA N° 5. CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES: INFORMACIÓN PREVIA	52
TABLA N° 6. CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES: ACCESO A MEDIO DE COMUNICACIÓN	53
TABLA N° 7. CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES: PARIEDAD	54
TABLA N° 8. ENTENDIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	55
TABLA N° 9. CONTENIDO DE LA LECHE MATERNA LOS PRIMEROS DÍAS POST PARTO.....	56
TABLA N° 10. CONTENIDO DE LA LECHE MATERNA.....	57
TABLA N° 11. BENEFICIOS DEL NIÑO CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	58
TABLA N° 12 BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA A LA MADRE Y AL NIÑO.....	59
TABLA N° 13. EFECTOS EN EL NIÑO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	60
TABLA N° 14. PARTE DEL SENO QUE EL NIÑO DEBE COGER AL MOMENTO DE LA LACTANCIA.....	61
TABLA N° 15. NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO.....	62

RESUMEN

La lactancia materna es muy importante desde todo punto de vista, tiene características beneficiosas incomparables para la madre y el niño; así mismo es una alimentación óptima económicamente considerando que los otros tipos de leche tienen un precio notable.

El conocer las cualidades que presenta la lactancia materna exclusiva es fundamental para evitar la desnutrición y otros problemas de salud en niños recién nacidos hasta al menos seis meses, es por ello que el objetivo del presente trabajo es determinar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de un grupo de madres de niños menores de 1 año que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Rafael Belaunde, el cual está ubicado en el distrito de Cayma, ciudad de Arequipa; el estudio es transversal y descriptivo.

Como instrumento validado previamente por el autor, se utilizó un cuestionario. Se trabajó con 91 madres, entre 20 y 35 años, en su mayoría conviviente, con secundaria completa, con hijos entre uno y seis meses, procedentes de Arequipa, las mismas que presentaban conocimientos regulares sobre lactancia materna, por otro lado las madres que presentaron un conocimiento bueno y las que presentaron un conocimiento malo, obtuvieron un porcentaje equitativo.

Finalmente podemos decir que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva que se encontró en la población evaluada no es la adecuada, lo que nos obliga en cierta manera a crear y promover estrategias de salud pública y educación que contribuyan a incrementar este conocimiento para el aprovechamiento óptimo de la lactancia materna.

Palabras claves: Lactancia materna, niños, conocimientos.

Tesis realizada para la obtención del Título Profesional de Licenciada en Enfermería en la Universidad Católica de Santa María.

*NÁTHALY DARITZA SALCEDO YÁBAR, Urb. Fundo La Tejada D-29 Cerro Colorado,
nathaly.sy2@gmail.com*

ABSTRACT

Breastfeeding is very important from every point of view, it has incomparable characteristics beneficial for mother and child; It also is economically optimal feeding whereas other types of milk that have a remarkable price.

Knowing the qualities of exclusive breastfeeding is essential to avoid malnutrition and other health problems in children from birth to at least six months, which is why the objective of this study is to determine the level of knowledge about breastfeeding exclusive of a group of mothers who have children under 1 year attended in the room for growth and development of the Rafael Belaunde's Center Health, which is located in the district of Cayma, Arequipa; in was a cross-sectional, descriptive study.

As an instrument previously validated by the author, was used like a questionnaire .It worked with 91 mothers between 20 and 35 years, mostly lived with a partner, with complete secondary, with children between one and six months, from Arequipa, the same as presented regular knowledge about breastfeeding; on the other hand the numbers of mothers who had a good knowledge had had a bad knowledge, obtained a fair share.

Finally we can say that the level of knowledge of exclusive breastfeeding was found in the population evaluated is inadequate, forcing us in some way to create and promote public health strategies and education which will help to increase this knowledge to use optimal breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, children, knowledge.

Thesis presented to obtain the Professional Bachelor of Nursing at the Catholic University of Santa Maria.

NÁTHALY DARITZA SALCEDO YÁBAR, Urb. Fundo La Tejada D-29 Cerro Colorado, nathaly.sy2@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, se considera un objetivo de salud pública mundial, que está relacionada con la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, especialmente en países en vías de desarrollo; además el Ministerio de Salud continúa promoviendo la práctica de la lactancia materna exclusiva, mediante estrategias preventivo – promocionales.

Igualmente la lactancia materna exclusiva juega un rol fundamental como factor protector de trastornos a corto y largo plazo, protegiendo al lactante de infecciones, del síndrome metabólico y de enfermedades crónicas del adulto entre otras cosas. Pese a las campañas y objetivos propuestos por el Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud no se han obtenido los resultados esperados; es decir, la lactancia materna exclusiva no se ha mantenido en el tiempo como una práctica constante.

En la práctica se observa que las madres a pesar de tener algunos conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, desconocen las técnicas de amamantar, la importancia y ventajas de la lactancia materna en los primeros 6 meses de vida del bebé, lo cual obstaculiza el éxito de la lactancia materna exclusiva.

Con lo anteriormente expuesto, el presente estudio de investigación considera conveniente responder a la interrogante ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de un grupo de madres de niños menores de 1 año que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Rafael Belaunde?

El objetivo del presente estudio fue determinar el nivel de conocimientos de las madres en la práctica de la lactancia materna exclusiva y a partir de ello poder identificar la técnica de amamantamiento y analizar como interviene este nivel de conocimiento en la práctica de la lactancia materna exclusiva.

En cuanto a la justificación e importancia, permitió identificar puntos específicos, como el nivel de conocimientos que poseen las madres en la práctica de la lactancia materna exclusiva, a fin de que a futuro se establezca un programa educativo para las madres; haciendo hincapié en este aspecto.

Este estudio mantiene relevancia social ya que la situación que se presentó es una problemática que se manifiesta a nivel nacional, y que a pesar, que existe buena inversión económica en difusión y estrategias para la promoción de la lactancia materna, se identificó que aún se sigue encontrando disminución en ésta. Además la promoción, protección y apoyo a esta práctica, son actividades esenciales de los sistemas de salud y se justifica también porque el profesional de enfermería, contribuye en las diferentes intervenciones programadas, que condicionan a mejorar las coberturas de la lactancia materna exclusiva en las diversas áreas o servicios de salud.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE AREQUIPA, 2015”

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Campo, Área, Línea

- **Campo:** Ciencias de la Salud.
- **Área** : Enfermería.
- **Línea** : Salud de la Mujer y el Recién Nacido

1.2.2. Análisis de Variable

El presente estudio tiene una variable:

Nivel de conocimientos sobre la Lactancia Materna exclusiva en madres de niños menores de 1 año.

	INDICADORES	SUBINDICADORES
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	Edad	Número de años
	Grado de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Iltrada • Primaria • Secundaria • Técnica • Superior
	Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Empleada • Obrera • Independiente • Su casa
	Situación Conyugal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente • Viuda • Separada
	Información Previa	<ul style="list-style-type: none"> • Si recibió • No recibió
VARIABLE ÚNICA Nivel de conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva en niños menores de 1 año	Acceso a Medios de Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Radio • Televisión • Periódicos • Internet
	Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multípara
	Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva	<ul style="list-style-type: none"> • Definición • Composición • Beneficios • Alimentación de la madre • Técnica de lactancia

1.2.3. Interrogante Básica

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de un grupo de madres de niños menores de 1 año que asisten al consultorio de CRED del Puesto de Salud Rafael Belaunde .Arequipa, 2015?

1.2.4. Tipo y Nivel del Problema

- **Nivel del Problema :** Problema descriptivo
- **Tipo De Investigación:** De Campo.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es la continuación del proceso de la reproducción humana y está adaptada para garantizar la supervivencia del ser humano ya que contiene todos los requerimientos nutricionales para el óptimo crecimiento del niño lactante, además es considerada como un fluido biológico vivo que contiene una serie de compuestos y células relacionadas con la protección contra diferentes agentes patógenos en el medio ambiente del niño.

El Perú ocupa el primer puesto en lactancia materna exclusiva en América Latina y el Caribe, según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2013.

La lactancia exclusiva en los primeros seis meses de vida del bebé, muestra promedios nacionales que mantienen cifras hacia un mayor crecimiento: de 68% en 2012, se incrementó a 72% en el año pasado, indicó el director general Promoción de la Salud del Ministerio de Salud (MINSU), Bernardo Ostos. En cuanto a la lactancia materna en la primera hora de vida, los números se muestran favorables en los últimos años. En 2011 alcanzó un 50%, para incrementarse a un 55% en 2012 y luego subió a 56% en 2013.

La OMS recomienda que la lactancia materna debe ser exclusiva los primeros seis meses de vida, entendiéndose por exclusividad sólo leche materna sin adicionar otros líquidos como agua, infusiones, jugos u otras leches artificiales. La importancia de la exclusividad ha sido demostrada en varios trabajos uno de ellos realizado en el Perú por investigadores del Instituto de Investigación Nutricional. La exclusividad de la lactancia materna no es un concepto nuevo: la gran mayoría de madres piensan que es necesario dar aguitas a los bebés desde los primeros días y semanas de vida. Según estudios los principales factores que inciden en el uso de aguitas en los bebés

son los siguientes: percepción de que los bebés tienen sed, para evitar o aliviar los cólicos o gases en el bebé, para evitar o aliviar estreñimiento en el bebé, otras razones incluyen: para la deshidratación, para la digestión, fue recomendado, calor del verano, para acompañar medicinas, bebé inquieto, madre con poca leche, para que el bebé duerma tranquilo, para prevenir alergias, porque otras madres dan agüita, para que el bebé descanse de la leche materna, para que funcionen los riñones, porque la madre está resfriada, cuando la madre come condimentos y otros.

La única razón mencionada que es aceptable es por deshidratación, que ocurre sólo por diarreas o vómitos, por lo que está indicada rehidratación oral. En cambio las pérdidas de agua por sudoración y respiración son reemplazadas por la misma leche materna y no necesitan agua extra.

La realidad en la ciudad de Arequipa no es la misma, ya que estudios presentados en el año 2013 muestran que 55 de cada 100 madres alimentan a sus recién nacidos con leche materna exclusiva, debido a que la mujer hoy en día también trabaja, las otras 45 madres alimentan a sus niños con ayuda de otras leches maternizadas. es por ello que destaca la importancia de la educación acerca de la lactancia materna exclusiva.

Desde la perspectiva de salud pública, es necesario el análisis de los conocimientos de la población en relación al cuidado de su salud y la prevención de enfermedades. Las estadísticas señaladas anteriormente demuestran que en el Perú ha aumentado la práctica de lactancia materna en los últimos años, sin embargo no es la misma realidad en la ciudad de Arequipa.

El presente trabajo es factible porque me permitirá llevar a cabo en el grupo poblacional elegido, ya que se puede realizar en el campo asignado. La importancia radica en la prevención de enfermedades para el lactante.

Así mismo es indispensable la labor educativa de la enfermera dirigida a la comunidad con el fin de ayudarla a conservar su salud y prevenir enfermedades en sus menores hijos. En lo personal, la investigación me permitirá obtener el grado de Licenciada de Enfermería.

2. OBJETIVO

- Determinar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 1 año que asisten al consultorio de CRED del puesto de salud Rafael Belaunde, Arequipa 2015.

3. MARCO TEÓRICO

3. CONOCIMIENTO

3.1. DEFINICIÓN DE CONOCIMIENTO

El conocimiento requiere saber, es decir tener claro la evidencia de la cual se menciona en el “conocimiento”; el conocimiento es una creencia basada en la experiencia y la memoria; algo que se da de forma natural en los humanos; cuando ya nos estamos refiriendo al conocimiento profundo, se requiere una mayor justificación de esa creencia mencionada; ingresando ya a un sistema integrado de significado y sentido, fundado en lo real.

Al momento de referirnos a conocimiento existen muchas diferencias, pero aquí no es el estado mental del que habla, sino la actividad en la que están comprometidos²⁶.

3.2. CARACTERÍSTICAS DEL CONOCIMIENTO

En cuanto al conocimiento se tienen las siguientes características²⁷:

- Es natural: nuestra misma especie humana a través de la evolución nos ha dado herramientas para que el conocimiento humano sea parte de la vida diaria, y esto nos pueda servir para seguir evolucionando, este hecho se da naturalmente.
- No agotan: a diferencia de otros recursos que son administrados por su valor de escasez, se utiliza la más conocimiento, se genera más; denominándose a lo que es la sobrecarga de información.
- Al compartir siempre se va a ganar de todas maneras: si comparte su conocimiento con otra persona, la primera persona no perderlo
- Reducible y portátil: se puede resumir, comprimirlo o dividirlo en unidades manejables para la transferencia y gestión más fácil
- Transferible: puede pasar de un lugar a otro; conocimiento explícito, en particular, puede fácilmente ser distribuido a través de redes para muchas personas

²⁶ Klein, P. D. (1971).. The Journal of Philosophy, 68(16), 471-482.

²⁷Ellis, R. (2004).. Language learning, 54(2), 227-275.

- Móvil: tiende a gotear y difusa, ya sea como la gente se mueve puestos de trabajo, hablar o por medio de la reproducción técnica y transmisión
- Sustituibles entre sí: en muchas situaciones puede reemplazar y otras formas físicas de los recursos; por tanto, las telecomunicaciones reduce la necesidad de viajar o el transporte físico (de documentos).
- Naturalmente, algunas de estas características son más evidentes con conocimiento explícito, por ejemplo, la facilidad de traslado y movilidad. Sin embargo, el conocimiento tácito exhibe las otras características, y combinado con su carácter distintivo (de la tabla anterior), su intangibilidad hace que sea difícil de identificar y describir.

3.3. NIVELES O GRADOS DE CONOCIMIENTO

Existen diferentes autores y tendencias que clasifican los distintos niveles y grados del conocimiento, para el presente marco teórico consideraremos dos tipos fundamentales: el conocimiento intuitivo y el conocimiento demostrativo²⁸:

- **El conocimiento Intuitivo**

Este tipo de conocimiento se da la persona percibe el acuerdo o desacuerdo de las ideas en el instante, desde que se consideran dichas ideas y sin la presencia de ningún mediador. Existe un proceso mental en el que el cerebro analiza las cosas por sí mismas y por si solas sin que existe la presencia de una tercera. Lo que las personas perciben por intuición no se encuentra sometido a ningún género de duda; y varios autores lo consideran como el conocimiento más legible y seguro que puede alcanzar el conocimiento del hombre.

- **El conocimiento Demostrativo**

Cuando existe la presencia de dos ideas, comienza a establecerse un acuerdo o desacuerdo; lo que obtenemos de eso es la base de este tipo de conocimiento, incluso durante este proceso se recurren a otras ideas que sirven de mediadoras mientras dure este proceso, acompañando paso a paso. La presencia de continuas intuiciones nos da como resultado este tipo de conocimiento, el demostrativo, algunos autores consideran que este es un tipo de conocimiento matemático.

²⁸ Nonaka, I., & Toyama, R. (2003). Knowledge management research & practice, 1(1), 2-10

3.4. TIPOS DE CONOCIMIENTO

El sistema que vamos a utilizar para dividir al conocimiento es de 4 tipos: Lógico, semántico, sistémico y empírico²⁹.

- **Conocimiento lógico**

Hay un conocimiento que es el resultado de la comprensión de la relación de las ideas entre sí. Hay las reglas o leyes de la lógica que permiten pretensiones de conocimiento que son más declaraciones de las ideas coherentes con las normas y las ideas ya aceptadas.

- **Conocimiento Semántico**

Hay un conocimiento que es el resultado de aprender el significado de las palabras. El conocimiento de las palabras es el conocimiento de las definiciones. Tales definiciones se establecen en los diccionarios. Así que los solteros son hombres no casados. Tú sabes esto. Las personas reconocen esto. Usted puede mirar para arriba.

- **Conocimiento Sistémico**

No es el conocimiento de las matemáticas y geometría, que es el resultado del aprendizaje de un sistema de palabras o símbolos y cómo se relacionan entre sí y las reglas de funcionamiento de ese sistema y luego todas las reclamaciones formuladas que son consistentes con aquellas definiciones y normas se ofrecen llamado conocimiento.

- **Conocimiento Empírico:**

Hay un conocimiento que viene a través de nuestros sentidos. Este conocimiento es el conocimiento empírico. La ciencia es el mejor ejemplo de un método para determinar la exactitud de tal conocimiento. El conocimiento científico es el resultado de la práctica del método: Observación, el secuestro de una hipótesis, la observación cuidadosa, el refinamiento de la hipótesis, deducción de prueba para la hipótesis, las pruebas y la experimentación, la confirmación o falsificación de la hipótesis

²⁹ De Jong, T., & Ferguson-Hessler, M. G. (1996).. Educational psychologist, 31(2), 105-113.

4. LACTANCIA MATERNA

4.1. DEFINICIÓN

La lactancia materna es la alimentación de los bebés y niños pequeños con leche del pecho de una mujer. Se recomienda iniciar la lactancia durante la primera hora de vida y después de que lo permitan y cuando el bebé quiera. Durante las primeras semanas de vida, los bebés pueden amamantar a ocho a doce veces al día (cada dos o tres horas). La duración de una alimentación suele ser de diez a quince minutos en cada pecho. La frecuencia de la alimentación disminuye a medida que el niño crece. Algunas madres guardan la leche para que pueda ser utilizado más tarde, cuando su hijo está siendo atendido por otros. La lactancia materna tiene beneficios tanto para la madre y el bebé a diferencia de la fórmula infantil^{1 2}

Se estima que más de un millón de bebés podrían salvarse a nivel mundial por año a través de una mayor lactancia. La lactancia materna disminuye el riesgo de infecciones de las vías respiratorias y diarrea². Esto es cierto tanto en países en desarrollo y desarrollados. Otros beneficios incluyen un menor riesgo de asma, alergias a los alimentos, la enfermedad celíaca, la diabetes tipo 1, y la leucemia. La lactancia materna también puede mejorar el desarrollo cognitivo y disminuir el riesgo de obesidad en la edad adulta. Algunas madres pueden sentir una presión considerable para amamantar, pero los niños que no son amamantados crecen normalmente y sin daños significativos a su salud futura³

4.2. HISTORIA

En los imperios egipcios, griegos y romanos, las mujeres generalmente alimentaban sólo a sus propios hijos. Sin embargo, la lactancia materna comenzó a ser visto como algo muy común por hacer para la realeza, y se emplearon las nodrizas para amamantar a los hijos de las familias reales. Esto se extendió con el tiempo, sobre todo en Europa occidental, donde las mujeres nobles a menudo hacen uso de nodrizas. Mujeres de clase baja amamantados sus hijos y utilizan una nodriza sólo si eran incapaces de alimentar a su propio bebé. Los intentos se hicieron en la Europa del siglo 15 al utilizar la leche de

¹ Infant and young child feeding Fact sheet N°342". WHO. February 2014

² American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. "Lactancia y uso de la leche humana". Pediatrics 129 (3): 827–841.

³ Lawrence, Ruth A.; Lawrence, Robert Michael (2011-01-01). Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. Elsevier Health Sciences. pp. 227–228

vaca o de cabra, pero estos intentos no tuvieron éxito. En el siglo 18, la harina o cereal mezclado con caldo se introdujeron como sustitutos de la lactancia materna, pero esto tampoco tuvo éxito.

Durante el año 1900, la lactancia materna comenzó a ser vista negativamente por las sociedades occidentales, en especial Canadá y los EE.UU. Estas sociedades consideraban una práctica de la clase baja e inculta. Esto coincidió con la aparición de la mejora de fórmulas infantiles a mediados del siglo 19 y su mayor uso, que se aceleró después de la Segunda Guerra Mundial. Desde la década de 1960 en adelante, la lactancia materna experimentó un renacimiento que continuó en la década de 2000, aunque las actitudes negativas hacia la práctica seguían atrincheradas hasta 1990⁴.

4.3. COMPOSICIÓN Y PROPIEDADES DE LA LECHE MATERNA

No todas las propiedades de la leche materna se entienden, pero su contenido de nutrientes es relativamente constante. La leche materna está hecha de nutrientes en el torrente sanguíneo y corporales tiendos de la madre. La leche materna tiene un equilibrio óptimo de grasa, azúcar, agua y proteínas que se necesita para el crecimiento y desarrollo del bebé. La lactancia desencadena reacciones bioquímicas que permite a las enzimas, hormonas, factores de crecimiento y sustancias inmunológicas para defender eficazmente contra infecciosa enfermedades para el infante. La leche materna también tiene ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga que ayudan con la retina normal y el desarrollo neuronal. Debido a que la lactancia requiere un promedio de 500 calorías al día, existen hipótesis de que esto ayude a la madre a perder peso después del parto; sin embargo esto no está comprobado.⁵⁶

La composición de la leche materna cambia dependiendo de cuánto tiempo se amamante al bebé en cada sesión, así como de la edad del niño. El primer tipo, producido durante los primeros días después del parto, se llama calostro.

⁴ Nathoo, Tasnim; Ostry, Aleck (2009). *The One Best Way?: Breastfeeding History, Politics, and Policy in Canada*. Wilfrid Laurier Univ.

⁵ Colen, Cynthia G., and Ramey, David M. "Is breast truly best? Estimating the effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons." *Social Science and Medicine*. 109. (2014): 55-65.

⁶ Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA (August 1993). "Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation". *Am. J. Clin. Nutr.* 58 (2): 162–6.

El calostro es fácil de digerir aunque es más concentrado que la leche madura. Tiene un efecto laxante que ayuda al niño a pasar primeros heces, ayudando en la excreción de exceso de bilirrubina, que ayuda a prevenir la ictericia. También ayuda a proteger la vía gastrointestinal de sustancias extrañas, que pueden sensibilizar al bebé a los alimentos que la madre se ha comido. Aunque el bebé ha recibido algunos anticuerpos a través de la placenta, el calostro contiene una sustancia que es nuevo en el recién nacido, de secreción de inmunoglobulina A (IgA). La IgA trabaja para atacar a los gérmenes en las membranas mucosas de la garganta, los pulmones y los intestinos, que tienen más probabilidades de estar bajo ataque de los gérmenes.⁷

Los senos comienzan a producir leche madura alrededor del tercer o cuarto día después del nacimiento. Al principio de una sesión de enfermería, los pechos producen calostro, una leche más delgada que contiene muchas proteínas y vitaminas. Si el bebé sigue de enfermería, a continuación, se produce leche final. Leche final tiene un color y una textura más cremosa, ya que contiene más grasa⁷.

La calidad de la leche puede verse comprometida por el tabaco, las bebidas con cafeína, marihuana, metanfetamina, heroína y metadona. Sin embargo, la Academia Americana de Pediatría (AAP) establece que "el consumo de tabaco por las madres no es una contraindicación para la lactancia materna". Además, la AAP afirma que durante la lactancia las madres "debe evitar el uso de bebidas alcohólicas", una "pequeña bebida ocasional celebración única, alcohólico es aceptable, pero la lactancia materna debe ser evitada durante 2 horas después de la bebida". Una revisión de 2014 encontró que "incluso en un caso teórico de consumo excesivo de alcohol, los niños no serían sometidos a cantidades clínicamente relevantes de alcohol [a través de la leche materna]", y tendrían efectos adversos en los niños, siempre y cuando la bebida es "de vez en cuando".^{8, 9}

A continuación se presenta una tabla comparativa de la leche materna y las distintas leches maternizadas en cuanto a su composición:

⁷ "What is colostrum? How does it benefit my baby?". La Leche League.

⁸ Gartner LM, Morton J, Lawrence RA; et al. (February 2005). "Breastfeeding and the use of human milk". *Pediatrics* 115 (2): 496–506

⁹ "Alcohol and breastfeeding.". *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 114 (2): 168–73.

Nutrientes en 100 ml de leche		Energía Kcal.	Proteínas gramos	Carbohidratos gramos	Grasas gramos	Calcio miligramos	Hierro miligramos	Costo diario dólares
Leche materna madura		60 - 80	0,8 - 1,2	7,00	3 - 4	27 - 32	0,03 - 0,07	GRATIS
NESTOGENO 1	Nestlé	67	1,70	7,40	3,40	63	0,80	1,53
BEBELAC 1	Nutricia	65	1,40	8,50	2,90	53	0,85	1,59
SIMILAC CON HIERRO	Abbott	68	1,55	7,30	3,63	56	1,20	1,61
SIMILAC ADVANCE 1	Abbott	68	1,40	7,10	3,70	53	1,20	2,04
ENFAMIL CON HIERRO 1	Mead Johnson	66	1,42	6,80	3,70	52	1,20	2,06
NAN 1	Nestlé	67	1,20	7,50	3,60	41	0,80	2,31
SanCor Bebé 1	Laboratorios Bagó	70	1,50	7,40	3,80	50	1,20	2,35
NUTRILON 1	Nutricia	66	1,50	7,50	3,30	56	0,80	2,49
S.26 GOLD	Wyeth	67	1,50	7,20	3,60	46	0,80	2,79
SIMILAC ADVANCE EYE Q 1	Abbott	68	1,40	7,10	3,70	52	1,20	2,82
BLEMIL 1 PLUS	Ordesa	71	1,50	8,20	3,60	59	0,80	2,97
ENFAMIL PREMIUM 1	Mead Johnson	67	1,40	7,00	3,70	52	1,20	3,05
BLEMIL PLUS 1 AE	Ordesa	70	1,60	7,90	3,60	42	0,70	3,41

Fuente: <http://www.noyodecia.com/diferencias-entre-la-leche-de-vaca-y-la-leche-materna.html>

Así mismo se presenta una tabla comparativa entre la leche materna y la leche de vaca, que usualmente viene procesada en tarros y/o en cajas.

	Leche humana (por 100 ml)	Leche de vaca (por 100 ml)	Leche para lactantes (por 100 ml/100 kcal)
Energía (kcal)	62-70	68	60-80
Proteínas (g)	0,9-1	3,5	1,62-3,24 (2,25-4,5)
Caseína/Seroproteínas	40/60	82/18	80/20
Grasas (g)	3,8	3,7	2,37-4,68 (3,3-6,5)
Ácido linoleico (g)	0,38	0,06	>0,21 (>0,3)
Hidratos de carbono(g)	7,1	6,1	5-10 (7-14)
Lactosa (g)	6,5	5,0	>1,26 (>1,8)
Sodio (mg)	16	95	16,1-57,5 (23-85)
Potasio (mg)	53	89	54,6-132 (80-208)
Calcio (mg)	29-34	120	>63 (>90)
Fósforo (mg)	14	92	>40 (>60)
Hierro (mg)	0,05-0,1	0,05	0,72-1,44 (1-2)

Fuente: <http://www.asturnatura.com/articulos/nutricion/ciclo-vida/nutricion-recien-nacido.php>

Y por último se presenta una tabla comparativa entre leche humana, leche animal y maternizada en cuanto a sus propiedades

	Leche humana	Leche animal	Leche maternizada
F. bacterianos	Ninguno	Probables	Probables al mezclarla
F. antiinfecciosos	Presentes	No están presentes	No están presentes
F. crecimiento	Presentes	No están presentes	No están presentes
Proteínas	Calidad correcta Fácil de digerir	Demasiada Difícil de digerir	Parcialmente corregidas
Grasas	Suficientes ácidos grasos esenciales Lipasa para la digestión	Falta ácidos grasos esenciales No tienen lipasa	Falta de ácidos grasos esenciales No tiene lipasa
Hierro	Pequeña cantidad bien absorbida	Pequeña cantidad, no se absorbe bien	Cantidad extra añadida, no se absorbe bien
Agua	Suficiente	Se necesita agua extra	Puede necesitar agua extra
Vitaminas	Suficientes	Insuficientes A v C	Se le añade vitaminas

F. = factores

Fuente: <http://www.scielo.org.pe/img/revistas/rgo/v60n2/a11fig07.jpg>

4.3.1. El calostro

El calostro o primera leche es una forma de leche producida por las glándulas mamarias de los mamíferos (incluidos los humanos) al final del embarazo. La mayoría de las especies de mamíferos producen calostro justo antes de parir. El calostro contiene inmunoglobulinas que ayudarán a proteger al recién nacido contra la presencia de agentes infecciosos principalmente. La cantidad de proteína en el calostro es sustancialmente mayor que en la leche. La concentración de grasa es sustancialmente menor en el calostro que en la leche en humanos³¹.

4.3.1.1. Componentes del Calostro

A continuación se muestra una tabla donde se compara los componentes de la leche materna madura y el calostro³¹.

	LECHE MATERNA MADURA	CALOSTRO
Agua	88	87
Energía	70	58
Lactosa g/100 ml	7'3	5'3
Nitrógeno total mg/100 ml	171	360
Nitrógeno proteico	313	510
Nitrógeno no proteico	47	32
Proteínas totales g/100 ml	0'9	2'3
Caseína g/100 ml	0'25	-
Lactoalbúmina g/100 ml	0'26	0'16
Lactoferrina g/100 ml	0'17	0'33
Lisozima g/100 ml	0'05	-
IGA g/100 ml	0'14	0'36
Grasas totales g/100 ml	4'2	2'9
Ácido linoleico de la grasa	8'3%	6'8%
Colesterol mg/100 ml	16	28
Calcio mg/100 ml	28	-
Fósforo mg/100 ml	15	-

Fuente: <http://www.calendariodeembarazo.net/wp-content/uploads/2013/03/calostroleche.jpg>

4.4. PRODUCCIÓN FISIOLÓGICA DE LA LECHE MATERNA

La producción de leche se inicia en los senos en el período post-parto debido a la producción de prolactina y la disminución de estrógeno y progesterona después del parto de la placenta.

³¹ Parra, S. G., et al.. (2002). Revista Mexicana de Pediatría, 69(3), 111-119.

El inicio de la lactogénesis (la producción de la leche materna) se ha demostrado que ser retrasada por los acontecimientos estresantes alrededor de entrega. Las mujeres que se sometieron a una cesárea de urgencia o tenido una larga duración del trabajo de parto antes de los partos vaginales eran más propensos a tener un retraso en la aparición de la plenitud de mama en los primeros días después del parto.

Durante el día 3 o 4 post-parto, es necesaria la estimulación de la mama por amamantamiento continuar la producción lechera. Las madres producen leche entre las comidas, debido a los niveles basales elevados de prolactina. Ellos producen más leche durante la alimentación debido al aumento de la prolactina causada por la succión. Las mujeres con una antes del embarazo $IMC > 26 \text{ kg} / \text{m}^2$ se encuentran para tener una respuesta de prolactina inferior para lactantes, tanto en 48 horas y 7 días después del parto. Esta disminución de la respuesta de prolactina puede provocar una merma la producción de leche en las mujeres con sobrepeso en la primera semana de vida. Los bebés de las mujeres con sobrepeso pueden necesitar una vigilancia más estrecha de la ganancia de peso y las madres pueden necesitar más apoyo a la lactancia³⁰.

Durante la lactancia continuada, la producción de leche se basa en la demanda infantil. La capacidad de la madre promedio para producir leche es mucho mayor que el apetito del bebé promedio. La tasa de producción de leche varía durante el día. Si un pecho no se vacía al final de la alimentación, ese pecho produce menos leche antes de la siguiente toma de lo que tendría si la mama había sido vaciado por completo. La succión o cualquier manipulación pezón o mama estimula los nervios sensoriales en la areola y el pezón. Estos nervios estimulan la glándula pituitaria para que libere oxitocina junto con la prolactina. Una eyección de la leche acondicionado puede ocurrir cuando una mujer escucha a su bebé llorar. Esto se debe a una liberación condicionada de oxitocina sin la liberación de prolactina.

4.5. PROCESO DE LA LACTANCIA MATERNA

4.5.1. El Comienzo

La lactancia materna puede comenzar inmediatamente después del nacimiento. El bebé se coloca en la madre y la alimentación se inicia tan pronto como el bebé muestra interés.

³⁰ Cordero, M. J. A., & Cordero, M. J. A. (2005). Lactancia materna. Elsevier España.

Según algunos investigadores, la creciente evidencia sugiere que el contacto temprano piel a piel (también llamado método canguro) entre la madre y el bebé estimula el comportamiento de lactancia en el bebé. Los recién nacidos que se colocan inmediatamente en la piel de su madre tienen un instinto natural para prenderse al pecho y empezar de lactar, por lo general dentro de una hora de nacimiento. El contacto inmediato piel a piel puede proporcionar una forma de impresión que hace que la alimentación posterior mucho más fácil. Además de la lactancia materna más exitosa y de unión, contacto inmediato piel a piel reduce el llanto y calienta al bebé.¹⁰

Según los estudios citados por la UNICEF, los bebés siguen naturalmente un proceso que conduce a una primera mamada. Inicialmente después de nacer el bebé llora con sus primeras respiraciones. Poco después, se relaja y hace pequeños movimientos de los brazos, los hombros y la cabeza. El bebé se arrastra hacia el pecho y comienza a alimentarse. Después de la alimentación, es normal que un bebé permanezca enganchado al pecho mientras se descansa. Esto es a veces confundido con falta de apetito. Existen interrupciones ausentes, todos los bebés siguen este proceso. Corriendo o interrumpir el proceso, tales como la eliminación de la bebé para sopesar ella, puede complicar la alimentación posterior. Las actividades tales como pesar, de medida, el baño, las agujas de jeringuillas, y la profilaxis de los ojos esperar hasta después de la primera alimentación”.

4.5.2. Sincronización

Los recién nacidos suelen expresar la demanda de alimentación de cada 1 a 3 horas (8-12 veces en 24 horas) para las primeras dos a cuatro semanas. Un recién nacido tiene una muy pequeña capacidad del estómago. En un día de edad es de 5 a 7 ml, aproximadamente el tamaño de una canica; al tercer día es 0,75 a 1 oz, aproximadamente del tamaño de las canicas grandes y al séptimo día es de 1.5-2 oz o menos del tamaño de una pelota de ping-pong. La cantidad de leche materna que se produce se mide el tiempo para satisfacer las necesidades del niño en el que la primera leche, el calostro, se concentra, pero produce en

¹⁰ Cornall, D. "A review of the breastfeeding literature relevant to osteopathic practice". International Journal of Osteopathic Medicine 14 (2): 61–66.

cantidades muy pequeñas, aumentando gradualmente el volumen para satisfacer el tamaño creciente de la capacidad del estómago del bebé.

De acuerdo con La Liga Internacional de la Leche, "las madres que amamantan con experiencia aprenden que los patrones y las necesidades de los bebés de succión varían. Si bien las necesidades de succión algunos bebés se cumplen principalmente durante las comidas, otros bebés pueden necesitar succión adicional en el pecho poco después de una alimentación a pesar de que no son realmente hambre. Los bebés también pueden lactar cuando se sienten solos, asustados o cuando hay dolor, es reconfortante. Los chupones son un sustituto de la madre cuando ella no puede estar disponible. Otras razones para pacificar un bebé principalmente en la mama incluyen desarrollo superior oral-facial, prolongada amenorrea de la lactancia, evitar la confusión del pezón, y la estimulación de la producción de leche adecuada para garantizar mayores tasas de éxito de la lactancia.¹¹

Durante el período neonatal, la mayoría de las sesiones de lactancia toman de 20 a 45 minutos. Después de una mama está vacía, la madre puede ofrecer el otro seno.

4.5.3. Ubicación

En muchos países, como el nuestro, Perú, existen leyes que permiten a una madre a amamantar a su bebé en cualquier lugar. En los hospitales, el alojamiento conjunto en el cuidado permite al bebé a permanecer con la madre y simplifica el proceso. Algunos establecimientos comerciales ofrecen salas de lactancia, aunque las leyes generalmente especifican que las madres pueden amamantar en cualquier lugar, sin necesidad de un área especial. La lactancia materna en público sigue siendo controvertido en muchos países desarrollados.

En 2014, recién elegido papa Francisco atrajo el comentario de todo el mundo cuando se animó a las madres a amamantar a los bebés en la iglesia. Durante un bautismo papal, dijo que las madres "no esté fundada en la ceremonia de" si sus hijos tenían hambre. "Si tienen hambre, las

¹¹ Marasco L. "Common breastfeeding myths". 1998. Leaven 34 (2): 21–24.

madres, los alimentan, sin pensarlo dos veces", dijo, sonriendo. "Debido a que son las personas más importantes aquí."

4.5.4. Posición

El posicionamiento correcto y la técnica para prenderse son necesarios para prevenir dolor en el pezón y permitir que el bebé obtenga suficiente leche¹².

Los bebés pueden sujetarse correctamente en el pecho desde múltiples posiciones. Cada bebé puede preferir una posición particular. El uso de la "cuna" o "cruz-cuerpo" sirve para mantener la posición, la madre apoya la cabeza del bebé en el hueco de su brazo. La sujeción horizontal es similar a la posición de cuna, excepto que la madre apoya la cabeza del bebé con la mano opuesta. La madre puede optar por una posición reclinada sobre su espalda o de lado con el bebé que se juntó a ella¹³.

4.5.5. Sujetar

El "reflejo de búsqueda" es la tendencia natural del bebé a su vez hacia el pecho con la boca abierta; las madres a veces hacen uso de esta acariciando suavemente la mejilla o los labios del bebé con su pezón para inducir al bebé a moverse a la posición para una sesión de la lactancia materna, y rápidamente se mueve el bebé al pecho, mientras que su boca está abierta. Para evitar dolor en los pezones y deje que el bebé reciba suficiente leche, una gran parte de la necesidad de mama y areola para entrar en la boca del bebé. La falta de aferrarse es una de las principales razones para la alimentación ineficaz y puede llevar al bebé preocupaciones de salud.

4.5.6. Destete

El destete es el proceso de sustitución de la leche materna con otros alimentos. El bebé está completamente destetados después de que la sustitución se ha completado. La mayoría de los mamíferos dejan de

¹² Staff, Healthwise. "Breast-feeding: Learning how to nurse"

¹³ Posiciones y consejos para la lactancia materna". BabyCenter.com

producir la enzima lactasa en el extremo del destete, y se convierten en intolerantes a la lactosa.

Las cifras varían, pero en todo el mundo, los seres humanos pierden aproximadamente 75 a 95 por ciento de los niveles de lactasa a luz por primera infancia, y lactasa sigue disminuyendo con la edad. Sin embargo, la prevalencia varía ampliamente entre los grupos étnicos.

Las estimaciones van del 2 al 5 por ciento en las personas con ascendencia del norte de Europa a casi el 100 por ciento en los asiáticos adultos y los indios americanos. Africanos y Ashkenazi Judios tienen prevalencias de 60 a 80 por ciento, mientras que los latinos tienen una prevalencia de 50 a 80 por ciento¹⁴.

Los factores psicológicos afectan el proceso de destete para la madre y el niño, como cuestiones de cercanía y la separación son muy prominentes.

En el pasado la bromocriptina era en algunos países se utilizan con frecuencia para reducir la congestión comúnmente experimentada durante el destete. Esto ahora se realiza sólo en casos excepcionales, debido a los efectos secundarios frecuentes y beneficios leves¹⁵.

Otros medicamentos como cabergolina, lisurida o píldoras anticonceptivas pueden ocasionalmente ser utilizados para suprimir la lactancia.

4.6. POSICIONES PARA EL AMAMANTAMIENTO

Éstas van a variar ligeramente de acuerdo a la posición en la que se encuentre la madre, pero por lo general se deben tener en cuenta primero los siguientes consejos para la colocación del bebe:

¹⁴ Bulhões AC, Goldani HA, Oliveira FS, Matte US, Mazzuca RB, Silveira TR (2007). "Correlation between lactose absorption and the C/T-13910 and G/A-22018 mutations of the lactase-phlorizin hydrolase (LCT) gene in adult-type hypolactasia". *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 40 (11): 1441–6

¹⁵ U.S. Food and Drug Administration (1994-08-17). "FDA moves to end use of bromocriptine for postpartum breast engorgement"



Figura 1. Posición de Lactancia. Fuente: <http://www.saluddealtura.com/>

Al momento de dar de lactar es fundamental que la madre tenga una posición cómoda y se encuentre muy relajada, esto ayuda a que su hijo sujete bien la mama y exista una mayor extracción de leche, a continuación presentamos las posiciones más comunes para realizar la alimentación del bebe.



1 Posición Sentada
Recueste la espalda en una silla o en el espaldar de la cama, sostenga al bebé en la parte media del brazo, utilice una almohada sosteniendo al bebé y apoye los pies en un banquito.



2 Coloque al recién nacido estómago con estómago frente a su pecho.
estimule la boca del bebé con la punta del pezón, cuando abra bien la boca acérquelo rápidamente y observe que abarque la mayor parte de la aréola (parte redonda oscura que rodea el pezón), asegurándose que el mentón y la barbilla queden pegados al pecho. Así el bebé respira mejor.



3 Sostenga el seno con la mano haciendo una "C"
Coloque el dedo pulgar por encima del areola y los cuatro restantes por debajo, teniendo en cuenta las siguientes reglas: boca bien abierta, más areola por encima que por abajo, labio inferior envuelto hacia fuera, mejillas redondeadas, mentón cerca al pecho. De esta forma el bebé podrá succionar correctamente.



5 Posición de jirilla
Sostenga al bebé con el brazo y la cabeza al lado de su cuerpo, sujételo bien y enfóquelo al seno, recuerde que el bebé debe ir al seno, no el seno al bebé. Apoye con almohada y cojines. Esta posición es ideal si le producen una cefalea o tiene gemelos.



4 Amamantar es un acto silencioso, si hay dolor es signo de que el bebé no ha hecho un buen agarre del seno. Si el seno duele retirelo introduciendo el dedo meñique en la comisura del labio del niño.



6 Posición propiamente de bebé
Acueste al bebé, agorre la cabeza y la espalda con almohadas, coloque el bebé de frente a su cuerpo y al pecho, sujételo con su brazo lo más pegado posible al cuerpo.

Figura 2. Diferentes posiciones en la lactancia. Fuente: Gobernatura de Huilla, Colombia

4.7. MÉTODOS DE LACTANCIA MATERNA

4.7.1. Lactancia Materna Exclusiva

La lactancia materna exclusiva se define como "el consumo de un bebé de la leche humana sin suplementación de cualquier tipo (ni agua, ni jugos, ni leche no humana y no alimentos) a excepción de las vitaminas, los minerales y los medicamentos". La lactancia materna exclusiva ha reducido las muertes infantiles en los países en desarrollo mediante la reducción de la diarrea y las enfermedades infecciosas. También reduce la transmisión del VIH de madre a hijo, en comparación con la alimentación mixta¹⁶.

Medir la cantidad de calorías consume un bebé amamantado es complejo, aunque los bebés normalmente tratan de satisfacer sus propias necesidades. Los bebés que no comer lo suficiente pueden presentar síntomas de retraso en el desarrollo.

En la Liga de la Leche, la pregunta que se realiza más a menudo a las madres es, "¿Cómo puedo saber si mi bebé está recibiendo suficiente leche?" Ellos aconsejan que para los primeros días, mientras que el bebé está recibiendo su mayoría calostro, una o dos pañales mojados por día es normal. Una vez que la madre comienza a producir leche, por lo general en el tercer o cuarto día, el bebé debe tener 6-8 pañales de tela húmeda (5-6 pañales desechables húmedos) por día. Además, la mayoría de los bebés pequeños tienen por lo menos dos a cinco evacuaciones cada 24 horas durante los primeros meses.

La Liga de la Leche ofrece los siguientes signos adicionales que indican que un bebé está recibiendo suficiente leche:

- Promedios por lo menos 8-12 alimentaciones por un periodo de 24 horas.
- Determina la duración de la alimentación, que puede ser de 10 a 20 minutos por pecho o más.

¹⁶ Coutsooudis A, Pillay K, Kuhn L, Spooner E, Tsai WY, Coovadia HM (February 2001). "Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa". AIDS 15 (3): 379-87.

- Sonidos de deglución son audibles.
- Gana al menos 4-7 onzas por semana después del cuarto día.
- Está alerta y activo, aparece sano, tiene buen color, la piel firme y está creciendo en longitud y circunferencia de la cabeza.

4.7.2. Lactancia Mixta

Lactancia materna predominante o mixta significa la alimentación con leche materna, junto con la fórmula infantil, comida para bebés e incluso agua, dependiendo de la edad del niño.

4.7.3. Lactancia Compartida

La nodriza era común en toda la historia. Sigue siendo popular en algunos países en desarrollo, incluidos los de África, por más de una mujer amamantando a un niño. Lactancia compartida es un factor de riesgo para la infección por VIH en niños. Una mujer que se dedica a amamantar a otra del bebé se conoce como una nodriza. La lactancia compartida a veces puede provocar reacciones negativas en el medio local.

4.7.4. Lactancia Inducida

La lactancia inducida, también llamada la lactancia adoptiva, es el proceso de iniciar la lactancia en una mujer que no dan a luz. Esto normalmente requiere la madre adoptiva de tomar hormonas y otras drogas para estimular el desarrollo del pecho y promover la producción de leche. En algunas culturas, la lactancia de un hijo adoptivo crea parentesco leche que construyó lazos comunitarios en toda clase y otros vínculos jerárquicos¹⁷.

4.8. EXTRACCIÓN Y CONVERSACIÓN DE LA LECHE

Todas las madres producen suficiente leche para dar de lactar a sus hijos, sin embargo a veces existen motivos por los que esto no se puede realizar correctamente, por lo que se necesita consejería en alimentación y nutrición infantil.

La extracción con ayuda de la mano y conservación y preservación de la leche humana es fundamental para que la madre pueda una garantizar una lactancia

¹⁷ Morrison, Barbara and Karen Wambach (2014). "Women's Health and Breastfeeding". In Wambach, Karen and Jan Riordan. Breastfeeding and Human Lactation (5th ed.). Jones & Bartlett Publishers. pp. 581–588.

de manera óptima, porque cuando exista una separación entre la madre y su hijo permite tener a disposición la leche materna, evita la congestión mamaria y además ayuda a que se realice una extracción en la casa, en la oficina, o en el lugar donde esté desarrollando su trabajo. La leche que se extrae se puede conservar a temperatura del medio ambiente, además se puede refrigerarla y congelarla, en esos casos solo es necesario calentarla para poder servirla en una taza, pero se recomienda que no deba utilizarse un biberón. Si la leche se deja a temperatura ambiente, en este se puede conservar hasta por cuatro horas, esto garantiza que el contenido de anticuerpos se mantengan en una cantidad estable, luego de este tiempo existe el riesgo de que empiecen a colonizar cierto tipo de bacterias. Cuando se extrae y se almacena en el refrigerador o la nevera, puede conservarse hasta por doce horas, no se recomienda colocarla en la puerta puesto que como se expone ante el abierto y cerrado de la puerta estos leves cambios de temperatura pueden afectarla. En caso de que se coloque en el congelador, ésta puede durar hasta por 15 días, congelada, sin embargo una vez descongelada no debe volverse a congelar, además debe considerarse el estado del refrigerador, debe estar prendido constantemente.

4.9. EFECTOS EN LA SALUD

4.9.1. EN EL BEBÉ

La lactancia materna temprana está asociada con un menor número de problemas de alimentación durante la noche. El contacto temprano piel a piel entre la madre y el bebé mejora los resultados de la lactancia materna, aumenta la estabilidad cardiorrespiratoria y disminuye llanto infantil. La lactancia materna ayuda a la salud general, el crecimiento y el desarrollo en el niño. Los bebés que no son amamantados están en leve aumento del riesgo de desarrollar enfermedades agudas y crónicas, incluida la infección respiratorio inferior, infecciones de oído, bacteriemia, meningitis bacteriana, el botulismo, la infección del tracto urinario y la enterocolitis necrotizante. La lactancia materna puede proteger contra súbita síndrome de muerte infantil, diabetes mellitus dependiente de insulina, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, linfoma, enfermedades

alérgicas, enfermedades digestivas y puede mejorar el desarrollo cognitivo¹⁸.

4.9.1.1. Crecimiento

El bebé amamantado promedio duplica su peso al nacer en 5 a 6 meses. Por un año, un bebé amamantado típica pesa alrededor de 2 ½ veces su peso al nacer. En un año, los bebés amamantados tienden a ser más delgados que los bebés alimentados con fórmula, lo que mejora la salud a largo plazo.

4.9.1.2. Infecciones

La leche materna contiene varios factores anti-infecciosos tales como sales biliares lipasa estimulada (protección contra las infecciones amebianos) y lactoferrina (que se une al hierro e inhibe el crecimiento de bacterias intestinales).

Los bebés que son amamantados exclusivamente durante los primeros seis meses son menos propensos a morir por infecciones gastrointestinales que los bebés que cambiaron de exclusiva a la lactancia materna parcial en tres a cuatro meses.

Durante la lactancia, aproximadamente 0,25 a 0,5 gramos por día de anticuerpos IgA secretora pasan al bebé a través de la leche. Esta es una de las características importantes de calostro. El objetivo principal de estos anticuerpos son probablemente los microorganismos en el intestino del bebé. El resto del cuerpo muestra algunas absorciones de IgA, pero esta cantidad es relativamente pequeña.

Las vacunas maternas durante la lactancia son seguras para casi todas las vacunas. Además, la inmunidad de la madre obtiene mediante la vacunación contra el tétanos, la difteria, la tos ferina y la gripe puede proteger al bebé de estas enfermedades, y la lactancia materna puede reducir la tasa de fiebre después de la vacunación infantil. Sin embargo, la viruela y la fiebre amarilla aumentan el riesgo de los bebés en desarrollo de la vacuna y la encefalitis.

¹⁸ Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG (2007). Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses (PDF). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

4.9.1.3. Mortalidad

Los bebés que no son amamantados son casi seis veces más probabilidades de morir a la edad de un mes que los que reciben al menos algo de leche materna¹⁹.

4.9.1.4. Diabetes

Los bebés alimentados con leche materna exclusivamente tienen menos probabilidades de desarrollar diabetes mellitus tipo 1 que aquellos con una menor duración de la lactancia materna. Los bebés amamantados parecen tener una menor probabilidad de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en el futuro.

4.9.1.5. Obesidad Infantil

El efecto protector de la lactancia materna contra la obesidad es consistente, aunque pequeño, a través de muchos estudios. Un estudio longitudinal 2013 informó menos obesidad a que fueron amamantados durante al menos cuatro meses dos años y cuatro años entre los lactantes²⁰.

4.9.1.6. Enfermedades Alérgicas

En los niños que están en riesgo de desarrollar enfermedades alérgicas (definida como al menos un padre o un hermano que tiene atopia), el síndrome atópico puede prevenirse o retrasarse por medio de 4 meses la lactancia materna exclusiva, aunque estos beneficios pueden no persistir.

4.9.1.7. Inteligencia

No está claro si la lactancia materna mejora la inteligencia en el futuro. Varios estudios no encontraron relación después de controlar los factores de confusión como la inteligencia materna (las madres más inteligentes eran más propensas a amamantar a sus bebés). Sin embargo, otros estudios concluyeron que la lactancia materna se

¹⁹ WHO "strategic directions for improving the health and development of children and adolescents", WHO/FCH/CAH/02.21

²⁰ Moss, B.G. & Yeaton, W.H. (2014). "Early childhood healthy and obese weight status: Potentially protective benefits of breastfeeding and delaying solid foods.". *Maternal and Child Health Journal*. 18 (5): 1224–1232.

asoció con un mayor desarrollo cognitivo en la infancia, aunque la causa se puede aumentar la interacción madre-hijo en lugar de la nutrición.

4.9.2. EN LA MADRE

La lactancia materna ayuda a la salud física y emocional de la madre. La lactancia materna y la depresión en la madre están asociadas. Las madres que amamantan con éxito son menos propensas a desarrollar depresión posparto²¹.

4.9.2.1. Lazo maternal

Las hormonas liberadas durante la lactancia ayudan a fortalecer el vínculo materno. La enseñanza cómo manejar las dificultades comunes se asocia con tasas de lactancia materna más altas. El apoyo a una madre que amamanta puede fortalecer los lazos familiares y ayudar a construir un vínculo paterno.

4.9.2.2. Fertilidad

La lactancia materna exclusiva por lo general retrasa el retorno de la fertilidad a través de amenorrea de la lactancia, aunque no proporciona un método anticonceptivo confiable. La lactancia materna puede retrasar el retorno a la fertilidad en algunas mujeres al suprimir la ovulación. Las madres pueden no ovular, o tener períodos regulares, durante todo el período de lactancia. El período no ovulando varía según el individuo. Esto ha sido utilizado como anticonceptivo natural, con más del 98% de efectividad en los primeros seis meses después del nacimiento si se siguen conductas de enfermería específicos.

4.9.2.3. Hormonal

Amamantar comunica hormonas beneficiosas en el cuerpo de la madre. La oxitocina y la prolactina hormonas relajan la madre y aumentan su respuesta crianza. Esta liberación de la hormona puede ayudar a activar el sueño. La lactancia materna inmediatamente después del parto aumenta los niveles de oxitocina de la madre, por lo que su útero se contraiga más rápidamente y reducir el sangrado.

²¹ Dias, CC; Figueiredo, B (15 January 2015). "Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature.". *Journal of affective disorders* 171: 142–54.

La oxitocina, una hormona sintética utilizada para hacer el útero se contraiga durante y después del parto, se modela estructuralmente de oxitocina natural. Syntocinon, otro oxiótico sintético, se utiliza comúnmente en Australia y el Reino Unido en lugar de oxitocina.

4.9.2.4. Pérdida de peso

No está claro si la lactancia materna hace que las madres de perder peso después del parto.

4.9.2.5. Riesgo de cáncer reducido

Para las mujeres que amamantan, beneficios para la salud a largo plazo incluyen el riesgo de cáncer de mama, cáncer de ovario y cáncer de endometrio se reducen.

En relación al cáncer de mama, además de los diversos factores como el ser mujer y el envejecimiento, está la nuliparidad; esto nos lleva a que una mujer nulípara nunca da de lactar. Cuando se da la lactancia existe un retraso en la función ovárica y disminución de los niveles en sangre de los estrógenos; esto hace que disminuya la posibilidad de cáncer de mama; además existen aún pocos estudios pero apuntan a que durante la lactancia cierto tipo de factores de crecimiento se modifican, previniendo el crecimiento de células cancerígenas en la mama

En relación al cáncer de ovario, por el mismo hecho de que se da ese retraso o pausa en la función ovárica, la reproducción y formación de factores de crecimiento potencialmente cancerígenos se detienen, favoreciendo a la disminución de posibilidad de producción de células cancerígenas; por tal supresión, las células endometriales también disminuirán en su actividad, siendo esto también factor protector para este tipo de cáncer.

4.10. ALIMENTACIÓN MATERNA DURANTE LA LACTANCIA

Por lo general si es que la alimentación materna varía, este cambio no va a afectar a la producción de la leche; alrededor de esto existen muchos mitos; no existe tipo de alimentación que aumente o disminuya la producción de leche materna, el único estímulo para el aumento de esto es la calidad de succión del bebe; sin embargo en cuanto al sabor, existen distintos alimentos

que ligeramente van a dar algo de sabor a la leche; esto puede servir para comenzar a desarrollar el sentido del gusto en el menor.

Para esto se necesita aportes de fruta, verduras, carne, pescado, productos lácteos, féculas, incluyendo la porción diaria de grasas, y no ingerir bebidas con contenido de alcohol.

Se debe ingerir una cantidad aproximada de 200ugr de yodo, sin embargo, esto puede suplirse con el yodo que se incluye en la sal.

Respecto al calcio y su suplementación como con incremento en el consumo de leche por parte de la madre, no guarda relevancia directa; es decir, no por incrementar en el consumo de leche se evitará la descalcificación natural en la mujer; aunque también es recomendable ayudarse con otros alimentos como las legumbres, las frutas, las hortalizas, los cereales integrales y los frutos secos.

4.11. DESNUTRICIÓN MATERNA Y LACTANCIA

La desnutrición materna es un factor que se puede identificar y prever desde la gestación, debido a que es un problema crónico. El bajo peso y la extrema delgadez es un factor de riesgo durante el embarazo y puede conllevar consecuencias para la futura madre y para su hijo.

Las mujeres que está en la etapa de lactancia y que se encuentran desnutridas usualmente han tenido problemas durante el parto, como un parto prematuro o un hijo con bajo peso.

Al momento de identificar a una mujer con desnutrición y que se encuentra en periodo de lactancia se deberá aportar nutrientes necesarios en la dieta, así como un especialista deberá prescribir suplementos alimenticios; es necesario la consulta del especialista puesto que el exceso de algunos de estos suplementos pueden causar problemas en vez ayudar; por ejemplo el exceso de vitaminas liposolubles llevarían a un estado de hipervitaminosis.

La calidad de la leche por lo general no se ve afecta en un estado donde la madre se encuentra desnutrida, sin embargo si en la madre no se regulan sus ingestas dietéticas ella puede continuar con éste proceso e incrementar su riesgo de morbimortalidad.

4.12. COMPLICACIONES DE LA SALUD DURANTE LA LACTANCIA

4.12.1. Mastitis

Existen distintas bacterias que se encuentran en la leche materna, esto fisiológicamente hablando; cuando se presenta una mastitis, existe un desequilibrio entre la presencia de las bacterias patológicas existiendo más de lo normal y disminuyendo las bacterias fisiológicas; las mastitis se manifiestan por dolor intenso y además signos de inflamación; adicionalmente suelen encontrarse fiebre o malestar general; el avance de este proceso patológico nos lleva a una encapsulación del proceso infeccioso produciéndose un absceso. Este problema nos lleva a la acumulación de leche por los conductos galactóforos sin que estos puedan salir, teniéndose un dolor similar a “pinchazos”.

Existen prácticas comunes que no son recomendables, como la aplicación de gotas de leche en el pezón y areola mamaria después de las tomas, esto se debe evitar cuando haya mastitis puesto que ayuda a la propagación de las bacterias causantes del problema.

4.12.2. Medicación

Las madres que amamantan deben informar a su médico acerca de todos los medicamentos que está tomando, incluyendo los productos herbarios o mates de ellos. Las madres de los lactantes pueden tomar con seguridad muchos medicamentos controlados y los medicamentos recetados y recibir las vacunas, pero ciertos medicamentos, incluyendo analgésicos y medicamentos psiquiátricos, pueden suponer un riesgo.

Existen instituciones que publican bases de datos sobre la información actualizada de las drogas y lactancia, donde presentan alternativas de los mismos en caso de que uno suprima la lactancia.

Algunos contaminantes en los alimentos y la bebida de la madre se pasan al bebé a través de la leche materna, incluido el mercurio (que se encuentra en algunos peces carnívoros), la cafeína, y bisfenol A.

4.12.3. Infecciones Maternas

La preocupación central acerca de la lactancia materna en la presencia del VIH de la madre es el riesgo de que el niño se infecte. Los factores tales como la carga viral en la leche de la madre complican recomendaciones de lactancia para las madres VIH-positivas.

En las madres que son tratados con medicamentos antirretrovirales el riesgo de transmisión del VIH con la lactancia materna es de 1 a 2%. Por lo tanto, la lactancia materna todavía se recomienda en las zonas del mundo con la muerte por enfermedades infecciosas es común. La fórmula infantil debe Sólo debe darse si esto se puede hacer de manera segura.

La OMS recomienda que las autoridades nacionales de cada país decidir qué alimentación infantil la práctica debe ser promovido por sus servicios de salud materno-infantil a mejor evitar la transmisión del VIH de madre a hijo. Otros infección materna de preocupación incluyen la tuberculosis activa no tratada o T-linfotrópico humano virus.

4.12.4. Enfermedad Diarreica Aguda en el bebé

Esta enfermedad es relativamente frecuente en los niños menores de un años, las causas pueden ser infecciosas generalmente, bacterianas y virales; aunque también existen otras causas, como enfermedades inmunológicas pero se dan en pocos casos.

El principal problema de esta enfermedad es la deshidratación en el lactante, considerando que el tamaño de cuerpo y la composición de agua es baja y las pérdidas que se puedan generar con las evasiones, por pequeñas que se observen pueden generar efectos perjudiciales en el menor, la lactancia en esta situación se convierte en algo vital para el menor puesto que la leche materna aporta también líquidos que pueden suplir el faltante por las pérdidas.

Por ello es que no se debe suspender en ningún momento, y por el contrario la frecuencia debería de aumentar. Concomitantemente a esto se deben tomar otras medidas complementarias, como el tratamiento de la infección (en caso sean bacterianas) y la hidratación con sales de rehidratación oral o endovenosa en caso lo requiera.

4.13. EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial alrededor del 38% de los bebés son sólo amamantar durante los primeros seis meses de vida. En los Estados Unidos a partir de 2008, el 75% de las mujeres inició la lactancia materna, el 44% lactancia materna durante seis meses, y el 23% amamantar durante doce meses. En el Perú se

han encontrado resultados donde la lactancia materna exclusiva (primeros seis meses) se da en un 36.7 % en niños sanos^{22, 23}

4.14. ROL DE LA ENFERMERA EN LA LACTANCIA MATERNA

La enfermera al ser un agente en la salud que se encuentra directamente vinculado con la madre, desarrolla un rol importante a través de las siguientes funciones:

- **Asistencial:** Dentro de la función asistencial de la enfermera se encuentra el contacto directo con la madre, aquí ella puede presentar diversos problemas, desde la dificultad de la extracción de la leche por su hijo, hasta dudas y mitos sin fundamento; para ello se encuentra la enfermera, para que desde primera mano pueda asistir y ayudar a la madre en cuanto a los problemas que esta le pueda comentar, así mismo, en la función asistencial es importante la parte de informar a la madre y dar conocimientos adecuados para que no descuide la lactancia de su menor hijo, dentro de esta se encuentran los beneficios, el funcionamiento de la glándula mamaria, el cuidado de los pezones, la importancia del contacto precoz, las posiciones, los cambios, la extracción de leche, entre otras.
- **Docencia:** Los conocimientos recibidos, así como la enseñanza que nos deja la práctica, debe ser transmitida para mejorar nuestra labor asistencial, de ésta manera es nuestro deber motivar, facilitar y promover el aprendizaje de nuestra carrera profesional a las futuras enfermeras.
- **Administrativa:** Dentro de la función administrativa de la enfermera está la organización de centro de lactancia, como son los lactarios, así mismo la administración dentro del equipo que se encarga de promover la lactancia materna, por ejemplo si se tratara de una zona rural, ayudado de los agentes comunitarios en salud, su capacitación,

²² Centers for Disease Control and Prevention, (CDC) (8 February 2013). "Progress in increasing breastfeeding and reducing racial/ethnic differences - United States, 2000-2008 births.". MMWR. Morbidity and mortality weekly report 62 (5): 77-80

²³ Lavado C. Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Seis Meses y Factores Asociados en Niños Nacidos Sanos. Universidad Nacional Mayor de San Marcos

para que estos puedan suplir la función informativa de la enfermera en caso de que ésta no esté presente.

- **Investigativa:** La enfermera debe participar activamente en investigación en esta área puesto que es fundamental para los niños, ya que de esto depende su desarrollo posterior, así mismo, dicha investigación debe ser realizada a nivel local para tener conocimiento de la realidad cercana que los rodea, y mediante esto tomar acciones para mejorar la situación y/o mejorar puntos débiles que se encuentren.

4.15. NORMA TÉCNICA DE LA LACTANCIA MATERNA DEL MINISTERIO DE SALUD

Las normas de lactancia maternas se basan en el siguiente marco legal:

- Ley N° 27337 - Código de los Niños y Adolescentes
- Ley N° 27403 - Ley que precisa los alcances del permiso por lactancia materna
- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 007-2005-SA, que aprobó el Reglamento de Alimentación Infantil
- Resolución Ministerial N° 084-2005-MINSA, que aprobó la NT N° 024-2005-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Prevención de la Transmisión Vertical (Madre-Niño) del VIH"
- Plan de Acción del Ministerio de Salud de implementación de la Iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño 1993-1995.
- R.M. N° 240-2000-SA./DM.(02/08/00) "Declarar la cuarta semana de Agosto de cada año, como Semana de la Lactancia Materna en el Perú"
- R.M. N° 240-2000 S.A./D.M, " Declarar la cuarta Semana de agosto de cada año, como Semana de la Lactancia Materna en el Perú"
- Declaración de Innocenti, OMS/UNICEF 1990.

5. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- 5.1** LOAIZA VALDEIGLESIAS BETTY. Arequipa (2010) Relación entre factores socioculturales y nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puérperas del Hospital Regional Honorio delgado, Arequipa, enero - marzo 2010. Concluyo que el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva que posee las puérperas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – Arequipa, fue bueno en el 18,7 %; regular en el 46,0 % y malo en el 35,2 %; resultados que evidencian información inadecuada sobre lactancia materna exclusiva en las madres que tuvieron en su parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- 5.2** DELGADO MARRUFFO LIZETH .Chiclayo (2012) Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. HRDLM-Chiclayo, 2012. Concluyo que el nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva, representa 48.4% para nivel mediano, y 10.5% para nivel alto.
- 5.3** BERNALES ESPINOZA CINTHIA .Trujillo (2008) Factores biosocioculturales maternos y nivel de conocimiento sobre lactancia materna servicio de maternidad del hospital Belén de Trujillo 2008. Concluyo que los factores biosocioculturales que poseen las madres de dicho servicio, influyen directamente en el nivel de conocimientos sobre lactancia materna, siendo éste deficiente en este grupo etario.
- 5.4** MERE HERNANDEZ ROSA LUZ .Lima (1997) Conocimientos sobre lactancia materna que poseen las primigestas que acuden al control pre-natal del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolome. mayo-1997. Concluyo que solo el 41% de las encuestadas tienen conocimientos adecuados y el mayor porcentajes es decir el 59% poseen conocimientos inadecuados sobre lactancia materna.
- 5.5** MORÁN HERNÁNDEZ EDITH El Salvador (2010) Conocimientos en lactancia materna de las madres lactantes que asisten a control materno en la unidad de salud barrios, SIBASI centro del departamento de san salvador abril- septiembre 2010. Concluyo que las madres participantes como el personal de salud que brinda consejería en Lactancia Materna tienen conocimientos correctos a cerca del

concepto de Lactancia Materna exclusiva, conocen los beneficios de la Lactancia Materna para la madre y el bebe, como también la importancia del calostro.

6. HIPÓTESIS

El estudio por ser de nivel descriptivo no requiere de hipótesis.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1 TÉCNICA

Para la realización del presente estudio se utilizó como técnica la encuesta.

1.2 INSTRUMENTO

Se aplicará como instrumento el cuestionario, el cual fue elaborado para el presente estudio. Está estructurado de la siguiente manera:

- En la primera parte se indagó a cerca de las características generales de las personas encuestadas.
- En la segunda parte se evaluó el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva a través de 30 preguntas.

Para la evaluación del instrumento se utilizó un cuestionario de 30 preguntas, con un puntaje de 0 a 30:

De 0 a 10: Mal conocimiento

De 11 a 20: Regular Conocimiento

De 21 a 30: Buen conocimiento

1.3 VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Para la validación del instrumento se utilizó una prueba piloto con el 10% de los participantes. El método utilizado fue el Split Methods (método de mitades)

Se obtuvo un Alpha de Crombach de 0.649. Es importante considerar que el coeficiente de este valor se considera válido si es mayor de 0.6, por lo tanto el instrumento es válido.

A continuación se presentan las preguntas y los coeficientes de correlación parcial.

SPLIT METHODS (MÉTODO DE MITADES)

Nº DE PREGUNTA	COEFICIENTE CORRELACION PARCIAL
Pregunta 01	0.25
Pregunta 02	0.71
Pregunta 03	0.71
Pregunta 04	0.14
Pregunta 05	0.00
Pregunta 06	0.36
Pregunta 07	0.47
Pregunta 08	0.29
Pregunta 09	0.43
Pregunta 10	0.71
Pregunta 11	0.34
Pregunta 12	0.15
Pregunta 13	0.62
Pregunta 14	0.43
Pregunta 15	0.36
Pregunta 16	0.37
Pregunta 17	0.55
Pregunta 18	0.55
Pregunta 19	0.47
Pregunta 20	0.43
Pregunta 21	0.31
Pregunta 22	0.00
Pregunta 23	0.29
Pregunta 24	0.12
Pregunta 25	0.12
Pregunta 26	0.02
Pregunta 27	0.76
Pregunta 28	0.34
Pregunta 29	0.00
Pregunta 30	0.31

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 UBICACIÓN ESPACIAL

La investigación será realizada en el Puesto de Salud Rafael Belaunde, que tiene como límites geográficos:

- **Norte:** A.A.H.H. Mariano Melgar
- **Este:** Rafael Belaunde
- **Sur:** A.A.H.H. Santa Rosa
- **Oeste:** Deán Valdivia

2.2 UBICACIÓN TEMPORAL

El presente estudio se realizó en el año 2015 durante el mes de julio.

2.3 UNIDAD DE ESTUDIO

La población está constituida por todas las madres que acuden al consultorio de CRED del puesto de Salud Rafael Belaunde .Alto Cayma, cuyas edades fluctúan entre 20 y 35 años.

-UNIVERSO: Lo constituyen 120 madres que acuden al consultorio de CRED.

-MUESTRA: Lo constituyen 91 madres que acudieron al consultorio de CRED durante el mes de julio, el tamaño de muestra estimada fue con el cálculo de la fórmula para poblaciones finitas.

-CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Madres de niños menores de 1 año que acuden al consultorio de CRED durante el mes de julio, cuyas edades fluctúan entre 20 y 35 años y aceptaron participar en el estudio.

-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres que presenten incapacidades sensoriales que pudieran afectar el llenado del instrumento.
- Madres cuyas edades no se encuentren dentro del rango establecido (20-35 años)

Se realizó un muestreo aleatorio, se utilizó la fórmula de tamaño muestral para una población finita:

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$$

Figura 3. Fórmula de muestreo

Z =	nivel de confianza (correspondiente con tabla de valores de Z)
p =	Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado
q =	Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado = 1-p
	Nota: cuando no hay indicación de la población que posee o nó el atributo, se asume 50% para p y 50% para q
N =	Tamaño del universo (Se conoce puesto que es finito)
e =	Error de estimación máximo aceptado
n =	Tamaño de la muestra

Donde: Z: 1.96
p: 50%
q: 50%
N: 120
e: 5%

Tamaño muestral: 90,75

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se elaboró la encuesta para la recolección de datos, la misma pasó por una prueba piloto para su validación. Esta prueba piloto fue aplicada a un grupo de madres de similares características en comparación a las del estudio.
- Se solicitó el permiso al Puesto de Salud en estudio y se entregó la carta de presentación de la Facultad de Enfermería, para la realización del trabajo de investigación.

- Se procedió a la identificación de la población, considerando en muestreo seleccionado y se aplicaron los instrumentos a las unidades de estudio. El tiempo promedio para la aplicación del instrumento a cada madre fue de 10 minutos.
- Una vez concluida la encuesta se procedió a la entrega de un trifoliado informativo a cada una de las personas encuestadas a través del cual se les brindaba orientación a cerca de la Lactancia Materna Exclusiva.
- Con los resultados obtenidos se procedió a la elaboración de la matriz de datos y luego al análisis, interpretación y presentación de los mismos en tablas estadísticas.

RECURSOS HUMANOS:

La investigadora.

Asesora de tesis.

RECURSOS MATERIALES:

Autofinanciado.

RECURSOS INSTITUCIONALES:

Puesto de salud Rafael Belaunde, Alto Cayma.



CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

TABLA N° 1

CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ESTUDIADAS-EDAD

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Menos de 25 años</i>	44	48.3%
<i>De 25 a 30 años</i>	18	19.8%
<i>De 30 a 34 años</i>	29	31.9%
<i>Total</i>	91	100%

Fuente: Elaboración Propia

INTEPRETACIÓN: En la presente tabla se expone uno de los resultados de las características sociodemográficas de las madres estudiadas, la cual es la edad, en el grupo de estudio encontramos que cerca de la mitad tiene menos de 25 años, siendo estos el 48.3% del total; sugiriéndonos que son madres jóvenes es muchos de los casos, la edad mínima considerada fue 18 años, aunque la frecuencia de madres entre 30 a 34 fue del 31.9%, cercana a la tercera parte del total de la población por lo que vemos que la edad en las participantes del estudio no se ha centrado en un solo sector, es decir ni la mayoría es más joven o la minoría es de más edad; pese a que existe una mayor frecuencia en las menores de 25 años no concentra a más de la mitad de las madres; quizá sea importante considerar a la edad como un factor que pueda influir en los conocimientos de lactancia materna, esto por la “mayor experiencia” por edad que ellas poseen, aunque esto no es del todo absoluto.

TABLA N° 2

CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ESTUDIADAS - GRADO DE INSTRUCCIÓN

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Primaria</i>	5	5.5%
<i>Secundaria</i>	64	70.3%
<i>Superior</i>	22	24.2%
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Otra de las características que se evaluaron en las madres fue su nivel educativo, donde el 70.3% de ellas tiene al menos secundaria, seguidamente de los que tienen un nivel educativo superior, 24.2%, y finalmente, aunque no menos importante, se encuentran las que únicamente tienen primaria, 5.5%. Considerando que en el estudio se incluyen a madres que van desde los 18 años el nivel educativo llama la atención que exista, aunque bajo, una frecuencia de madres que tengan únicamente nivel educativo primario, obviamente esto va a repercutir en todas las actividades de enseñanza que le de la madre a su hijo, porque el hecho de sólo haber concluido primaria va a crear limitaciones y éstas se van a ver reflejadas en determinados conocimientos. En cuanto al nivel educativo secundario y superior aun es cuestionable, porque generalmente la educación secundaria se termina entre 16 y 18 años en nuestro país, así que únicamente queda como un dato referencial.

TABLA N° 3

CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ESTUDIADAS - OCUPACIÓN

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Ama de Casa</i>	49	53.8%
<i>Estudiante</i>	29	31.9%
<i>Comerciante</i>	8	8.8%
<i>Otros (administradora, nutricionista, psicóloga, profesora)</i>	5	5.5%
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: La siguiente característica evaluada fue la ocupación que desempeñan las madres, encontrándose que el 53.8% de ellas es ama de casa sin oficio independiente; esto nos da a indicar que puede estar relacionado con el nivel educativo, donde la mayoría tuvo el secundario, así mismo esta respuesta se puede ver influenciada también por la edad de su menor hijo, al menos en los que son menores de seis meses se debe dar lactancia materna exclusiva y en muchos casos esto priva a las madres que desempeñen otra actividad distinta a la crianza de sus hijos. 31.9% refirió ser estudiante, sugiriéndonos que dentro de este grupo pueden encontrarse las más jóvenes, sin embargo no se detalla si la misma está suspendida o continúa. 8.8% es vendedora o comerciante, 5.5% presenta otra profesión.

TABLA N° 4

CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ESTUDIADAS – SITUACIÓN CONYUGAL

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Casada</i>	11	12.1%
<i>Conviviente</i>	54	59.3%
<i>Soltera</i>	26	28.6%
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTEPRETACIÓN: Más de la mitad de las madres que participaron en el presente estudio refirieron que tenían un estado civil de convivencia, siendo estas el 59.3%, las que reportaron que fueron casados formaron el 12.1%; el estado de vivir junto a la pareja, ya sea en cualquiera de los estados mencionados hacen el 71.4% del total; lo que nos indica que gran parte de este grupo poblacional evaluado vive al menos en el núcleo familiar (padre, madre, hijo); una variante de esto puede ser que las parejas se vean acompañadas de demás miembros familiares, como la familia del o la conyugue. El 28.6% reportaron que su estado civil era el de solteras, es de suponer que en este estado también podrían encontrarse a las divorciadas o separadas, aunque esto no se puede corroborar con el presente estudio; llama la atención que esta frecuencia, aunque es mucho menor que la otra, existan madres que no presentan apoyo de la pareja para la crianza de su menor hijo o hija.

TABLA N° 5

CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ESTUDIADAS - INFORMACIÓN PREVIA

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Si</i>	31	34.1%
<i>No</i>	60	65.9%
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Uno de los cuestionamientos que se hizo a las madres antes de comenzar con la serie de preguntas relacionadas al conocimiento sobre la lactancia materna fue si es que ellas habían recibido información previa en cuanto al tema. Se encontró que 65.9% no había recibido información al respecto; esto llama la atención pues una de las prioridades del Ministerio de Salud son las madres con hijos menores al año, existen estrategias implantadas en leyes donde se debe promover y educar en lo que respecta a la lactancia materna, siendo obligatorio que esta instrucción se dé a todas puérperas así como a las madres que llevan a sus hijos a vacunarlos (por lo general menores de 1 año); y al haber encontrado que menos de la mitad, 34.1% si tuvo información previa, nos damos cuenta que algo está fallando en el mensaje, no es tema de esta tesis identificar los factores relacionados a este problema, pero si se sugiere que se realice en futuros estudios.

TABLA N° 6

CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ESTUDIADAS – ACCESO A MEDIOS DE
COMUNICACIÓN

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Internet</i>	37	40.7%
<i>Radio</i>	6	6.6%
<i>Televisión</i>	48	52.7%
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Los medios de comunicación que más frecuentemente usan las madres es la televisión, más de ellas refiere el uso de este medio (52.7%), seguido de esto está el uso del internet (40.7%) y finalmente, en una frecuencia muy baja. (6.6%) se encontraban las que escuchaban la radio. La baja de costos y el aumento del poder adquisitivo de las personas ha hecho que durante los últimos lustros la obtención de televisores se vea incrementada notablemente, incluso ahora viene siendo desplazada por el uso de la computadora y el internet, es por ello que puede verse que las frecuencias más altas de los medios de comunicación usados se encuentre entre estos dos, la radio pese a haber sido desplazada por los mencionados aún sigue siendo considerado un medio de comunicación muy importante por gran adaptabilidad a situaciones extremas.

TABLA N° 7

CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES ESTUDIADAS - PARIEDAD

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Primípara</i>	54	59.3%
<i>Múltipara</i>	37	40.7%
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Los presentes resultados nos muestran el número de hijos que tuvieron las madres, se categorizó en dos grupos: Las madres primíparas fueron el 59.3% y las múltiparas 40.7% de las encuestadas. El haber encontrado que más de la mitad de las madres únicamente tengan un hijo nos demuestra la tendencia que sigue la pirámide poblacional a nivel mundial donde en tiempos actuales la tenencia de hijos se ha reducido considerablemente en comparación de decenios anteriores. La reducción de hijos también ha llevado consigo que se le preste mayor importancia e interés al momento de su crianza, favoreciendo esto a su posterior desarrollo e inclusión en la sociedad. La reducción en el número de hijos también va ligada a las estrategias de planificación familiar.

NIVEL DE CONOCIMIENTO

TABLA N° 8

ENTENDIMIENTO MATERNO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Dar al bebe solo leche materna</i>	64	70.3
<i>Dar al bebe leche materna más "agüitas"</i>	6	6.6
<i>Dar al bebe leche materna más leche de tarro</i>	21	23.1
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: A cerca del entendimiento materno acerca de la lactancia materna exclusiva, esto quiere decir su interpretación sencilla en cuanto a lo que constaba, la mayoría respondió correctamente, 70.3%, donde se refería que el concepto únicamente se refería a que se debe dar de beber solo leche materna. El resto tiene un concepto erróneo de la definición de la lactancia materna exclusiva, dentro de ellos 23.1% refiere que a la leche materna se le debe agregar leche de tarro y 6.6% refiere que a la leche materna se le deba agregar otro tipo de líquidos, Esto nos puede sugerir que el concepto erróneo puede deberse a múltiples factores, dentro de ellos la publicidad que basados en su abierta interpretación recomiendan leche artificial o de tarro en esta etapa cuando únicamente lo recomendado es la lactancia materna exclusiva.

TABLA N° 9

CONTENIDO DE LA LECHE MATERNA LOS PRIMEROS DÍAS POST PARTO

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Blanca</i>	17	18.7
<i>Amarilla espesa</i>	34	37.4
<i>Amarilla aguada</i>	40	43.9
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: La leche secretada por la madre durante los primeros días post parto se le denomina “Calostro”, en la presente tabla se muestran los resultados respecto a la pregunta del conocimiento del contenido de esta leche de los primeros días. La mayoría de las madres respondieron que era un líquido amarillento aguado, 43.9%, siendo ésta respuesta errónea. Los que respondieron adecuadamente fueron 37.4% del total, que dijeron que era amarilla espesa. Es probable que las madres no noten o no le presten la debida importancia a la leche de sus primeros días y por ello no hayan respondido adecuadamente. Sin embargo la diferencia de las respuestas de la mayoría fue entre el nivel de espesura, de todas formas en ambos cosas consideraron que era de color amarillo. 18.7% refiere que es blanca, alejándose ésta respuesta de las otras dos. La elevada tasa de falla en esta pregunta podría ser explicada por la conmoción de los primeros días del parto donde la madre enfoca su atención en su recuperación y en su hijo recién nacido que podría pasar por alto las características del calostro.

TABLA N° 10

CONTENIDO DE LA LECHE MATERNA

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales, agua</i>	91	100
<i>Grasas, proteínas y agua</i>	0	0
<i>Agua, vitaminas y minerales</i>	0	0
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Otra de las preguntas fue referida al conocimiento del contenido de la leche materna donde la totalidad de las madres respondieron correctamente: “Proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua”. Vemos que las madres tienen al menos una idea global de la composición de la leche materna y esta idea se basa en varios elementos complejos que van a ayudar al crecimiento y desarrollo de los niños. Es llamativo encontrar que la totalidad de las madres participantes en el estudio hayan podido identificar el contenido de la leche materna. Es probable que este conocimiento se diera por información previa pero no directamente de la leche materna, sino de otro tipo de leche, existen diferentes medios publicitarios donde anuncian los compuestos de la leche artificial o leche de vaca; así que sería un modo de explicar porque las madres tienen tal información y omiten otras de menor complejidad pero de mayor relevancia.

TABLA N° 11

BENEFICIOS DEL NIÑO CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Tiene mala digestión</i>	0	0
<i>No presenta cólico de gases o dolor abdominal</i>	84	92.3
<i>Presenta diarreas continuas</i>	7	7.7
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Otra de las preguntas dentro del cuestionario sobre el conocimiento de Lactancia materna se dirigió a las consecuencias en el niño que consume únicamente éste tipo de leche, el 92.3% respondió correctamente: “no presenta cólico de gases o dolor abdominal”, es un dato positivo el saber que la gran mayoría de las madres conoce que la lactancia materna ayuda en lo mencionado a sus hijos. Sin embargo, 7.7% refiere que su hijo al tomar lactancia materna exclusiva presenta diarreas continuas; esto podría deberse a que durante los primeros meses, la adaptación del sistema digestivo del menor puede provocar ciertas deposiciones líquidas, o incluso presentar algunas de éstas por virus; pero ello no necesariamente se interpreta que el consumo exclusivo de leche materna puede ser el causante de las diarreas. En los casos donde las madres tengan ésta malinterpretación se debe educar y dar la verdadera información.

TABLA N° 12

BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA A LA MADRE Y AL NIÑO

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Mantenerlos independientes</i>	12	13.2
<i>Fortalecer el vínculo madre e hijo</i>	79	86.8
<i>No los favorece</i>	0	0
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Otra de las preguntas que se analizó en el presente trabajo de investigación, fue la relacionada a los beneficios de la lactancia materna en el niño y en la madre. La mayoría respondió correctamente, este 86.8% dijo que la lactancia materna fortalece el vínculo madre e hijo, siendo ésta una de las características principales que nos da la Organización Mundial de la Salud acerca de la Lactancia Materna. 13.2% respondió equivocadamente que la lactancia materna los mantiene independientes. El concepto de la creación del vínculo debido a la lactancia materna es el menos difundido de los tres (Los otros dos corresponden a la nutrición y al aumento de defensas), pero este es el más fuerte ya que los lazos de amor entre madre e hijo se consolidan mediante la lactancia materna. Actualmente la lactancia materna exclusiva es una práctica que se ha ido disminuyendo debido al aumento de la actividad laboral de la madre, entonces, esto nos implicaría también que dicho vínculo irá disminuyendo, esto podrá verse a futuro.

TABLA N° 13

EFFECTOS EN EL NIÑO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Tiene probabilidades de enfermarse</i>	28	30.8
<i>Se enferma menos</i>	63	69.2
<i>Puede presentar desnutrición</i>	0	0
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Una de las preguntas en el cuestionario sobre Conocimientos de Lactancia Materna era saber cuáles eran los efectos en el niño sobre la lactancia materna exclusiva, 69.2% respondió correctamente: “se enferma menos”, esto explicado por las inmunoglobulinas que se generan y que se transmiten por la leche materna. 30.8% refiere que tiene probabilidades de enfermarse, es de suponer que las madres entendieron con un significado similar a la segunda pregunta. Ninguna de las madres encuestadas cometió el error de responder que el consumo únicamente de este tipo de leche puede llevar a la desnutrición durante los seis primeros meses. Pese a que en el presente caso nadie respondió de esta última manera existen casos donde se malinterpreta el sentido de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses considerando que se deben agregar otros alimentos, perjudicando al lactante, predisponiéndolo a diferentes alergias y problemas digestivo.

TABLA N° 14

PARTE DEL SENO QUE EL NIÑO DEBE COGER AL MOMENTO DE LA
LACTANCIA

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>El pezón</i>	77	84.6
<i>La areola</i>	0	0
<i>El pezón y la areola</i>	14	15.4
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: Una de las preguntas que contenía el cuestionario sobre Lactancia Materna fue la relacionada a las técnicas, específicamente, se preguntaba en que parte del seno el niño debe coger al momento de la lactancia, teniéndose como respuesta mayoritaria el pezón, 84.6% de la población respondió ésta; el resto respondió la areola más el pezón 15.4; sugiriéndonos que la gran mayoría de madres desconoce como el niño debe coger la parte del seno, puesto que correctamente debería coger el pezón y la areola, todo englobado en la boca del lactante, quizá este podría ser uno de los motivos fundamentales por los que los niños no llegan a lactar de modo completo, trayendo consigo consecuencias en la nutrición del infante, y así mismo, la falta de estimulación de la glándula mamaria, provocando la falta de producción de leche materna, es por ello que se debe poner en práctica la consejería de la lactancia, porque el programa ya se encuentra implementado.

TABLA N° 15

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Bueno</i>	26	28.5%
<i>Regular</i>	39	43.0%
<i>Malo</i>	26	28.5%
Total	91	100.0%

Fuente: Elaboración Propia

INTERPRETACIÓN: La encuesta aplicada para la medición del nivel de conocimientos constó de 30 preguntas, al final teniéndose como resultados si es que el conocimiento fue: bueno, regular o malo. En la presente tesis encontramos que la frecuencia más elevada tenían un conocimiento regular, 43%. Seguida con igual con una igual frecuencia entre los que tenían un conocimiento bueno y malo, 28.5%, el hecho que apenas la tercera parte de las madres tenga un buen conocimiento nos sugiere que es necesario implementar medidas que ayuden que esto se incremente; estos valores pueden estar en concordancia con los resultados anteriores donde nos mostraron que sólo la tercera parte recibió información previa. El conocimiento de este tema en las madres se ha convertido en un reto para el personal encargado.

CONCLUSIÓN

La mayoría de las madres investigadas de 20 a 35 años de edad del Puesto de Salud Rafael Belaunde, tienen un nivel de conocimiento de regular a bueno sobre lactancia materna exclusiva, seguido por un mínimo porcentaje de las madres que poseen un mal conocimiento.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al equipo de enfermería del Puesto de Salud Rafael Belaunde, que continúe educando a las madres sobre el tema de lactancia materna exclusiva dentro de sus actividades de educación sanitaria, ya que es una de las actividades más importantes durante los primeros meses de vida de un niño.

Debido a que se encontró que en la técnica de la lactancia materna no se tiene un conocimiento adecuado en la posición de la boca del bebe en el seno materno, se recomienda que se haga énfasis en la técnica de lactancia materna preparando charlas interactivas y personales, donde quede fijado la práctica de la técnica

SEGUNDO: A la decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, para que incentive al alumnado a seguir participando en la realización de estudios de investigación sobre la importancia y técnica de la lactancia materna exclusiva y poder así mismo impartir conocimientos de éste tema a la población en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES 2013). Perú. Lima 2013
2. R. A. LAWRENCE Y R. M. LAWRENCE. «Lactancia Materna en La Medicina Moderna,» de Lactancia Materna: Una guía para la Profesión Médica, Madrid, Elsevier, 2007
3. R. A. LAWRENCE BARRIUSO L, DE MIGUEL M, SÁNCHEZ M. Lactancia materna: factor de salud. Recuerdo histórico. Rev Anales Sis San. 2007
4. PINILLA E, DOMÍNGUEZ CC, GARCÍA A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. Rev Enferm Glob 2014
5. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Perú: UNICEF. 2012
6. VERAMENDI-ESPINOZA LE, ZAFRA-TANAKA JH, UGAZ-SOTO LM, VILLASANTIAGO NM, TORRES-BRAVO LA, PINTO-ARICA AA. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa. CIMEL 2012
7. TORRESANI MARIA E. Cuidado nutricional pediátrico. “Lactancia materna”. Buenos Aires. Editorial: Eudeba. 2006
8. ASOCIACIÓN DE SOPORTE A LA LACTANCIA MATERNA. Beneficios de la lactancia materna. España: SINA. 2012
9. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA. Lactancia materna: guía para profesionales. Madrid. 2004
10. RUIZ MD, POUYMIRÓ Y, DUMAS YA. Lactancia materna exclusiva a menores de seis meses pertenecientes al Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba. MEDISAN 2014
11. MATIAS SL, NOMMSEN-RIVERS LA, DEWEY KG. Determinants of exclusive breastfeeding in a cohort of primiparous periurban Peruvian mothers. J Hum Lact. 2012.
12. RAMBLA GC. Lactancia materna. España: Posturas y posiciones para amamantar. 2008
13. DIMOFF ML. Lactancia materna. España: Posiciones para amamantar. 2012

14. BUNGE MD. Teoría del Conocimiento. España: Origen del conocimiento. 2011
15. OLIVER RA. Factores relacionados al abandono de la lactancia materna. España: Factores asociados durante los seis primeros meses. 2012
16. SELDEN PG. Educación para la Salud. EEUU: Una receta para poner fin a la confusión. 2010
17. CABALLERO OV. Factores contribuyentes al abandono de la lactancia materna exclusiva en un área de salud del policlínico Josué País García. Santiago de Cuba 2013. Cuba: MEDISAN; 2013.
18. BORRE YM, CORTINA C, GONZÁLEZ G. Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente? Rev Cuid. 2014
19. GAMARRA R, PORROA M, QUINTANA M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. An Fac med. 2010
20. AZNAR FE, SALAZAR SC, DELGADO X, CANI T, CLUET RI. Evaluación del conocimiento de las madres sobre Lactancia Materna: Estudio Multicéntrico en las áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo. Arch Venez Puer Ped . 2009
21. SOLÓRZANO A, BELTRÁN H, BARRIENTOS C, GÓNZALES P. Actitudes y Nivel de Conocimiento de las Madres de los Recién Nacidos del Servicio de Neonatología sobre Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima (Perú), 2009. Revista Científica de Ciencias de la Salud 2009
22. ELSY M, JOECE B, LESLY A, LIZ C, ELSA C, EMILY D, ALEXANDER F, NÉLIDA Q, PAMELA S, YERALDINE T, VANESSA V. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva, en madres lactantes con niños menores de un año, INMP-2011. An Fac med. 2012
23. GERÓNIMO CR., MAGAÑA MC, ZETINA HE., HERRERA CY. Contreras PJ. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. Salud en Tabasco 2014
24. ESTRADA J, AMARGÓS J, REYES B, GUEVARA A. Intervención educativa sobre lactancia materna. Rev AMC. 2010
25. CARVAJAL P, ALPÍZAR B, MOREIRA T. Intervención educativa aplicada a madres adolescentes para prolongar la lactancia materna hasta el primer año. Rev MediCiego 2011
26. KLEIN, P. D. (1971). A proposed definition of propositional knowledge. The Journal of Philosophy, 68(16), 471-482.
27. ELLIS, R. (2004). The definition and measurement of L2 explicit knowledge. *Language learning*, 54(2), 227-275.

28. NONAKA, I., & TOYAMA, R. (2003). The knowledge-creating theory revisited: knowledge creation as a synthesizing process. *Knowledge management research & practice*, 1(1), 2-10.
29. DE JONG, T., & FERGUSON-HESSLER, M. G. (1996). Types and qualities of knowledge. *Educational psychologist*, 31(2), 105-113..
30. CORDERO, M. J. A., & CORDERO, M. J. A. (2005). *Lactancia materna*. Elsevier España.
31. PARRA, S. G., HERNÁNDEZ, Á. M., & CRAVIOTO, A. (2002). Inmunoprotección por leche humana. *Revista Mexicana de Pediatría*, 69(3), 111-119.



INFOGRAFÍA

- 1- Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna, Perú: OMS; 2014.
Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- 2- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia Materna, Perú: UNICEF; 2012. Disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- 3- Ministerio de salud. Lactancia Materna. Perú: MINSa; 2011. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/enf_frecuentes/lactancia.htm
- 4- Enlace hispano americano de salud. curso de lactancia materna. Perú: EHAS. 2010. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/lactancia%20materna/Clase%20301%20-%202010.htm>
- 5- Lactancia. Beneficios para la madre. Brasil: NATALBEN. 2008. Disponible en:
http://www.natalbenlactancia.com/beneficios_madre
- 6- Delgado M, Nombera P. Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva HRDLM-Chiclayo, 2012. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/157>
- 7- Organización Panamericana de la Salud. Perú: OPS; 2011. Disponible en:
http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=402&Itemid=1.
- 8- IV Congreso Internacional de Lactancia Materna. México: AEP; 2013. Disponible en: http://www.elmundo.com/movil/noticia_detalle.php?idx=206257&

9- Norma técnica de lactancia materna. Disponible en:

http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_10_dvmpv.pdf

10- reglamento de alimentación infantil decreto supremo N°009-2006-SA .Disponible en:

http://www.unicef.org/peru/spanish/UNICEF-MINSA_-_RAI_y_Lactarios_WEB_%28producto_final%29.pdf



ANEXOS

1. INSTRUMENTO
2. CONSENTIMIENTO INFORMADO
3. TABLA DE RESPUESTAS SOBRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN
4. TABLA DE RESPUESTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
5. DATOS OBTENIDOS DE LA RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN (DE UTILIDAD PARA FUTURAS INVESTIGACIONES)
6. CONSTANCIA DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO
7. INFORME DE TURNITIN

ANEXO 1

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

FORMULARIO DE PREGUNTAS

A continuación le presentamos una serie de preguntas relacionadas a la lactancia materna exclusiva.

Le solicitamos su sinceridad a fin de poder contar con información confiable

DATOS PERSONALES

Edad..... Procedencia.....

Estado civil..... Ocupación.....

Grado de instrucción..... Número de hijos.....

Edad de su niño.....

Acceso algún medio de comunicación: radio () televisión () periódico () internet ()

Recibió información previa sobre lactancia materna Si () No ()

A CONTINUACIÓN MARQUE SOLO UNA RESPUESTA:

1-¿Qué entiende por lactancia materna exclusiva?

- a) Es dar a su bebé sólo leche materna
- b) Es dar a su bebé leche materna más agüitas
- c) Es dar a su bebé leche materna más leche de tarro

2-¿Hasta qué edad debe recibir lactancia materna exclusiva su niño?

- a) Hasta los 6 meses
- b) Hasta el año
- c) No sabe

3- ¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna su bebé?

- a) A las 24 horas de nacido
- b) Inmediatamente después del parto
- c) Cuando el bebe llora de hambre por primera vez

4-Los primeros días después del parto la leche materna es:

- a) Blanca
- b) Amarilla espesa
- c) Amarilla aguada

5-¿Qué contiene la leche materna?

- a) Proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua.
- b) Grasas, proteínas y agua
- c) Solo agua, vitaminas y minerales

6-¿Qué sucede cuando el niño recibe exclusivamente leche materna durante los primeros 6 meses?

- a) Tiene probabilidades de enfermarse
- b) Se enferma menos
- c) Puede presentar desnutrición

7- ¿Qué sucede con el sistema digestivo del niño que se alimenta solo con leche materna?

- a) Tiene mala digestión
- b) No presenta cólico de gases o dolor abdominal
- c) Presenta diarreas continuas

8-¿Por qué la leche materna es el mejor alimento para el niño?

- a) Contiene bastante lactosa
- b) Cubre todo lo que necesita para su crecimiento en los primeros seis meses
- c) Es económica

9-¿Con qué se debe acompañar la leche materna durante los primeros meses?

- a) Agua
- b) Té y mates
- c) Sola

10-¿Cómo se llama la primera leche materna después del parto?

- a) leche madura
- b) calostro
- c) lactosa

11-¿Cuánto tiempo debe lactar su niño en cada mama?

- a) 5-10 min
- b) 10-15min
- c) 30min

12-Si da de lactar lo antes posible, ¿Qué sucede con el sangrado luego del parto?

- a) Aumenta el sangrado luego del parto
- b) Disminuye el sangrado luego del parto
- c) El sangrado es constante

13- Si la madre está desnutrida:

- a) La leche materna sigue siendo la misma
- b) Produce igual cantidad y calidad de leche para darle al niño
- c) No produce igual cantidad y calidad de leche para darle al niño

14- Si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea:

- a) Le suspende la lactancia materna
- b) Le da lactancia materna más suero oral
- c) Le daría pecho con mayor frecuencia.

- 15- ¿En qué favorece a la madre, dar de lactar?
- A la prevención de cáncer de mama y cuello uterino
 - Solo favorece al niño
 - No favorece a la madre
- 16-¿En qué favorece la lactancia materna a la madre y al niño?
- Mantenerlos independientes
 - Fortalecer el vínculo madre e hijo
 - No los favorece
- 17-¿Qué parte del seno debe coger su niño al momento de la lactancia?
- El pezón
 - La areola
 - El pezón y la areola
- 18-Si usted trabajara o estuviera fuera de casa ¿Cómo debe de alimentar al bebé?
- Tendría que darle leche artificial.
 - Le daría leche materna mientras esté con él bebe y leche artificial cuando se separe de él.
 - Tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.
- 19-¿Cuál cree usted que es la principal complicación para la madre que no amamanta a su niño?
- No hay complicación
 - Mastitis
 - Retraso del periodo menstrual
- 20- ¿Qué sucede cuando el niño succiona, sin que la madre tenga leche:
- No se logra producir leche
 - Estimula al aumento de la producción de leche
 - La leche sale cortada
- 21- La madre ¿siempre produce la leche en cantidad y calidad suficiente?
- No, depende del tamaño de los senos
 - No, porque depende de la alimentación de la madre
 - Siempre
- 22-¿Cómo se debe almacenar la leche materna extraída?
- En recipientes de vidrio previamente hervidos con tapa en la refrigeradora o en lugar fresco.
 - En botellas de plástico
 - En una jarra fuera del refrigerador

23-¿Cuánto tiempo dura la leche materna guardada a temperatura ambiente?

- a) 2 -4 horas
- b) 8 -12 horas
- c) 24 horas

24-¿Cada qué tiempo debe de dar de mamar a su bebe?

- a) Cada 3 horas
- b) Cada 4 horas
- c) Cada 2 horas o a libre demanda

25-¿Cómo se coloca la mano en la mama cuando se da de lactar?

- a) Con la mano en forma de tijera
- b) Con la mano en forma de" C"
- c) No se debe coger el seno

26-¿Cómo se debe calentar la leche extraída?

- a) En el horno microondas
- b) A fuego directo en la cocina
- c) En un recipiente con agua caliente (baño maría)

27-Para retirar al bebe del pecho, cuando termine de lactar se debe:

- a) Retirarlo rápidamente y con firmeza
- b) Esperar que se duerma
- c) Introducir un dedo en la boca del bebe para que suelte la mama

28-Ante dolor y herida en los pezones hay que:

- a) Usar cremas cicatrizantes y lavarse los pezones antes y después de dar de lactar
- b) Después de dar de lactar, sacar unas gotas de leche y ponerlas sobre las heridas
- c) Dejar de dar pecho hasta que se curen las heridas

29-¿Qué tipo de alimentos debe incluir en su dieta la madre que da de lactar?

- a) carnes y frutos secos
- b) cereales, legumbres con frutas o verduras y carnes
- c) c)leche, avena y cereales

30-¿Por qué debe alimentarse al niño solo con leche materna durante los 6 primeros meses?

- a) Porque es una norma
- b) Porque el estómago del niño aún no está preparado para otro tipo de alimentación
- c) Porque aún no tiene dientes

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado para participantes de la investigación "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE AREQUIPA,2015"

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de lo de ésta investigación.

Agradecemos desde ya su participación.

Nombre de la participante

Firma de la participante

|

ANEXO 3

Nro.	edad	estado civil	grado de instrucción	edad de su niño	procedencia	ocupación	hijos	medio de comunicación	información previa
1	20	conviviente	secundaria	9meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no
2	30	conviviente	secundaria	19días	cuzco	ama de casa	3	tv	si
3	26	soltera	secundaria	1año	arequipa	estudiante	1	tv	no
4	30	casada	secundaria	11meses	majes	ama de casa	2	tv	no
5	24	conviviente	superior	5meses	arequipa	estudiante	1	internet	si
6	28	conviviente	secundaria	29días	cuzco	ama de casa	3	tv	si
7	34	conviviente	secundaria	1año	cuzco	ama de casa	3	tv	no
8	21	conviviente	secundaria	9meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no
9	31	conviviente	primaria	2meses	arequipa	ama de casa	5	tv	no
10	30	casada	secundaria	11meses	puno	ama de casa	2	tv	no
11	30	conviviente	secundaria	1mes	puno	ama de casa	3	tv	si
12	24	casada	secundaria	1año	piura	ama de casa	2	internet	no
13	20	conviviente	secundaria	9meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no
14	27	conviviente	superior	5meses	arequipa	ama de casa	1	internet	si
15	23	soltera	secundaria	11meses	arequipa	estudiante	1	internet	si
16	34	conviviente	secundaria	10meses	cuzco	ama de casa	3	tv	no
17	24	conviviente	secundaria	9meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no
18	21	conviviente	secundaria	1año	cuzco	ama de casa	1	radio	si
19	29	conviviente	secundaria	7días	cuzco	ama de casa	3	tv	si
20	24	conviviente	superior	5meses	arequipa	estudiante	1	tv	si
21	22	conviviente	secundaria	9meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no
22	23	conviviente	secundaria	11meses	cuzco	estudiante	1	internet	no
23	30	conviviente	secundaria	10meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no
24	27	soltera	superior	4meses	arequipa	secretaria	1	internet	si
25	24	casada	secundaria	10meses	tacna	ama de casa	2	internet	no
26	24	soltera	secundaria	6meses	arequipa	estudiante	2	tv	si
27	34	conviviente	primaria	10meses	puno	ama de casa	4	tv	no
28	25	conviviente	secundaria	9meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no
29	20	conviviente	secundaria	3meses	cuzco	ama de casa	1	radio	si
30	31	conviviente	primaria	2meses	puno	ama de casa	5	tv	no
31	23	conviviente	secundaria	10meses	puno	estudiante	1	internet	no
32	25	soltera	superior	1mes	arequipa	vendedora	1	internet	si
33	30	casada	secundaria	7meses	puno	ama de casa	2	tv	no
34	24	conviviente	secundaria	1mes	tacna	ama de casa	2	internet	no
35	32	conviviente	secundaria	15días	puno	ama de casa	3	tv	si
36	22	soltera	secundaria	2meses	puno	estudiante	1	internet	no
37	24	soltera	secundaria	10meses	arequipa	ama de casa	1	internet	no
38	29	conviviente	secundaria	9meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no
39	34	conviviente	primaria	1año	puno	ambulante	5	radio	no

40	31	conviviente	secundaria	5meses	puno	ama de casa	3	tv	no
41	22	soltera	secundaria	6meses	arequipa	estudiante	1	tv	si
42	25	soltera	superior	2meses	cuzco	estudiante	1	internet	no
43	24	conviviente	secundaria	9meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no
44	20	soltera	secundaria	1mes	cuzco	ama de casa	1	tv	si
45	20	soltera	secundaria	1mes	arequipa	vendedora	1	internet	no
46	24	conviviente	superior	4meses	arequipa	estudiante	1	tv	si
47	30	conviviente	secundaria	2meses	cuzco	ama de casa	2	tv	si
48	22	soltera	secundaria	15dias	arequipa	estudiante	1	internet	si
49	28	conviviente	secundaria	1mes	puno	estudiante	1	tv	no
50	21	conviviente	secundaria	9meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no
51	28	soltera	secundaria	1año	arequipa	comerciante	1	internet	no
52	31	soltera	superior	5meses	arequipa	secretaria	2	internet	no
53	34	conviviente	primaria	10meses	puno	ama de casa	2	tv	no
54	30	conviviente	secundaria	6meses	arequipa	ama de casa	3	internet	si
55	22	soltera	secundaria	4meses	cuzco	estudiante	1	tv	no
56	21	conviviente	secundaria	9meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no
57	31	conviviente	superior	5meses	puno	comerciante	2	internet	no
58	24	soltera	secundaria	10meses	puno	ama de casa	1	internet	no
59	29	casada	secundaria	1año	puno	ama de casa	2	tv	no
60	24	conviviente	superior	6meses	arequipa	estudiante	1	internet	no
61	22	soltera	secundaria	4meses	arequipa	estudiante	1	internet	si
62	23	soltera	secundaria	9meses	puno	estudiante	1	tv	no
63	21	conviviente	superior	4meses	arequipa	estudiante	1	tv	si
64	20	soltera	secundaria	6meses	arequipa	estudiante	1	internet	no
65	30	conviviente	secundaria	4meses	arequipa	ama de casa	3	internet	si
66	22	soltera	superior	6meses	arequipa	estudiante	1	internet	no
67	24	conviviente	superior	4meses	arequipa	estudiante	1	tv	si
68	33	conviviente	secundaria	10meses	puno	ama de casa	2	tv	no
69	30	casada	secundaria	11meses	tacna	ama de casa	2	tv	no
70	23	soltera	secundaria	5meses	puno	estudiante	1	tv	no
71	29	conviviente	secundaria	5meses	puno	ama de casa	2	internet	no
72	26	conviviente	secundaria	9meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no
73	23	conviviente	superior	3meses	puno	estudiante	1	internet	no
74	29	conviviente	secundaria	7meses	puno	ambulante	3	radio	no
75	27	conviviente	superior	3meses	arequipa	contadora	1	internet	no
76	20	soltera	secundaria	15dias	arequipa	estudiante	1	internet	si
77	34	conviviente	superior	4meses	arequipa	nutricionista	2	internet	si
78	29	conviviente	superior	4meses	arequipa	administradora	1	internet	no
79	30	casada	superior	2meses	arequipa	ama de casa	2	internet	si
80	23	soltera	secundaria	5meses	puno	estudiante	1	tv	no
81	21	conviviente	superior	1mes	arequipa	estudiante	1	tv	si
82	33	conviviente	secundaria	7meses	puno	ama de casa	3	radio	no
83	24	soltera	secundaria	6meses	puno	estudiante	1	internet	no
84	22	conviviente	secundaria	9meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no

85	30	conviviente	superior	11meses	arequipa	profesora	2	internet	si
86	26	soltera	secundaria	10meses	arequipa	estudiante	2	internet	no
87	30	casada	superior	5meses	arequipa	psicóloga	2	internet	si
88	30	casada	secundaria	2meses	lima	ama de casa	2	tv	no
89	24	soltera	secundaria	15dias	puno	estudiante	1	radio	no
90	30	casada	superior	15 dias	arequipa	ama de casa	1	internet	si
91	24	conviviente	secundaria	5meses	arequipa	ama de casa	1	tv	no



ANEXO 4

Nro.	pregunta 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	a	a	c	c	a	b	b	b	b	a	b	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
2	a	a	b	c	a	b	b	b	c	a	b	b	c	c	a	b	a	c	b	b	b	a	a	c	b	c	a	a	c	b
3	a	a	c	b	a	b	b	b	b	b	b	b	c	b	a	b	c	c	b	c	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
4	b	b	c	a	a	b	b	b	a	a	a	b	c	b	b	b	a	b	b	c	a	a	b	c	a	c	b	c	b	b
5	a	a	b	b	a	b	b	b	c	b	b	a	c	c	a	b	a	b	b	b	b	a	b	c	a	c	c	c	b	b
6	a	a	b	c	a	b	b	b	c	a	b	b	c	c	a	b	a	c	b	b	b	a	a	c	b	c	a	a	c	b
7	a	a	c	b	a	c	b	a	b	a	a	b	a	b	b	a	a	b	c	b	a	c	c	a	c	b	a	b	b	
8	a	a	c	c	a	b	b	b	b	a	b	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
9	a	a	b	b	a	b	b	c	c	b	b	b	c	c	b	a	a	a	b	c	b	a	a	c	a	a	b	c	b	b
10	b	b	c	a	a	b	b	b	a	a	a	b	c	b	b	b	a	b	b	c	a	a	b	c	a	c	b	c	b	b
11	a	a	b	c	a	b	b	b	c	a	b	b	c	c	a	b	a	c	b	b	b	a	a	c	b	c	a	a	c	b
12	c	a	b	b	a	b	b	b	b	a	a	b	c	b	a	b	a	b	b	b	c	a	a	c	b	c	c	a	b	c
13	a	a	c	c	a	b	b	b	b	a	b	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
14	a	a	b	a	a	b	b	b	c	b	b	a	c	c	b	b	c	c	b	b	b	a	b	a	c	c	c	b	b	b
15	a	a	c	b	a	b	b	b	b	b	b	b	c	b	a	b	c	c	b	c	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
16	a	a	c	b	a	c	b	a	b	a	a	b	a	b	b	b	a	a	b	c	b	a	c	c	a	c	b	a	b	b
17	a	a	c	c	a	b	b	b	b	a	b	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
18	a	b	c	a	a	b	c	b	b	c	a	a	b	b	a	a	a	b	c	b	a	a	c	b	b	c	b	a	b	b
19	a	a	b	c	a	b	b	b	c	a	b	b	c	c	a	b	a	c	b	b	b	a	a	c	b	c	a	a	c	b
20	a	a	b	b	a	b	b	b	c	b	b	a	c	c	a	b	a	b	b	b	b	a	b	c	a	c	c	c	b	b
21	a	a	c	c	a	b	b	b	b	a	b	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
22	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
23	a	a	c	c	a	b	b	b	b	a	b	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b

24	a	a	b	a	a	b	b	b	c	b	b	a	c	c	b	b	c	c	b	b	b	a	b	a	c	c	c	b	b	b
25	c	a	b	b	a	b	b	b	b	a	a	b	c	b	a	b	a	b	b	b	c	a	a	c	b	c	c	a	b	c
26	a	a	c	b	a	b	b	b	b	b	b	b	c	b	a	b	c	c	b	c	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
27	a	a	c	b	a	c	b	a	b	a	a	b	a	b	b	b	a	a	b	c	b	a	c	c	a	c	b	a	b	b
28	a	a	c	c	a	b	b	b	b	a	b	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
29	a	b	c	a	a	b	c	b	b	c	a	a	b	b	a	a	a	b	c	b	a	a	c	b	b	c	b	a	b	b
30	a	a	b	b	a	b	b	c	c	b	b	b	c	c	b	a	a	a	b	c	b	a	a	c	a	a	b	c	b	b
31	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
32	a	a	b	a	a	b	b	b	c	b	b	a	c	c	b	b	c	c	b	b	b	a	b	a	c	c	c	b	b	b
33	b	b	c	a	a	b	b	b	a	a	a	b	c	b	b	b	a	b	b	c	a	a	b	c	a	c	b	c	b	b
34	c	a	b	b	a	b	b	b	b	a	a	b	c	b	a	b	a	b	b	b	c	a	a	c	b	c	c	a	b	c
35	a	a	b	c	a	b	b	b	c	a	b	b	c	c	a	b	a	c	b	b	b	a	a	c	b	c	a	a	c	b
36	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
37	c	a	b	b	a	b	b	b	b	a	a	b	c	b	a	b	a	b	b	b	c	a	a	c	b	c	c	a	b	c
38	a	a	c	c	a	b	b	b	b	a	b	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
39	a	a	c	b	a	c	b	a	b	a	a	b	a	b	b	b	a	a	b	c	b	a	c	c	a	c	b	a	b	b
40	a	a	b	b	a	b	b	c	c	b	b	b	c	c	b	a	a	a	b	c	b	a	a	c	a	a	b	c	b	b
41	a	a	c	b	a	b	b	b	b	b	b	b	c	b	a	b	c	c	b	c	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
42	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
43	a	a	c	c	a	b	b	b	b	a	b	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
44	a	b	c	a	a	b	c	b	b	c	a	a	b	b	a	a	a	b	c	b	a	a	c	b	b	c	b	a	b	b
45	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
46	a	a	b	b	a	b	b	b	c	b	b	a	c	c	a	b	a	b	b	b	b	a	b	c	a	c	c	c	b	b
47	a	a	b	c	a	b	b	b	c	a	b	b	c	c	a	b	a	c	b	b	b	a	a	c	b	c	a	a	c	b
48	a	a	b	a	a	b	b	b	c	b	b	a	c	c	b	b	c	c	b	b	b	a	b	a	c	c	c	b	b	b
49	a	a	b	b	a	b	b	c	c	b	b	b	c	c	b	a	a	a	b	c	b	a	a	c	a	a	b	c	b	b
50	a	a	c	c	a	b	b	b	b	a	b	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b

51	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
52	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
53	a	a	c	b	a	c	b	a	b	a	a	b	a	b	b	a	a	b	c	b	a	c	c	a	c	b	a	b	b	
54	a	a	b	c	a	b	b	b	c	a	b	b	c	c	a	b	a	c	b	b	b	a	a	c	b	c	a	a	c	b
55	a	b	c	a	a	b	c	b	b	c	a	a	b	b	a	a	a	b	c	b	a	a	c	b	b	c	b	a	b	b
56	a	a	c	c	a	b	b	b	b	a	b	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
57	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
58	c	a	b	b	a	b	b	b	b	a	a	b	c	b	a	b	a	b	b	b	c	a	a	c	b	c	c	a	b	c
59	b	b	c	a	a	b	b	b	a	a	a	b	c	b	b	b	a	b	b	c	a	a	b	c	a	c	b	c	b	b
60	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
61	a	a	c	b	a	b	b	b	b	b	b	b	c	b	a	b	c	c	b	c	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
62	a	b	c	a	a	b	c	b	b	c	a	a	b	b	a	a	a	b	c	b	a	a	c	b	b	c	b	a	b	b
63	a	a	b	b	a	b	b	b	c	b	b	a	c	c	a	b	a	b	b	b	b	a	b	c	a	c	c	c	b	b
64	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
65	a	a	b	c	a	b	b	b	c	a	b	b	c	c	a	b	a	c	b	b	b	a	a	c	b	c	a	a	c	b
66	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
67	a	a	b	b	a	b	b	b	c	b	b	a	c	c	a	b	a	b	b	b	b	a	b	c	a	c	c	c	b	b
68	a	a	c	b	a	c	b	a	b	a	a	b	a	b	b	b	a	a	b	c	b	a	c	c	a	c	b	a	b	b
69	b	b	c	a	a	b	b	b	a	a	a	b	c	b	b	b	a	b	b	c	a	a	b	c	a	c	b	c	b	b
70	a	b	c	a	a	b	c	b	b	c	a	a	b	b	a	a	a	b	c	b	a	a	c	b	b	c	b	a	b	b
71	a	a	b	b	a	b	b	c	c	b	b	b	c	c	b	a	a	a	b	c	b	a	a	c	a	a	b	c	b	b
72	a	a	c	c	a	b	b	b	b	a	b	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
73	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
74	a	a	c	b	a	c	b	a	b	a	a	b	a	b	b	b	a	a	b	c	b	a	c	c	a	c	b	a	b	b
75	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
76	a	a	c	b	a	b	b	b	b	b	b	b	c	b	a	b	c	c	b	c	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
77	a	a	b	c	a	b	b	b	c	b	b	b	c	c	a	b	c	c	b	b	b	a	a	c	b	c	c	b	b	b

78	c	a	c	c	a	b	b	b	c	a	b	c	c	c	c	b	a	a	b	a	b	a	a	a	a	c	b	c	b	b
79	a	a	b	c	a	b	b	b	c	a	b	b	c	c	a	b	a	c	b	b	b	a	a	c	b	c	a	a	c	b
80	a	b	c	a	a	b	c	b	b	c	a	a	b	b	a	a	a	b	c	b	a	a	c	b	b	c	b	a	b	b
81	a	a	b	b	a	b	b	b	c	b	b	a	c	c	a	b	a	b	b	b	a	b	c	a	c	c	c	b	b	
82	a	a	c	b	a	c	b	a	b	a	a	b	a	b	b	a	a	b	c	b	a	c	c	a	c	b	a	b	b	
83	c	a	b	b	a	b	b	b	b	a	a	b	c	b	a	b	a	b	b	b	c	a	a	c	b	c	c	a	b	c
84	a	a	c	c	a	b	b	b	b	a	b	b	c	b	a	b	a	b	b	b	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
85	a	a	b	c	a	b	b	b	c	b	b	b	c	c	a	b	c	c	b	b	b	a	a	c	b	c	c	b	b	b
86	a	a	c	b	a	b	b	b	b	b	b	b	c	b	a	b	c	c	b	c	b	a	a	c	a	c	b	c	b	b
87	a	a	b	c	a	b	b	b	c	b	b	b	c	c	a	b	c	c	b	b	b	a	a	c	b	c	c	b	b	b
88	b	b	c	a	a	b	b	b	a	a	a	b	c	b	b	b	a	b	b	c	a	a	b	c	a	c	b	c	b	b
89	c	a	b	b	a	b	b	b	b	a	a	b	c	b	a	b	a	b	b	b	c	a	a	c	b	c	c	a	b	c
90	a	a	b	c	a	b	b	b	c	a	b	b	c	c	a	b	a	c	b	b	b	a	a	c	b	c	a	a	c	b
91	a	a	b	b	a	b	b	b	c	b	b	a	c	c	a	b	a	b	b	b	b	a	b	c	a	c	c	c	b	b



ANEXO 5

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LA PARIDAD

	<i>Un hijo</i>	<i>2 a 3 hijos</i>	<i>4 a 5 hijos</i>	<i>Total</i>
<i>Bueno</i>	17	14	0	31
<i>Regular</i>	7	7	2	39
<i>Malo</i>	30	12	2	31
Total	54	33	4	91

Fuente: Elaboración Propia

Chi cuadrado: 0.06

Valor de p: 0.8065

INTERPRETACIÓN: En la presente tabla se presenta la relación entre el nivel de conocimientos y la paridad no encontrándose una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EL NIVEL DE
INSTRUCCIÓN**

	<i>Primaria</i>	<i>Secundaria</i>	<i>Superior</i>	<i>Total</i>
<i>Bueno</i>	0	17	14	31
<i>Regular</i>	2	29	8	39
<i>Malo</i>	3	18	0	31
Total	5	64	22	91

Fuente: Elaboración Propia

Chi cuadrado: 0.03

Valor de p: 0.8625

INTERPRETACIÓN: Se realizó el análisis estadístico mediante la prueba chi cuadrado para determinar si existía relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de instrucción, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LA EDAD MATERNA

	<i>Menos de 25</i>	<i>De 25 a 30 años</i>	<i>De 30 a 43</i>	<i>Total</i>
<i>Bueno</i>	7	2	12	31
<i>Regular</i>	24	9	6	39
<i>Malo</i>	5	7	11	31
Total	44	18	29	91

Fuente: Elaboración Propia

Chi cuadrado: 0.11

Valor de p: 0.7401

INTERPRETACIÓN: No existe relación entre el nivel de conocimientos y la edad materna, es decir que no depende de la edad de la madre para que el nivel de conocimientos varíe.

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y LOS MEDIOS DE INFORMACIÓN

	<i>Internet</i>	<i>Radio</i>	<i>Televisión</i>	<i>Total</i>
<i>Bueno</i>	16	0	15	31
<i>Regular</i>	21	1	17	39
<i>Malo</i>	0	5	16	31
<i>Total</i>	37	6	48	91

Fuente: Elaboración Propia

Chi cuadrado: 0.3

Valor de p: 0.5839

INTERPRETACIÓN: No existe relación estadísticamente significativa entre los medios de comunicación a los que acceden las madres y el nivel de conocimientos que ellas poseen, por lo que no presenta una influencia en los valores mencionados.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
DIRECCION RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA

"DECENIO DE LA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ"
"AÑO DE LA DIVERSIFICACION PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION"

CONSTANCIA

La que suscribe Dra. Milagros Valencia Novoa, Jefe del Puesto de Salud Rafael Belaunde:

Da constancia que: La Srta. Nâthaly Daritza Salcedo Yâbar ha aplicado encuestas en el Puesto de Salud Rafael Belaunde como parte de su proyecto de Tesis Titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE, AREQUIPA 2015" durante el mes de Julio del presente año.

Se otorga la presente constancia a solicitud de la Interesada para los fines que estime por conveniente.

GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
MICRORED FRANCISCO BOLOGNESI - CAYMA
PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE


Dra. Milagros Valencia Novoa
MÉDICO CIRUJANO
CMP 43045



Arequipa, 03 de Agosto del 2015



INFORME N° 0701 -CB- 2015

A : Doctora SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : COORDINACIÓN DE BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2015-0701

Fecha : 15 de diciembre de 2015

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL PUESTO DE SALUD RAFAEL BELAUNDE AREQUIPA, 2015

Autor(es):

SALCEDO YABAR NATHALY DARITZA

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **11 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
Facultad de Enfermería

RECEPCIÓN

FECHA 1951
15 DIC 2015

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PROF. AMÉRICO HERRERA VERA

Coordinación de Bibliotecas, Hemeroteca y Videoteca

