

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES,
PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA, CHIMBOTE, 2017.**

TESIS

PRESENTADO POR:

LIC.CYNTIA VANESSA VELASQUEZ TRUJILLO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA
EN SALUD PUBLICA CON MENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

ASESORA: DRA. CONSUELO TORNERO TASAYCO

Lima, Perú

2017

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por darme lo más valioso que es la vida, por guiarme siempre por el camino correcto, por fortalecer mi espíritu en momentos de desesperación y así poder culminar con satisfacción mi especialidad.

A mis padres Miguel y Julia por sus amor, consejos, paciencia y apoyo constante. A mi docente Dra. Consuelo Tornero Tasayco, por su paciencia, enseñanzas y experiencia lo cual me sirvió de gran ayuda para poder darle aporte científico a mi tesis.

AGRADECIMIENTO

A las asesores de la universidad por su apoyo para el desarrollo de mi tesis, al Puesto de Salud Magdalena Nueva, donde realice mi investigación, quienes han hecho posible el desarrollo de la investigación y a las madres que participaron voluntariamente en esta investigación.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017. El método que se utilizó fue descriptivo puesto que asocia la relación entre dos o más variables observadas en la realidad, el diseño de la investigación fue correlacional de corte transversal, de tipo cuantitativa. La muestra de estudio estuvo conformada por 130 madres de niños menores 6 meses. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y observación y como instrumento el cuestionario y la ficha de observación, que a través de la prueba de Alfa de Cronbach se obtuvo una confiabilidad fuerte de 0,880 y 0,877. Los resultados arrojaron que el 25.38% de las madres presentan un nivel alto con respecto al conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, el 42.31% presentan un nivel medio y un 32.31% un nivel bajo, también se evidencia que el 23.08% presentan un nivel bueno con respecto a la práctica de la lactancia materna exclusiva, el 42.31% presentan un nivel regular y un 34.62% un nivel malo. Se concluyó que la variable nivel de conocimiento está relacionada directa y positivamente con la variable práctica de la lactancia materna exclusiva, según la correlación de Spearman de 0.684 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.

PALABRAS CLAVE: Conocimiento, práctica, lactancia, beneficios, afectivo.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between the knowledge and the practice of exclusive breastfeeding in mothers of children under 6 months old, and was carried out at the Magdalena Nueva Health Post, Chimbote, 2017. The method used was descriptive as it links the relationship between two or more variables observed in reality; the research design was a cross section, of quantitative correlation. The sample consisted of 130 mothers of children under 6 months old. To collect the data, surveys and observation were used as a technique and a questionnaire and an observation form were used as an instrument. Through Cronbach's Alpha, a strong reliability of 0.880 and 0.877 was noted. The results were that 25.38% of mothers demonstrated a high level of knowledge about exclusive breastfeeding, 42.31% showed a medium level and 32.31% a low level. It is also evident that 23.08% demonstrated a good level regarding the practice of exclusive breastfeeding, 42.31% showed a regular level and 34.62% a bad level. It can be concluded that the variable of the level of knowledge is directly and positively related to the variable of the practice of exclusive breastfeeding, according to the Spearman correlation of 0.684 which represented this result as moderate with a statistical significance of $p = 0.001$ being less than 0.01. Consequently, the main hypothesis is accepted and the null hypothesis is rejected.

KEY WORDS: Knowledge, practice, lactation, benefits, affective.

INDICE

	PAG.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION	8
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1.- Descripción de la realidad Problemática	11
1.2.- Definición del Problema	15
1.3.- Objetivos de la investigación	16
1.4.- Finalidad e importancia	16
CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1.- Bases Teóricas	18
2.2.- Estudios Previos	49
2.3.- Marco Conceptual	55
CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES	58
3.1.- Formulación de Hipótesis	58
3.1.1.- Hipótesis General	58
3.1.2.- Hipótesis Específicas	58
3.2.- Identificación de Variables	59
3.2.1.- Clasificación de Variables	59
3.2.2.- Definición Conceptual de variables	59
3.2.3.- Definición Operacional de variables	60
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA	61
4.1.- Descripción del Método y Diseño	61
4.2.- Tipo y nivel de Investigación	61
4.3.- Población, Muestra y Muestreo.	62

4.4.- Consideraciones Éticas.	63
CAPÍTULO V TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
5.1.- Técnicas e Instrumentos	65
5.2.- Plan de Recolección, procesamiento y presentación de datos	67
CAPITULO VI RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1.- Presentación, análisis e interpretación de datos	68
6.2.- Discusiones	86
6.3.- Conclusiones	88
6.4.- Recomendaciones	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	
MATRIZ DE CONSISTENCIA	
INSTRUMENTO	
BASE DE DATOS DE LA VARIABLE 1	
BASE DE DATOS DE LA VARIABLE 2	
CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, un 38% de los niños lactantes reciben lactancia materna durante seis meses. De acuerdo con estimaciones de la OMS si se amamantara a todos los niños del mundo, cada año se podrían salvar unas 220 000 vidas, lo que disminuiría considerablemente los indicadores de morbimortalidad materna y neonatal, siendo esto beneficioso para la salud pública. (Coronado, 2015)

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 (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), no se han obtenido los resultados esperados; es decir, la LME no se ha mantenido en el tiempo como una práctica constante. (Delgado, 2013)

Actualmente, poco más de la mitad de los niños nacidos en Perú (55%) empiezan a tomar el pecho en la primera hora de vida. Las tasas son más bajas entre los nacidos en centros de salud, los atendidos en el parto por profesionales sanitarios, los nacidos en zonas urbanas y los hijos de madres con mayores ingresos y nivel educativo; contrastando con los datos de los países de ingresos altos, dónde se evidencia que las madres con más ingresos y nivel educativo tienden más a dar el pecho a su niño. (OMS, 2014)

La lactancia materna es un acto natural que se practica como forma de alimentación al niño durante los primeros meses de vida, por medio del cual la madre brinda un fluido biológico complejo: Proteínas, grasas, vitaminas, carbohidratos, sales minerales, agua; así como de elementos bioactivos que le confieren a la leche, además de la propiedad nutritiva, la protección contra agentes patógenos presentes en el medio ambiente, favorece la maduración del aparato digestivo del lactante; del mismo modo, presenta la ventaja de que para su administración se requiere por lo general que la madre tenga un contacto piel a piel mayor con él bebe, lo que favorece las relaciones psicoafectivas desde temprana edad entre la madre y el hijo. Existe también otra ventaja que es la del

ahorro de tiempo, dinero y trabajo, debido que no se requiere el aporte de una cantidad de dinero para adquirirla, ni necesita preparación. Por lo tanto se puede concluir en que no existe sustituto completo para esta leche. Es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la Lactancia Materna debe ser exclusiva hasta los seis meses de edad, sin la adición de líquidos u otras leches. (Ferro, 2006)

Del mismo modo la lactancia materna se inicia desde el primer día de vida del niño y se extiende hasta los seis meses de manera exclusiva, incluyendo a los prematuros, ésta aporta a los bebés los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable; por tal razón la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. A esto se agrega que para la salud materna, la lactancia de forma exclusiva es un aporte fisiológico, porque culmina el ciclo reproductivo de la mujer, disminuye la pérdida sanguínea posparto, retarda el regreso de la fertilidad y reduce la incidencia de cáncer de ovario y útero. (Delgado, 2013)

Toda mujer debe estar enterada de las ventajas de la lactancia materna, las demandas que impone sobre ella, las alternativas disponibles y las implicaciones para la salud del niño, de modo que ella pueda adoptar una decisión informada. Para muchas mujeres, la lactancia materna es parte de la realización como madres; pero, para otras sin embargo, la urbanización, los cambios de estilo de vida y las necesidades de trabajar y estudiar, pueden afectar su decisión de amamantar o interferir con sus prácticas de lactancia. Si una mujer decide amamantar debe prestársele apoyo, los recursos y el ambiente necesarios que faciliten a que las mujeres amamenten a sus niños. (Ferro, 2006)

Es por ello que el presente estudio pretende determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Para ello la presente tesis se estructuró de la siguiente manera:

El capítulo I abarca los puntos correspondiente al planteamiento del problema; el capítulo II comprende los fundamentos teóricos de la investigación; en el capítulo III se formularon la hipótesis y variables y su respectiva operacionalización; en el capítulo IV se presenta la metodología, población y muestra; en el capítulo V se presenta las técnicas e instrumentos de recolección de datos con su respectiva descripción; en el capítulo VI se indican los resultados, discusiones, conclusiones y recomendaciones; y finalmente se presentan las referencias bibliográficas seguida de los Anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (2015), refiere que la leche materna es el mejor alimento para el crecimiento y desarrollo óptimo de las niñas y niños acorde a sus necesidades y les brinda además una serie de ventajas inmunológicas, psicológicas, económicas y prácticas. La lactancia materna exclusiva es una de las principales intervenciones para evitar la mortalidad neonatal y prevenir la desnutrición crónica en los primeros meses de la vida. Éstas son prioridades en las políticas sociales del Estado peruano, pero a pesar de serlo, no ha logrado niveles esperados. Si bien las cifras de lactancia materna exclusiva en el Perú se han incrementado al 73% en los niños menores de seis meses, todavía se requiere que todas las madres realicen esta sana práctica de amamantamiento, teniendo en cuenta que los niños y las niñas menores de dos años que reciben leche materna tienen seis veces menos probabilidades de morir por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), alergias, neumonía, entre otras. (León, 2013)

La decisión de brindar lactancia materna al recién nacido es propia de la mujer; se han vinculado algunos factores de riesgo que influyen favoreciendo o interfiriendo en la lactancia materna exclusiva, estos son diversos y difieren de acuerdo con el lugar de residencia, las características socioeconómicas, falta de conocimiento, grietas mamarias, mastitis y malestar en la mama, dolor, depresión posparto, rutina diaria con quehaceres de casa y otros. La desinformación o falta de conocimiento representa gran parte del porcentaje de las madres que renuncian a amamantar, principalmente las primíparas, por no sentirse seguras o capaces de hacerlo. (Calvalcante, 2015)

La práctica de la lactancia materna y su significado está impregnado por la cultura: creencias, costumbres, mitos, valores que regulan y modelan la conducta de las madres adolescentes, además de la influencia del entorno en que se desarrolla; podemos considerar que las madres van construyendo y

(re)construyendo significados alrededor de esta práctica natural, que determinan su decisión de amamantar o no. Por ello se puede afirmar que, la representación social de la lactancia materna se objetiva a partir de lo que la madre experimenta en su relación con quienes la rodean y de ideas socialmente preconcebidas, que le permiten elaborar una imagen, de valorización positiva o negativa respecto al amamantamiento. (Vera, 2013)

En una sociedad donde las enfermedades crónicas funcionan como principales causas de morbilidad y mortalidad, la práctica de la lactancia materna ha sido rezagada. La cultura del biberón ha sido sinónimo de modernidad, y es considerada uno de los factores determinantes del abandono de la lactancia materna junto con las prácticas hospitalarias erróneas, la desinformación del personal de salud, la publicidad masiva en favor de las fórmulas lácteas y la incorporación de la mujer al mercado laboral. (Álvarez, 2013)

En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio trazados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), enfatizan la necesidad de invertir esfuerzos en campos muy diversos, que tanto en forma directa o indirecta afectan las condiciones nutricionales de la infancia. Los estudios técnicos realizados en las dos últimas décadas, permiten estimar que la situación nutricional de los países de América Latina y el Caribe son heterogéneos, así tenemos que la desnutrición infantil global en estos países es del 7.5% y la desnutrición crónica infantil es del 15.8 %. A nivel de nuestro país la desnutrición infantil es el 7.1% con una desnutrición crónica del 25.4%. (Córdova, 2010)

Solamente alrededor del 40% de los niños/as en el mundo reciben leche materna durante 6 meses; así en el África Subsahariana es de 28%, en el Medio Oriente y Norte de África 37%, en el Sur de Asia 36%, en el Este Asiático y Pacífico 54%, en la Comunidad Europea y Estados Bálticos 14%. En Latinoamérica y El Caribe 38% reciben lactancia materna exclusiva, Venezuela con un 7%, Jamaica 15%, Cuba 26%, Panamá y El Salvador con 25%,

Honduras 30%, Ecuador 40%, Bolivia con 54%, Chile y Perú con 63%. (Veneman, 2007)

Un análisis reciente de estudios llevados en Ghana, India y Perú muestra que los lactantes no alimentados en el pecho tenían 10 veces más probabilidades de morir que los que recibieron leche materna como alimento predominante o exclusivo. El inicio de la lactancia materna a primera hora de vida reduce la mortalidad neonatal sin embargo, en la región de las Américas solo la mitad de los recién nacidos reciben este beneficio es así que en algunas países presentan una tasa de tan solo 26,4%. (OMS, 2013)

En el Perú, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2016, registra que la práctica de la lactancia materna exclusiva en los niños y niñas hasta los seis meses de edad, considerada fundamental para su salud y buen desarrollo, se habría incrementado significativamente, pasando, como promedio nacional, de 65,2 a 69,2 por ciento. (INEI, 2016)

Este incremento revertiría la reducción en la práctica de la lactancia materna que se había presentado en los últimos dos años, en los que bajó de 72,3 a 65,9 por ciento. Entre 2011 y 2016, durante el gobierno saliente, la práctica de la lactancia materna tuvo una reducción de 70,6 a 69,2 por ciento. (INEI, 2016)

Cada año nacen en el Perú aproximadamente 300 mil niños. Uno de cada tres de estos niños no recibe lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, con todas las consecuencias negativas que esto significa para su salud y buen desarrollo. (INEI, 2016)

La práctica de la lactancia materna es mayor en las zonas rurales que en las urbanas. En las áreas urbanas, durante el primer semestre del año 2016 el índice de lactancia materna exclusiva se mantuvo prácticamente estancado, pasando de 59,4 a 59,5 por ciento; mientras que en las áreas rurales subió de 79,2 a 83,8 por ciento. (INEI, 2016)

Durante los años 2011 a 2016, la práctica de la lactancia materna a nivel urbano bajó de 64 a 59,5 por ciento, mientras en el área rural se elevó de 82,5 a 83,8 por ciento. (INEI, 2016)

La duración mediana de la lactancia materna exclusiva en meses para la Región Ancash es de 1,0 a 3,9; es decir no hay cumplimiento estricto de la lactancia durante los 6 primeros meses de vida. (INEI, 2016)

La Red de Salud Pacífico Norte, en la Región Ancash, cuenta con 46 Establecimientos de Salud tanto en la zona sierra como zona costa, siendo uno de ellos es el Puesto de Salud Magdalena Nueva, en donde la población anual de atendidos menores de 6 meses del año 2016 fue de 210 niños, con un promedio de 53 niños que trimestralmente son llevados por sus madres al consultorio de crecimiento y desarrollo, de los cuales 110 niños menor de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva 52,38%, por debajo del promedio nacional que fue de 60,45%. (MINSAL, 2016)

El Puesto de Salud Magdalena Nueva no cuenta con estudios de investigación que ahonden en la problemática del no cumplimiento de la lactancia materna exclusiva y de los diversos factores que contribuyan a ese porcentaje regular, ya que no se sabe con certeza el grado de instrucción, edad, ocupación, procedencia, nivel de conocimiento predominante en las madres de familia de niños menores de 6 meses.

En la práctica diaria mediante la atención de Enfermería en el control Crecimiento y Desarrollo del niño y de la niña del Puesto de Salud Magdalena Nueva, permite, como parte de la evaluación, realizar interrogantes sobre lactancia materna exclusiva, observando deficiencias tanto en conocimiento como en técnicas de amamantamiento, así como el sustentar 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, esto se explicaría por diversas razones como algunos mitos sobre lactancia materna: "No tengo suficiente leche", "dar el pecho duele mucho" ó "debo lavar mis senos cada vez que amamanto al bebé"; muchas madres creen que el uso de los sustitutos de

la leche es la mejor alimentación para sus hijos debido a un inadecuado conocimiento sobre la importancia de la lactancia; todo lo anterior ha propiciado que en los últimos tiempos exista un abandono cada vez más temprano de la lactancia materna exclusiva, con una disminución significativa de los índices de la lactancia.

Frente a lo expuesto, el interés de este trabajo está centrado en identificar el conocimiento de las madres sobre lactancia materna exclusiva, y además conocer el grado de relación que tiene con las prácticas que realizan, como el tiempo de amamantamiento, frecuencia, posición al dar de lactar, etc., para de esta manera darle herramientas al Profesional de Enfermería y pueda ayudar a disminuir el alto porcentaje de niños que no reciben lactancia materna exclusiva.

1.2.- Definición del Problema

Problema general

¿Qué relación existe entre el conocimiento y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017?

Problemas específicos

¿Qué relación existe entre nociones básicas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017?

¿Qué relación existe entre importancia y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017?

¿Qué relación existe entre beneficios y ventajas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017?

1.3.- Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Objetivos específicos

Identificar la relación que existe entre nociones básicas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Identificar la relación que existe entre importancia y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Identificar la relación que existe entre beneficios y ventajas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

1.4.- Finalidad e importancia

La finalidad e importancia de esta investigación es de carácter práctico, puesto que las prácticas deficientes de lactancia materna originan múltiples problemas como la desnutrición e infecciones que afectan la salud del menor, aumentando así el índice de morbilidad y mortalidad de niños en nuestro país afectando la situación actual del Perú sobre todo en la morbilidad ya que esta afecta la salud dejando secuelas que repercutirán en el futuro del lactante introduciéndolo en la población activa menos productiva.

En la actualidad, la lactancia materna exclusiva (LME) 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, en

especial países en vías de desarrollo; además el Ministerio de Salud (MINSA) continúa promoviendo la práctica de la lactancia materna exclusiva, mediante estrategias preventivo –promocionales.

Es por ello que el presente estudio permitirá implementar espacios de reunión, talleres educativos y diversas actividades, que fomenten el conocer lo que piensan, lo que saben y en conjunto trabajar sobre los aspectos más importantes y los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre, como para el niño, la familia y la comunidad.

La presente investigación, describirá los resultados sobre lactancia materna exclusiva (LME) a fin de que sirva para otras investigaciones, siendo un aporte para Enfermería y también para todo el equipo de salud que está bajo el cuidado de salud de la población, garantizando de esta manera el adecuado proceso de lactancia materna por parte de las madres hacia sus niños, en vista de que ésta tiene mayores beneficios y asegurar la salud, ganancia de peso y sobretodo un adecuado crecimiento y desarrollo.

Contribuirá a reorientar las acciones preventivo - promocionales para elaborar políticas y estrategias, a fin de incrementar las coberturas que mejoren la gestión del cuidado de la enfermería que se brinda a este grupo etario y redunde en la asistencia, docencia e investigación en enfermería e incremente el conocimiento de las ciencias afines. Se constituye como el mayor logro para alcanzar el adecuado crecimiento y desarrollo del niño menor de seis meses con base en la lactancia materna exclusiva.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.- Bases Teóricas

2.1.1. Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva.

Conocimiento.

Según Apolinario (2002) mencionó que:

El conocimiento es un producto de la práctica del hombre sobre la naturaleza y de la acción recíproca del hombre sobre el hombre. Desde su origen el ser humano se le enfrentó, mediante el trabajo, a la naturaleza para servirse de sus recursos y transformarlos de acuerdo a sus necesidades concretas.

Así mismo Vásquez (2012) refirió que:

El conocimiento es la suma de hechos y principios y se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de la persona.

El autor manifiesta que estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y aptitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a menudo que aumenten los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas:

Conocimiento Ordinario o Informal.

Son los conocimientos adquiridos en la vida cotidiana, a través de la experiencia que tiene una persona al realizarse con el mundo durante toda su vida social y que son captados por los sentidos. Este conocimiento se manifiesta a través de un lenguaje simple y natural. Es por este sistema que las

personas aprenden sobre su proceso salud – enfermedad y suelen complementarlo a su vez con otros medios como periódicos, volantes relatos y revistas de publicaciones en general. (Vásquez, 2012)

Conocimiento Científico o Formal.

Son aquellas representaciones verdaderas que pueden ser probadas y contrastadas científicamente por tener una base técnica en libros ya existentes dentro de nuestra vida social. Se manifiesta a través de un lenguaje más complejo. Estos conocimientos son brindados por los centros educacionales donde se organiza como conocimiento científico por tener un plan curricular. Estos conocimientos son a su vez dentro de su programación, programas de carácter cultural o científico brindados por profesionales o especialistas en un tema específico. (Vásquez, 2012)

El autor refirió que el desarrollo de estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil necesitan identificar los conocimientos y creencias que posee la población sobre la lactancia materna .Es así que uno de los factores que contribuye al éxito de la lactancia materna es la información que la madre recibe sobre sus beneficios y técnicas, lo cual propicia la confianza y seguridad de las mujeres para amamantar a sus hijos. El conocimiento de los beneficios de la lactancia materna, está asociado con la iniciación temprana y la duración de la lactancia materna y la iniciación tardía de fórmulas lácteas. (Vásquez, 2012)

Dimensiones de la variable conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva.

Dimensión nociones básicas. La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. La lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. (OMS, 2017)

La OMS (2015) define como lactancia materna exclusiva (LME):

La alimentación del lactante como leche materna, sin ningún suplemento sólido o líquido, durante los primeros 6 meses de edad, y posteriormente con introducción gradual de complementos. Así mismo se recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida la leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas.

Sin embargo la lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad, es un alimento de características únicas que permite que la leche transmita su mecanismo de defensa al recién nacido mientras que el acto de amamantar logra fortalecer la relación de madre –hijo es ideal para para los recién nacidos y los lactantes, pues les aporta todo los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano y contiene anticuerpos que ayudan a proteger a los lactantes de enfermedades frecuentes de la infancia como la diarrea y como la neumonía, que son las 2 causas principal de mortalidad en la niñez en todo el mundo la leche materna es un producto asequible que puede conseguirse fácilmente lo que ayuda a garantizar que el lactante tenga alimento suficiente. (OMS, 2015)

Con respecto a las nociones básicas sobre lactancia materna exclusiva se tomaron los siguientes indicadores:

Inicio de la lactancia materna. El inicio de la lactancia materna en el bebé debe comenzarse, al menos durante la primera hora posterior al nacimiento. En este periodo de tiempo, la mayor parte de bebés se hallan en un estado de 'alerta tranquila', durante el que parecen tratar de explorar su entorno y establecer relaciones. La madre suele experimentar una fuerte reacción afectiva, que es el pilar sobre el que asentará el vínculo de apego que mantendrán

a lo largo de los años con el hijo, si bien no es extraño ni alarmante que alguna madre, quizá cansada o tensa, no sienta una emoción tan viva como esperaba. (Camareño, 2015)

Frecuencia de la lactancia materna. Las madres de los RN normales que den el pecho no deben tener restricción en cuanto a la frecuencia y al número de tomas. Se recomienda amamantar cada vez que tengan hambre o cuando el niño quiera. Los patrones alimentarios de los bebés varían enormemente, pudiendo ser muy irregulares, particularmente en el inmediato periodo neonatal. Muchos RN lactan cada 2 ó 3 horas, o más a menudo, con intervalos variables entre algunas tomas. El número total suele ser superior a las 6 u 8 veces al día, aunque la mayoría de los lactantes es posible que se acaben adaptando a tomar cada 3 ó 4 horas (Fernández et al., 2015).

La frecuencia elevada de las tomas tiene como ventajas aumentar la producción láctea, previene la ingurgitación mamaria, disminuye los niveles de bilirrubina, reduce la pérdida de peso y se asocia con una mayor duración de la lactancia en relación con un horario rígido (Fernández et al., 2015).

La lactancia a libre demanda se define como la posibilidad de atender inmediatamente los requerimientos de alimentación por parte del bebé (sin horarios preestablecidos), así como también la posibilidad para la madre de amamantar a su hijo cuando sienta necesidad de hacerlo, muchas veces a causa de tensión mamaria y/o pérdida de leche. (Fernández et al., 2015).

La práctica de horarios rígidos, que enfatiza la pausa de “tres o dos horas” entre tomas tiene efectos negativos sobre la lactancia natural, ya que no se estaría brindando un amamantamiento eficaz debido a la restricción impuesta (Asociación Española de Pediatría, 2009).

Si el bebé duerme más de 3 ó 4 horas seguidas (cosa frecuente el primer día o día y medio), se aconseja a los padres que intenten despertarlo estimulándolo con suavidad para ponerlo al pecho. A partir de las 24 horas es muy importante intentar que haga 8-10 tomas al día. (Fernández et al., 2015).

Se debe ofrecer siempre los dos “pechos”, empezando por el último que se haya ofrecido; si rechaza el segundo será porque ya ha tomado suficiente del primero. Si ya ha comido bastante lo hará saber, si en el pecho hay todavía demasiada leche, en la próxima toma se empieza por ese mismo y se vaciará la leche acumulada. (Coronado, 2015)

Edad límite de la lactancia materna. Para que el crecimiento, el desarrollo y la salud sean óptimos, hay que alimentar a los lactantes exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida. Por lactancia materna exclusiva se entiende no proporcionar al lactante ningún alimento ni bebida (ni siquiera agua) que no sea la leche materna. Se puede, no obstante, darle gotas o jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). La leche materna es el alimento idóneo para el crecimiento y el desarrollo sano del bebé; además, la lactancia materna forma parte del proceso reproductivo, y tiene importantes repercusiones para la salud de las madres. (OMS, 2017)

La OMS (2017) recomienda que a los seis meses (180 días) se empiece a dar a los lactantes alimentos complementarios, además de leche materna: 2-3 veces al día entre los 6 y 8 meses de edad, y 3 veces al día más un refrigerio nutritivo de los 9 a los 11 meses. Entre los 12 y los 24 meses, deben dárseles tres comidas y pueden ofrecérsele otros dos refrigerios nutritivos, si lo desean. Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades

nutricionales del niño en crecimiento. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer.

Primera leche del seno materno. La primera leche que sale de los senos se llama calostro. El calostro es un líquido amarillo y seroso compuesto por inmunoglobulinas, proteínas, agua, grasas, vitaminas, minerales, carbohidratos y otras sustancias defensivas que protegen al bebé de infecciones. Es uno de los alimentos más importantes que comerá en su vida. El calostro solo se produce en los primeros días (de 2 a 5 días) para dar paso a la producción de leche. El calostro es un excelente alimento, pues se adapta muy bien a los órganos aun no maduros del bebé, además inmuniza y proporciona los nutrientes esenciales para el bebé. (Núñez, 2016)

Dimensión importancia de lactancia materna exclusiva.

La leche materna exclusiva es el único alimento que el niño necesita hasta cumplir los seis meses de edad. No hay leche evaporada o maternizada que pueda competir con ella. La leche humana está hecha para humanos y contiene todas las proteínas, minerales, calorías y grasas que el bebé necesita. En investigaciones realizadas en laboratorios en todo el mundo, se ha examinado minuciosamente el contenido de la leche materna y se han determinado los requerimientos nutricionales del niño en sus primeros meses de vida. Los resultados han demostrado que el contenido alimenticio de esta leche cubre todas las necesidades del bebé, por lo menos hasta los seis meses de edad. Es recién entonces, cuando el niño debe comenzar a recibir otros alimentos complementarios, pero debe seguir mamando hasta los primeros meses del segundo año. En otras palabras, la madre produce la cantidad y calidad de alimento que su hijo necesita, pero además la

leche que produce es limpia, libre de bacterias, mantiene la temperatura correcta y no tiene costo alguno. Es tan perfecto el mecanismo de producción de leche materna que se ha probado que ella es de buena calidad, aun cuando la madre no esté bien alimentada. Sólo en casos extremos de malnutrición materna esa leche se ve afectada. Pero si la madre recibe suplementos alimenticios su leche mejora. También es cierto que dar de lactar puede contribuir a espaciar los nacimientos de otros hijos. La succión del bebé demora el regreso de la menstruación y, por tanto, distancia el riesgo de un nuevo embarazo. (Peña, 2014)

Con respecto a la importancia de la lactancia materna exclusiva se tomaron los siguientes indicadores:

Único hasta los 6 meses de edad. La toma, en los primeros días de vida o cuando el bebé tiene 6 meses un niño puede desear mamar a los 15 minutos de haber realizado una toma o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante los primeros 15 ó 20 días de vida, es conveniente intentar que el niño haga al menos unas 8 tomas en 24 horas. Lo importante no es que el niño mame de los dos pechos sino que se vacíe completa y alternativamente cada uno de ellos, para evitar que el acumulo de leche pueda ocasionar el desarrollo de una mastitis y para que el cuerpo de la madre acople la producción de leche a las necesidades de su hijo. Por ello, se recomienda permitir al niño terminar con un pecho antes de ofrecer el otro. (Gonzalo, 2014)

Da protección y defensa. La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia materna contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar

los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

La lactancia materna y el vínculo que le acompaña, tienen como consecuencia tanto fisiológica como afectiva, la facilitación de la capacidad de la madre para responder de mejor manera a las necesidades físicas y afectivas de su hijo o hija.

Los riesgos a los que se somete al o la lactante que no es amamantado o que abandona la lactancia antes de lo recomendado son múltiples; entre otros pueden señalarse un mayor riesgo de mortalidad post neonatal durante el primer año de vida, y un mayor riesgo de muerte súbita del o la lactante. Además el o la lactante no amamantada presenta más riesgo de sufrir procesos infecciosos sobre todo gastrointestinales, respiratorios y urinarios, y éstos, en ausencia de la lactancia, pueden ser más graves, aumentando la necesidad de hospitalización hasta 10 veces, según estudios realizados al respecto. (Peña, 2014)

Aporta cantidad y calidad de nutrientes. Contiene 70 Kcal/100 ml. Su volumen promedio es de 700 ml/día en los 6 primeros meses postparto, descendiendo a unos 500 ml/día en el 2º semestre. Sus principales componentes son: proteínas, minerales, hidratos de carbono, grasas, agua y vitaminas. (Gómez, 2000)

La leche materna contiene un 88% de agua con una osmolaridad semejante al plasma (286 mosm). La lactosa es su principal carbohidrato (7,3 mg%) y la principal fuente energética del lactante (disacárido compuesto de glucosa y galactosa). La galactosa es utilizada en la síntesis de "galactolípidos", de importancia en el desarrollo del SNC del niño. El alto contenido en lactosa determina las deposiciones blandas del lactante que permite la absorción del Ca en el colon. Otros carbohidratos complejos se encuentran libres o unidos a proteínas como la

Nacetilglucosamina y oligosacáridos. Los carbohidratos y glucoproteínas estimulan el desarrollo del "Lactobacilo bífido", bacteria predominante en el intestino del lactante que lo protege de los gérmenes patógenos. Algunos oligosacáridos, de estructura semejante a los receptores bacterianos, bloquean la adherencia de bacterias a la membrana celular. (Gómez, 2000)

El principal estímulo que induce la producción de leche es la succión del niño, por lo tanto, cuantas más veces la madre le brinda el pecho y cuanto mejor se vacía éste, más leche se produce. La cantidad se ajusta a lo que el niño necesita y a las veces que vacía el pecho durante todo el día. (Gómez, 2000)

Vínculo madre e hijo. El vínculo madre-hijo o padre-hijo (vínculo afectivo), son los lazos emocionales que se establecen entre la madre y su hijo (o entre el padre y su hijo); es un instinto biológico que garantiza la supervivencia y promueve la replicación y la protección de la especie.

Es algo, por tanto, inconsciente. No se provoca, sino que ocurre. No es el amor materno-filial. Los lazos afectivos entre la madre y el padre y el hijo son cruciales para la supervivencia y desarrollo del bebé. El niño conforma su capacidad de relación afectiva y respuesta futura al estrés a través de la satisfacción oportuna de sus necesidades (contacto, comida, seguridad, etc) por parte de la madre o de quien le cuida. Se sabe que en este proceso participa la hormona oxitocina como neurotransmisor. Aunque los sentimientos de amor de la madre hacia su hijo recién nacido no son instantáneos, la primera hora parece tener una especial importancia en el establecimiento del vínculo afectivo. (Gómez, 2010)

Dimensión beneficios y ventajas de lactancia materna exclusiva.

La leche materna es, sin duda, el mejor alimento infantil que existe; es el más equilibrado y contiene todos los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo del recién nacido. Pero, además, también tiene beneficios para su sistema inmunológico y su salud a largo plazo (por ejemplo, previene de la obesidad y favorece un mayor coeficiente intelectual). Incluso la madre sale ganando, reduce el riesgo de sufrir depresión posparto, incluso se ha demostrado que se asocia a un menor riesgo de osteoporosis o varios tipos de cáncer. Por no hablar del ahorro económico y de tiempo que supone. (Camareño, 2015)

Con respecto a los beneficios y ventajas de la lactancia materna exclusiva se tomaron los siguientes indicadores:

Crecimiento adecuado. Ayuda a que el bebé esté protegido contra infecciones respiratorias, gástricas, intestinales y de oído, ya que fortalece las defensas del bebé por el contenido de anticuerpos y células vivas.

Ayuda a que el bebé no sufra de alergias. Reduce la probabilidad de alergias cuando sean grandes.

Ayuda a la formación de la flora bacteriana del intestino del bebé.

Es un alimento completo, ofrece al bebé todos los nutrientes que necesita para su correcto crecimiento.

Ayuda a que el bebé este bien hidratado. El 90% de la leche materna es agua.

Un bebé alimentado con leche materna tiene asegurado un excelente desarrollo neurológico, ya que contiene las cantidades necesaria de DHA.

Favorece la maduración del Sistema Nervioso Central: Contiene Taurina y Cistina (aminoácidos esenciales para el desarrollo del cerebro). Se ha descrito la actividad en este mismo sentido de ácidos grasos como el linolénico y de sus dos

metabolitos el ácido araquidónico y docosa – hexanóico que intervienen directamente en el desarrollo del Sistema Central.

Desarrollo de su aparato Motor-Oral estableciendo patrones de succión-deglución, que intervienen en las habilidades posteriores de alimentación y lenguaje.

Los niños alimentados con leche materna, presentan cocientes intelectuales más altos.

Protege los dientes así mismo disminuye la incidencia de caries dental, porque la leche materna tiene sustancias que actúan como anticuerpos capaces de defender contra el avance de microorganismos. Tienen mejor desarrollo psicomotor, emocional y social. (García, 2015)

Fortalecimiento del vínculo afectivo. Favorece la relación Madre-Hijo, ayudando a establecer un estrecho vínculo afectivo. Favorece los sentimientos de plenitud y su realización como madre. (García, 2015)

Disminución del riesgo de enfermedad. La leche materna estimula el sistema inmune, posee agentes (anticuerpos) que contribuyen a proteger a los lactantes de las bacterias y los virus. Los bebés alimentados con leche materna son más capaces de combatir todo tipo de infecciones: gastrointestinales, infecciones de vías respiratorias (como neumonías y bronquiolitis), infecciones de orina, otitis y diarrea. (León, 2013)

Los lactantes amamantados durante más de tres meses sufren menos infecciones y éstas son más leves. Algunos autores consideran el pecho materno como el órgano inmunitario del bebé. (León, 2013)

Disminución del riesgo de cáncer de mama y cáncer de ovarios. Se presenta menor incidencia de cáncer mamario, ovárico y uterino. Está demostrado que con períodos prolongados de

lactancia materna, se disminuye la incidencia de ellos antes de la menopausia. (García, 2015)

Reducción de hemorragia posparto, anemia. La disminución del sangrado mejora la anemia. Además la lactancia inhibe la ovulación durante varios meses, y esta ausencia de menstruación contribuye a un importante ahorro de hierro. (León, 2013)

Beneficio económico. Dar de lactar es más económico e higiénico. La alimentación con leche de fórmula puede costar la mitad de un salario mínimo mensual. (García, 2015)

2.1.2. Práctica de la lactancia materna exclusiva.

Según Vásquez (2012) mencionó que:

La práctica es definida como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad o destreza. La práctica son el comportamiento, conducta procedimientos, reacciones, es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que el participa.

Así mismo Apolinario (2002) refirió que:

En cuanto al marco conceptual de práctica, se le define como sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica sus conocimientos sea este científico o vulgar; es necesario en primera instancia un contacto directo, mediante el uso de los sentidos y conducta psicomotriz.

Por otro lado Vásquez (2012) mencionó respecto al amamantamiento que:

Tiene un componente instintivo en relación con el recién nacido, pero también necesita de un aprendizaje de la técnica correcta. Una madre que practica una adecuada técnica de amamantamiento permitirá que tenga buena cantidad de leche y por lo tanto facilitará una adecuada lactancia materna.

El autor también mencionó que en estudios internacionales, refieren que la interrupción precoz de la lactancia está relacionada con los factores socioeconómico y culturales de la madre y la familia y sobre las causas de tal interrupción, está el retraso en el primer contacto, el inicio de la alimentación complementaria o el uso de biberón, insuficiencia de leche, prácticas inadecuadas y conocimientos inadecuados o nulos sobre lactancia materna. La práctica de la lactancia materna permite a las familias involucrarse con la crianza y cuidado de los niños y niñas, tal participación repercute en la salud y promueve la integración y unión familiar. (Vásquez, 2012)

Un factor importante en el mantenimiento de la práctica del consumo de la leche materna es el hecho de que muchas mujeres tienen sus empleos y deben abandonar a sus hijos en casa con personas diferentes a ellas, es aquí donde comienza a perderse el hábito del consumo de leche exclusivamente, por ende están implementando asesorías a estas mujeres para que tengan conocimiento de las formas de extracción y conservación de la leche materna y de este modo mantener el consumo exclusivo hasta los 6 meses y luego si implementar la alimentación complementaria.(Sáenz y Camacho, 2007)

Dimensiones de la variable práctica sobre la lactancia materna exclusiva.

Dimensión posición. El éxito y posterior satisfacción de lograr una adecuada lactancia materna depende en gran medida de que la posición al colocar el bebé sea la correcta: evitará que duela durante la succión y se produzcan grietas. Ante todo, la madre debe estar cómoda y tener al bebé lo más cerca posible (se recomienda estar “ombliigo con ombliigo” o “barriga con barriga”). (Coronado, 2015)

Independientemente de la postura adoptada, debe ser él o ella quien se acerque al pecho y no el pecho al bebé. Para conseguirlo, se le estimula rozando con el pezón su labio inferior, así abrirá la boca “de par en par”, sus labios deben abarcar no sólo el pezón sino también buena parte de la areola. Tanto el labio superior como el inferior deben estar abiertos para acoplarse en todo el contorno de la aréola formando un cinturón muscular, que haga micro masaje en la zona de los senos

lactíferos. El niño nunca debe chupar solo el pezón; este debe formar con laaréola un cono, que haga llegar la punta del pezón hasta el final del paladar duro. Si el niño chupa sólo del pezón no hará una extracción eficiente y provocará dolorosas grietas y fisuras en la madre. La areola debe entrar lo suficiente en la boca del niño como para que los senos lactíferos sean masajeados por la lengua, el labio y el movimiento de la mandíbula en la parte inferior y por el paladar, encía y labio en la superior. La estimulación adecuada de la areola y el pezón desencadena el reflejo de eyección y mantiene la producción de leche (Fernández et al., 2015). Si hiciera ruido al succionar significa que no se encuentra en la postura correcta.

Para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena práctica y técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón-areola, que se evidencia cuando: (Coronado, 2015)

La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada hacia atrás e idealmente un cojín sobre su falda, apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo, sosteniendo la mama con los dedos en forma de “C” (Morillo y Montero, 2010). Es importante que la madre no ponga los dedos en forma de tijera, ya que dificultan la extracción de leche de los senos lactíferos, e incluso impiden que el niño introduzca el pecho en su boca (Fernández et al., 2015).

La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Así su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (por que este queda a nivel del paladar blando) y no provoca dolor. El estímulo nervioso del pezón y de la areola, produce mediante un reflejo neuroendocrino la liberación en la hipófisis de la prolactina y de la oxitocina. La succión del bebé estimula las terminaciones nerviosas de la areola que pasan

el mensaje a la hipófisis que inmediatamente libera (en las células lactotropas del lóbulo anterior) la prolactina y posteriormente la oxitocina, la cual comprime la malla mioepitelial que envuelve a los alvéolos y permite la salida de la leche. (Coronado, 2015)

El niño enfrenta a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola. (Coronado, 2015)

Una buena posición al pecho es aquella en la que tanto la madre como y el niño están en una postura cómoda. El amamantar no duele y debe de ser algo placentero para ambos. Para que salga la leche se necesita la hormona oxitocina; la secreción de esta hormona va a estar influida, además de por la succión del bebé, por el estado de ánimo de la madre; es decir, que si la mujer está nerviosa, incómoda, se siente juzgada, triste o tiene dolor, la oxitocina dejará de producirse y, aunque haya leche, no saldrá fácilmente; por el contrario, si se siente apoyada, protegida y segura, la oxitocina se producirá y la leche fluirá (Aguayo et al., 2000).

Si se opta por estar en la cama, sobre todo los primeros días después del parto o tras una cesárea, hay que acostarse de lado apoyando sobre una almohada y/o cojín tanto la cabeza como el hombro. Se rodea al bebé con el brazo y girarlo hacia el pecho, elevar el brazo correspondiente al pecho hacia la cabeza de la madre y con el otro brazo dirigir su cuerpo hacia el de la madre: “ombiligo con ombligo” o “barriga frente a barriga”. Si está cansada se le recomendará relajarse durante la toma y disfrutar con su bebé. (Coronado, 2015)

Al dar de mamar sentada, se debe poner al bebé lo más cerca posible del pecho. La cabeza debe apoyarse en el antebrazo y no en el codo, para ello apoyar el brazo con el que se sostiene al bebé, sobre un

cojín (Asociación Española de Pediatría, 2009), sin tener que cargar con todo su peso durante la toma. Esto elimina la tensión de la espalda y los hombros (Guevara y Toledo, 2011). Se puede colocar los pies sobre un taburete o banqueta bajos para mayor comodidad; pero se debe colocar siempre el cuerpo del bebé frente al de la madre, de manera que la nariz quede a la altura del pezón y la cabeza sobre el antebrazo. En definitiva, la cara no debe estar “mirando al techo”, sino dirigida hacia el pecho materno: siempre la cara del bebé debe mirar el rostro de la madre y viceversa. (Coronado, 2015)

La posición es importante puesto que si no es la correcta, él bebe no va a succionar la cantidad de leche que necesita. El bebé debe estar cómodo, sin tener que esforzarse para llegar al pecho (Aguayo et al., 2000).

La adecuada posición de la madre se reconoce por:

Debe sostenerse al niño con la cabeza y cuerpo alineado. Todo su cuerpo tiene que estar casi en línea recta. Si la cabeza está flexionada hacia delante, no podrá tragar. Es conveniente que esté ligeramente inclinado hacia atrás, de forma que la barbilla presione el pecho de la madre. La boca debe quedar a la altura del pecho para que no tenga que tirar de él hacia abajo o hacia un lado (Aguayo et al., 2000).

Con el cuerpo del niño cerca del cuerpo de la madre (contacto barriga con barriga).

Sosteniendo todo el cuerpo del niño con el brazo.

La adecuada posición del bebé se reconoce por:

El bebé coge el pezón y gran parte de la areola mamaria.

Tiene la boca muy abierta.

Los labios están vueltos hacia afuera.

En los estudios con pHmetría la posición prona disminuye la cantidad de ácido del esófago en comparación con la posición supina. Sin embargo, el decúbito prono está asociado con una mayor incidencia de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) (Guevara y Toledo, 2011).

El riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante supera el beneficio de dormir boca abajo en el RN, por lo tanto, se recomienda la posición supina durante el sueño en la mayoría de los bebés desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad. (Coronado, 2015)

La posición decúbito dorsal es la recomendada, la elevación o no de la cabeza, es controversial. Se recomienda que la posición decúbito lateral derecho en las primeras horas post alimentación ayuda al vaciamiento gástrico y luego debiera cambiarse a decúbito lateral izquierdo para disminuir el reflujo. (Coronado, 2015)

Con respecto a la posición en lactancia materna exclusiva se tomaron los siguientes indicadores:

Bebé sostenido. Muchas madres necesitan ayuda para iniciar la lactancia materna. Otra mujer que haya amamantado con éxito o un familiar, un amigo o un miembro de un grupo femenino de apoyo al amamantamiento, puede ayudar a la madre a superar sus dudas y evitar las dificultades.

La forma en que la madre sostiene a su hijo y la manera en que el lactante succiona el pezón son muy importantes. Sostener al lactante en una buena posición facilita la forma en que éste toma el pecho con la boca y succiona de una forma adecuada. (Mercedes, 2014)

Cabeza y cuerpo alineados. El éxito de la lactancia materna depende en gran parte de si es correcta o no la posición del bebé al pecho. Si el bebé está bien colocado, el mecanismo de succión será el adecuado y el estímulo del pecho seguirá manteniendo la producción de leche materna. Sin embargo, una mala posición de vuestro hijo en el pecho, aunque pase inadvertida, puede derivar en multitud de problemas y complicaciones, como por ejemplo las grietas en el pezón, bloqueo del ducto, etc).

La cabeza del niño tiene que estar alineada con el pecho de la madre (si se encuentra más alta o más baja, obligará a que el recién nacido tenga que flexionar o girar el cuello para agarrarse adecuadamente) así como ligeramente extendida (hacia atrás); de esta forma se facilita el mecanismo de deglución. Cuando la cabeza está en posición neutra o flexionada, el bebé al igual que nosotros, no puede tragar bien (sería tan difícil como intentar beberse un vaso de agua con la cabeza flexionada hacia abajo). (Mercedes, 2014)

Mentón del bebé toca el pecho. Una vez colocado él bebe en el pecho se observa que el bebé está bien pegado, con los labios hacia fuera, y con la nariz y el mentón tocando tu pecho. El pezón debe estar más cerca de su labio superior que del inferior. (Mercedes, 2014)

Sujeción adecuada del bebé. Si el bebé está bien sujetado no se debe sentir molestias ni dolor en los pezones. La toma puede molestar los primeros días sobre todo al inicio, pero poco a poco el malestar va cediendo. Si aun así el agarre y la succión fuera muy dolorosa, lo más seguro es que la posición del bebe no sea la correcta. Introduce el dedo meñique en su boca por la comisura labial para romper el vacío de la boca con tu pecho y vuelve a colocarlo de nuevo para asegurarte que se encuentra bien colocado, observando si el dolor cede o persiste. (Mercedes, 2014)

Dimensión respuestas del bebé.

Cuando se toca o acaricia la boca o mejilla del bebé, este vuelve la cabeza y abre la boca para buscar la dirección de dicha caricia.

Este reflejo ayuda al bebé a buscar el pecho de la madre para alimentarse y cuanto más hambriento esté el bebé, más fuerte es el reflejo. (Mercedes, 2014)

Busca el pecho. Cuando un bebé activa el reflejo de búsqueda (se produce al rozar sus mejillas o sus labios con cualquier objeto) ocurre lo siguiente:

La lengua se sitúa encima de la encía inferior.

La lengua sale por encima de la encía.

La lengua se comba formando una U.

El maxilar inferior se eleva y dirige la areola y el pezón hacia unos milímetros más adelante del punto en el que se unen el paladar duro y el blando (punto S).

Las succiones cortas y repetitivas activan el reflejo de eyección de la leche.

Movimiento de búsqueda. Los reflejos de búsqueda y de succión ayudan al recién nacido a obtener alimento. El reflejo de búsqueda hace que el lactante se oriente automáticamente en la dirección de la fuente alimenticia, se trate del pecho materno o del biberón. Es posible que se logre desencadenar esta respuesta si se acaricia suavemente con la mano partes de la mejilla del bebé próximas a la boca. Él se girará hacia esa dirección, con la boca abierta, dispuesto a succionar. Si coloca un objeto, como el pecho o la tetina del biberón, en la boca del bebé, él empezará a succionar automáticamente. (Mercedes, 2014)

Eyección de la leche. Durante las primeras fases de la lactancia, la cantidad de prolactina es proporcional a la estimulación del pezón. La prolactina se libera de la hipófisis anterior. El estímulo del pezón produce, por vía de un reflejo neuro-hormonal la liberación de prolactina. La inervación del pezón y la areola es abundante, dando a esta zona una gran sensibilidad. El estímulo producido llega al hipotálamo, pasa a la hipófisis que libera prolactina la cual, vía sanguínea, alcanza las células del alvéolo mamario produciéndose la secreción de leche. La succión del pezón produce una elevación de prolactina con un pico entre los 20 y 40 minutos después de iniciado el estímulo. Alrededor de 30

minutos de lactancia pueden producir un aumento de los niveles plasmáticos de prolactina por 3 ó 4 hs. Por esta razón es necesaria la lactancia frecuente para mantener buenos niveles de prolactina en sangre. (Mercedes, 2014)

Dimensión vínculo afectivo. En las dos últimas décadas una buena parte de la investigación se ha centrado en desentrañar los mecanismos químicos, neurológicos y hormonales que facilitan el vínculo entre el bebé y su madre desde el parto, este campo se llama neurobiología del apego. (Olza, 2008)

Así se va avanzando en la comprensión de ese delicado engranaje que se inicia nada más nacer el bebé o incluso antes. Sabemos ahora que los bebés reconocen a sus madres desde el mismo momento del nacimiento gracias al olfato (y que por ello es importante no lavarles nada más nacer, ya que reconocen a su madre por el olor a líquido amniótico) y que prefieren escuchar su voz a cualquier otro sonido. Cuando nacen vaginalmente los bebés están en estado de alerta y esperan ser dejados sobre el vientre de su madre piel con piel. Desde ahí saben perfectamente cómo llegar hasta su pecho y como iniciar la lactancia en las dos primeras horas de vida. Pero es que además nada más nacer el cerebro del niño y el de la madre están bañados en un mar de hormonas que afectan profundamente al vínculo y que en un futuro jugarán un papel en todas las relaciones sociales que establezca el bebé conforme crezca. (Olza, 2008)

Así la oxitocina, también conocida como “hormona del amor” hace que la madre sienta un enamoramiento de su bebé que le facilitará enormemente el cuidarle durante los primeros años de vida y en el cerebro del bebé hace que ese amor materno sea recíproco. La vasopresina que es una hormona muy relacionada con la oxitocina también está en juego y al parecer interviene igualmente en el desarrollo del vínculo que marcará las futuras relaciones sociales e incluso sexuales. Otra hormona, la prolactina, empieza entonces su labor permitiendo la producción de leche y haciendo que para la madre la lactancia sea algo espontáneo, relajante y sencillo. Otras sustancias

como las endorfinas que también se producen durante el trabajo de parto van a hacer que ese primer encuentro sea muy placentero para los dos y que por decirlo de alguna manera madre y bebé se enganchen de la mejor manera posible. (Olza, 2008)

De la misma manera que se va avanzando en el conocimiento neuroquímico de cómo se establece el vínculo cada vez es mayor la evidencia de que alterar ese equilibrio hormonal de la madre mediante sustancias como la oxitocina sintética en el parto o del bebé mediante la separación puede alterar de por vida el desarrollo cerebral del bebé. La separación de la madre supone un estrés enorme para el bebé, que hace todo lo posible por reunirse con su ella mediante el llanto. Si pasado un tiempo prudencial no consigue reunirse con ella el bebé deja de llorar: esto no significa que esté bien sino todo lo contrario, su cerebro siente que su vida corre peligro y decide pasar a un modo de “ahorro energético” por decirlo de alguna manera que tiene mucho que ver con la vivencia de la desesperación. (Olza, 2008)

Son numerosos los estudios que han comprobado como ese enorme estrés que supone ser separado de la madre en las primeras horas de vida afecta el neurodesarrollo: al llorar el bebé produce niveles altísimos de cortisol que pueden ser dañinos para su propio cerebro. En los estudios realizados con ratas y monos se ha comprobado cómo esto afecta al desarrollo de partes del cerebro cruciales para la conducta social y afectiva como son el hipocampo o la amígdala. (Olza, 2008)

Los estudios en humanos han demostrado que igual que el cortisol (la hormona que se produce cuando estamos estresados) que libera la embarazada estresada daña al bebé también se sabe que en esas primeras horas y días de vida el estrés del bebé por la separación puede llegar a ser muy neurotóxico. Los estudios realizados con niños adoptados también arrojan cierta luz sobre las consecuencias que esa separación temprana acarrea en el desarrollo neurológico. (Olza, 2008)

Con respecto al vínculo efectivo en la lactancia materna exclusiva se tomaron los siguientes indicadores:

Abrazo seguro y confiado. En la mayoría de los casos, los y las bebés crean vínculos de apego seguros con sus madres y con sus padres, así como con el resto de las personas que cuidan de ellos de forma habitual. En el apego seguro se dan relaciones confiadas en las que él o la bebé sabe que siempre cuenta con adultos disponibles, sensibles a sus necesidades y eficaces para atenderlas con cariño. (Mercedes, 2014)

Mirar y acariciar. Es importante mirar al bebé, hablarle con un tono de voz suave, sonreírle, acariciarle, abrazarle y mirarle a los ojos. El bebé se da cuenta de cuánto siente su madre por él al mirarle a ella. Alimentarse y mirar el rostro de la madre les permite crear esa relación de unidad en donde la madre le refleja lo que él le significa. La mirada que tiene lugar como parte de la función materna es el primer espejo en donde el niño empieza a diferenciarse y a reaccionar ante el otro, pues se percata de la respuesta que genera su presencia en el otro; de ahí la importancia de retribuir los constantes gestos, movimientos y sonidos que emite el pequeño, pues es el momento que se empieza a descubrir como persona. (Mercedes, 2014)

Dimensión anatomía. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

La glándula mamaria se encuentra localizada en la pared torácica anterior entre la segunda y la sexta costilla. Su tamaño y forma varía según las características individuales, genéticas y raciales y, en la misma mujer, de acuerdo a la edad y la paridad.

Con respecto a la anatomía se tomaron los siguientes indicadores.

Aspecto externo. El tamaño y la forma de la mama son muy variables. Dependen del contenido en tejido graso y conectivo, por

lo que hay poca relación entre el tamaño de las mamas y la capacidad para producir leche. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

El pezón. Facilita el acoplamiento de la boca del niño con la mama, hace de esfínter de los conductos glandulares y es el origen de estímulos sensoriales que activan secreciones hormonales. Está formado por tejido muscular liso, numerosas anastomosis arteriovenosas y gran cantidad de terminaciones nerviosas sensitivas y motoras. Lo atraviesan las porciones distales de los conductos galactóforos y está cubierto por una piel gruesa y rugosa. El estímulo del pezón provoca contracción muscular y éstasis venoso; los pezones se vuelven más pequeños, firmes y prominentes. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

Fuera de la succión, el tejido muscular del pezón ejerce de esfínter para evitar el goteo continuo de leche. Durante la succión, aproxima los conductos galactóforos entre sí y acorta su longitud por delante del seno galactóforo, con objeto de que resulten más fáciles de vaciar al ser exprimidos por la lengua. La compleja disposición de las fibras musculares formando anillos y haces tangenciales desde el pezón hasta la aréola es específica para esta misión. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

Hay grandes diferencias en la forma y tamaño de los pezones de las mujeres, así como en la piel que los cubre. Algunos plantean dificultades para iniciar la lactancia, pero si las madres son advertidas durante el embarazo, afrontan mejor el problema tras el parto. El pezón más favorable a la lactancia, y el más frecuente, es blando en reposo y tiene poco más de un centímetro de altura y de anchura. Es bastante frecuente que el pezón resulte poco prominente, dando la sensación de pezón plano, pero que tome forma y sobresalga fácilmente al ser estimulado. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

Los pezones muy anchos o muy largos pueden ser difíciles de introducir si la boca del niño es pequeña, y también pueden

causar problemas los que resultan muy duros por tener mucho tejido muscular. Cuando se inicia la succión, el dolor de los pezones es un problema frecuente. A partir de la pubertad la sensibilidad del pezón guarda relación con el nivel de estrógenos. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

Durante el embarazo es poco sensible al tacto y al dolor, debido a los altos niveles de estrógenos. En las 24 horas siguientes al parto la sensibilidad aumenta llamativamente, aunque la mujer no amamante, para activar el mecanismo de liberación de oxitocina y prolactina. El tratamiento con estrógenos disminuye la sensibilidad y frena la liberación de estas hormonas. Aparte del nivel de estrógenos, el dolor de las primeras tetadas se ha relacionado con la succión en vacío de los conductos galactóforos, la congestión vascular de la zona y la compresión brusca de un pezón en erección.

Muchas madres encuentran alivio “ablandando” los pezones con sus dedos unos minutos antes de la toma, ordeñando un poco de leche para descomprimir, o alternando calor y frío local antes de la toma. Estas molestias ceden en pocos días. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

La aréola. Es la porción de piel que rodea al pezón. Es de color oscuro, como el pezón y se oscurece más durante el embarazo. Tiene gran cantidad de células sudoríparas y sebáceas pero no tiene pelo. Las glándulas sebáceas de la aréola son voluminosas, resaltan como pequeños granos en la superficie y segregan una sustancia que lubrica y protege la piel del pezón y la aréola durante la lactancia. Se les llama tubérculos de Montgomery o de Morgani. No es infrecuente que un conducto galactóforo atraviese una glándula sebácea desembocando en un conducto común para ambas, haciéndose muy prominente bajo la piel. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

Interior de la mama. El tejido glandular de la mama está formado por gran número de alvéolos, en los que se elabora la leche y un sistema de conductos, que la conduce hacia el exterior. Los conductos son inicialmente de pequeño calibre (conductos terminales, 0,2 mm), y van confluyendo en otros cada vez más gruesos (subsegmentarios, segmentarios y colectores). A la altura de la aréola los conductos alcanzan su mayor calibre, entre 2 y 4 mm (conductos galactóforos). Antes de atravesar el pezón se dilatan aún más formando los senos galactóforos, y luego se hacen más estrechos hasta salir al exterior por orificios de alrededor de 0,5 mm, en número de 8 a 12. A lo largo de todos los conductos hay fibras musculares mioepiteliales que provocan acortamiento y estiramiento durante la succión para favorecer la progresión de la leche hacia el pezón. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

Los alvéolos y conductos que drenan a un mismo conducto galactóforo forman un lóbulo. En cada mama se estima que hay entre 15 y 25 lóbulos, aunque en el trayecto a través del pezón varios conductos confluyen en los 8-12 que finalmente se abren al exterior. La disposición anatómica de las ramificaciones de los conductos (ángulo de la bifurcación), la presión de alvéolos adyacentes o de reacciones inflamatorias locales puede influir en que algunos segmentos de la mama tengan más dificultades para vaciarse y puedan provocar en algunas madres cuadros de retención de leche recurrentes, o incluso mastitis de repetición. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

El aumento de presión intraalveolar de los segmentos bloqueados termina por inducir la involución de esas zonas, resolviendo el problema. Desde las primeras semanas del embarazo la mama se prepara para lactar. El aumento de tamaño durante el embarazo depende sobre todo de crecimiento del árbol de conductos. La porción distal de cada conducto crece y se ramifica, desplazando al tejido adiposo. El ritmo de ramificación va disminuyendo según avanza el embarazo, al tiempo que los

fondos de saco de cada conductillo se diferencian en alvéolos, modificando el epitelio típico de los conductos por el epitelio secretor. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

El extremo final de los conductos se organiza en unidades lobulillares, formadas por un ramillete de alvéolos que vacían su producción en un conducto terminal. Rodeando estas unidades hay una importante red capilar, con abundantes células plasmáticas que aportarán a la leche inmunoglobulinas. A partir del 5º-6º mes el aumento de tamaño depende del inicio de función de las células alveolares y del acúmulo de secreción en los alvéolos y conductos. La mama está preparada para fabricar leche y de hecho se pueden detectar pequeñas cantidades de lactosa y alfa, lactoalbúmina en sangre y orina. A esta etapa se la denomina lactogénesis I. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

Dimensión succión. Independientemente de la forma y tamaño de la mama o del pezón, lo realmente importante es que se produzca el acoplamiento correcto con la boca del niño para que la succión resulte efectiva. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

El término succión es confuso, porque hace pensar que la leche se obtiene sólo por aspiración, mientras que en realidad se necesitan además otros dos mecanismos: la expresión de los alvéolos por la musculatura que los envuelve, y el ordeño que realiza la lengua del niño. Al tratarse de fibras lisas, la contracción muscular es involuntaria; depende de la liberación de oxitocina y es imprescindible para crear un gradiente de presión que empuje la leche hacia los conductos más distales. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

En cuanto al ordeño, es importante que una buena porción de la mama entre dentro de la boca. La lengua presiona la mama contra el paladar al tiempo que hace un movimiento de adelante hacia atrás con la punta de la lengua. Este movimiento de expresión complementado con otro de aspiración consigue vaciar la leche de los senos y conductos galactóforos, disminuyendo la presión en la parte final del sistema y

favoreciendo el avance de la leche desde los alvéolos hacia el pezón. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

Si el niño introduce solamente el pezón en la boca, no podrá ordeñar con su lengua los senos lactíferos, y la succión perderá eficacia porque aprovechará sólo la aspiración. Este es el motivo de que los pezones muy grandes puedan resultar más problemáticos que los planos. Puesto que el mayor trabajo lo realizan la lengua y la mandíbula, la boca de un lactante que succiona bien parecerá estar colocada de forma asimétrica respecto a la aréola de la madre, es decir, habrá una mayor porción de aréola visible por encima del labio superior que por debajo del inferior. También es importante la posición de la cabeza del niño respecto al pecho. Si el niño se ve forzado a rotar su cabeza hacia el pecho, no podrá llevar a cabo una succión correcta, verá dificultada la deglución y estirará del pezón de la madre provocando la aparición de grietas. Lo mismo ocurrirá si ha de flexionar o extender la cabeza en exceso. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

Un error frecuente es empujar la cabeza del niño desde atrás, para forzarle a que se aproxime al pecho. Generalmente el niño responde estirando el cuello hacia atrás, y alejándose del pecho. Empujar la mejilla del niño con la misma intención también puede provocar el giro de la cabeza del niño hacia el dedo que empuja, lo contrario de lo que se pretende. (Comité de Lactancia AEP, 2004)

Con respecto a la succión sobre lactancia materna exclusiva se tomaron los siguientes indicadores:

Posición correcta de labios. La succión correcta es aquella que permite al bebé alimentarse de forma óptima y eficaz sin dañar al pecho ni provocar ningún tipo de molestias a la madre. Bien al contrario, la experiencia es agradable y placentera para ambos. (Mercedes, 2014)

Existen muchísimas posiciones, todas ellas válidas, e incluso recomendables, ya que combinarlas permite vaciar

correctamente todos los conductos, y evitar la posible aparición de mastitis. Para valorar si la posición es correcta, nos podemos guiar de lo siguiente:

La cabeza y el cuerpo del bebé están en línea recta. La cara del bebé mira hacia el pecho. La madre mantiene el cuerpo del bebé cerca de ella. Si el bebé es un recién nacido, la madre lo envuelve en un abrazo. No lo sujeta solamente de la cabeza y los hombros. *Se ve u oye como traga.* Traga aire y hace ruido al tragar. Cuando se oye que traga aire, la succión no es la adecuada y puede estar ejerciendo daño sobre el tejido del pezón, pudiendo llegar a provocar grietas en el pezón. (Mercedes, 2014)

Lenta, profunda, con pausas. Una vez que el bebé se ha enganchado de forma correcta, suelen empezar con un ritmo de succión rápido para estimular la salida de la leche. A continuación, cuando la leche está saliendo, cambian a una succión más lenta y profunda. El bebé va controlando el flujo de leche con una acción instintiva que incluye la succión, la deglución y la respiración; de esta forma es capaz de marcar su propio ritmo y solo succiona y traga cuando quiere. (Mercedes, 2014)

2.1.3 Teoría de enfermería

Teoría de Nola Pender: “Modelo de Promoción de la Salud”

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. (Marriner, 2014)

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables. (Marriner, 2014)

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. (Marriner, 2014)

“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (Marriner, 2014)

Meta paradigmas (Marriner, 2014)

Persona. Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Salud. Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Entorno. No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptúales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería. El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Teoría de Kathryn e. Barnard: “Modelo de interacción padre-hijo”

Teórica de la enfermería que desarrolló el modelo de interacción para la valoración de la salud infantil. Su modelo y su teoría fueron el resultado del proyecto de valoración de enfermería infantil. Barnard cree que el sistema padres-lactante está influido por las características de cada uno de los miembros. Estas características se modifican para satisfacer las necesidades del sistema mediante un comportamiento adaptativo. La interacción entre el padre (o el cuidador) y el niño se describen en el Modelo de Barnard mediante cinco señales y actividades: (León, 2013)

La claridad del lactante en la emisión de señales

La reactividad del lactante a los padres

La sensibilidad de los padres a las señales del lactante,

La capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante.

Las actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres.

Un aspecto importante en las afirmaciones teóricas de Barnard es que la enfermera proporciona sobre todo apoyo a la sensibilidad y a la respuesta de la madre a los signos de su hijo, en lugar de intentar cambiar sus características y estilo de cuidados maternos. (León, 2013)

Meta paradigmas (León, 2013)

Persona. Cuando Barnard describe a una persona o a un ser humano, habla de la capacidad de participar en una interacción en la que ambas partes del dúo aportan cualidades, habilidades y respuestas que afectan a la interacción. Este término incluye a los bebés, a los niños y a los adultos.

Salud. La salud es un estado dinámico del ser en el que el potencial de desarrollo y el potencial conductual de un individuo se realizan hasta el

mayor número posible. Para la finalidad de este documento, la salud se observa como un continuo que va de la enfermedad al bienestar. Cada ser posee fuerzas y limitaciones que proceden de la interacción de los factores ambientales y hereditarios. El dominio relativo de las fuerzas y limitaciones determinan el lugar del individuo en el continuo bienestar – enfermedad.

Entorno. El entorno es un aspecto esencial de la teoría de Barnard. Básicamente el entorno incluye todas las experiencias con las que el niño se encuentra: gente, objetos, lugares, sonidos, sensaciones visuales y táctiles. El entorno incluye: recursos sociales y financieros, otras personas y una adecuación del hogar y la comunidad, así como todas las cualidades que afectan también al cuidador.

Teoría De Ramona Mercer: Adopción del Papel Maternal

Realiza su enfoque en la maternidad, considera la adopción del papel maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo. (Marriner, 2014)

La forma en que la madre define y percibe los acontecimientos está determinada por un núcleo del sí mismo relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influidas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo. (Marriner, 2014)

Meta paradigmas: (Marriner, 2014)

Persona. Se refiere al “sí mismo”. A través de la individualización maternal una mujer puede alcanzar de nuevo su propia condición de persona.

Salud. La define como la percepción por parte del padre y de la madre de su salud previa.

Entorno. No lo define. Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.

Enfermería. Se refiera a ella como una ciencia que está evolucionando desde una adolescencia turbulenta a la edad adulta. Las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la gestante durante toda la maternidad.

2.2.- Estudios Previos

A continuación, se presentan algunos estudios relacionados al tema de investigación:

2.2.1 Nacionales.

Cuentas y Quispe (2015), estudiaron los “Conocimientos y Actitudes hacia la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes con niños de 0 - 6 meses que acuden al Puesto de Salud Canchi Grande, Juliaca 2015”, Juliaca. Cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre conocimientos y actitudes. El tipo de estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal, la técnica fue la entrevista y los instrumentos fueron una encuesta y escala de Likert. Concluyendo que la mayoría de las madres adolescentes tienen un conocimiento considerable de 88.5% de medio y bajo, respecto a la lactancia materna relacionado a que no conoce cómo debe ser la alimentación del lactante, así como la utilización de la extracción de leche en situaciones de ausencia de la madre Y nivel de actitud la mayoría es de 92.3% tienen una actitud medianamente favorable a desfavorable ya que considera que en los 6

primeros meses su bebe debe ser alimentado solo con leche materna desde para ser sano, fuerte e inteligente, transmitiendo amor seguridad y afecto Esto se puede explicar a que la actitud también se ve la influencia por la personalidad y el entorno en que se encuentra la madre.

Coronado y Vásquez (2015), investigaron el “Conocimiento sobre lactancia materna y prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes”, Lima. Cuyo objetivo es describir el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna de madres puérperas adolescentes y prácticas de amamantamiento en el Hospital Nacional Docente Madre niño “San Bartolomé”, cuyo diseño es de tipo descriptivo simple de corte transversal, para lo cual aplicaron un cuestionario y una guía de observación a 107 madres puérperas adolescentes. Concluyendo que el nivel de conocimientos de las madres puérperas adolescentes fue el nivel medio, siendo la más afectada la dimensión beneficios, y las prácticas de amamantamiento fueron de regular a deficiente, siendo la más afectada la dimensión posición.

García (2015), estudió el “Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, Lima Enero 2015”, Lima. Cuyo objetivo era evaluar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. El tipo de estudio fue descriptivo, con una muestra de 60 madres. Para la recolección de datos se realizó una entrevista y se aplicó un cuestionario, concluyendo que hay un alto porcentaje de madres presentó un nivel bajo de conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes.

Palacios (2012), investigó los “Conocimientos y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al Centro de Salud Coishco Áncash, 2012”, Ancash. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos en relación con el nivel de prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas. La investigación fue de tipo cuantitativo, de

nivel descriptivo y correlacional de corte transversal, se utilizó como técnica la entrevista y la observación aplicando dos instrumentos: un cuestionario de nivel de conocimiento y otro de nivel de práctica sobre lactancia materna exclusiva en una muestra de 64 madres primíparas. Concluyendo, que el mayor porcentaje de nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las madres primíparas fue regular y las prácticas fueron adecuadas. Aplicando la prueba estadística Chi cuadrado, se demostró una alta significancia estadística $p < 0,05$ y relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica de lactancia materna exclusiva en las madres primíparas que acuden al centro de salud de Coishco, lo que comprueba la hipótesis.

León (2013), estudió el “Conocimiento de Madres Primíparas sobre Lactancia Materna Exclusiva – Centro de Salud Villa San Luis 2012”, Lima. Cuyo objetivo fue determinar el conocimiento de las madres primíparas sobre lactancia materna exclusiva. El estudio fue descriptivo de corte transversal, con una población de 50 madres primíparas, los datos fueron recolectados teniendo como instrumento un cuestionario estructurado. Concluyendo que las madres primíparas tienen un nivel de conocimiento medio respecto a la lactancia materna exclusiva.

Mejía, *et al.* (2012) realizó un estudio titulada “Actitudes y prácticas sobre lactancia materna en puérperas de un hospital público de Lima, Perú”. Objetivo: Determinar las actitudes y prácticas sobre lactancia en puérperas y sus factores socio-perinatales asociados. Métodos: Estudio transversal analítico desarrollado entre octubre y diciembre del 2012. Se utilizó un cuestionario previamente validado de respuesta nominal, auto-aplicada con preguntas de opción múltiple sobre actitudes y prácticas de la lactancia materna. Se obtuvo una muestra no probabilística de las mujeres en la unidad obstétrica del Hospital Nacional María Auxiliadora. Se usó la regresión lineal para el análisis bi y multivariado, obteniendo los coeficientes crudos y ajustados con sus intervalos de confianza al 95%. Resultados: participaron 256 puérperas, la mediana de edades fue de 24,5 años (rango 18-46 años), el 25% tuvieron 7 buenas respuestas de las 20 planteadas. Se encontró una correlación positiva entre mayor número de respuestas correctas y las variables

de edad ($p=0,002$, Coeficiente: 0,1), número de controles prenatales ($p=0,031$, Coeficiente: 0,1) y una correlación negativa con la información recibida por otra persona que no es profesional de la salud ($p=0,033$, Coeficiente:-1,2). Conclusiones: Existe una asociación entre las actitudes y prácticas sobre lactancia materna según algunos factores socio-perinatales, siendo esto importante para la planificación de programas de capacitación. Estos resultados coinciden con otras investigaciones que demuestran que hay un incremento de conocimiento a mayor experiencia de la gestante.

2.2.2. Internacionales.

Cavalcante, *et al.* (2015), estudiaron los “Conocimientos y actitudes de primíparas cesareadas sobre beneficios de la lactancia”, Brasil. Cuyo objetivo fue analizar el conocimiento de las mujeres acerca de la lactancia materna, en el período posparto. El estudio fue de tipo descriptivo, con abordaje cualitativo. La muestra consistió en 46 puérperas, en el período posparto. Para la recopilación de datos, fue utilizado un cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas acerca del conocimiento de las madres en la etapa posparto en lactancia materna. Las conclusiones a las que llegaron es que, es necesario promocionar un mejor acceso a las directrices, así como un mejor acceso de las madres hacia los conocimientos básicos sobre la lactancia materna, implementar nuevas políticas de salud sobre Lactancia Materna Exclusiva, para que sean más eficaces.

Borre, *et al.* (2014) realizó una investigación titulada “Lactancia materna exclusiva”, Colombia. El objetivo del presente estudio fue identificar si las madres de una localidad determinada de Santa Marta, conocían los beneficios y consecuencias de la lactancia materna exclusiva. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, Población se encuestaron 90 madres que acudieron al Centro de Salud seleccionadas por muestreo intencional, no probabilístico. Se preservaron aspectos éticos y metodológicos que dieran cuenta del rigor científico correspondiente. Resultados: De las 90 madres encuestadas, el 51% tiene edades entre 15 a 25 años, el 30% entre 26 a 35 años, y el 19% son mayores de 35 años. El 85.6% posee conocimientos

adecuados sobre lactancia materna exclusiva. El 48.9% conoce la técnica de amamantamiento adecuada, mientras que el 51.1% restante no tiene idea de ello. Discusión: Los resultados del presente estudio guardan relación con estudios similares realizados a nivel nacional e internacional, los cuales muestran que aunque la LM es un factor fundamental para el adecuado desarrollo de la primera infancia, infancia y adolescencia, requiere que las madres estén más educadas y mejor informadas. Conclusiones: Las madres continúan mostrando altos índices de desinformación con respecto a la lactancia materna. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas de educación, que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes; específicamente, a primigestantes y adolescentes.

Gerónimo y *et al.* (2014), investigaron el “Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel”, México. Cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos, actitudes y práctica sobre lactancia materna, en las mujeres en periodo posparto que asisten a la consulta externa en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer (HRAEM). El estudio fue cuantitativo, descriptivo y corte transversal, la muestra quedó conformada por 300 mujeres en periodo posparto, concluyendo que la lactancia materna se encontró como una práctica apropiada a pesar del nivel regular en conocimiento de las mujeres en periodo posparto, reportando un deseo favorable para amamantar a sus hijos.

Pahura (2013), realizó la “Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de 6 meses”. Argentina. Cuyo objetivo fue investigar el conocimiento de madres adolescentes, de 14 a 19 años, que acuden al Hospital San José de Pergamino, Buenos Aires, sobre las ventajas de brindar a sus hijos lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial, durante los primeros 6 meses de vida, para lo cual se realizó una encuesta, La metodología del presente estudio fue de tipo observacional, concluyendo que las madres adolescentes que alimentan exclusivamente con lactancia materna a sus hijos, han sido quienes tuvieron un embarazo deseado,

y aquellas que recibieron información sobre los beneficios de brindar lactancia materna exclusiva.

De la Paz (2013) realizó una investigación titulada “Lactancia Materna. Comportamiento según algunos factores de interés epidemiológico en menores de un año”, Cuba. Objetivo: evaluar el comportamiento de la lactancia materna según algunas variables de interés epidemiológico en menores de un año del Consejo Popular Yara Norte. Policlínico “Luis E. de la Paz” de Yara, en el período comprendido entre los años 2013-2014. Método: se realizó una investigación epidemiológica, de tipo descriptiva y retrospectiva. Se aplicó un programa educativo sustentado en la aplicación de un programa de Alfabetización Informacional. Las variables fueron: análisis de la información, alfabetización informacional. Diseño de la investigación, selección y asignación. Cada una de las pacientes atendidas en las cuales se identificaron los criterios de inclusión, fueron informadas sobre las características del estudio, las pacientes que los cumplían, eran incluidos, evaluándose con ellos las características del trabajo que pudieron inducir a confusión Población Resultados: entre los resultados más relevantes se destacan, que las madres de 25- 29 años, trabajadoras y con nivel escolar pre- universitario, fueron las que aportaron mayor número de casos de niños, con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, predominaron las madres que no tenían leche suficiente como causa más frecuente de abandono precoz de la lactancia materna y se evidenció que el buen funcionamiento familiar favorece la duración de la lactancia materna, pues las familias clasificadas como funcionales y moderadamente funcionales, lograron más del 70% de los casos con mayor duración de la misma. Conclusiones: se demostró la realización de estudios analíticos para profundizar en los factores que influyen en la duración de la lactancia materna, a partir de las variables evaluadas en el presente estudio y lograr una estrategia educativa dirigida a todas las embarazadas, teniendo como punto de partida, los resultados de esta investigación.

Rodríguez (2013) realizó una investigación titulada “Lactancia materna desde la perspectiva en madres adolescentes”, Colombia. Objetivo: Caracterizar la experiencia de lactancia materna en adolescentes en período de lactancia, e identificar aspectos positivos, limitaciones y necesidades sentidas desde su propia perspectiva Materiales y métodos. Se trata de un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Se hicieron 24 entrevistas y se conformaron tres grupos de mujeres adolescentes en diferentes períodos postparto. La información se recolectó en Bogotá con mujeres que participaban en un programa de la Secretaría Distrital de Integración Social. El proceso de sistematización se desarrolló paralelamente con el proceso de análisis. Este proceso comprendió las relaciones entre categorías y las redes que se forman entre ellas Resultados. Las adolescentes no alimentan sus hijos con lactancia materna exclusivamente y refieren varias dificultades en el acto de lactar. La alimentación complementaria incluye alimentos no naturales. La maternidad y la lactancia no son acordes con la percepción de ser adolescente Conclusiones. Las adolescentes reconocen los beneficios que ofrece la lactancia materna para sus hijos y para ellas; sin embargo, su experiencia de lactancia materna difiere de las recomendaciones para lograr una lactancia materna exclusiva y una alimentación complementaria saludable. Entre las causas identificadas, sobresale la ausencia de acompañamiento acertado y oportuno.

2.3.- Marco Conceptual

Amamantamiento: Es el procedimiento que realiza la madre, que tiene como fin que el bebé pueda extraer la leche del seno materno para aprovechar sus beneficios.

Calostro: Líquido blanco-amarillento producido por las mamas en los primeros días después del nacimiento.

Componentes de la Leche Materna: Contiene 70 Kcal/100 ml. Su volumen promedio es de 700 ml/día en los 6 primeros meses postparto, descendiendo a

unos 500 ml/día en el 2º semestre. Sus principales componentes son: proteínas, minerales, hidratos de carbono, grasas, agua y vitaminas.

Congestión del seno: Sobrecarga de la glándula mamaria, que se presenta con la bajada de leche, debido a la gran cantidad de leche en el tejido glandular.

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

Destete: Paso de la lactancia materna exclusiva a la complementación con otros alimentos. Suele iniciarse gradualmente a partir del sexto mes.

Dolor de pezones: Sensación desagradable de intensidad variable que se percibe en el pezón por agresión leve o intensa sobre él.

Extracción manual: Maniobras por medio de las cuales se activa el reflejo expulsor de la leche materna.

Inicio precoz: Amamantamiento o lactancia, que se realiza en la primera media hora después del nacimiento.

Lactancia a demanda: dar de lactar cada vez que el niño la solicite.

Lactancia materna: La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

Lactancia Materna Exclusiva (LME): Significa que el lactante reciba únicamente leche materna y no se le debe dar ningún otro alimento o bebida que no sea la leche materna durante los primeros meses de vida.

Lactosa: Azúcar de la leche, disacárido cristalino que existe en la leche (4-7%). por hidrólisis se desdobra en sus componentes galactosa y glucosa.

Leche del final de la mamada: Leche que contiene más grasa, por tanto es rica en calorías y hace que el niño aumente de peso.

Leche demanda: Petición de amamantar que hace el recién nacido de acuerdo a sus necesidades, sin tener en cuenta horarios tanto de día como de noche.

Mala técnica: Colocación incorrecta del niño al seno.

Pezón invertido: Protrusión hacia adentro, por debajo del nivel de la piel del pezón, que por más que se trate de exteriorizar retorna nuevamente a su posición anormal.

Práctica de la lactancia materna: Respuesta expresada de la madre sobre la forma como ella otorga la lactancia materna al niño.

Producción de leche: Proceso mediante el cual el organismo humano, respondiendo a estímulos físicos (succión) y hormonales (oxitocina y prolactina), elabora final que es la leche materna.

Reflejo de eyeción: Acción mediante la cual la leche es expulsada de la glándula mamaria, por acción de la hormona oxitocina, producida en la neurohipófisis y que se es sensible al estado anímico de la madre.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.- Formulación de Hipótesis

3.1.1.- Hipótesis General

Existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

3.1.2.- Hipótesis Específicas

Existe relación significativa entre nociones básicas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Existe relación significativa entre importancia y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Existe relación significativa entre beneficios y ventajas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

3.2.- Identificación de Variables

3.2.1.- Clasificación de Variables

Variable Independiente (x)	Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva
Variable Dependiente (y)	Práctica de la lactancia materna exclusiva

3.2.2.- Definición Conceptual de variables

Variable Independiente (x): Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva

Es la información que tiene la madre sobre las generalidades de la lactancia materna adquirida por fuentes empíricas. (Vásquez, 2012)

Variable Dependiente (y): Prácticas de lactancia materna exclusiva

La práctica es definida como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad o destreza. La práctica son el comportamiento, conducta procedimientos, reacciones, es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que el participa. (Vásquez, 2012)

3.2.3.- Operacionalización de las variables:

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Variable independiente: Conocimientos sobre lactancia materna.	Nociones básicas	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la lactancia materna • Frecuencia de lactancia materna • Edad límite de lactancia materna • Primera leche del seno materno
	Importancia	<ul style="list-style-type: none"> • Único hasta los 6 meses de edad. • Da protección y defensa • Aporta cantidad y calidad de nutrientes • Vínculo madre e hijo
	Beneficios y ventajas	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento adecuado • Fortalecimiento de vínculo afectivo. • Disminución del riesgo de enfermedad. • Disminución del riesgo de cáncer de mama y cáncer de ovarios. • Reducción de hemorragia posparto, anemia. • Económico.
Variable dependiente: Práctica de la lactancia materna exclusiva	Posición	<ul style="list-style-type: none"> • Bebé sostenido • Cabeza y cuerpo alineados • Mentón del bebé toca el pecho • Sujeción adecuada del bebé
	Respuestas del bebé	<ul style="list-style-type: none"> • Busca el pecho • Movimientos de búsqueda • Explora el pecho • Mama tranquilo y despierto • Se mantiene en el pecho • Eyección de la leche (goteo, chorros)
	Vínculo afectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Abrazo seguro y confiado • Madre le mira a la cara • Madre le acaricia
	Anatomía	<ul style="list-style-type: none"> • Pechos blandos después de la toma • Pezones salientes, protráctiles • Piel de aspecto sano • Pecho redondeado durante la toma
	Succión	<ul style="list-style-type: none"> • Colocación de la boca • Posición correcta de labios • Lengua rodea al pecho • Mejillas redondeadas • Se ve u oye cómo traga. • Lenta, profunda, con pausas

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

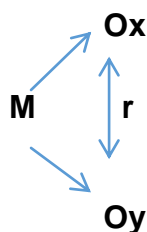
4.1.- Descripción del Método y Diseño

Método: El presente estudio seleccionado para la investigación fue descriptivo y transversal. (Bernal, 2007)

Descriptivo; porque, se describieron las variables tal como se presentan en la realidad. (Bernal, 2007)

Diseño: El diseño que se utilizó en la presente investigación es el correlacional que busca definir la relación entre las variables de estudio.

En este sentido responde al siguiente Esquema:



Dónde:

M = Muestra.

O_x = Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva

O_y = Práctica de la lactancia materna exclusiva

4.2.- Tipo y nivel de Investigación

Es una investigación de tipo cuantitativa por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ella se derivó (Bernal, 2007)

El presente trabajo de investigación respondió a una investigación de nivel descriptiva - correlacional.

Es descriptivo, por cuanto tiene la capacidad de seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases de dicho objeto. (Bernal, 2007)

Es correlacional, porque su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que existe entre las dos variables de estudio, (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

4.3.- Población, Muestra y Muestreo

Población: Estuvo conformada por 195 madres de niños menores de 6 meses atendidas en el consultorio de Crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, en el segundo trimestre (Abril-Junio, 2017).

Muestra: Para definir el tamaño de la muestra a trabajar en la investigación, se aplicó la siguiente fórmula correspondiente a poblaciones finitas:

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

Donde:

N : Población (195)

Z : Nivel de confianza (95%: 1.96)

P : Probabilidad de éxito (0.5)

Q : Probabilidad de fracaso (0.5)

E : Error estándar (0.05)

Reemplazando:

$$n = \frac{195 \times 1.96^2 (0.5 \times 0.5)}{(195 - 1) \times 0.05^2 + 1.96^2 (0.5 \times 0.5)} = 130$$

Muestreo: El presente estudio presento un muestreo probabilístico, de manera aleatoria simple, puesto que todas las madres tienen la misma opción de ser elegidas.

4.4.- Consideraciones Éticas.

En la ejecución del presente estudio, específicamente en el trabajo de campo, se solicitó el consentimiento informado a cada una de las madres de familia, para que acepten o no, ser participantes del trabajo de investigación. Tal consentimiento informado, asimismo, compromete a la profesional investigadora a cumplir con los principios bioéticos que rigen el ejercicio de la carrera de enfermería, y que corresponden al cumplimiento de los objetivos establecidos, moral y éticamente aceptados en el marco de los principios de: beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía y equidad. De este modo, con esta base moral, se garantiza el respeto a la integridad de los participantes del estudio, así como a su autonomía y a la confidencialidad de la información por ellos brindada.

Los principios se describen de la manera siguiente:

Principio de beneficencia

Significa hacer el bien para las madres participantes en la investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios, mejorar la calidad de vida y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones.

Principio de no maleficencia

El presente trabajo de investigación no tiene como fin hacer daño a los participantes del estudio, por lo tanto en todas y cada una de las acciones que se realizaron, no se les causó daño alguno; ni físico ni psicológico, por el contrario se les educó sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva.

Principio de justicia

Se refiere principalmente a la justicia distributiva, en la cual se establecerá una distribución equitativa de las cargas y de los beneficios de la participación,

tomándose en cuenta la protección adecuada y correcta de los derechos y el bienestar de las enfermeras y pacientes, o quienes sean los participantes que conforman la muestra de investigación.

En tal sentido, en esta investigación se realizó una selección justa sin discriminación, y fue de beneficio equitativo para todas las madres de los niños menores de 6 meses que participaron del estudio de investigación

Principio de autonomía

Exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas que conforman la muestra de estudio, y su derecho a que se respete su voluntad mediante el consentimiento informado y de esa manera las madres de los niños menores de 6 meses se ofrecieron a participar voluntariamente del estudio de investigación

CAPÍTULO V

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1.- Técnicas e Instrumentos

5.1.1. Técnica

En cuanto a la técnica para la medición de la variable se utilizó la encuesta y la observación que según (Hernández, et. al, 2014), es una técnica basada en preguntas, aplicada a un grupo de estudio, utilizando cuestionarios, fichas de observación que, mediante preguntas, en forma personal, permiten investigar las características, opiniones, costumbres, hábitos, gustos, conocimientos, modos y calidad de vida, situación ocupacional, cultural, etcétera, dentro de una comunidad determinada.

5.1.2 Instrumento

Se utilizó cuestionarios con preguntas cerradas que permitieron recolectar la información necesaria para responder la problemática definida y lograr los objetivos formulados con previo consentimiento informado.

Para lo cual se preparó 20 ítems que se dividió en:

Independiente: Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva: Se utilizó 10 ítems.

Dependiente: Práctica de la lactancia materna exclusiva: Se utilizó 10 ítems.

Con respecto a la valoración del instrumento se trabajó con los siguientes niveles:

Variable independiente: Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

Alto (36-50)

Medio (23-35)

Bajo (10-22)

Variable dependiente: Práctica de la lactancia materna exclusiva.

Bueno (36-50)

Regular (23-35)

Malo (10-22)

Para efectos de la validez del presente instrumento, León 2012, sometió a juicio de expertos quienes evaluaron cada pregunta y dieron su apreciación, que sirvió para obtener la prueba binomial ($p=0,034$). La confiabilidad del instrumento se dio mediante la prueba piloto observando que dos de las preguntas en conocimientos no eran entendidas por las cuales se modificaron, en la guía de observaciones se variaron algunas preguntas, con el fin de que las madres no tengan complicaciones al responder las preguntas, luego se aplicó la prueba de confiabilidad de Alfa de Cronbach arrojó un resultado confiable de 0,880

Con respecto a la ficha de Observación de la Lactancia (Adaptada por el Ministerio de Salud, 2015)

Construida en su versión original por H. C. Armstrong en 1992, en el estado de Nueva York. Lo que se ha utilizado en esta investigación es la versión adaptada del documento aprobado por Resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA el cual autoriza su uso a nivel nacional mediante Resolución Ministerial del 31 de Julio del 2015 que es de cumplimiento obligatorio en los establecimientos de salud bajo el ámbito de la competencia del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) y de las direcciones y gerencias regionales de salud. Esta Ficha se ha empleado para verificar la práctica de la lactancia materna que realizan las madres de los niños menores de 6 meses de la muestra investigada. Comprende signos de buen funcionamiento de lactancia, como son: Posición, Respuestas del bebé, Vínculo afectivo, Anatomía, Succión, y Duración. Del mismo modo, mide signos de posible dificultad, cuyos indicadores son la contraparte negativa de los de buen funcionamiento. Y a que a través de la prueba de confiabilidad del Alfa de Cronbach arrojó un resultado confiable de 0,877.

Procedimiento:

1. Se evaluó a cada madre a través de una encuesta y una ficha de observación, informándoles previamente sobre el estudio que se les pretende realizar y los objetivos del mismo.
2. Luego se obtuvo el consentimiento de las madres de niños menores de 6 meses que acuden al Puesto de Salud Magdalena Nueva, dando a conocer que su participación es en forma voluntaria.
3. Se aplicó el instrumento, se tabularon los datos, se confeccionaron tablas estadísticas y finalmente se analizó los resultados obtenidos.

5.2.- Plan de Recolección de datos, procesamiento y presentación de datos

Para llevar a cabo el presente estudio se efectuó las coordinaciones pertinentes entre la investigadora, la Dirección del Puesto de Salud Magdalena Nueva, a fin de obtener la autorización y facilidades en la recolección de los datos. Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con la Jefe de Enfermeros y con los enfermeros que laboran en área niño (a), para la programación y aplicación de los instrumentos de estudio, guardando el debido respeto a la privacidad del encuestado, considerando un tiempo promedio de aplicación de 25 minutos por entrevistado.

Para el análisis de los datos, luego de tener las respuestas, se realizó el vaciado de la data en Excel, obteniendo las sumas de las dimensiones y de las variables. Luego se utilizó el software SPSS versión 23.0, para la reconversión de variables a niveles – rangos y brindar los informes respectivos.

Los resultados obtenidos fueron presentados a través de las frecuencias y porcentajes en tablas, utilizando además los gráficos de barras, elementos que ayudan a ver descripciones y posible relación entre las variables de estudio. Para la prueba de hipótesis al ser variables ordinales se utilizó la prueba estadística no paramétrica Rho de Spearman.

CAPITULO VI

RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.- Presentación, análisis e interpretación de datos

6.1.1. Análisis descriptivo de las variables y dimensiones

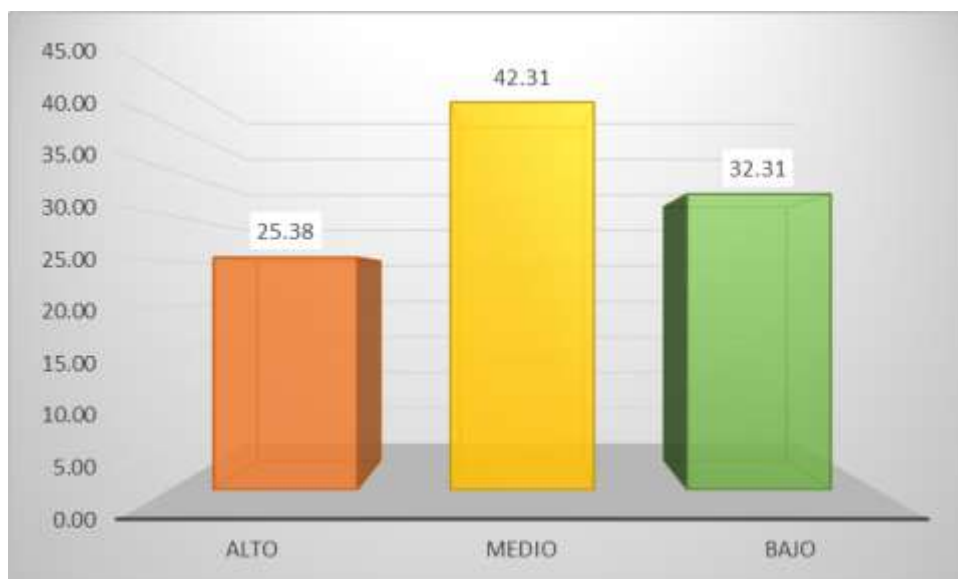
Tabla 1

Distribución de datos según la variable conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Niveles	f	%
Alto	33	25.38
Medio	55	42.31
Bajo	42	32.31
Total	130	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia 2017

Grafico 1: Datos según la variable conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 25.38% de las madres presentan un nivel alto con respecto al conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, el 42.31% presentan un nivel medio y un 32.31% un nivel bajo.

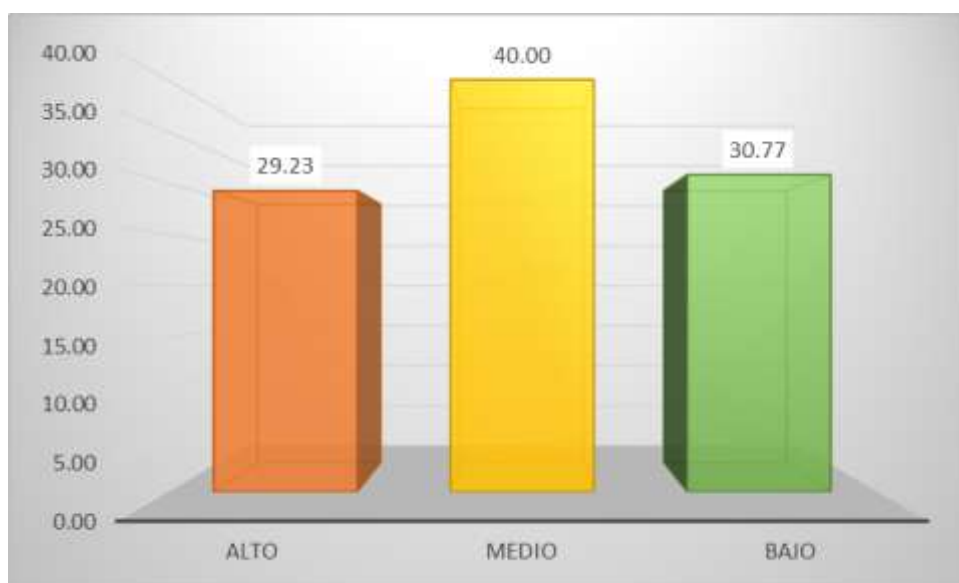
Tabla 2

Distribución de datos según la dimensión nociones básicas, sobre lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Niveles	f	%
Alto	38	29.23
Medio	52	40.00
Bajo	40	30.77
Total	130	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia 2017

Grafico 2: Datos según la dimensión nociones básicas, sobre lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 29.23% de las madres presentan un nivel alto con respecto a las nociones básicas sobre lactancia materna exclusiva, el 40.00% presentan un nivel medio y un 30.77% un nivel bajo.

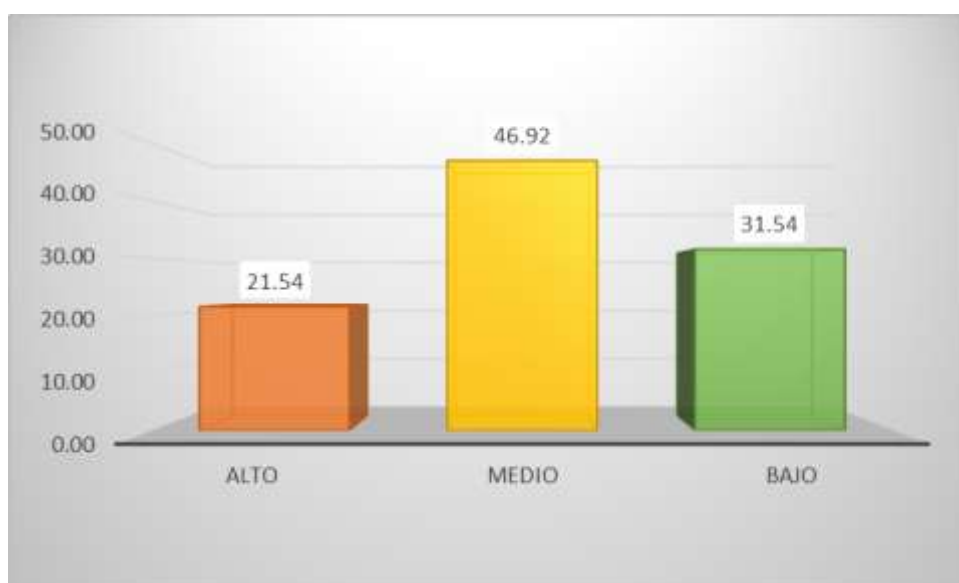
Tabla 3

Distribución de datos según la dimensión importancia sobre lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Niveles	f	%
Alto	28	21.54
Medio	61	46.92
Bajo	41	31.54
Total	130	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia 2017

Grafico 3: Datos según la dimensión importancia sobre lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 21.54% de las madres presentan un nivel alto con respecto a la importancia de la lactancia materna exclusiva, el 46.92% presentan un nivel medio y un 31.54% un nivel bajo.

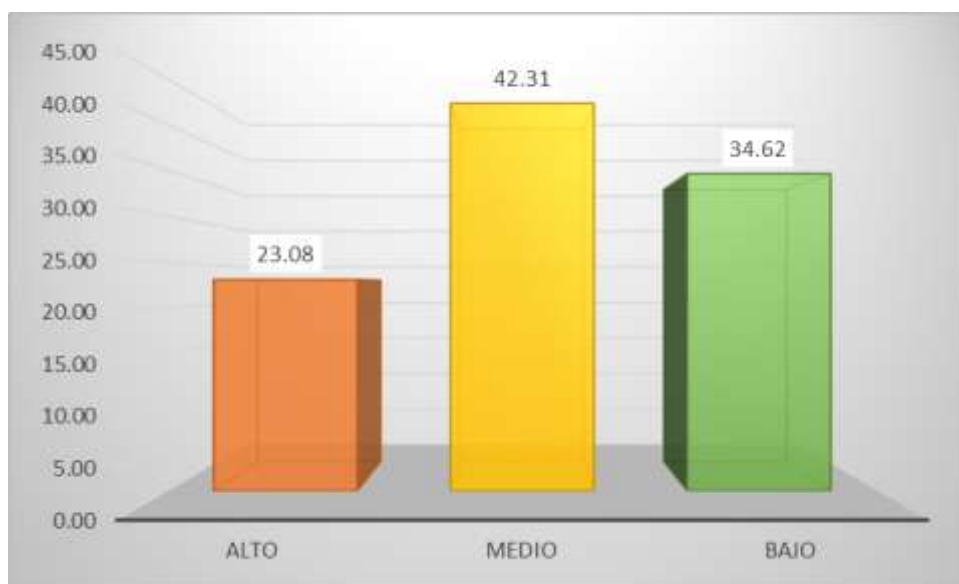
Tabla 4

Distribución de datos según la dimensión beneficios y ventajas sobre lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Niveles	f	%
Alto	30	23.08
Medio	55	42.31
Bajo	45	34.62
Total	130	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia 2017

Grafico 4: Datos según la dimensión beneficios y ventajas sobre lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 23.08% de las madres presentan un nivel alto con respecto a los beneficios y ventajas de la lactancia materna exclusiva, el 42.31% presentan un nivel medio y un 34.62% un nivel bajo.

Tabla 5

Distribución de datos según la variable práctica de lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Niveles	f	%
Bueno	30	23.08
Regular	55	42.31
Malo	45	34.62
Total	130	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia 2017

Grafico 5: Datos según la variable práctica de lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 23.08% de las madres presentan un nivel bueno con respecto a la práctica de la lactancia materna exclusiva, el 42.31% presentan un nivel regular y un 34.62% un nivel malo.

Tabla 6

Distribución de datos según la dimensión posición sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Niveles	f	%
Bueno	28	21.54
Regular	58	44.62
Malo	44	33.85
Total	130	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia 2017

Grafico 6: Datos según la dimensión posición sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 21.54% de las madres presentan un nivel bueno con respecto a la posición del bebé en la lactancia materna exclusiva, el 44.62% presentan un nivel regular y un 33.85% un nivel malo.

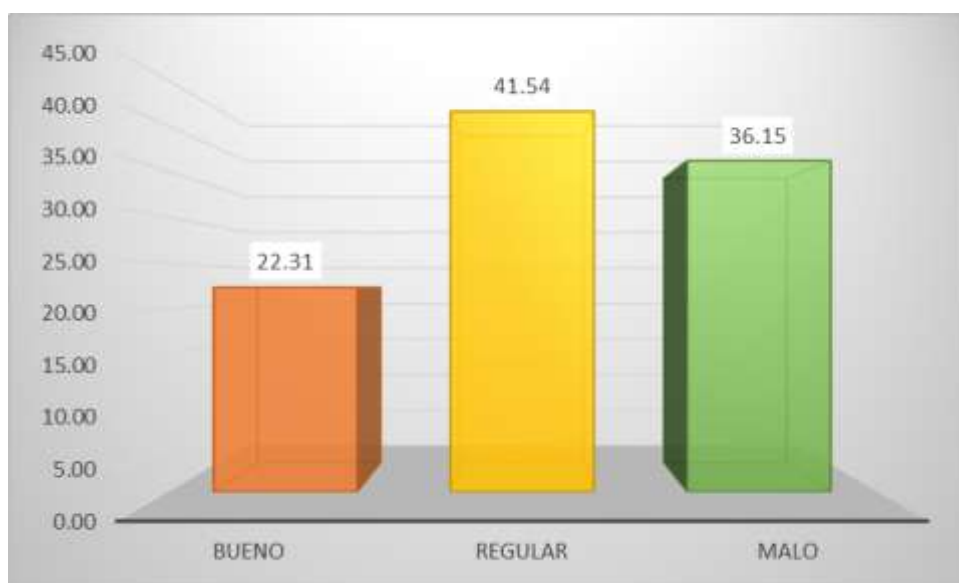
Tabla 7

Distribución de datos según la dimensión respuestas del bebé sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Niveles	f	%
Bueno	29	22.31
Regular	54	41.54
Malo	47	36.15
Total	130	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia 2017

Grafico 7: Datos según la dimensión respuestas del bebé sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 22.31% de las madres presentan un nivel bueno con respecto a las respuestas que realiza el bebé en la lactancia materna exclusiva, el 41.54% presentan un nivel regular y un 36.15% un nivel malo.

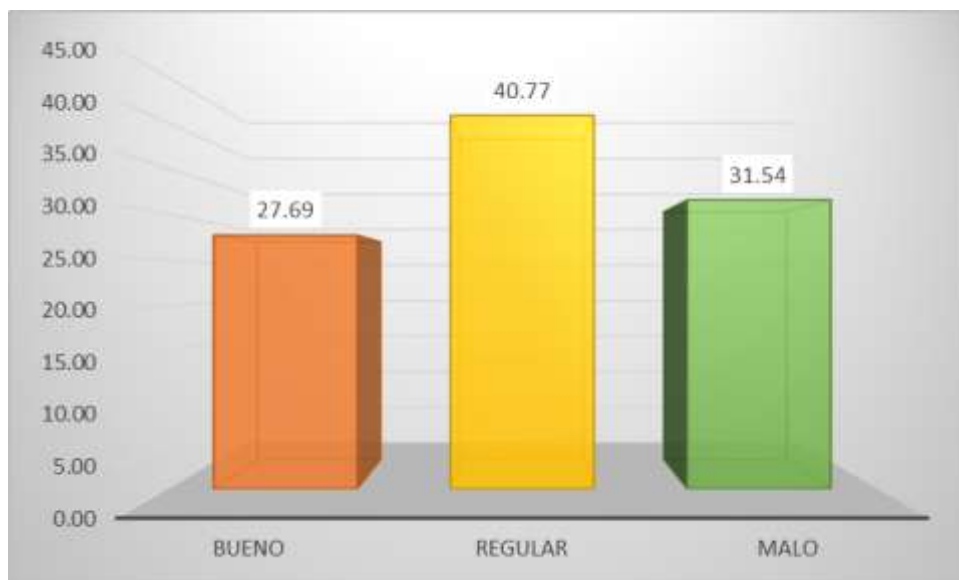
Tabla 8

Distribución de datos según la dimensión vínculo afectivo sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Niveles	f	%
Bueno	36	27.69
Regular	53	40.77
Malo	41	31.54
Total	130	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia 2017

Grafico 8: Datos según la dimensión vínculo afectivo sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 27.69% de las madres presentan un nivel bueno con respecto al vínculo afectivo con el bebé en la lactancia materna exclusiva, el 40.77% presentan un nivel regular y un 31.54% un nivel malo.

Tabla 9

Distribución de datos según la dimensión anatomía sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Niveles	f	%
Bueno	21	16.15
Regular	59	45.38
Malo	50	38.46
Total	130	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia 2017

Grafico 9: Datos según la dimensión anatomía sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 16.15% de las madres presentan un nivel bueno con respecto a la anatomía del pecho de la madre respecto a la lactancia materna exclusiva, el 45.38% presentan un nivel regular y un 38.46% un nivel malo.

Tabla 10

Distribución de datos según la dimensión succión sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Niveles	f	%
Bueno	35	26.92
Regular	53	40.77
Malo	42	32.31
Total	130	100.00

Fuente: Encuesta de elaboración propia 2017

Grafico 10: Datos según la dimensión succión sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 26.92% de las madres presentan un nivel bueno con respecto a la succión que realiza el bebé del pecho de la madre respecto a la lactancia materna exclusiva, el 40.77% presentan un nivel regular y un 32.31% un nivel malo.

Contrastación de las hipótesis

Hipótesis principal

Ha: Existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

H0: No existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Tabla 11

Prueba de correlación según Spearman entre el conocimiento y la práctica de lactancia materna exclusiva

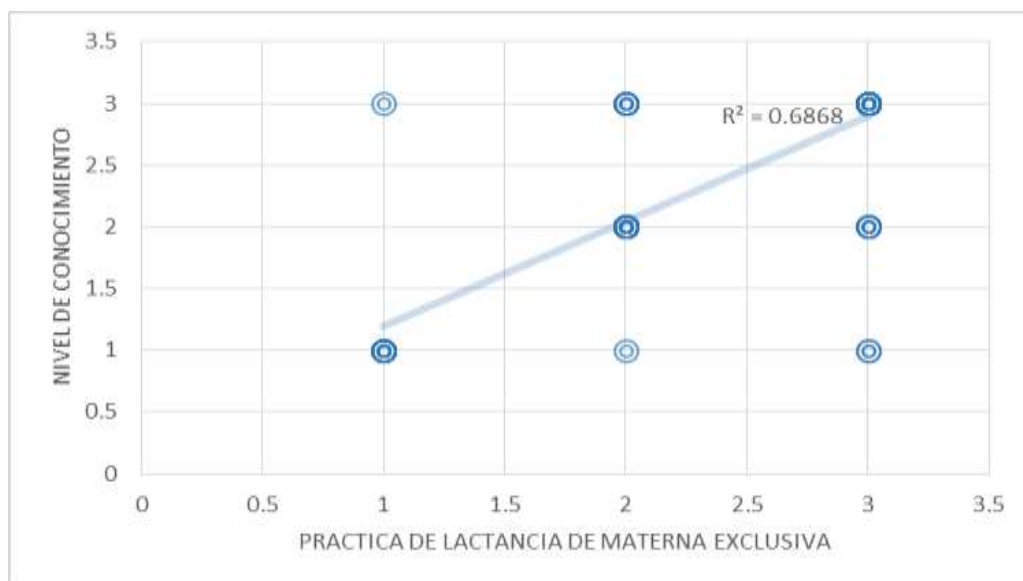
			Conocimiento	Práctica de la lactancia materna exclusiva
Rho de Spearman	Conocimiento	Coeficiente de correlación	1,000	,684**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	130	130
	Práctica de la lactancia materna exclusiva	Coeficiente de correlación	,684**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	130	130

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 11 la variable nivel de conocimiento está relacionada directa y positivamente con la variable práctica de la lactancia materna exclusiva, según la correlación de Spearman de 0.684 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.

Grafico 11: Dispersión de datos de la variable conocimiento y práctica de la lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Interpretación:

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la variable conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva, lo cual significa que a medida que la puntuación de la variable nivel de conocimiento se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable práctica de lactancia materna exclusiva, de manera proporcional.

Hipótesis específica 1

Ha: Existe relación significativa entre nociones básicas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

H0: No existe relación significativa entre nociones básicas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Tabla 12

Prueba de correlación según Spearman entre nociones básicas y la práctica de lactancia materna exclusiva

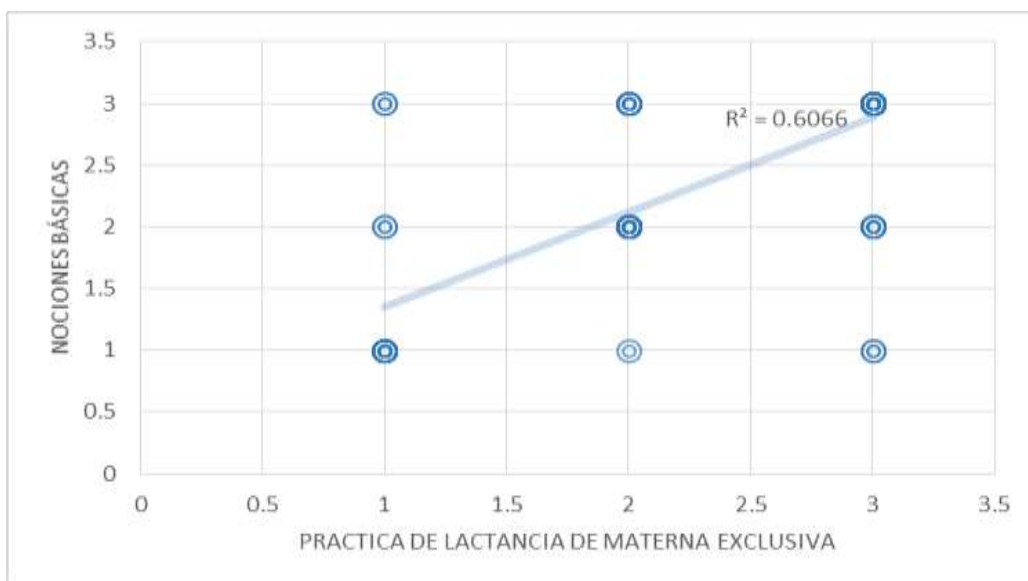
			Nociones básicas	Práctica de la lactancia materna exclusiva
Rho de Spearman	Nociones básicas	Coeficiente de correlación	1,000	,602**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	130	130
	Práctica de la lactancia materna exclusiva	Coeficiente de correlación	,602**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	130	130

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 12 la dimensión nociones básicas está relacionada directa y positivamente con la variable práctica de la lactancia materna exclusiva, según la correlación de Spearman de 0.602 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula.

Grafico 12: Dispersión de datos de la dimensión nociones básicas y práctica de la lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Interpretación:

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión nociones básicas y práctica de lactancia materna exclusiva, lo cual significa que a medida que la puntuación de la dimensión nociones básicas se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable práctica de lactancia materna exclusiva, de manera proporcional.

Hipótesis específica 2

Ha: Existe relación significativa entre importancia y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

H0: No existe relación significativa entre importancia y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Tabla 13

Prueba de correlación según Spearman entre importancia y la práctica de lactancia materna exclusiva

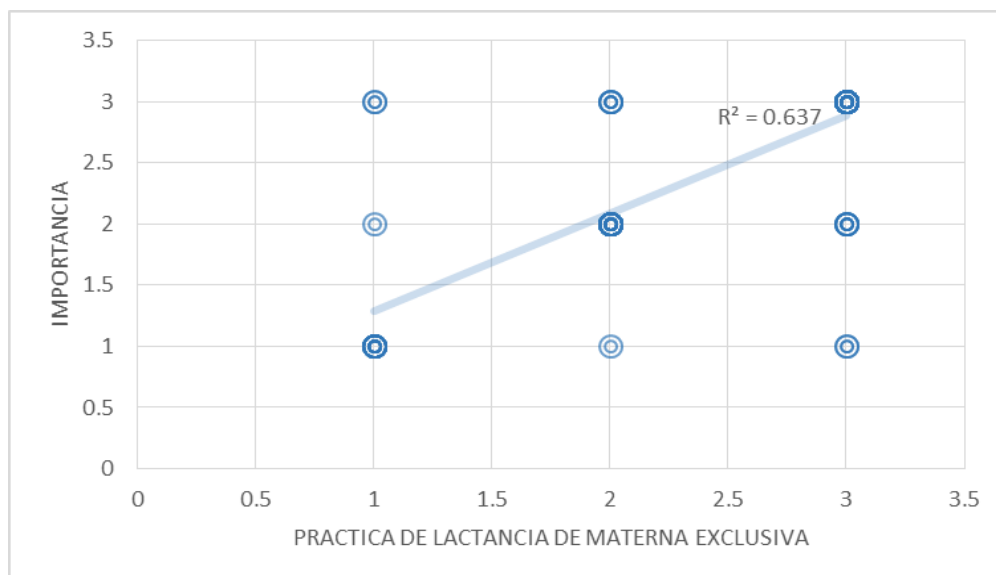
			Importancia	Práctica de la lactancia materna exclusiva
Rho de Spearman	Importancia	Coeficiente de correlación	1,000	,649**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	130	130
	Práctica de la lactancia materna exclusiva	Coeficiente de correlación	,649**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	130	130

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 13 la dimensión importancia está relacionada directa y positivamente con la variable práctica de la lactancia materna exclusiva, según la correlación de Spearman de 0.649 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 y se rechaza la hipótesis nula.

Grafico 13: Dispersión de datos de la importancia y práctica de la lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Interpretación:

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión importancia y práctica de lactancia materna exclusiva, lo cual significa que a medida que la puntuación de la dimensión importancia se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable práctica de lactancia materna exclusiva, de manera proporcional.

Hipótesis específica 3

Ha: Existe relación significativa entre beneficios y ventajas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

H0: No existe relación significativa entre beneficios y ventajas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.

Tabla 14

Prueba de correlación según Spearman entre beneficios y ventajas y la práctica de lactancia materna exclusiva

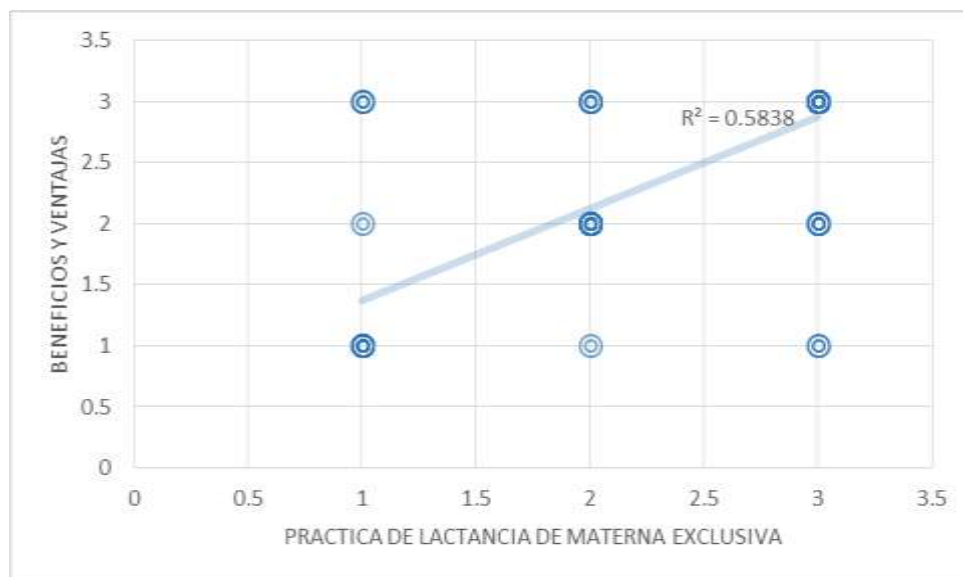
			Beneficios y ventajas	Práctica de la lactancia materna exclusiva
Rho de Spearman	Beneficios y ventajas	Coefficiente de correlación	1,000	,589**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	130	130
	Práctica de la lactancia materna exclusiva	Coefficiente de correlación	,589**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	130	130

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 14 la dimensión beneficios y ventajas está relacionada directa y positivamente con la variable práctica de la lactancia materna exclusiva, según la correlación de Spearman de 0.589 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 3 y se rechaza la hipótesis nula.

Grafico 14: Dispersión de datos de la dimensión beneficios y ventajas y práctica de la lactancia materna exclusiva, en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.



Interpretación:

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión beneficios y ventajas y práctica de lactancia materna exclusiva, lo cual significa que a medida que la puntuación de la dimensión beneficios y ventajas se incrementa, esta va acompañada del incremento de la variable práctica de lactancia materna exclusiva, de manera proporcional.

6.2.- Discusión

A través de los resultados obtenidos el 25.38% de las madres presentan un nivel alto con respecto al conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, el 42.31% presentan un nivel medio y un 32.31% un nivel bajo, también se evidencia que el 23.08% presentan un nivel bueno con respecto a la práctica de la lactancia materna exclusiva, el 42.31% presentan un nivel regular y un 34.62% un nivel malo. Y según la comprobación de hipótesis se obtuvo que la variable nivel de conocimiento está relacionada directa y positivamente con la variable práctica de la lactancia materna exclusiva, según la correlación de Spearman de 0.684 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula. En la cual estos resultados se contrastan con el estudio realizado por Coronado y Vásquez (2015), acerca del conocimiento sobre lactancia materna y prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes. Concluyendo que el nivel de conocimientos de las madres puérperas adolescentes fue el nivel medio, siendo la más afectada la dimensión beneficios, y las prácticas de amamantamiento fueron de regular a deficiente, siendo la más afectada la dimensión posición. Existiendo una similitud con los resultados del presente estudio, en la cual se observa un nivel medio con respecto al conocimiento de la lactancia materna exclusiva.

Así mismo en el estudio realizado por Palacios (2012), acerca de los conocimientos y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al Centro de Salud Coishco Áncash, 2012. Concluyendo, que el mayor porcentaje de nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las madres primíparas fue regular y las prácticas fueron adecuadas. Aplicando la prueba estadística Chi cuadrado, se demostró una alta significancia estadística $p < 0,05$ y relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica de lactancia materna exclusiva en las madres primíparas que acuden al centro de salud de Coishco, lo que comprueba la hipótesis. Existiendo una similitud con los resultados del presente estudio, en la cual se

observa un nivel medio con respecto al conocimiento de la lactancia materna exclusiva y un nivel significativo en la comprobación de la hipótesis.

Por otro lado en el estudio realizado por García (2015), acerca del nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, Lima Enero 2015, concluyendo que hay un alto porcentaje de madres presentó un nivel bajo de conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes. Existiendo una contrariedad con el presente estudio en la cual se observa un nivel regular de conocimiento de lactancia materna exclusiva, sirviendo dicho estudio como aporte teórico para la presente investigación.

Así mismo en el estudio realizado por Borre, et al. (2014) acerca de Lactancia materna exclusiva, se obtuvieron como resultados que las 90 madres encuestadas, el 51% tiene edades entre 15 a 25 años, el 30% entre 26 a 35 años, y el 19% son mayores de 35 años. El 85.6% posee conocimientos adecuados sobre lactancia materna exclusiva. El 48.9% conoce la técnica de amamantamiento adecuada, mientras que el 51.1% restante no tiene idea de ello. Concluyendo que las madres continúan mostrando altos índices de desinformación con respecto a la lactancia materna. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas de educación, que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes; específicamente, a primigestantes y adolescentes. Existiendo una contrariedad con los resultados del presente estudio con respecto al conocimiento de la lactancia materna exclusiva donde se observa un nivel medio por parte de las madres, sirviendo dicho aporte como base fundamental para la tesis.

6.3.- Conclusiones

Primera: Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre la variable nivel de conocimiento y la variable práctica de la lactancia materna exclusiva, según la correlación de Spearman de 0.684, teniendo un resultado moderado.

Segunda: Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión nociones básicas y la variable práctica de la lactancia materna exclusiva, según la correlación de Spearman de 0.602, teniendo un resultado moderado.

Tercera: Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión importancia y la variable práctica de la lactancia materna exclusiva, según la correlación de Spearman de 0.649, teniendo un resultado moderado.

Cuarta: Se concluye que existe una correlación directa y positivamente entre la dimensión beneficios y ventajas y la variable práctica de la lactancia materna exclusiva, según la correlación de Spearman de 0.589, teniendo un resultado moderado.

6.4.- Recomendaciones

Primera: A los directivos del Puesto de Salud Magdalena, impartir cursos de capacitación, talleres, apoyo emocional, consejería, seminarios al profesional de enfermería, sobre la lactancia materna exclusiva y la interacción con las madres, para que así estén capacitados y preparados para brindar una buena información y poder llegar a la poblacional de una manera fácil y sencilla.

Segunda: Para que exista un mayor conocimiento sobre los beneficios que ofrece la lactancia materna y una mayor sensibilización por parte de las madres de familia, es necesario que el servicio de enfermería establezca un programa de capacitación continua para el desarrollo y crecimiento de su personal, con enfoques modernos educativos y uso de tecnología educativa acorde a la población objetivo, que permitan contribuir en la mejora de prácticas saludables de amamantamiento y mejores índices de crecimiento y desarrollo del niño.

Tercera: Realizar una intervención educativa por parte del profesional de enfermería en el Puesto de Salud Magdalena, a través de la formación de grupos de apoyo comunal, realizando el proceso de enseñanza aprendizaje, ya que es una estrategia de educación de pares en espacios comunales, en el que las madres desarrollaran sus capacidades para compartir con otras madres sus dificultades y vivencias exitosa durante la lactancia materna, puesto que a través de las intervenciones se puede mejorar el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, asimismo se puede motivar a las madres a llevar acabo la práctica de lactancia materna durante más tiempo.

Cuarta: Fomentar la Importancia del contacto piel con piel y la lactancia materna entre la madre y el recién nacido inmediatamente tras el nacimiento, tiene grandes beneficios para ambos ampliamente demostrados permite una adecuada transición del recién nacido favoreciendo la adaptación fisiológica a la vida extrauterina, sustentado través del comité de Salud nacionales e internacionales

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, P. (2013). *Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco*. Proyecto para obtención del Grado de Maestría en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. Escuela de Salud Pública de México. Maestría en Salud Pública. México.
- Apolinario, R. (2002). *Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de cuidados intermedios del hospital nacional Hipólito Unanue*.
- Berolatti, F. (2015). *Efectos de la lactancia materna en el lactante y el nuevo embarazo de gestantes atendidas en la red de Salud Puno. 2014*.
- Bernal, C. (2007). *Metodología de la Investigación*. Pearson Educación.
- Borre, Y.; Cortina, O. y González, G. (2014). *Lactancia materna exclusiva*. Colombia.
- Asociación Española de Pediatría (2009). *Manual de la Lactancia Materna: De la teoría a la práctica*. [En línea]. Madrid: Médica Panamericana.
- Calvalcante, K. (2015). *Conocimientos y actitudes de primíparas cearenses sobre beneficios de la lactancia*. Artículo publicado en Revista Actualidad Médica. Brasil.
- Comité de Lactancia de la Asociación de lactancia de pediatría (2004). *Lactancia Materna: Guía para profesionales*. Monografías de AEP Nº 5. España.
- Córdova, M. (2010). *Conocimiento de las madres adolescentes primigestas sobre la lactancia materna de niños menores de 1 año en el Centro Materno Infantil "José Gálvez" de Villa María del Triunfo 2010*. Tesis para Optar Licenciatura de Enfermería. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima – Perú.
- Coronado, N. (2015). *Conocimiento sobre lactancia materna y prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes*. Perú.
- Cuentas, G. y Quispe, N. (2015). *Conocimientos y Actitudes hacia la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes con niños de 0 - 6 meses que acuden al Puesto de Salud Canchi Grande, Juliaca 2015*. Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería. Universidad Peruana Unión.

- Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería.
Juliaca – Perú.
- De la Paz, E. (2013). *Lactancia Materna. Comportamiento según algunos factores de interés epidemiológico en menores de un año*. Cuba.
- Delgado, L. (2013). *Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva*. Chiclayo, 2012.
- Ferro, M. (2006). *Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005*. Perú.
- García, L. A. (2015). *Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, Lima Enero 2015*. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Gerónimo, R. y otros (2014). *Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel*. Publicado en Revista Salud en Tabasco Vol. 20, Número 1. pp 14-20. México.
- Gómez, C. (2013). *Libro blanco del azúcar. Instituto de Estudios Documentales del Azúcar y la Remolacha (IEDAR)*. EDIMSA - Editores Médicos, S.A. España.
- Gonzalo, F. (2014). Frecuencia de tomas. Guía de información sobre lactancia.
- Guevara, G. y Toledo, M. (2011). *Reflujo gastroesofágico en pediatría*. Rev Chil Pediatr.
- Henríquez, O. (2016). *Revista Ávila en Salud*.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de Investigación. Sexta edición*. México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana editores.
- Instituto Nacional del Cáncer (2017). *Significado de cambios y afecciones de los senos*.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú (2016). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2016*. Nacional y Departamental. Lima – Perú.
- Lawrence, R. (1996). *La Lactancia Materna: Una guía para la profesión médica*.

- León, L. (2013). *Conocimiento de Madres Primíparas sobre Lactancia Materna Exclusiva – Centro de Salud Villa San Luis 2012*. Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería. Escuela de Enfermería de Padre Luis Tezza. Afiliada a la Universidad Ricardo Palma. Lima – Perú.
- Licata, M. (2017). *La leche materna y sus propiedades nutricionales*.
- Marriner, A. y Raile, M. (2014). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Octava edición. Ed. S.A. Elsevier España.
- Mejía, C.; Cárdenas, M.; Cáceres, O.; García, K. y Quiñones, D. (2012). *Actitudes y prácticas sobre lactancia materna en puérperas de un hospital público de Lima, Perú*.
- Mercedes, M. (2014). *La posición del bebé al pecho*. *Matterna birth matters*.
- Olza, I. (2008). *De la Teoría del Vínculo a la Neurobiología del Apego*. Artículo publicado en internet. Revisado el 18 de Agosto del 2017.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Lactancia Materna exclusiva*.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Protección de la Lactancia Materna en el Perú*.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Lactancia materna*. España.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Lactancia materna*. España.
- Pahura, A. (2013). *Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de 6 meses*. Tesis para optar grado Licenciada en Nutrición. Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina.
- Palacios, E. (2012). *Conocimientos y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al centro de salud Coishco Áncash, 2012*. Artículo publicado en la Revista In Crescendo. Perú.
- Puga, M. (2010). *Manual de lactancia materna*.
- Rodríguez, S. (2013). *Lactancia materna desde la perspectiva en madres adolescentes*. Colombia.
- Sáenz, M y Camacho, Á. (2007). *Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá*. En: Revista de Salud Pública.
- UNICEF (2005). *Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna*. Venezuela.
- UNICEF (2006). *Lactancia Materna*. Guía sobre lactancia. Ecuador.

- Valdés, V y Pérez, A. (2001). *Fisiología de la glándula mamaria y lactancia*.
- Vásquez, R. (2012). *Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis*. Lima. Tesis para optar el título de especialista en Enfermería en Salud Pública. Universidad Nacional Mayor San Marcos. Escuela de Post Grado. Facultad de Medicina Humana. Lima – Perú.
- Veneman, A. (2007). *Retomando el tema de la lactancia materna en la Región*
- Vera, A. (2013). *Representaciones sociales de la lactancia materna desde la perspectiva de la madre adolescente*. Chiclayo, 2013. Tesis para optar el grado académico de Magíster en enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Escuela de Post Grado. Chiclayo – Perú.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACION DE HIPÓTESIS	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	INSTRUMENTO
<p>Problema General</p> <p>¿Qué relación existe entre el conocimiento y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva</p> <p>Dimensión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nociones básicas - Importancia - Beneficios y ventajas 	<p>Método Descriptivo</p> <p>Diseño Correlacional</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>M = Madres de niños menores de 6 meses.</p> <p>O_x = Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.</p> <p>O_y = Práctica sobre lactancia materna exclusiva.</p>	<p>Población</p> <p>Estuvo conformada por 195 madres de niños menores de 6 meses.</p> <p>Muestra : n=130</p>	<p>Técnica</p> <p>La encuesta La observación</p> <p>Instrumento</p> <p>Cuestionario Ficha de observación</p>
<p>Problema Específico</p> <p>¿Qué relación existe entre nociones básicas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017?</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar la relación que existe entre nociones básicas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.</p>	<p>Hipótesis Específicas</p> <p>Existe relación significativa entre nociones básicas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Práctica de la lactancia materna exclusiva</p> <p>Dimensión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posición - Respuestas del bebé - Vínculo afectivo - Anatomía - Succión 			
<p>¿Qué relación existe entre importancia y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017?</p>	<p>Identificar la relación que existe entre importancia y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses,</p>	<p>Existe relación significativa entre importancia y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud</p>				

<p>Chimbote, 2017?</p> <p>¿Qué relación existe entre beneficios y ventajas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017?</p>	<p>Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.</p> <p>Identificar la relación que existe entre beneficios y ventajas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.</p>	<p>Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.</p> <p>Existe relación significativa entre beneficios y ventajas y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Puesto de Salud Magdalena Nueva, Chimbote, 2017.</p>				
---	--	---	--	--	--	--

ANEXO 02: Cuestionario

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA ESCUELA DE POST GRADO DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES, PUESTO DE SALUD MAGDALENA NUEVA. CHIMBOTE, 2017.

Autores y Año de Publicación: León, L. - Conocimiento de Madres Primíparas sobre Lactancia Materna Exclusiva – Centro de Salud Villa San Luis 2012

Ámbito de Aplicación: Madres de niños menores de 6 meses atendidos en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Magdalena Nueva.

INSTRUCCIONES:

Antes de contestar el cuestionario por favor, lea detenidamente las preguntas y luego debe de marcar con una sola aspa (X) la alternativa que crea conveniente

I. DATOS GENERALES DE LA MADRE:

Edad.....
Estado Civil.....
Ocupación.....
Nivel de instrucción.....
Procedencia.....

II. DATOS ESPECÍFICOS

NOCIONES BÁSICAS

1. ¿Qué entiende usted por Lactancia Materna Exclusiva?

- a) Es dar sólo leche materna día y noche durante los primeros seis meses de vida de su bebé.
- b) Es dar leche materna más agüitas cuando el bebé tiene sed.
- c) Es dar leche materna más leche artificial para completar el requerimiento del bebé.
- d) Es dar leche artificial con el biberón día y noche para alimentarlo mejor al bebé.
- e) No sabe.

- 2. ¿Sabe usted que es el calostro?**
- a) Es la primera leche que se da al recién nacido.
 - b) Es un líquido espeso y amarillento.
 - c) Es la leche normal que se le da al bebé.
 - d) a y b
 - e) No sabe
- 3. ¿Hasta qué edad debe dar de lactar exclusivamente leche materna a su hijo?**
- a) Hasta los 2 años.
 - b) Hasta los 4 meses
 - c) Hasta los 6 meses.
 - d) Hasta los 12 meses
 - e) No sabe
- 4. ¿Una buena técnica de lactancia materna es?**
- a) La posición debe ser correcta
 - b) La madre debe estar cómoda y debe tener al bebé lo más cerca posible.
 - c) Se debe adoptar la posición “barriga con barriga”
 - d) Los labios del bebé deben abarcar gran parte de la areola
 - e) Todas las alternativas son correctas.

IMPORTANCIA

- 5. ¿Por qué cree que es importante el calostro?**
- a) Porque le da protección y defensa a su bebé
 - b) Porque le ayuda a eliminar la primera deposición (meconio).
 - c) No es importante, más bien hay que eliminar esa primera leche
 - d) No es importante el calostro, porque da cólicos al bebé.
 - e) No sabe.
- 6. ¿Cuál es la razón más importante por la que usted daría Lactancia Materna Exclusiva a su bebe?**
- a) Porque no tiene dinero para comprar la leche artificial.
 - b) Porque serán esenciales en la construcción de la identidad y el equilibrio emocional.
 - c) Porque le permite dar cariño y amor a su hijo.
 - d) b y c
 - e) No sabe
- 7. ¿Puede usted decir las razones de por qué la lactancia materna es buena para la mamá?**
- a) Ayuda a la recuperación después del parto.
 - b) Ayuda a espaciar los embarazos
 - c) Protege del cáncer de ovario.
 - d) Disminuye el cáncer de mama.
 - e) Todas las afirmaciones son verdaderas.

- 8. ¿Cuál de estas afirmaciones es correcta?, en comparación con la leche de vaca.**
- a) La leche de vaca es mejor que la leche materna porque tiene más proteínas.
 - b) La leche materna humana tiene todos los nutrientes para el bebé.
 - c) La leche materna humana no es suficiente para el bebé por eso hay que complementar con otras leches.
 - d) La leche de vaca es más concentrada que la leche humana.
 - e) No sabe

BENEFICIOS Y VENTAJAS

- 9. ¿Qué beneficios cree usted que tiene la leche materna para su bebé?**
- a) Protege de diarreas y enfermedades respiratorias al bebé.
 - b) Ayuda al crecimiento y desarrollo normal del bebé.
 - c) Porque tiene nutrientes especiales para el bebé
 - d) Porque favorece la relación de cariño y amor con su niño(a).
 - e) Todas las afirmaciones anteriores son verdaderas.
- 10. ¿Sabe usted que beneficios psicológicos da la lactancia materna para su bebé?**
- a) Se establece entre la madre y el bebé la relación humana más amorosa.
 - b) No hay que dar mucho el pecho porque el bebé se acostumbra a brazos
 - c) Da mayor seguridad y tranquilidad a la madre y al hijo.
 - d) a y c son correctas.
 - e) No sabe

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
ESCUELA DE POST GRADO DE ENFERMERIA**

**Ficha de Observación de la Lactancia (Adaptada por el Ministerio de
Salud, 2015)**

INSTRUCCIONES:

Antes de contestar el cuestionario por favor, lea detenidamente las preguntas y luego debe de marcar con una sola aspa (X) la alternativa que crea conveniente

I. DATOS GENERALES DE LA MADRE:

Edad.....
Estado Civil.....
Ocupación.....
Nivel de instrucción.....
Procedencia.....

II. DATOS ESPECÍFICOS

SIGNOS DE NORMALIDAD

1. Posición

Madre relajada y cómoda ()
Bebé sostenido cerca al cuerpo de la madre ()
Cabeza y cuerpo del bebé alineados ()
El mentón del bebé toca el pecho ()
Bebé bien sujeto por detrás ()

2. Respuestas

Busca el pecho si tiene hambre ()
Movimientos de búsqueda ()
Explora el pecho con la lengua ()
Mama tranquilo y despierto ()
Se mantiene en el pecho ()
Signos de eyección de la leche (goteo, chorros) ()

3. Vínculo afectivo

Abrazo seguro y confiado ()
La madre le mira a la cara ()
La madre le acaricia ()

4. Anatomía

Pechos blandos después de la toma ()
Pezones salientes, protráctiles ()
Piel de aspecto sano ()
Pecho redondeado durante la toma ()

5. Succión

Boca muy abierta ()
Labio inferior doblado hacia fuera ()
La lengua rodea al pecho ()
Mejillas redondeadas ()

Más areola por encima de la boca	()
Succión lenta, profunda, con pausas	()
Se ve u oye cómo traga	()

SIGNOS DE ALERTA

6. Posición

Hombros tensos, inclinada sobre el bebé	()
Bebé separado de la madre	()
El bebé ha de torcer o doblar el cuello	()
El mentón no toca el pecho	()
Sólo sujeta el hombro o la cabeza	()

7. Respuestas

El bebé no responde al pecho	()
No hay reflejo de búsqueda	()
No muestra interés por el pecho	()
Bebé inquieto o lloroso	()
Se le escapa el pecho	()
No se observan signos de eyección	()

8. Vínculo afectivo

Abrazo nervioso o flojo	()
No hay contacto visual entre ambos	()
Apenas le toca, o le sacude y atosiga	()

9. Anatomía

Pechos congestionados	()
Pezones planos o invertidos	()
Piel irritada o agrietada	()
Pecho estirado	()

10. Succión

Boca poco abierta	()
Labio inferior doblado hacia dentro	()
No se ve la lengua	()
Mejillas tensas o hundidas	()
Más areola por debajo de la boca	()
Chupadas rápidas	()
Se oyen chasquidos	()

Anexo 03: Base de datos de la variable nivel de conocimiento

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10
1	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2
2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3
3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	2
4	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2
5	3	3	1	3	2	3	2	4	3	4
6	2	3	2	3	3	3	3	3	2	1
7	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3
8	3	4	2	2	2	2	2	3	2	1
9	3	3	3	3	2	3	4	2	3	2
10	2	2	2	3	3	4	2	3	2	2
11	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2
12	3	3	4	3	3	3	3	3	3	1
13	3	3	3	3	2	3	5	3	3	2
14	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2
15	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2
16	3	3	1	2	1	2	3	2	3	3
17	2	3	4	2	3	3	3	3	3	2
18	2	2	3	2	1	3	2	2	2	2
19	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2
20	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3
21	3	3	3	4	2	4	3	3	2	2
22	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3
23	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2

24	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2
25	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2
26	5	3	2	3	3	3	3	1	2	1
27	3	5	3	3	2	2	3	2	2	3
28	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1
29	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2
30	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2
31	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2
32	3	5	3	3	3	3	3	3	3	1
33	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2
34	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2
35	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2
36	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3
37	5	3	3	3	2	3	3	3	3	2
38	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2
39	2	5	3	3	2	3	3	3	2	2
40	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3
41	3	2	3	3	2	3	5	3	3	2
42	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2
43	3	3	1	3	2	3	2	3	3	2
44	2	3	2	3	3	3	3	3	2	1
45	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3
46	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1
47	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2
48	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2

49	2	3	3	2	2	3	3	3	3	2
50	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1
51	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2
52	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2
53	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2
54	3	5	1	2	1	2	3	2	3	3
55	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2
56	2	2	3	2	1	3	2	2	2	2
57	5	2	2	3	2	3	3	3	3	2
58	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3
59	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2
60	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3
61	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2
62	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2
63	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2
64	2	3	2	3	3	3	5	1	2	1
65	3	5	3	3	2	2	3	2	2	3
66	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1
67	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2
68	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2
69	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2
70	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
71	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2
72	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2
73	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2

74	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3
75	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2
76	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2
77	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2
78	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3
79	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2
80	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2
81	3	3	1	3	2	3	2	3	3	2
82	2	3	2	3	3	3	3	3	2	1
83	3	3	3	5	2	2	3	2	2	3
84	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1
85	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2
86	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2
87	2	4	3	2	2	3	3	3	3	2
88	3	3	1	3	3	3	3	3	3	1
89	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2
90	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2
91	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2
92	3	3	1	2	1	2	3	2	3	3
93	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2
94	2	4	3	2	1	3	2	2	2	2
95	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2
96	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3
97	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2
98	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3

99	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2
100	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2
101	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2
102	2	3	2	3	3	3	3	1	2	1
103	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3
104	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1
105	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2
106	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2
107	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2
108	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
109	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2
110	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2
111	3	2	3	3	2	3	3	2	3	2
112	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3
113	3	4	3	3	2	3	3	3	3	2
114	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2
115	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2
116	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3
117	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2
118	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2
119	3	3	2	3	2	3	5	3	3	2
120	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2
121	3	3	3	3	1	3	3	1	3	3
122	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2
123	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2

124	3	4	3	3	1	3	3	1	5	3
125	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2
126	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2
127	3	3	2	3	2	5	2	3	3	2
128	2	3	2	3	3	3	3	1	2	1
129	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3
130	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1

Base de datos de la variable práctica sobre lactancia materna exclusiva

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10
1	1	2	1	2	3	2	3	3	3	3
2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3
3	3	2	1	3	3	2	3	3	3	2
4	2	3	2	3	3	1	3	3	1	3
5	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3
6	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2
7	3	3	1	3	3	2	4	2	3	3
8	3	3	2	3	3	3	3	3	1	2
9	4	3	2	3	3	2	2	3	2	2
10	2	5	2	3	2	2	2	2	3	2
11	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3
12	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2
13	2	2	2	2	2	2	5	3	3	3
14	3	5	2	3	3	3	3	3	3	3
15	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3
16	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3
17	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3
18	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3
19	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3
20	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2
21	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2
22	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3

23	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3
24	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2
25	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3
26	3	6	2	3	3	3	3	3	3	2
27	3	3	2	3	3	2	2	3	2	2
28	1	3	2	3	2	3	3	2	3	1
29	2	3	3	3	3	3	2	1	3	2
30	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2
31	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2
32	3	3	2	3	2	2	4	2	3	1
33	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2
34	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2
35	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2
36	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3
37	3	2	2	3	2	3	3	1	3	3
38	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3
39	4	2	1	3	2	3	3	2	3	3
40	2	2	3	3	1	3	3	2	3	2
41	3	2	1	3	2	3	3	3	3	3
42	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3
43	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2
44	3	3	2	3	3	3	3	3	2	1
45	3	3	1	3	2	2	3	2	2	3
46	3	3	2	2	2	2	2	3	2	1
47	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2

48	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2
49	4	3	3	2	2	3	3	3	3	2
50	3	3	2	3	3	3	5		3	1
51	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2
52	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2
53	2	3	3	3	2	3	3	1	3	2
54	3	2	2	2	1	2	3	2	3	3
55	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2
56	3	3	2	2	1	3	2	2	2	2
57	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2
58	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3
59	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2
60	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2
61	3	1	3	2	3	2	3	3	2	3
62	3	2	3	3	3	3	3	2	1	3
63	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3
64	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2
65	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3
66	4	2	3	3	3	2	3	2	2	2
67	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3
68	3	1	3	3	3	3	3	3	1	3
69	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3
70	3	3	2	3	2	2	3	2	3	1
71	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2
72	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2

73	1	3	3	3	3	3	3	1	3	2
74	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3
75	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2
76	4	3	2	3	3	1	3	2	2	2
77	1	2	1	2	3	2	3	3	3	2
78	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3
79	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2
80	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2
81	3	3	3	3	3	1	3	3	2	2
82	2	3	2	3	3	2	3	2	3	1
83	3	2	2	3	2	3	1	3	3	3
84	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1
85	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2
86	3	3	3	3	1	3	2	2	3	2
87	3	2	3	3	2	3	3	1	3	2
88	3	2	3	3	2	3	2	3	3	1
89	3	3	1	3	2	2	2	1	2	2
90	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2
91	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2
92	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3
93	3	3	3	3	2	2	2	1	3	2
94	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2
95	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2
96	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3
97	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2

98	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3
99	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2
100	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2
101	3	3	1	3	3	1	3	3	3	2
102	3	3	2	3	3	3	3	2	2	1
103	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3
104	2	3	2	3	2	3	3	2	3	1
105	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2
106	3	3	1	3	3	1	3	3	3	2
107	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2
108	2	3	2	3	3	2	3	2	2	1
109	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2
110	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2
111	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2
112	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3
113	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
114	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2
115	1	3	3	1	3	3	3	2	3	2
116	2	3	3	3	3	2	2	1	3	3
117	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2
118	2	3	2	3	3	2	3	1	2	2
119	2	3	3	3	2	2	3	2	3	2
120	3	3	1	3	3	3	2	2	2	3
121	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3
122	3	3	3	2	2	3	1	3	2	2

123	3	3	1	3	3	3	2	3	2	3
124	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3
125	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2
126	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2
127	3	3	1	2	1	3	2	3	2	3
128	2	3	2	2	3	3	2	2	1	3
129	2	2	3	2	1	2	2	3	3	3
130	3	2	2	3	2	3	3	3	1	2

Anexo 04: Confiabilidad de los instrumentos

Variable 1: Nivel de conocimiento

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	130	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	130	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,880	10

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	66,70	62,461	,596	,806
ITEM02	66,67	62,075	,675	,817
ITEM03	66,77	60,478	,603	,892
ITEM04	66,17	56,809	,494	,844
ITEM05	66,73	61,620	,564	,836
ITEM06	66,87	64,999	,459	,839
ITEM07	66,97	61,551	,592	,806
ITEM08	66,17	62,461	,556	,887
ITEM09	66,73	62,075	,504	,899
ITEM10	66,73	61,620	,564	,844

Variable 2: Práctica sobre lactancia materna exclusiva

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	130	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	130	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,877	10

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento

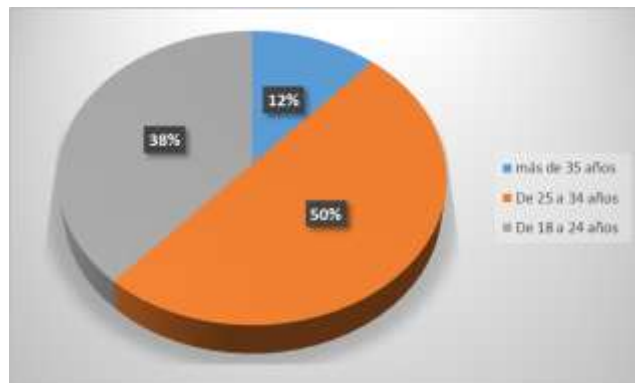
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	68,53	49,533	,594	,802
ITEM02	68,13	49,533	,550	,897
ITEM03	68,07	49,340	,674	,895
ITEM04	68,27	49,202	,502	,785
ITEM05	68,70	48,217	,523	,798
ITEM06	68,47	49,568	,554	,896
ITEM07	68,83	49,661	,622	,785
ITEM08	68,53	49,533	,494	,798
ITEM09	68,13	49,533	,550	,896
ITEM10	68,07	49,340	,674	,780

Anexo 05: Datos estadísticos de la encuesta

DATOS GENERALES

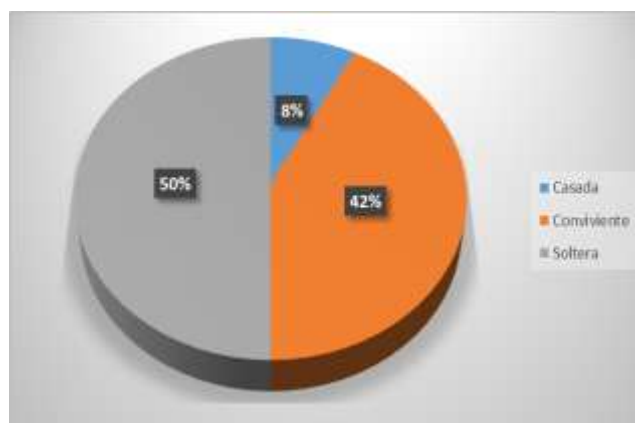
1. Edad de la madre:

Edad	f	%
más de 35 años	15	11.54
De 25 a 34 años	65	50.00
De 18 a 24 años	50	38.46
Total	130	100.00



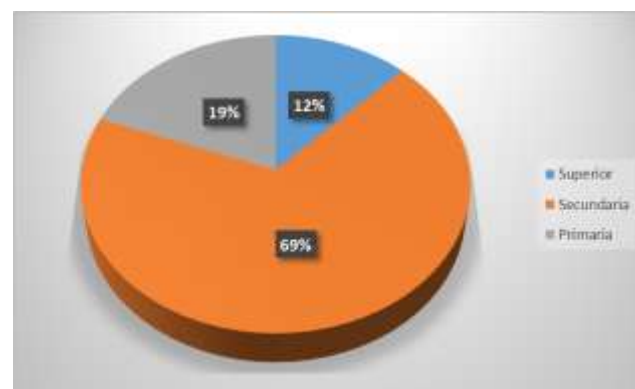
2. Estado Civil:

Estado civil	f	%
Casada	10	7.69
Conviviente	55	42.31
Soltera	65	50.00
Total	130	100.00



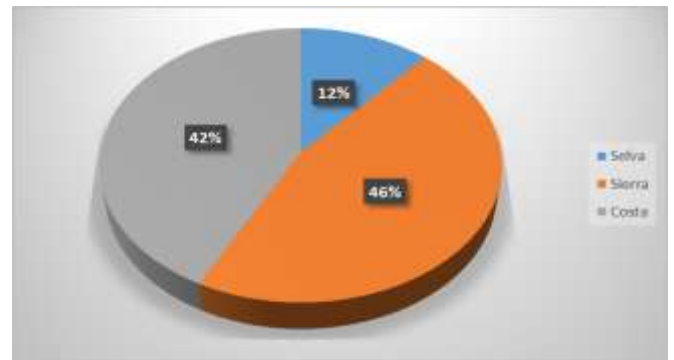
3. Grado de Instrucción:

Grado de instrucción	f	%
Superior	16	12.31
Secundaria	89	68.46
Primaria	25	19.23
Total	130	100.00



4. Procedencia

Procedencia	f	%
Selva	15	11.54
Sierra	60	46.15
Costa	55	42.31
Total	130	100.00



5. Ocupación:

Ocupación	f	%
Estudiante	20	15.38
Independiente	30	23.08
Empleada	40	30.77
Su casa	40	30.77
Total	130	100.00

