



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Enfermería

**Conocimientos y mitos sobre la lactancia materna
exclusiva en madres de lactantes menores de 6 meses
que asisten a un centro de salud, 2017**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Anaís Rosa ROJAS PAREDES

ASESOR

Mistral Ena CARHUAPOMA ACOSTA

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Rojas A. Conocimientos y mitos sobre la lactancia materna exclusiva en madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a un centro de salud, 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2018.

11-R
12-71- Números
16-Román



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)



FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO(A)
EN ENFERMERÍA**


En la ciudad de Lima, a los quince días del mes de febrero del año dos mil dieciocho y en cumplimiento a lo señalado en el inciso "c" del Art. 113 del estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. N° 03013-R-2016), se ha realizado la sustentación de la tesis titulada **"CONOCIMIENTOS Y MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DE LACTANTES MENORES DE 6 MESES QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD, 2017"**, sustentada por la Bachiller en Enfermería:

ANAIS ROSA ROJAS PAREDES


para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Enfermería, habiendo obtenido el calificativo de:

17 (Diecisiete)


Lo que se da fe:


LIC. LUZ ELENA CAPCHA CASCO
Presidenta




YISSELLA B. ACUACHE QUISPE
Miembro


LIC. DOMITILA E. CANGHARI CANDELA
Miembro


MG. MISTRAL E. CARHUAPOMA ACOSTA
Asesor (a)

RALP/mtc

**CONOCIMIENTOS Y MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN MADRES DE LACTANTES MENORES DE 6 MESES
QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD DE LIMA, 2017.**

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por su apoyo incondicional y por siempre confiar en mí.

A mi asesora, Mg. Mistral Carhuapoma, por su apoyo y orientación para tomar las decisiones más adecuadas.

DEDICATORIAS

A mis padres por confiar siempre en mí y estar a mi lado en cada triunfo y por motivarme a seguir superándome en los estudios y en mi vida personal.

A mis hermanos que siempre están apoyándome y haciéndome reír en cada momento.

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|-----------|
| Agradecimientos | III |
| Dedicatorias | IV |
| Índice..... | V |
| Índice de graficos..... | VII |
| Resumen..... | VIII |
| Presentación..... | X |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA | 12 |
| 1.1. Planteamiento, Delimitación y Formulación Del Problema | 12 |
| 1.2 Formulación de Objetivos | 17 |
| 1.2.1 Objetivo General: | 17 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos: | 17 |
| 1.3 Justificación | 17 |
| 1.4 Limitaciones del estudio | 18 |
| CAPÍTULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS | 19 |
| 2.1 MARCO TEÓRICO | 19 |
| 2.1.1. Antecedentes del estudio | 19 |
| 2.2 BASE TEÓRICA | 23 |
| 2.2.1 Aspectos conceptuales de la lactancia materna..... | 23 |
| 2.2.2 Generalidades sobre conocimientos | 41 |
| 2.2.3 Los mitos sobre la lactancia materna | 42 |
| 2.2.4. Rol de la enfermera | 48 |
| 2.3 identificación de Variables | 50 |
| 2.4 Definición operacional de términos..... | 51 |
| 2.5 Diseño metodológico | 51 |
| 2.5.1 Tipo de investigación | 51 |
| 2.5.2 Población / muestra..... | 51 |
| 2.5.3 Criterios de inclusión | 52 |
| 2.5.4 Criterios de exclusión | 52 |
| 2.5.5 Técnica e instrumento de recolección de datos | 52 |
| 2.5.6 Recolección y análisis estadístico de los datos..... | 52 |

| | |
|---|-----------|
| 2.5.7 Validez y confiabilidad | 53 |
| 2.5.8 Consideraciones éticas | 54 |
| CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 55 |
| 3.1 RESULTADOS | 55 |
| 3.1.1. Datos generales | 55 |
| 3.1.2 Datos específicos | 56 |
| 3.2 DISCUSIÓN..... | 62 |
| CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES | 67 |
| A. Conclusiones | 67 |
| B. Recomendaciones | 68 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | |
| ANEXOS | |

ÍNDICE DE GRAFICOS

| GRAFICO N° | Pág. |
|---|-------------|
| 1 Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a un centro de salud. Lima-Perú. 2017 | 57 |
| 2 Conocimientos sobre aspectos relacionados de la lactancia materna exclusiva de madres de lactantes menores de 6 meses. Lima-Perú. 2017 | 58 |
| 3 Mitos sobre la lactancia materna exclusiva en madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a un centro de salud. Lima-Perú. 2017 | 59 |
| 4 Mitos con relación al niño sobre la lactancia materna exclusiva presentes en madres de lactantes menores 6 meses que asisten a un centro de salud. Lima-Perú. 2017. | 61 |
| 5 Mitos con relación a la madre sobre la lactancia materna exclusiva presentes en madres de lactantes menores 6 meses que asisten a un centro de salud. Lima- Perú. 2017. | 62 |

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los conocimientos y mitos sobre la LME de las madres de lactantes menores de 6 meses.

DISEÑO METODOLÓGICO: Investigación cuantitativa, nivel aplicativo, método descriptivo y corte transversal. Instrumento un cuestionario, sometido a juicio de expertos, $p = 0.013$. Muestra conformada por 40 madres.

RESULTADOS: El 58% de las madres encuestadas conocen y el 42% desconoce aspectos relacionados a la LME, el 96% de las madres conocen sobre la importancia, el 75% conoce sobre la definición, el 63% la duración y ventajas el 61%, El 39% de madres desconocen aspectos relacionados a la frecuencia y 37% las ventajas hacia la madre y al lactante; con relación a los mitos, el 52% de las madres lo tiene presente sobre todo con relación al lactante menor y con relación a la madre el 32% tiene presente los mitos.

CONCLUSIONES: Más de la mitad de las madres de los lactantes conocen la LME: importancia, definición, duración, ventajas y frecuencia; un grupo de madres (37%) desconocen la frecuencia de la LME, las ventajas para la madre y para el lactante y la duración. Existen mitos muy arraigados sobre LME en más de la mitad de las madres de los lactantes, los más destacados son: “La agüita con azúcar tranquiliza al niño”, “él bebe cuando esté enfermo con diarrea necesitan beber agua”, “Es bueno dar de lactar en un horario establecido”, “después de los 6 meses, la leche ya no alimenta al niño necesita, cereales/fruta/ayuda”, “Si te duele el pezón es mejor una pezonera”, “Si la madre come coliflor, el niño se llena de gases y tiene cólicos”.

Palabras clave: Lactancia materna exclusiva, Mitos, lactantes, conocimientos

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the knowledge and myths about SCI of mothers of infants under 6 months of age.

METHODOLOGICAL DESIGN: Quantitative research, application level, descriptive method and cross section. Instrument a questionnaire, submitted to expert judgment, $p = 0.013$. Sample consisting of 40 mothers.

RESULTS: 58% of the surveyed mothers know and 42% do not know aspects related to the LME, 96% of the mothers know about the importance, 75% know about the definition, 63% the duration and advantages 61% , 39% of mothers do not know aspects related to the frequency and 37% the advantages towards the mother and the infant; in relation to the myths, 52% of the mothers have it in mind especially in relation to the minor infant and in relation to the mother, 32% keep the myths in mind.

CONCLUSIONS: More than half of the mothers of infants know the SCI: importance, definition, duration, advantages and frequency; a group of mothers (37%) do not know the frequency of the SCI, the advantages for the mother and the infant and the duration. There are well-established myths about SCI in more than half of the mothers of infants, the most prominent are: "The water with sugar reassures the child", "he drinks when he is ill with diarrhea, they need to drink water", "It is good to give to breastfeed at a set schedule ", "after 6 months, the milk no longer feeds the child needs, cereals / fruit / help, "If your nipple hurts a teat cup is better", "If the mother eats cauliflower, the child is filled with gas and has cramps. "

Keywords: Exclusive breastfeeding, Myths, infants, knowledge

PRESENTACIÓN

La lactancia materna exclusiva es la alimentación que brinda la madre a su hijo menor de 6 meses de edad en el cual solo recibe leche materna; este es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año, promueve el desarrollo sensorial y cognitivo.

El profesional de enfermería es el que tiene más contacto con la madre durante la etapa prenatal y posparto, por lo tanto, desempeña un papel importantísimo en el inicio y la continuación de la lactancia natural, así mismo asumen un papel normalizador y regulador de las prácticas de amamantamiento materno, siendo consideradas autoridades para el establecimiento del estándar de alimentación.

Ayuda en las dificultades y en la comprensión del comportamiento del recién nacido, evalúa la eficacia del amamantamiento, presta apoyo instrumental, estimula la ayuda de la red de apoyo social y proporcionar condiciones para el inicio precoz del amamantamiento. En cuanto a la atención que brinda a la madre y al lactante, tiene una participación en defensa de la lactancia materna y en la educación de la madre para que cumpla con ésta; por ello es necesario conocer que piensan las madres sobre la lactancia materna, identificar creencias y mitos al respecto porque pueden influenciar en el éxito o fracaso de la lactancia.

En este sentido se realiza la presente investigación titulada “Conocimientos y mitos de la lactancia materna exclusiva en madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a un centro de salud, 2017; con el objetivo de determinar y conocer los mitos que tienen las madres de niños de lactantes menores de 6 meses, ya que las madres cumplen un rol muy importante para lograr una

lactancia materna exitosa, realizando un análisis de la situación actual que se muestra en la sede de estudio. En este sentido, debe remarcarse el rol del profesional de enfermería, el cual debe desarrollar estrategias educativas destinadas a las madres con el objetivo de mejorar la alimentación y calidad de vida de los niños.

La estructura de la investigación comprende: El capítulo I donde se presenta el planteamiento, delimitación y formulación del problema, objetivo general y específicos, justificación y limitación. El capítulo II comprende el marco teórico: antecedentes, la base teórica comprende: Aspectos conceptuales de la lactancia materna, generalidades sobre conocimientos, mitos sobre la lactancia materna, rol de la enfermera; definición operacional de términos y el diseño metodológico comprende: tipo de investigación, población y muestra, criterios de inclusión y de exclusión técnicas e instrumentos de recolección de datos, recolección y análisis estadístico de los datos, validez y confiabilidad, consideraciones éticas, El capítulo III presenta los resultados encontrados después del procesamiento y análisis de las variables estudiadas y finalmente se presenta la discusión de los resultados encontrados. El capítulo IV presenta las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento, Delimitación y Formulación Del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) la lactancia materna (LM) “es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños”¹. Asimismo, han considerado por décadas a la LM fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales, y sostienen que aporta al lactante los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, protegiéndolo de enfermedades; en la madre disminuye la mortalidad materna, el riesgo de cáncer de mama, fomenta el amor con su hijo; en la familia, contribuye a la integración y a la economía familiar.²

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

El MINSa considera a la lactancia materna como una práctica fundamental en la nutrición infantil. Con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de las niñas y niños, El Comité Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, destaca la importancia de la lactancia materna exclusiva desde la primera hora de vida hasta los 6 meses. Asimismo, para favorecer el crecimiento y desarrollo en esta etapa de vida, es imprescindible que en adelante se acompañe la leche materna con alimentación complementaria hasta los 24 meses de edad.

En el Perú, el amamantamiento es una práctica natural y culturalmente aceptada, lo cual al año 2015, según ENDES, se registró un 65,2% de niñas y niños menores de seis meses de edad tuvieron lactancia exclusiva y el 6,3% que tenían entre seis a nueve meses de edad continuaban alimentándose con solo leche materna, Colocando al país en el primer puesto en la región de América Latina y El Caribe; sin embargo, cuando se analiza el comportamiento a lo largo de la línea del tiempo de tres indicadores claves a) inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacido(a) del niño(a), b) la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida y c) la lactancia materna complementaria; se evidencian escasos avances. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2015) indica que el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacido del niño(a) ha sido El 54,3% de niñas y niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, esta proporción ascendió a 92,6% dentro del primer día, Si se relaciona con el aumento progresivo de las cesáreas (actualmente a 28.6%), se podría inferir su impacto en el desarrollo de la lactancia materna durante la primera hora.

La duración de la lactancia exclusiva fue de 4 meses. Entre niñas y niños la duración fue mayor en las mujeres (4,1 meses) que en los hombres (4,0 meses). Guarda una relación con el nivel de educación de la madre, fue mayor entre las madres sin educación (4,5 meses) en comparación con las madres con educación superior (2,3 meses).³

Las investigaciones epidemiológicas demuestran que la lactancia materna proporciona una serie de ventajas a los lactantes respecto al estado de salud, en el crecimiento y desarrollo del niño; y al mismo tiempo que disminuye significativamente el riesgo de presentar un gran número de

enfermedades agudas y crónicas. A pesar de ello la prevalencia de lactancia materna exclusiva en el mundo permanece baja.

La lactancia materna además de ser un proceso biológico está determinada por la cultura tratándose por tanto de un acto impregnado de ideas, que resultan de las condiciones concretas de la vida, que pueden ser sociales, económicas, políticas, y culturales; son innumerables los mitos y costumbres que negativa o positivamente la afectan. Transformándolo en un acto regulado por la sociedad. Por ello se considera que la práctica de la lactancia materna a pesar de ser un acto natural es una conducta que se aprende. Dicho esto, está constituido por las creencias, los valores y las referencias históricas y culturales que conforman la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad.

Pertencen a las culturas, y en general reflejan la posición social o valoración cultural de la mujer, y la importancia asignada al desarrollo del vínculo. Es así como los pueblos pacíficos, con alta valoración por los valores femeninos y el vínculo, se asocian a lactancias prolongadas y protección de la relación vincular madre hijo. Los mitos y las falsas creencias pueden encontrarse en todos los estratos sociales, en todos los niveles económicos y culturales, y en todas las franjas de edad. Su “peligro” reside en su alta capacidad de “penetración” en un momento de gran permeabilidad e inseguridad como es el postparto. En ocasiones afectan a aspectos meramente “anecdóticos” y son digamos “inofensivas”. Pero nos encontramos también con creencias y convicciones, que son realmente capaces tanto de minar la frágil confianza de la mujer recién parida en su capacidad de alimentar correctamente a su hijo e interferir y dificultar la instauración de una lactancia materna eficaz y placentera.

La práctica de la lactancia materna y su significado está impregnada por la cultura: creencias, costumbres, mitos, valores que regulan y modelan la conducta de las madres en especial primíparas, además de la influencia del

entorno en que se desarrolla; podemos considerar que estas 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 adolescente 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. Muchos consejos que aún hoy en día se transmiten de boca en boca carecen de suficiente base científica o incluso son contraproducentes. Otros basados en experiencias contrastadas. ⁴

Las madres también han sido culturalmente afectadas por ideas que han contribuido al abandono del amamantamiento. Se les ha prohibido alimentos que pueden dañar la leche o al niño, Desde los tiempos de Galeno y Efeso se les ha restringido las relaciones sexuales por corromper la leche. Para Hipócrates la leche era una modificación de la sangre menstrual del útero, que llega allí mediante conexiones internas, idea que subsistió hasta la era moderna. Cada grupo social puede crear y recrear los mitos que dieron origen a su estructura, prácticamente son principios que justifican nuestras acciones; son un producto social, carecen de autor y son anónimos. ⁵

Al acudir al Centro Materno Infantil “Santa Anita”, a visitar los consultorios de CRED y ESNI, se observó que algunas madres estaban lactando a sus hijos, quienes aproximadamente tenían entre 0 y 1 año; al interactuar con ellas se obtienen los siguientes comentarios: “mi bebe no coge mi pezón y me saca muchas heridas”, “Le doy mi leche además de leche en polvo para que mi bebe crezca fuerte”, “me han dicho que cuando tiene sed, le dé agüita”, “como estoy lactando no puedo comer alimentos que dan sabor como el ajo, la cebolla así como picantes”, “me ha dicho que dar de lactar

me va arruinar mis pecho” “tomo mucho caldo para que me baje más la leche” entre otros. Estos comentarios están relacionados con conductas o comportamientos aprendidos en su entorno familiar que no coinciden con lo que la teoría sustenta; situación que motivo realizar la presente investigación que permitirá levantar información sobre los mitos y conocimientos que las madres tienen referente a la lactancia materna exclusiva; por ejemplo algunas madres “creen que el uso de los sustitutos de la leche es la mejor alimentación para sus hijo”, “que la leche materna se malogra cuando la madre tiene cólera”. Es evidente que el conocimiento de estos aspectos por el profesional de enfermería es de vital importancia para optimizar la “consejería”; pues, es innegable que el profesional de enfermería como parte del equipo de salud, desempeña un rol esencial en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades.

En cuanto a la atención que brinda a la madre y al lactante, tiene una participación en defensa de la lactancia materna y en educar a la madre para que cumpla con ésta, por ello es necesario conocer que piensan las madres sobre la lactancia materna, identificar mitos al respecto porque pueden influenciar en el éxito o fracaso de la lactancia. Con lo anteriormente expuesto, el presente estudio de investigación considera conveniente responder a la interrogante:

¿Cuáles son los conocimientos y mitos sobre la lactancia materna exclusiva en madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a un Centro de Salud de Lima en el 2018?

1.2 Formulación de Objetivos

1.2.1 OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Determinar los conocimientos y mitos sobre la lactancia materna exclusiva de las madres de lactantes menores de 6 meses.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Identificar los conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva de las madres de lactantes menores de 6 meses.
- ✓ Identificar los mitos más importantes sobre la lactancia materna exclusiva de las madres de lactantes menores de 6 meses.

1.3 Justificación

La leche materna es el mejor alimento para el bebé, lo protege de enfermedades infecciosas, asegura su desarrollo y crecimiento óptimos (principalmente del sistema nervioso y del cerebro) y, a largo plazo, potencia su capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar. Con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas, el Comité Multisectorial de Promoción y Protección de la Lactancia Materna, destaca la importancia de la lactancia materna exclusiva desde la primera hora de vida hasta los 6 meses⁶. A pesar de los grandes esfuerzos que se vienen realizando para promover la Lactancia materna exclusiva en los últimos años en el Perú se indica que más de la mitad de los recién nacidos (55%) no inician la lactancia materna exclusiva dentro de la primera hora, asimismo hay una preocupante disminución de la lactancia materna exclusiva y su reemplazo por fórmulas de leche artificial, siendo uno de los aspectos trascendentales de la salud pública que el país viene promoviendo.⁷

A pesar de todo el conocimiento que se tiene en relación con los beneficios de la lactancia materna, cada vez más esta práctica se vuelve menos común, lo que afecta el estado nutricional y de salud de los niños y niñas; por lo referido investigar sobre los conocimientos y mitos que tienen las madres en relación a la lactancia materna exclusiva ya que las niñas y los niños deben ser alimentados durante los seis primeros meses de vida, exclusivamente con leche materna a fin de lograr un crecimiento, desarrollo y una salud óptima. Cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las necesidades nutricionales de las niñas y niños, es preciso añadir otros alimentos a su dieta, es decir, deberían recibir alimentación complementaria, adecuada desde el punto de vista nutricional, cubre el periodo que va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que la niña y el niño es muy vulnerable.

Se justifica la ejecución de la investigación porque permitirá contar con información objetiva y confiable sobre los conocimientos y los mitos de las madres acerca de la LME, a partir de la cual el personal de enfermería podrá proponer estrategias de “consejería” para optimizar la práctica de lactancia materna, así como develar los mitos que tienen fuerte influencia cultural.

1.4 Limitaciones del estudio

Las conclusiones solo son válidas para la presente investigación.

CAPÍTULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1. Antecedentes del estudio

A nivel nacional:

Luis Alberto García Carrión realizó la investigación titulada “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 2015”, tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva, el estudio fue de nivel aplicativo de tipo cuantitativo, diseño descriptivo, la técnica utilizada fue la entrevista, el instrumento el cuestionario, se concluyó:

“Un alto porcentaje de madres presentó un nivel bajo de conocimientos, en relación con los conocimientos generales sólo el 6.7% presentan nivel de conocimiento alto, el 41.7% presenta nivel de conocimiento bajo y el mayor porcentaje es decir el 51.7% presenta nivel de conocimiento medio. En relación con la dimensión Definición sólo el 1.7% presentan nivel de conocimiento alto, el 41.7% presenta nivel de conocimiento medio y el mayor porcentaje es decir el 56.7% presenta nivel de conocimiento bajo En relación con la dimensión Técnica de amamantamiento sólo el 3.3% presentan nivel de conocimiento alto, el 45.0% presenta nivel de conocimiento bajo y el mayor porcentaje 51.7% presenta nivel de conocimiento medio 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”⁸

Jazmín Nancy Del Carpio Gómez realizó la investigación titulada “Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el centro de salud nueva esperanza 2014”, tuvo como objetivo determinar los factores

socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. El estudio fue de nivel aplicativo, enfoque cuantitativo, La técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario; siendo la muestra conformada por 32 madres. Las conclusiones fueron:

“Los factores socioculturales sí prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, siendo los factores de mayor prevalencia, los factores culturales; ya que existe un gran número de madres que han incumplido el dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. La principal causa fue la decisión materna influenciada por el factor cultural como las creencias con relación a la LME.”⁹

Villaverde Vergara Elizabeth Solange realizó la investigación titulada “Factores socioculturales de las madres adolescentes asociados a la lactancia materna exclusiva en el centro de salud Pérez Carranza”, tuvo como objetivo determinar los factores socioculturales de las madres adolescentes asociados al cumplimiento de la LME en el Centro de Salud Juan Pérez Carranza en enero 2013. El estudio fue de tipo cuantitativo, diseño descriptivo correlacional, la muestra por 60 madres. La técnica fue la encuesta, el instrumento fue un cuestionario. Las conclusiones fueron:

“Factores socioculturales de las madres adolescentes tienen relación significativa con las prácticas de lactancia materna. Los factores culturales indican que es desfavorable de acuerdo con las creencias que las madres adolescentes tienen.”¹⁰

Rocío del Pilar Vásquez Delgado realizó la investigación titulada Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis 2012, tuvo como objetivo determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de

las madres que acuden al Centro de Salud San Luis. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, La técnica fue la entrevista y los instrumentos la encuesta y la escala de Likert modificada. La población estuvo conformada por 60 madres de niños menores de 6 meses. Las conclusiones fueron:

“Un porcentaje considerable (56.7%) de madres tiene un conocimiento medio y bajo respecto a la lactancia materna relacionado a que no conoce cómo debe ser la alimentación de la madre que da de lactar, La mayoría (70%) 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”.¹¹

A nivel internacional:

Rosa Judith Maza Benítez en la investigación titulada “Lactancia materna, en las madres adolescentes de 13 a 19 años de edad, atendidas en el hospital Julius Doefpner, Samora-Ecuador en el año 2014.”, tuvo como objetivo general Determinar el incumplimiento de la lactancia materna, en las madres adolescentes entre 13 a 19 años de edad, el estudio fue de tipo cuantitativo-transversal, diseño descriptivo ,la técnica utilizada fue el uso de la encuesta y el instrumento el cuestionario, se concluyó:

“Que el incumplimiento de las madres adolescentes no dan de lactar a los niños con leche materna exclusiva hasta los 6 meses de edad con el 72.22%, se debe a varios factores que influyen como es la falta de información, El factor principal del incumplimiento de la lactancia materna, es la sensibilidad mamaria, dar al niño otros alimentos que no es leche materna exclusiva y tener que salir a trabajar dejando sus niños en guarderías, esta es la razón por lo cual optan por formulas y no aportan los nutrientes necesarios para el recién nacido por ello se ocasiona el destete precoz”.¹²

María Carolina Roland en la investigación titulada “Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses en el centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata y 2014”, tuvo como objetivo analizar las creencias y prácticas alimentarias que tienen las madres de los niños de 6 a 24 meses, el estudio fue de tipo descriptivo y transversal, la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario se concluyó:

“El estado nutricional de la mayoría de los niños se encontró dentro de los parámetros de normalidad. En general las madres poseen prácticas y creencias acordes a las recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales. La lactancia materna fue una práctica frecuente dentro del grupo de madres encuestadas, principalmente en el primer año de vida del niño/a. Esta práctica tuvo correlación con la creencia que tienen las madres sobre la importancia del acto de amamantar, se observó que las madres hablan en general más intuitivamente, sin demostrar mucho conocimiento de las razones para incorporar alimentos a los 6 meses de edad o de los riesgos de hacerlo en otras edades. De todas formas, se encontró una coincidencia entre práctica y creencia y ambas guardan relación con las recomendaciones del equipo de salud. Existe un importante conocimiento acerca de los beneficios que amamantar tiene para el niño, los cuales coinciden con el saber científico. La mayor parte de las madres creen que entre el año y los dos años es la edad óptima hasta la cual se debería dar el pecho, En general se utilizaba leche de vaca entera para la alimentación de los niños. La mayor parte de las madres realizó una preparación correcta de la leche a administrar al niño. En general el consumo de infusiones y bebidas azucaradas fue bajo,”¹³.

Jiménez Acosta Lourdes del Roció en la investigación titulada “Identificación de las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna en madres primigestas en el área de consulta externa del Hospital Materno

infantil Matilde Hidalgo de Procel, 2014”); tuvo como objetivo determinar las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna en madres primigestas que acuden a la consulta prenatal, el estudio fue de tipo cuantitativo, diseño descriptivo, la técnica utilizada fue la encuesta, el instrumento fue el cuestionario, se concluyó:

“Existe un gran porcentaje de madres que reciben capacitación y orientación durante el embarazo, en las que el 58 % tuvieron el control prenatal reglamentario y de esta manera se pudo determinar que el 41 % siempre tuvo orientación del personal de salud y el 32% la recibió veces, y un grupo de 53 % recibió capacitación exclusiva de lactancia materna así mismo se pudo determinar que la predisposición para aprender de las primigestas para el aprendizaje fue de un 77 % conociendo que sí tuvieron orientación en relación con el conocimiento sobre lactancia materna el 42% de madres primigestas poseen un nivel de conocimiento medio un 25% fue bajo en relación con un 15% que fue alto y una minoría corresponde al 18%.El análisis de la presente investigación permitió determinar los factores que inciden en la no lactancia, esto tiene que ver mucho con la aceptación hacia su nuevo rol de madres ,la búsqueda de conocimientos y los diferentes cambios emocional, sociales, apoyo familiar y el de sus parejas que influyan de manera positiva durante el proceso de gestación”.¹⁴

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 Aspectos conceptuales de la lactancia materna

La lactancia materna en el marco de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del niño Pequeño de la OMS, es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; asimismo es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre. ¹⁵

a. Ventajas de la lactancia materna

Las ventajas de la lactancia materna son múltiples para el niño y muy favorecedoras para la madre. A medida que ha ido evolucionando el desarrollo científico son mayores las ventajas que se le han reconocido a la lactancia materna sobre cualquier otro tipo de alimentación pues: no necesita preparación, siempre está disponible, tiene la temperatura ideal, no se contamina, contiene los componentes indispensables para su crecimiento y desarrollo, además permite una interacción más intensa entre madre e hijo, le confiere una mayor protección contra la intolerancia alimentaria y algunas enfermedades diarreicas y respiratorias, ofrece mayor estabilidad psicológica al niño, evita estados alérgicos al aportar elementos inmunológicos, facilita el desarrollo de los maxilares, la erupción y alineación dentaria, entre otras muchas ventajas. Además de propiciar una involución rápida de los órganos de procreación materna, mejor evolución psicológica y mayor estabilidad psicoafectiva. Las ventajas psicológicas de la alimentación a pecho han sido ampliamente reconocidas tanto para la madre como para el niño y el éxito de la lactancia materna supone una experiencia satisfactoria para ambos. Le proporciona al lactante una realización física, íntima y confortable con la madre. Debe hacerse hincapié en que la calidad de la relación madre-hijo, el sentimiento de maternidad y el grado de seguridad y afectos ofrecidos son perfectamente comparables. La lactancia materna ha sido el método más empleado a pesar de los avances en la producción de sucedáneos de la leche materna, ya que ningún otro puede compararsele en calidad¹⁶

a.1 Ventajas para la madre:

- Recuperación uterina postparto y disminución del sangrado.

La succión del pecho en las dos primeras horas tras el parto produce liberación de oxitocina, hormona que actúa sobre el útero de la mujer provocando su contracción. Las siguientes descargas de oxitocina

producen nuevas contracciones del útero con lo que éste recupera más pronto el tono y el tamaño.

- Mejora de la anemia y aumento de las reservas de hierro, El cierre precoz del lecho vascular de la placenta disminuye el sangrado puerperal contribuyendo a la recuperación de la anemia del embarazo. También durante varios meses inhibe la ovulación por lo que no hay menstruación y favorece el ahorro de hierro
- La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer
- Retracción del útero: por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la oxitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangramiento y reducirlo a su tamaño previo. La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo.
- Recuperación del peso: una lactancia adecuada permite que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia. Las hormonas de la lactancia (prolactina) hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico más bello, vital y armónico.
- Recuperación de los pechos: la estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evita la congestión de ellos y reduce los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras.
- La madre no tendrá fiebre con la bajada de la leche
- Las mujeres que amamantan a sus hijos o hijas tienen menos riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios.

- Durante los primeros 6 meses después del parto, las madres tienen menos riesgo de otro embarazo si no les ha vuelto la regla y si el niño no recibe con frecuencia otra cosa que la leche de la madre durante el día y la noche. Según la OMS casi todas las mujeres que no están lactando a los cuatro meses del parto ya han iniciado el ciclo menstrual. Sin embargo, las madres que continúan lactando pueden persistir en amenorrea durante un periodo superior a los dos años. El método de la lactancia-amenorrea (MELA) es cuando la primera menstruación tras la amenorrea postparto puede ir precedida o no de ovulación; es decir, hay riesgo de embarazo antes de la aparición de la primera regla, sobre todo si la lactancia previa no ha sido exclusiva demanda. El riesgo de ovulación premenstrual aumenta cuando ha pasado mucho tiempo desde el parto. Para que el método de lactancia materna basado en la amenorrea sea efectivo (con una eficacia real superior al 98%) deben darse las siguientes condiciones:
 1. Que hayan pasado menos de seis meses desde el parto la lactancia materna de madre a madre
 2. Que el bebé reciba lactancia materna exclusiva o casi exclusiva, sin alimentación complementaria, y a demanda tanto de día como de noche.
 3. Que el bebé nunca haga pausas entre tomas superiores a 6 horas.
- Ventajas psicológicas ya que la oxitocina disminuye la respuesta al estrés y ayuda a integrar las interacciones psicológicas entre madre y bebé. Quizá por esta razón la depresión posparto retrasa su aparición a los nueve meses en las culturas en donde la lactancia materna es la norma, mientras que donde predomina la lactancia artificial se manifiesta sobre los 3 meses. La lactancia materna ejerce un importante papel para el desarrollo de un vínculo de apego saludable y duradero. Este apego firme es la base de las relaciones de tipo afectivo que el niño podrá desarrollar en la edad adulta. Contrariamente a

creencias muy difundidas entre población general y sanitarios, los bebés que toman el pecho no son más dependientes, sino más seguros. Posiblemente, el motivo más fuerte para el mantenimiento de la lactancia natural (incluso en los animales) es precisamente el apego. Ese vínculo afectivo tan especial que se produce entre la madre y su cría mediante el cual la primera decide cuidar de la segunda.

a.2 Ventajas para el niño

La leche de la madre es buena para la digestión del niño o niña y los protege contra las diarreas y otras enfermedades, La leche de la madre tiene todo el líquido que el niño o niña necesitan para calmar la sed, aún en climas calientes. Al darle aguas, té, o jugos en los primeros 6 meses se aumenta el riesgo de diarreas y otras infecciones además de disminuir la leche de la madre. Por eso no necesita agüitas ni té, No necesita coladas, ni jugos, ni otro alimento, la leche materna protege al niño contra las diarreas y la deshidratación, las infecciones respiratorias, tales como la bronquitis y la neumonía, el estreñimiento, los cólicos, las alergias, las enfermedades de la piel, como los granos y el sarpullido o sarpullido, el sarampión, el cólera, desnutrición, la diabetes juvenil, deficiencia de micronutrientes.

- 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.
- Apoyo inmunológico específico que da protección pasiva, pues la madre le transfiere su inmunidad activa a través de la Inmunoglobulina A y de los demás componentes.

- Ausencia de la agresión fisicoquímica y antigénica. No produce procesos alérgicos ni irritación de la mucosa, por ser un fluido corporal y porque los nutrientes están adaptados a sus necesidades.
- Interviene en la maduración del tubo digestivo a través de elementos como la Inmunoglobulina A, el tipo de proteína, el lactobacillus bifidus y el factor de crecimiento epidérmico.¹⁷
- El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. Se ha demostrado que los niños amamantados presentan mayor agudeza sensorial (gusto, olfato, tacto, visión, audición) que los alimentados con biberón y fórmula.
- Durante al menos 3 meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuye así el riesgo de apneas prolongadas, bradicardia, asfixia por aspiración y síndrome de muerte súbita. El niño que es amamantado adecuadamente satisface sus necesidades básicas de calor, amor y nutrientes para su organismo. El bienestar y agrado que esto le produce, hacen que se sienta querido y protegido, respondiendo con una actitud alegre, segura y satisfecha, características de un patrón afectivo-emocional equilibrado y armónico.

Beneficios del contacto precoz piel a piel

- Tranquiliza a la madre y al bebé; ayuda a estabilizar la frecuencia cardíaca y respiratoria del bebé.
- Ayuda a mantener caliente al bebé con el calor que irradia el cuerpo de la madre.
- Reduce el llanto del bebé, reduce el estrés y el gasto energético.

- Permite la colonización del intestino del bebé con las bacterias normales que tiene la madre, siempre que ella sea la primera persona que sostenga al bebé y no la enfermera, médico u otros, lo que podría resultar que las bacterias de estas otras personas colonicen al bebé.
- Facilita el apego y el vínculo afectivo entre la madre y su recién nacido, porque la o el bebé esta alerta en la primera hora o dos horas. Después de dos a tres horas es frecuente que el bebé se duerma por períodos largos de tiempo.
- Permite que el bebé encuentre el pecho y se pegue, lo cual tiene más posibilidades de terminar en una succión efectiva que cuando la o el bebé se separa de su madre en las primeras horas.

Beneficios psicológicos:

- Amamantar al niño es relajante, favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a la madre. La lactancia bien establecida es percibida por la mayoría de las mujeres como muy satisfactoria, pues proporciona no sólo alimento sino consuelo, ternura y comunicación entre madre e hijo.
- Predispone en el niño buenos hábitos alimentarios para el futuro.¹⁸

a.3 Ventajas para la familia

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

- Hay menos preocupaciones debido a que los niños o niñas se enferman menos
- Al no comprar otras leches, biberones, mamaderas y combustible el dinero de la familia se utiliza mejor
- El marido aprecia la contribución que hace la mujer cuando amamanta a su hijo o hija
- Los otros niños o niñas de la familia aprenden lo importante que es amamantar a un bebé

- Protege la inteligencia y el crecimiento normal de su hijo o hija

b. Composición de la leche materna

La leche está compuesta por diversos factores como: carbohidratos (70 g/L), entre los más importantes está la galactosa, la cual es necesaria para la síntesis de cerebrósidos, compuesto indispensable para el desarrollo normal del sistema nervioso central y en menor proporción la fructosa y la glucosamida. Otros elementos presentes son los lípidos cuya concentración va desde 35 hasta 45 g/L, que el neonato utiliza como fuente de energía, componentes. La presencia de proteínas es de gran importancia para el desarrollo del neonato; entre éstas se encuentran la caseína, que constituye el 40% de las proteínas totales y entre el 60% restante se encuentra la α -lactoalbúmina; ambas proteínas son de alta calidad nutricional y participan en la síntesis de lactosa. Otras proteínas en menor cantidad y con menor valor nutricional, pero con una función inmunitaria alta son las inmunoglobulinas y la lactoferrina; ambas poseen acción bacteriostática y aportan el 25% del nitrógeno presente en la leche. Es importante mencionar que el calostro contiene los cinco isotipos de inmunoglobulinas (IgM, IgA, IgG, IgD e IgE) y de éstas la que más abunda es la IgA secretoria (IgAs). Este anticuerpo está formado por dos moléculas IgA unidas por un factor secretorio (que le confiere a la molécula resistencia contra la acidez de los jugos gástricos). La leche contiene también gran cantidad de IgD e IgE.

La leche contiene una gran cantidad de vitaminas, las cuales son necesarias para la absorción de calcio a nivel intestinal y éste a su vez es indispensable para el crecimiento y la mineralización del esqueleto del lactante; están presentes vitaminas liposolubles (Vitamina A, K, E y D). Asimismo, contiene vitaminas hidrosolubles (B2, B6, B12 y vitamina C) La leche también contiene minerales como Ca^{++} , P^{+++} , Mg^{++} , Na^+ y K^- ; éstos tienen numerosas funciones en el organismo y son indispensables para la correcta funcionalidad de las células de estirpe inmunológica en la leche, ya que se debe asegurar

cierta composición osmótica que favorezca su funcionalidad. La leche puede ser clasificada como: de precalostro, calostro, leche de transición o leche madura, de acuerdo con su composición y tiempo en la cual se produce (se considera el momento del nacimiento como el día uno de producción láctea). Cada uno de estos tipos de leche presenta concentraciones diferentes de nutrientes y esta composición depende directamente de la condición nutricional de la madre durante el embarazo y de la alimentación en el transcurso de la lactancia.

Precalostro: Ésta es secretada a partir del tercer mes de gestación; la glándula mamaria produce esta secreción formada por un exudado plasmático que contiene células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa

El calostro: El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso, de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. El calostro contiene menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. Contiene 2,9 g/100ml de grasa, 5,7g/100ml de lactosa y 2,3 g/100ml de proteína. Produce 57 Kcal./100 ml. El calostro contiene una gran cantidad de inmunoglobulina A (IgA), que junto a la lactoferrina y a una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³), confieren al recién nacido una 84 eficiente protección contra los gérmenes y alérgenos del medio ambiente. El calostro es perfecto para las necesidades específicas del recién nacido: el escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trípico funcional, succión-deglución-respiración, facilita la eliminación de meconio, evitando la hiperbilirrubinemia neonatal. Por lo tanto,

el volumen del calostro como la osmolaridad son adecuados a la madurez del neonato; los riñones inmaduros no pueden manejar grandes volúmenes de líquido ni soluciones muy concentradas. Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos. facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido. Los antioxidantes y las quinonas protegen al niño del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica. Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño. El calostro, como la leche que lo sucede, actúan como moderadores del desarrollo del recién nacido. Aún si la madre está dando pecho a un hijo mayor durante el embarazo, su leche pasará por una etapa calostrual antes y después del nuevo nacimiento.

Los niños que toman calostro son bebés más sanos; tiene las dosis de vitamina A y otros micronutrientes que son necesarios desde el nacimiento; protege al niño o niña contra infecciones y otras enfermedades a las cuales la madre ha sido expuesta; es un purgante natural porque limpia el estómago del recién nacido.

Leche de transición: Se produce durante el cuarto y hasta el décimo día postparto; en ella se puede detectar un aumento en el contenido de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles con respecto al calostro; puede observarse una disminución en las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles y en resumen un aumento sustancial de calorías. Estos cambios ocurren bruscamente y se estabilizan alrededor del día decimocuarto; el volumen promedio que produce la glándula mamaria es de entre 600 a 750 mL/día.

Leche Madura: Ésta es producida a partir del décimo día postparto; el volumen promedio es de 700 a 800 mL/día; el 90% del volumen es agua y contiene una alta concentración de grasa y proteínas de alto peso molecular.¹⁹

c. Los diez pasos para una lactancia materna exitosa

Están orientados a que todo servicio de maternidad y de cuidados del recién nacido debe:

1. Política de promoción y protección de la lactancia materna Cuenta con política escrita disponible y visible para el personal y usuarios.
2. Capacitación del personal de la salud. Cuenta con un programa de inducción al personal nuevo que atiende a la madre, la niña y el niño. Curso anual de al menos 20 horas y 3 horas de práctica para personal que atiende a la madre, la niña y el niño. Cuenta con al menos un facilitador capacitado y actualizado como consejera (o).
3. Información a gestantes. Las mujeres gestantes (de 32 semanas de gestación o más) conocen la importancia y manejo de la lactancia materna y refieren que el personal de la salud les ayuda a incrementar su propia confianza y seguridad. El personal que atiende a las mujeres gestantes trata los temas clave de la lactancia materna en la consejería y cuenta con material escrito de apoyo
4. Contacto piel a piel El servicio de atención del parto implementa el contacto precoz piel a piel durante la primera hora para las y los bebés que han nacido por parto vaginal o por cesárea sin anestesia general. Las madres refieren que se permite el acceso al padre, de la o el bebé o alguna persona de su confianza para acompañarla y apoyarla.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún si ellas deben separarse de sus hijas o hijos Las mujeres puérperas reconocen los signos de que sus bebés están listos para mamar y refieren recibir ayuda del personal de salud cuando la necesitan. El personal de la salud describe los tipos de información en lactancia y demuestra las habilidades y técnicas que proporciona a las madres que amamantan y a las que no lo hacen. Las madres refieren que algún miembro del personal de la salud les enseñó cómo extraerse la leche.

6. No dar a las y los recién nacidos alimentos o líquidos que no sean leche materna. El sistema de información del establecimiento de salud reporta que al menos el 75% de las y los bebés a término dados de alta en el último año han sido amamantados exclusivamente desde el nacimiento hasta el alta. Los neonatos que por casos especiales reciben sucedáneos o fórmulas tienen la prescripción médica respectiva debidamente registrada en la historia clínica.
7. Alojamiento conjunto El establecimiento de salud cuenta con alojamiento conjunto continuo que empieza inmediatamente después del nacimiento. Las madres refieren que su bebé permanece junto a ellas durante las 24 horas del día. De no permanecer con la madre se cuenta con registro del motivo, en la historia clínica.
8. Lactancia materna a demanda. Las madres conocen los signos precoces de hambre de la o el bebé y el personal de la salud les recomienda que amamanten cada vez que sus bebés quieran y por el tiempo que quieran, sin horarios.
9. No dar chupones ni biberones a recién nacido No se encuentra biberones ni tetinas o chupones que son utilizados para alimentar a las o los bebés, ni las madres refieren que sus bebés son alimentados con biberones
10. Grupos de apoyo. Cuando las puérperas en condiciones de alta refieren donde conseguir apoyo para la lactancia materna. El establecimiento de salud cuenta con un sistema de apoyo para las madres que salen de alta. El establecimiento registra las actividades de los grupos de apoyo comunal para la lactancia materna exitosa en el HIS.²⁰

d. Técnica de amamantamiento

d.1 Posiciones para el amamantamiento

Posición acostada: Es más cómoda después del parto y ayuda a descansar mientras amamanta. La madre y el bebé deben estar de costado, uno frente al otro o también el bebé puede estar acostado encima de la madre. Para una mayor comodidad la madre puede ayudarse con una almohada o frazada para sostener al bebé.

Posición sandía: Es una buena posición para después de una cesárea o para amamantar gemelos o mellizos. La madre debe estar sentada y ayudarse con una almohada o frazada a cada lado. Los pies del bebé hacia atrás debajo del brazo de la madre. La madre coloca su brazo debajo del cuerpo del bebé y con su mano le sostiene la cabeza como si estuviera cargando una sandía

Posiciones en situaciones especiales

Posición cruzada: La cabeza del bebé descansa entre su pulgar y los dedos, y la parte superior de la espalda se apoya en la palma de su mano. Ésta es una buena posición cuando está aprendiendo a amamantar, porque le permite controlar con facilidad la cabeza del bebé para ayudarlo a colocar el seno en su boca. También es una buena posición para bebés de poco tamaño y bebés que tienen problemas para aprender a engancharse correctamente en el seno.

Posición bailarina: Esta es una buena posición para niñas y niños con hipotonía muscular o síndrome de down. Se coloca la mano sosteniendo el cuello del bebé mientras amamanta. **Posición caballito:** Esta es una buena posición para amamantar niñas o niños que vomitan mucho cada vez que amamantan niñas y niños con paladar hendido. Se coloca al niño frente a la madre montado en su pierna. **Posición boca arriba:** Esta postura es poco frecuente en el amamantamiento diario. Pero se trata de un recurso a utilizar

en el supuesto de que la madre tenga una obstrucción o mastitis aguda localizada en la parte superior del pecho, ya que de ese modo se facilita el drenaje de esos conductos.

Posición de acunamiento: Sostenga al bebé sobre el antebrazo del mismo lado del pecho del que va a amamantar; la mano opuesta sostiene el pecho; coloque el brazo inferior del bebé alrededor de su cintura abrazándolo(a). Esta posición funciona bien para los bebés nacidos por parto vaginal. Las mujeres que han dado a luz por cesárea generan molestias sobre el abdomen. ²¹

d.2 Agarre

Se debe sostener el pecho con los dedos a 3-4 cm detrás del pezón (con su mano en forma de "CR) y acercar a la o el bebé a su pecho con la cara de éste mirando al pecho y la nariz frente al pezón, roce el pezón. Roce con el labio superior de la o el bebé para estimularlo y espere que la o el bebé abra bien su boca y agarre una buena parte del pecho hasta la areola.

- El agarre es correcto cuando:
 - Su boca está bien abierta.
 - Su labio inferior está hacia afuera.
 - El mentón de la o el bebé toca el pecho.
 - Se ve más areola por arriba que por debajo de la boca.
- Si la o él bebe succiona débilmente (usualmente asociado a analgesia obstétrica), probablemente tiene todavía los efectos de medicamentos y se duerme antes de mamar lo suficiente. Se recomienda desabrigar a la o el bebé y ponerlo sobre el pecho de su madre, piel a piel, estimularlo con masajes suaves en la espalda de abajo hacia arriba, dejar que explore los pechos, usualmente aprenden a succionar por su propia cuenta, no se debe ofrecer biberón. Esperar con paciencia que manifieste su deseo de mamar.
- Si la o el bebé no puede agarrar el pecho debido a un pezón plano o invertido, se ayuda a la madre a destacar el pezón. Usualmente basta dar masajes en

el pezón, o la succión de su propia pareja o mediante una jeringa inmediatamente antes de la lactancia.

d.3 Frecuencia y duración

El bebé debe lactar a libre demanda, de día y de noche (8 a 12 veces en 24 horas, en promedio). Lactar por la noche incrementa la producción de leche. No hay un patrón de alimentación para la o él y bebé, a algunos les puede bastar 10 minutos por lactada y a otros 30 frecuencia de los minutos o más mamadas.

- La mayoría de las mujeres producen más leche de lo que su bebé pueda tomar. Una madre de gemelos producirá más leche para satisfacer la necesidad de ambos bebés.
- Las señales de hambre en la o el bebé se van a identificar cuando:
 - Mueve su cabeza buscando el pecho, abre su boca, saca la lengua, succiona sus manos, intranquilo, emite quejidos.
 - El llanto es un signo tardío de hambre.²²

d.4 Rol del padre

El papel del padre puede desempeñar en este proceso va a ser muy importante y puede facilitar muchísimo que sea una experiencia positiva tanto para la madre como para el bebé: puede acariciar, abrazar y mecer al bebé desde su nacimiento, así como fomentar el apego y el vínculo con su niño o niña. Todo esto y mantener un estrecho contacto piel a piel, dando largos paseos con su bebé en la mochila o compartiendo la cama con la criatura. Actuaciones Cuando la pareja se involucra desde el principio en el embarazo, en la elección del método de alimentación, en el parto, en la crianza supone un gran alivio y descanso para la madre y una manera de vivir más y mejor la maternidad.

d.5 Factores protectores de la lactancia materna

El Plan Estratégico Multisectorial para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna 2013-2021 reforzará la aplicación de la normativa existente sobre la alimentación de los lactantes, garantizará la disponibilidad de salas de lactancia en los lugares de trabajo, y reevaluará los hospitales que hayan obtenido el certificado de "amigos de la madre y el niño." Mediante esas medidas, Se intentará aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuación de la lactancia hasta los 24 meses en un 2% anual hasta 2021.

✓ Coordinación con el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES)

El Ministerio de Salud coordinará con el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), las siguientes acciones de apoyo y participación en la promoción de una adecuada alimentación de la niña y el niño hasta los veinticuatro (24) meses de edad: 1. Desarrollo de actividades educativas dirigidas a las mujeres y familias beneficiarias de los Programas Sociales, Programas de Apoyo Alimentario y Programas Especiales de Cuidado Infantil, particularmente con el de "Wawa Wasi", para promover una adecuada lactancia materna y alimentación complementaria de la niña y el niño. Vigilancia del cumplimiento de la normatividad del Código de los Niños y Adolescentes y el Plan Nacional de Acción por la Infancia, especialmente en lo referente a la alimentación infantil.

✓ Coordinación con el Ministerio de Educación y otras entidades formadoras

El Ministerio de Salud coordinará las siguientes acciones de apoyo y participación en la promoción de una adecuada alimentación de la niña y el niño hasta los veinticuatro (24) meses de edad: A nivel del Ministerio de Educación, para formular los dispositivos convenientes que incluyan en los currículos de enseñanza de los diferentes niveles

educativos en el país, los contenidos específicos sobre lactancia materna, la alimentación de la niña o el niño, la alimentación de la gestante y la madre que da de lactar; el rol de la familia y la comunidad para la protección y apoyo de la lactancia materna. Así como la proyección de actividades educativas a los otros miembros de la comunidad educativa, maestros y padres de familia en particular los del nivel de educación inicial.

✓ **Coordinación con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo**

El Ministerio de Salud coordinará con el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, las acciones de apoyo y participación en la promoción y protección de la maternidad y lactancia materna, la vigilancia del cumplimiento de la normatividad laboral de promoción y protección de la lactancia materna de toda mujer trabajadora, especialmente en las acciones de seguimiento de los convenios internacionales sobre la materia ratificados por el Estado Peruano y aquellos pendientes de ratificación y, la adecuación de la normatividad laboral nacional de conformidad con dichos estándares internacionales.

✓ **Coordinación con los Gobiernos Locales**

El Ministerio de Salud coordinará con los Gobiernos Locales las siguientes acciones de apoyo y participación en la promoción de una adecuada alimentación de la niña y el niño hasta los veinticuatro (24) meses de edad: Desarrolló de actividades educativas dirigidas a las mujeres y familias beneficiarias de los Programas Municipales, particularmente del “Vaso de leche”, para promover una adecuada lactancia materna

✓ **Coordinación con los Gobiernos Regionales**

El Ministerio de Salud coordinará con los Gobiernos Regionales, a través de las Direcciones Regionales de Salud, las siguientes

acciones de apoyo y participación en la promoción de una adecuada alimentación de la niña y el niño hasta los veinticuatro (24) meses de edad

2.2.2 Base legal/Marco normativo:

Según la Constitución Política del Perú establece en su artículo 7 que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa; en el artículo 2, entre otros, que es responsabilidad del Estado promover el establecimiento de condiciones adecuadas para la atención de la madre durante las etapas del embarazo, el parto y la fase postnatal, así como el otorgar atención especializada a la adolescente madre, promover la lactancia materna y el establecimiento de centros de cuidado diurno.²³

El Ministerio de Salud en el marco de sus políticas sectoriales, promueve, protege y apoya a la lactancia materna, considerada como la primera y mejor práctica de alimentación y a la leche materna como la principal fuente de alimentación de las niñas y los niños hasta los veinticuatro meses de vida²², En este contexto el Ministerio de Salud, asumiendo su rol rector, y en mérito al cumplimiento de compromisos establecidos en concordancia con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Niño Pequeño y de acuerdo a las recomendaciones del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, ha revisado el Reglamento de Alimentación Infantil, oficializado con Decreto Supremo N° 020-82-SA, y actualizado mediante Decreto Supremo N° 009-2006-SA, Asimismo el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial N° 959-2006/MINSA aprobó la Directiva Sanitaria N° 009-MINSA/DGPS-V.01, para la Implementación de Lactarios en los Establecimientos y Dependencias del Ministerio de Salud, con la finalidad de facilitar la lactancia materna de niñas y niños de cero (0) a veinticuatro (24) meses de edad, hijas e hijos de madres que laboran en el MINSA a nivel

nacional, regional y local, así como las Resoluciones Ministeriales N° 0103-93-SM/DM y N° 240-2000-SA/DM, que establecen la declaración de la “Semana de la Lactancia Materna en el Perú” mediante la Comisión Multisectorial y el Comité Técnico Institucional para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna, y asumiendo su responsabilidad y función como ente rector de la salud, en el marco de los Lineamientos de Política y dispositivos legales vigentes, celebra la Semana de la Lactancia Materna, con el Lema: “Lactancia Materna: Derecho de nuestras niñas y niños, compromiso de todos”, con el propósito de generar un espacio de diálogo, análisis, y asumir compromisos entre el estado, la sociedad civil y las instituciones privadas con responsabilidad social, respecto a la salud de los niños y niñas, en beneficio de las nuevas generaciones como un derecho de peruanas y peruanos.

2.2.2 Generalidades sobre conocimientos

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. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes 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 relacionarse 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.

- **Conocimiento Científico o Formal:** Son aquellas representaciones verdaderas que pueden ser probadas y contrastadas científicamente por tener una base teórica 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.²⁴

2.2.3 Los mitos sobre la lactancia materna

El mito es un fenómeno cultural complejo que puede ser estudiado desde diferentes perspectivas; en general, describe y retrata a partir del lenguaje simbólico, el origen de los elementos y supuestos básicos de una cultura. La narración mítica relata, por ejemplo, cómo comenzó el mundo, cómo fueron creados los seres humanos y los animales y cómo se originaron ciertas costumbres, ritos o actividades humanas. No hay sociedad sin mitos: los mitos surgen en épocas de crisis, justifican una sociedad instituida y deben reactualizarse permanentemente. Los mitos, en este sentido, forman parte del sistema de creencias de un pueblo o cultura.

Para Castoriadis el mito es el modo a través del cual la sociedad encuentra significación en el mundo; sin él, la existencia de los individuos que constituyen esta sociedad quedaría privada de sentido. Los mitos instituidos por la sociedad son cristalizaciones de significación que operan como organizadores de sentido de la acción, el pensamiento y sentir de los sujetos que la conforman y sustentan, aunque también orientan y legitiman las instituciones. El mito lleva asociados los valores de la sociedad a través de los cuales los sujetos encuentran el sentido de identidad: el mito se construye

siempre sobre un imaginario efectivo y es interpretado constantemente, esto le da innumerables y nuevos significados en el imaginario radical de cada sujeto. Mientras el lenguaje empírico se refiere a hechos objetivos, el mito se refiere a la experiencia humana, al significado y sentido de la vida humana.

Una creencia refiere a la certeza que un individuo tiene acerca de un determinado tema o aquello en lo cual se cree fervientemente. Es algo así como un modelo, generalmente basado en la fe, creado por la mente, el cual luego por la interpretación deviene en un contenido cognoscitivo de un hecho concreto o abstracto, el cual no presentará una demostración absoluta y ni siquiera tampoco se le exigirá un fundamento de tipo racional que lo explique, pero que aún ante esta situación de carencia de comprobación, tiene serias y ciertas probabilidades de remitir a una verdad. Estas actitudes y creencias menosprecian y desfavorecen la lactancia materna exclusiva, desanimando a las mujeres a iniciarla y/o mantenerla.²⁵

a. Mitos más comunes en relación con la lactancia materna

En relación con los mitos y creencias sobre la lactancia materna existen varios, se describe lo siguiente mitos más comunes:

- ✓ “No me baja la leche”, La leche baja si él bebe succiona
- ✓ “No se llena con el pecho”, A más succión más producción
- ✓ “No lo alimenta “, La leche materna es el alimento más completo
- ✓ “Debo suspender la lactancia”, La lactancia no se contraindica en la mayoría por enfermedad.
- ✓ “Los pezones me duelen”, Tiene que mejorar su técnica de amamantar.

Existen mitos y creencias erróneas como, por ejemplo:

“El calostro no es bueno y hasta puede ser dañino para los bebés”

- ✓ No, el calostro es vital para su crecimiento y desarrollo normal:

- ✓ Primera inmunización, protege contra infecciones intestinales y otras.
- ✓ Purgante que disminuye la severidad de la ictericia.

“Los lactantes necesitan tés especiales u otros líquidos antes de ser amamantados “

- ✓ No, cualquier toma pre-láctea (tomas suministradas antes de comenzar la Lactancia Materna aumenta el riesgo de infección del recién nacido, disminuye la probabilidad de una Lactancia Materna exclusiva y acorta el periodo de lactancia materna.

“Los bebés no recibirán suficiente líquido o alimento con solo el calostro y la leche materna”

- ✓ No, el calostro es suficiente para las primeras tomas del bebé. Es normal que un recién nacido pierda un 3-6% del peso que tenía al nacer. Ellos nacen con una reserva de agua y azúcar en su organismo para usarla en ese momento.

“La mujer necesita intervención farmacológica para aliviar el dolor del parto. Normalmente”

- ✓ No, el uso de analgesia / anestesia durante el parto puede sedar al bebé, dificultando su comportamiento en su búsqueda del seno y retrasando la iniciación de la Lactancia Materna por horas y hasta días. El uso de terapia complementaria, incluyendo la presencia de una acompañante durante el parto, le ayuda a la mujer a enfrentar el dolor lo que puede mejorar los resultados obstétricos.

“Requiere mucho tiempo y trabajo ayudarle a la madre durante este tiempo”

- ✓ No, mientras que él bebé se encuentre sobre el pecho de la madre, la enfermera puede continuar realizando la evaluación a la madre y al bebé,

o cualquiera de sus funciones. El o la bebe por sí solo encontrará el camino al seno.

a.1 Mitos más comunes en relación con la madre

Mitos

- ✓ Las mujeres con pecho pequeño no pueden amamantar
- ✓ No todas las mujeres producen leche de buena calidad
- ✓ No todas las mujeres producen leche suficiente para satisfacer él bebe.
- ✓ Amamantar engorda

Realidad:

El tamaño de los pechos no influye en la lactancia. Todas las mujeres producen leche de buena calidad y en cantidad suficiente porque la lactancia es un proceso regido por la ley de la oferta y de la demanda. Amamantar ayuda a eliminar la obesidad

Mitos

- ✓ La madre no puede comer ciertos alimentos durante la lactancia
- ✓ Si la madre está enojada o asustada no debe dar de lactar

Realidad:

En todo el periodo de gestación y durante la lactancia, la mujer necesita una **dieta balanceada**. No hay alimentos que aumentan o disminuyen la producción de leche. **A mayor succión corresponde una mayor producción de leche.**

El estrés o miedo extremo puede aletargar el flujo de leche, pero se trata de una respuesta temporal del organismo ante la ansiedad.

Mitos

- ✓ Si la madre está enferma, no debe dar de lactar y si sigue lactando no puede tomar medicación
- ✓ Una vez que se interrumpe la lactancia no se puede volver a amamantar

Realidad

Si la mujer está enferma (gripe, resfriado, tos, etc.) puede amamantar. Si se trata de otra enfermedad más grave, antes de tomar cualquier medicación, deberá consultar su médico.

Con una técnica adecuada y apoyo, tanto las madres como los bebés pueden retomar la lactancia, luego de un cambio de leche materna a fórmula. Esta práctica es vital durante una emergencia.

Mitos

- ✓ En relación con el ejercicio físico, el ejercicio físico durante la lactancia puede mejorar el bienestar y la forma física de la madre, sin afectar a la cantidad ni composición de la leche ni perjudicar al lactante
- ✓ En relación con la caída del cabello es frecuente una gran pérdida de cabello tras el parto que en ocasiones se ha relacionado con la lactancia materna. En realidad, es un fenómeno normal y benigno denominado efluvio telógeno que se resuelve espontáneamente entre 6 y 12 meses posparto, sin dejar alopecia residual.

a.2 Mitos más comunes con relación a la calidad de la leche

Mitos

- ✓ El calostro (la leche que la madre produce en los primeros tres días después del parto) debería ser desechado porque es sucio y antihigiénico

- ✓ El calostro es amarillo porque ha permanecido mucho tiempo en el pecho y por eso está podrido
- ✓ El bebé no debería succionar hasta que salga la leche blanca.

Realidad

El calostro no se debe desechar porque contiene muchos nutrientes y factores de defensa que fortalecen el sistema inmunológico del bebé. Es como una vacuna. Es amarillo porque está rico en beta carotenos (una sustancia que previene muchas enfermedades). Además, contiene proteínas, vitaminas y es altamente nutritivo. La lactancia debe iniciar en la primera media hora después del parto. La madre no debe esperar a que baje la leche blanca para dar de amamantar.

a.3 Mitos más comunes con relación a lo que necesita un niño

Mitos

- ✓ Los niños se deben amamantar por más tiempo que las niñas porque si no estas últimas serán más fértiles en la edad adulta.
- ✓ Se debe dejar de amamantar cuando el niño o la niña aprenda a caminar.
- ✓ Se deben introducir uvas antes de los seis meses para que el niño aprenda a hablar más rápido.

Realidad

La leche materna hace que los niños crezcan sanos, fuertes e inteligentes. Hay que amamantar niños y niñas por el mismo tiempo, sin diferencias. Los bebés deben ser alimentados sólo con leche materna hasta los 6 meses. De los 6 meses hasta los dos años, hay que complementar el consumo de leche materna con otros alimentos. No se

deben introducir alimentos líquidos o sólidos antes que el bebé cumpla seis meses. No hay ninguna evidencia científica que las uvas contribuyan a que el niño o la niña hablen antes.

Mitos

- ✓ Los bebés necesitan beber aguas aromáticas, té y coladas para fortalecer el estómago, o si están enfermos y tienen diarrea
- ✓ El biberón es inofensivo e higiénico.

Realidad

La leche está compuesta en un 90% de agua, por lo tanto, los bebés no necesitan líquidos adicionales. La mejor manera de fortalecer el bebé es dándole leche materna todas las veces que la pida. Si la diarrea es severa, consulte el médico.

Una higiene incorrecta en los utensilios de alimentación del bebé puede provocar infecciones. El uso prolongado del biberón perjudica a la dentición y al habla del niño y de la niña. ²⁶

2.2.4. Rol de la enfermera

El profesional de enfermería es el que tiene más contacto con la madre durante las etapas de prenatal y posparto y, por lo tanto, desempeña un papel importantísimo en el inicio y la continuación de la lactancia natural, así mismo asumen un papel normalizador y regulador de las prácticas de amamantamiento materno, siendo consideradas autoridades para el establecimiento del estándar de alimentación. El enfoque de las intervenciones son los beneficios nutricionales, inmunológicos, emocionales y fisiológicos para el niño, basados en justificaciones científicas.

El profesional de enfermería ayuda en las dificultades y en la comprensión del comportamiento del recién nacido, evaluar la eficacia del amamantamiento, prestar apoyo instrumental, estimular la ayuda de la red de apoyo social y proporcionar condiciones para el inicio precoz del amamantamiento. Siendo fundamental para la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo, la salud y la nutrición de las niñas y los niños, (considerada como potencial de desarrollo humano de las sociedades) Con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de las niñas y niños.²⁷

La labor asistencial de la profesión de enfermería tiene como base el concepto de cuidados y el de cultura proveniente de la antropología, se entrelazan y cobran gran importancia. Esta unión abarca un concepto más novedoso y amplio, introducido inicialmente por Madeleine Leininger en los años 50, conocido como Enfermería Transcultural, enunciado en su "Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados". El profesional de enfermería es consciente que viven en una realidad multicultural, que propicia determinadas situaciones sanitarias a las que se debe saber dar respuesta como responsables del cuidado.

Madeleine Leininger, enfermera pionera en introducir el concepto de cultura en los cuidados, define ésta como "las creencias, valores y modos de vida de un grupo particular, que son aprendidas y compartidas, y por lo general transmitidas de forma intergeneracional influenciando las formas de pensamiento y acción" (McFarland, 2007). Como profesional de enfermería se sabe que la cultura puede influir en el cuidado que damos. Una de las fases del proceso de atención de enfermería se basa en valorar al individuo como un ser único e integral, con necesidades biológicas, psicológicas y sociales. Sin embargo, se considera la cultura en el cuidado, no solo desde las características individuales que puede presentar una persona concreta con relación a la salud y enfermedad, sino adiestrarse en la realidad sociopolítica

y en la participación de la comunidad que influye en esa persona, entrando aquí a formar parte el contexto como elemento fundamental.

El profesional de enfermería tiene como compromiso tomar conciencia y aceptación de las diferencias culturales y valores propios, pues supone huir de los estereotipos y superar los prejuicios con el fin de establecer una relación efectiva, desde el respeto de lo que no es propio y con conciencia cultural.²⁸

2.3 identificación de Variables

- Conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva.
- Mitos sobre la lactancia materna exclusiva.

(Ver Anexo A: Operacionalización de la variable)

2.4 Definición operacional de términos

- **Conocimiento**

Informaciones adquiridas por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad

- **Lactancia materna exclusiva**

Es la Alimentación de un lactante exclusivamente con leche materna desde el nacimiento, sin el agregado de agua, jugos, té u otros líquidos o alimentos.

- **Mitos**

Son creencias que se consideran verdaderas

2.5 Diseño metodológico

2.5.1 Tipo de investigación

El estudio es de tipo cuantitativo debido a que los datos son susceptibles de ser medidos, nivel aplicativo pues va a permitir reorientar y/o modificar la realidad existente, método descriptivo simple de corte transversal ya que permite mostrar la información obtenida tal como se encuentra la realidad en un espacio y tiempo determinado.

2.5.2 Población / muestra

La población estuvo conformada por 80 madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a un centro salud localizado en “Santa Anita” al consultorio de CRED-ESNI, durante un mes

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tomó un nivel de confianza del 95% y con margen de error del 5%, obteniéndose la muestra de 40 madres

de lactantes menores de 6 meses (Ver Anexo B), las que fueron seleccionadas por conveniencia.

2.5.3 Criterios de inclusión

- Madres que acepten voluntariamente a ser parte del estudio previo consentimiento informado.
- Madres que sepan leer y escribir.
- Madres que hablen español

2.5.4 Criterios de exclusión

- Madres que no acepten participar en el estudio
- Madres que tengan limitaciones para comunicarse

2.5.5 Técnica e instrumento de recolección de datos

Para el presente trabajo, la técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario, lo que permitió recolectar información para determinar los conocimientos y mitos de las madres de niños menores de 6 meses sobre lactancia materna.

El cuestionario constó de 3 partes: la primera viene a ser la introducción donde se menciona los objetivos, confidencialidad, la importancia de la participación y el agradecimiento, la segunda parte corresponde a los datos generales del informante, la tercera parte consta de 17 preguntas que medirá la variable conocimiento y 23 preguntas a la variable mitos (Ver Anexo C).

2.5.6 Recolección y análisis estadístico de los datos

Se realizó los trámites administrativos respectivos, con autorización de la Escuela Profesional de Enfermería de la UNMSM, mediante un oficio dirigido al director del centro de salud "Santa Anita" donde se dio a

conocer el título y objetivos del estudio y el tiempo que duro la recolección de datos.

Para la aplicación del instrumento se realizó las coordinaciones con el médico jefe y la enfermera jefe del servicio de C.R.E.D y E.S.N.I.

Este proceso tuvo una duración de un mes, del 20 de mayo al 20 de junio de 2017.

Para el procesamiento de datos se realizó la transcripción total de los datos recolectados, los cuales se codificaron, cuantificaron y procesaron manualmente en una matriz tripartita con el programa de Excel. Los cuales se presentan en tablas y gráficos estadísticos, que sirvieron para su análisis e interpretación.

Para el análisis y discusión de los datos se procedió a contrastar los resultados obtenidos, con los antecedentes que aportaron al estudio y con la base teórica revisada.

2.5.7 Validez y confiabilidad

La validez del instrumento se realizó mediante el juicio de jueces expertos (ver anexo D), donde participaron 7 profesionales especialistas en enfermería pediátrica y docentes de investigación en enfermería de la UNMSM, cuyas opiniones sirvió para mejorar el instrumento, los puntajes fueron sometidos a prueba binomial encontrándose que la concordancia es significativa no supera los valores establecidos para $p < 0,5$ (Ver anexo E)

Para la medición de conocimientos de madres los lactantes menores de 6 meses, se calculó intervalo de medidas, dividiéndolo en dos valores: Conoce y no conoce (Escala nominal).

Se consideró puntuaciones: conoce (1), no conoce (0), para la cual el puntaje máximo de 40 y mínimo 0, se dividió en dos rangos: Madres con

conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva con puntajes que son mayor igual a 15, no conoce menor o igual que 10. (Ver anexo F)

| Valor en la escala | Valor |
|---------------------------|----------------------|
| Conoce | Mayor o igual que 15 |
| No conoce | Menor que 14 |

Asimismo, para determinar los mitos en las madres de lactantes menores de 6 meses que asisten al centro Materno Infantil “Santa Anita”, respectivamente: Ausente (1), Presente (0)

| Valor en la escala | Valor |
|---------------------------|----------------------|
| Presente | Mayor o igual que 16 |
| Ausente | Menor que 15 |

La confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto en 15 madres en el Centro de Salud, las cuales no participaron en el estudio. Luego de los resultados se aplicó la prueba de K-Richardson obteniéndose como resultados que $\alpha = 0.76$ este valor indica que el instrumento tiene una confiabilidad de 76% con un error de 24%. (Ver Anexo G)

2.5.8 Consideraciones éticas

- Se contó con la autorización del director.
- Se aplicó el consentimiento informado a cada paciente para la aplicación del cuestionario (Ver Anexo H)

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 RESULTADOS

3.1.1. Datos generales

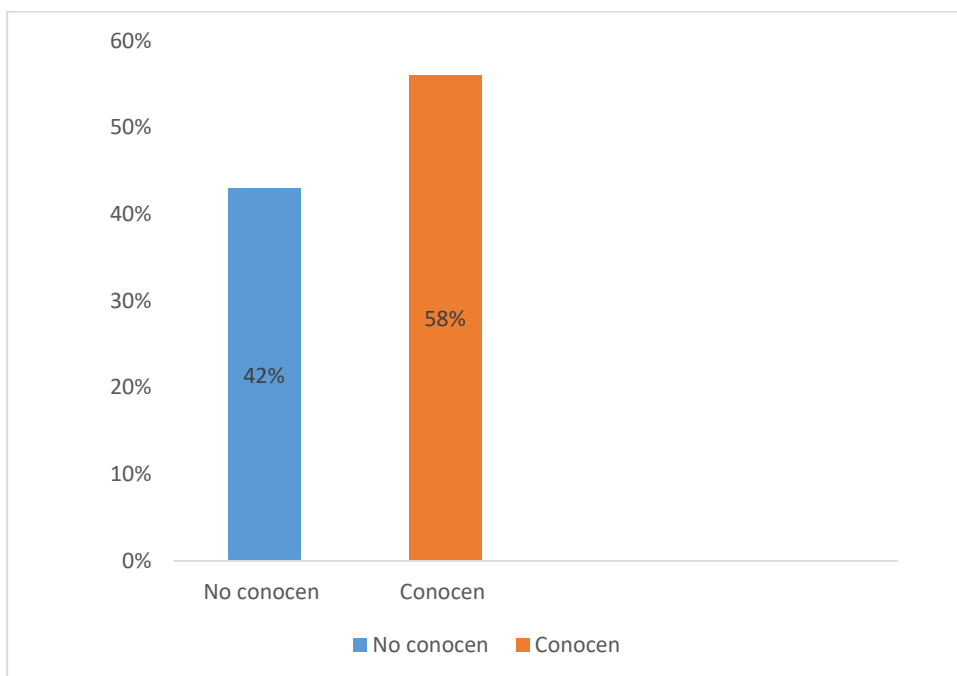
La muestra constituida por 40(100%) madres de familia que asisten al Centro Materno Infantil Santa Anita presenta las siguientes características: el 55% de las madres encuestadas tienen entre 26 a 45 años, el 10% entre 21 y 25, mientras el 8% entre 16 a 20 años. El 75% de las madres tienen secundaria completa, el 15% estudio superior técnico, el 8% superior universitario y el 2% primaria completa. Referente a la procedencia el 75% de las madres proceden de la costa y solo el 8% de la sierra. El 68% son amas de casa, el 30% trabajo independiente.

En cuanto al estado civil el 60% son conviviente el 25% soltera y el 5% casada. Referente al número de hijos el 63% de las madres tienen un hijo, el 25% dos hijos y el 12% más de tres hijos. -(Ver Anexo I)

3.1.2 Datos específicos

GRÁFICO 1

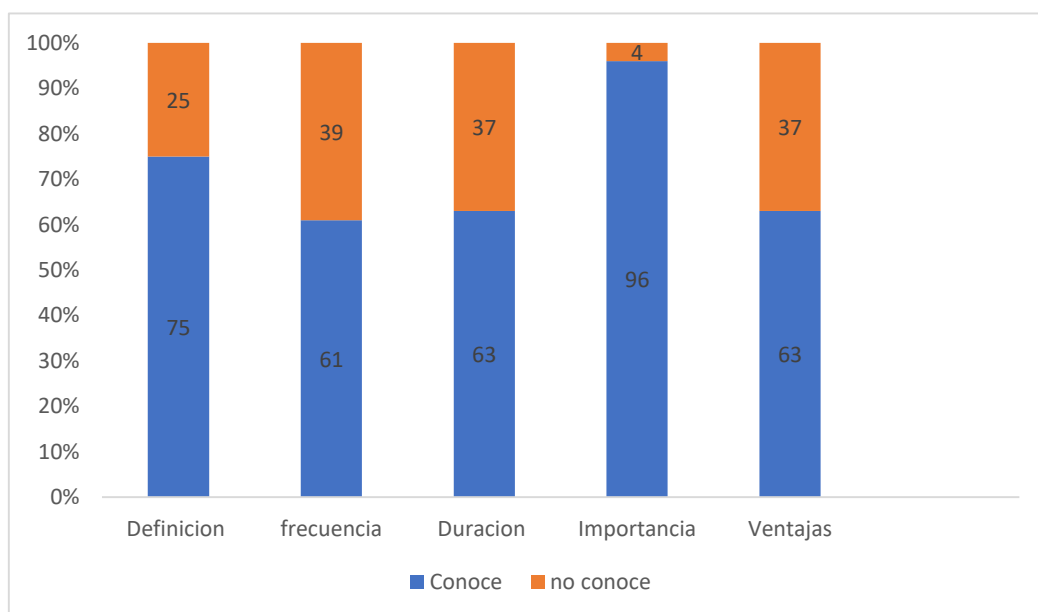
**CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
MADRES DE LACTANTES MENORES DE 6 MESES QUE
ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD
LIMA-PERÚ
2017**



En el grafico 1 se observa que del 100% (40) de las madres encuestadas, el 58%(23) conocen aspectos sobre la lactancia materna exclusiva y el 42% (17) desconoce.

GRÁFICO 2

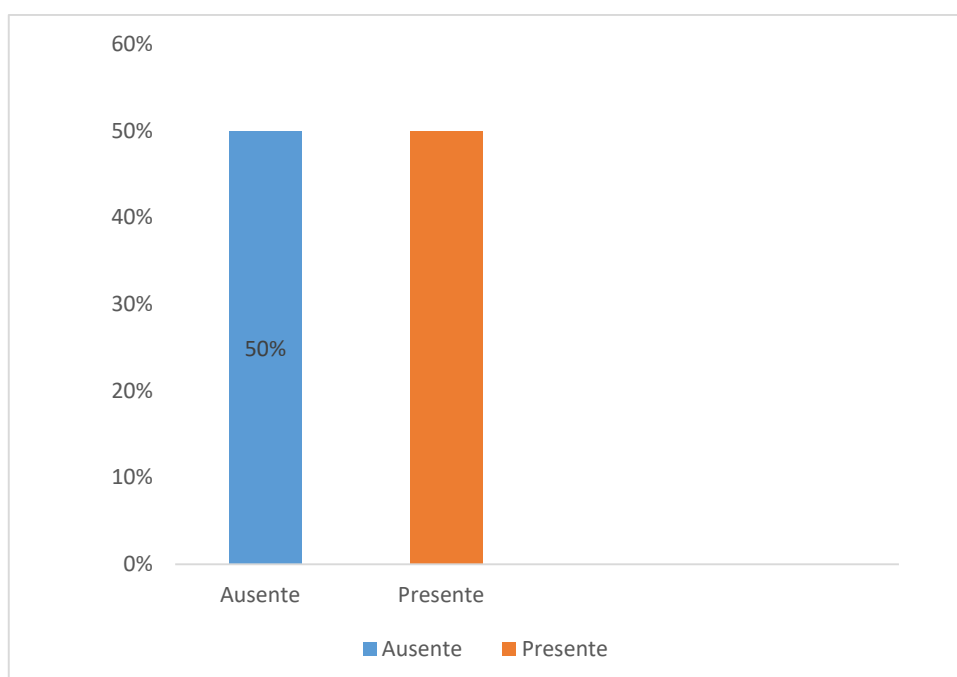
CONOCIMIENTOS SOBRE ASPECTOS GENERALES RELACIONADOS A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE MADRES DE LACTANTES MENORES DE 6 MESES QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD LIMA-PERU 2017



En el gráfico 2 sobre los conocimientos generales de las madres sobre lactancia materna exclusiva, se puede observar que el 96% (38) conocen su importancia, el 75%(30) la definición, el 63% (25) la duración y las ventajas el 61% (24) la frecuencia. Cabe resaltar el grupo de madres que desconocen aspectos relacionados a la frecuencia de la lactancia materna: 39%(16), 37% (16) las ventajas hacia la madre y al lactante y el 37%(15) sobre la duración.

GRÁFICO 3

**MITOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES
DE LACTANTES MENORES DE 6 MESES QUE ASISTEN
A UN CENTRO DE SALUD
LIMA-PERÚ
2017**



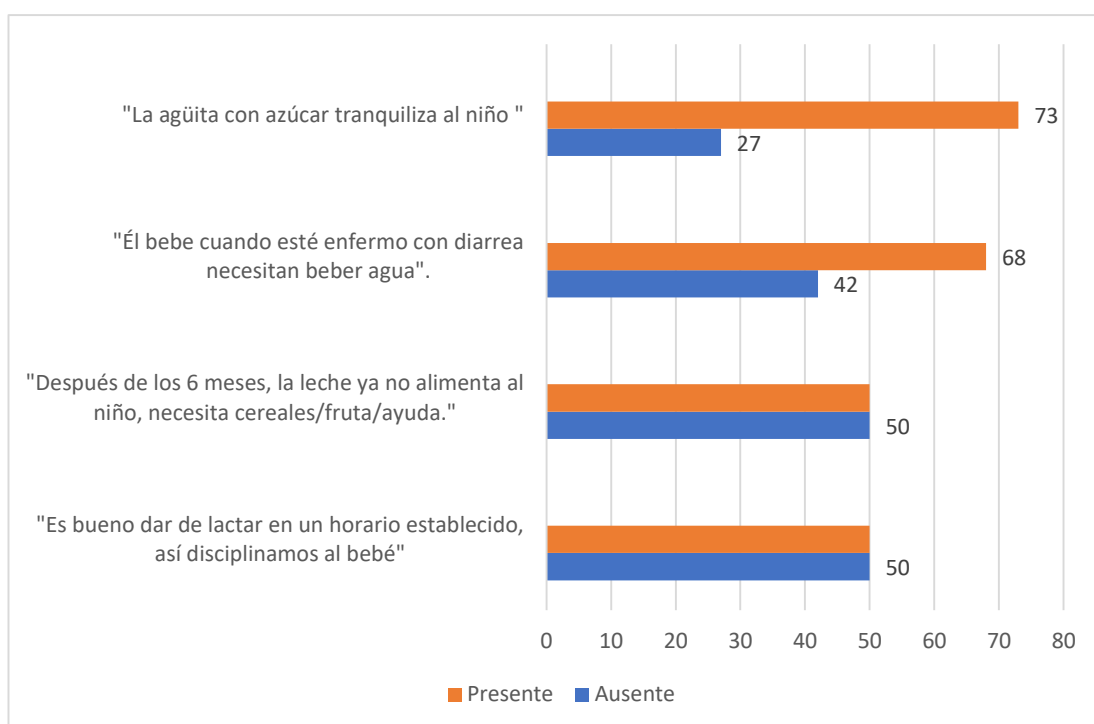
En el grafico 3 se observa que del 100%(40) de madres encuestadas el 50% (20) tienen presente los mitos sobre la lactancia materna exclusiva y el 50%(20) de las madres lo tienen ausente.

TABLA 1
MITOS SOBRE ASPECTOS RELACIONADOS A LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN MADRES DE LACTANTES MENORES DE 6 MESES QUE
ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD
LIMA-PERÚ
2017

| MITOS | TOTAL | | PRESENTE | | AUSENTE | |
|-------------------------------------|-------|-----|----------|----|---------|----|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Con relación a la lactancia materna | 40 | 100 | 12 | 30 | 28 | 70 |
| Con relación al lactante menor | 40 | 100 | 21 | 52 | 19 | 48 |
| Con relación a la madre | 40 | 100 | 13 | 32 | 27 | 68 |

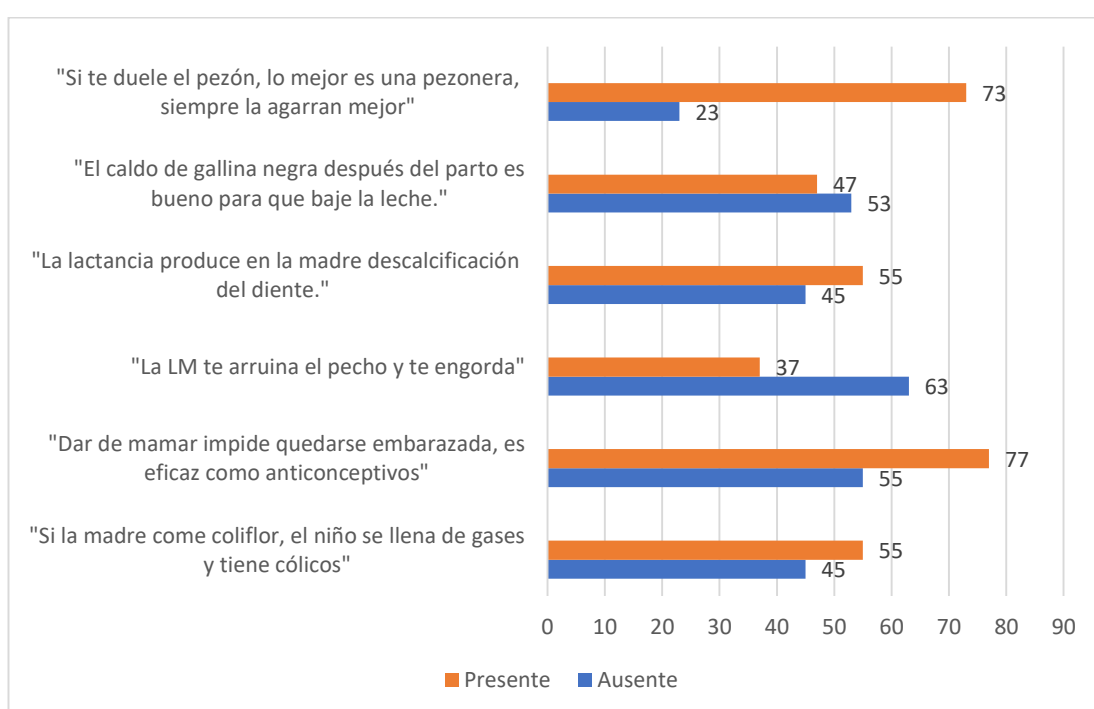
En la tabla 1 se puede observar que del 70% (28) de las madres tienen ausentes los mitos con relación a la lactancia materna, el 68% (27) con relación a la madre, sin embargo, cabe resaltar que el 52%(21) madres tienen presentes los mitos con relación al lactante menor y 32%(13) con relación a la madre.

GRÁFICO 4
MITOS CON RELACION AL NIÑO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA PRESENTES EN MADRES DE LACTANTES
MENORES 6 MESES QUE ASISTEN A UN
CENTRO DE SALUD
LIMA- PERU
2017



En el grafico 4 se observa los mitos presentes en las madres, del 100%(40) de madres encuestadas el 73%(29) cree "que la agüita con azúcar tranquiliza el niño", el 68%(27) "él bebe cuando esté enfermo con diarrea necesitan beber agua", el 50%(20) "que es bueno dar de lactar en un horario establecido" y "después de los 6 meses, la leche ya no alimenta al niño necesita, cereales/fruta/ayuda".

GRÁFICO 5
MITOS CON RELACION AL MADRE SOBRE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA PRESENTES EN MADRES DE LACTANTES MENORES
6 MESES QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD
LIMA- PERU
2017



En el gráfico 5 se observa que del 100%(40) de madres encuestadas el 73%(29) cree: "si te duele el pezón. lo mejor es usar una pezonera, y el 55%(22) "si la madre come coliflor, el niño se llena de gases y tiene cólicos", "la LM produce en la madre descalcificación del diente" y el 37%(15) que "la LM arruina el pecho y engorda". y el 77%(31) no creen que "dar de lactar impide quedarse embarazada y es eficaz como método anticonceptivo.

3.2 DISCUSIÓN

El amamantamiento es una práctica natural y culturalmente aceptada—además de ser un proceso biológico está determinada por la cultura tratándose por tanto de un acto impregnado de ideas, que resultan de las condiciones concretas de la vida, que pueden ser sociales, económicas, políticas, y culturales; son innumerables los mitos y costumbres que negativa o positivamente la afectan. Transformándolo en un acto regulado por la sociedad. Son innumerables los mitos, costumbres y rituales que, tanto negativa como positivamente, han afectado la lactancia. Pertenecen a las culturas, y en general reflejan la posición social o valoración cultural de la mujer, y la importancia asignada al desarrollo del vínculo. Valdés I. y Schellhorn C ²

La leche materna es el mejor alimento para el crecimiento y desarrollo óptimo de los niños y niñas, asimismo les brinda ventajas inmunológicas, psicológicas, económicas y prácticas; por ello se recomienda dar lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida al niño niña a fin de garantizar su adecuada nutrición y salud, sin embargo, aún hay madres que restan importancia a la LME.

Los resultados de la presente investigación indican que más de la mitad (58%) de las madres de lactantes menores de 6 meses tienen conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva, lo que nos indica que las madres están debidamente informadas, por lo tanto no estarían exponiendo a su niños a los riesgos de presentar un gran número de enfermedades, sin embargo cabe resaltar que existe un grupo representativo de madres (39%) que desconocen sobre la frecuencia de la lactancia materna exclusiva y ventajas hacia la madre y al niño. Estos resultados son similares a los hallazgos en la investigación realizada por García Carrión en el Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo bajo, donde señala que en relación a la dimensión Técnicas

de amamantamiento presentan nivel de conocimiento medio en 51.7%, seguido del bajo en 45.0% y nivel alto en 3.3%, constituyendo aun área critica, y preocupa, ya que para para llegar a una lactancia materna exitosa se tiene que cumplir 10 pasos, entre ella es informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y la práctica de la lactancia materna, enseñar a las madres como amamantar y como mantener la lactancia si se separan de sus bebés, esto es un tema en el cual el equipo profesional de salud debe poner mayor énfasis al momento de realizar las intervenciones educativas, El bebé debe lactar a libre demanda, de día y de noche (8 a 12 veces en 24 horas, en promedio). Lactar por la noche incrementa la producción de leche. No hay un patrón de alimentación para la o él y bebé, a algunos les puede bastar 10 minutos por lactada y a otros 30 frecuencia de los minutos o más mamadas.

Particularizando los conocimientos referente a las dimensiones, es necesario resaltar que más de la mitad de las madres (75%) definen la LM como la alimentación con leche de madre durante los 6 primeros meses exclusivamente y reconocen su importancia lo que significa que están debidamente informadas en estos aspectos, y valoran que la LM contribuye al crecimiento sano ya que la leche materna favorece al lactante porque contiene los nutrientes que necesita para su crecimiento y desarrollo ya que su contenido es perfectamente balanceado y responde a las necesidades nutricionales Asimismo, se encontró que-un poco más de la mitad (63%) conocen las ventajas, resultados similares a los hallazgos en la investigación realizada por Vásquez Delgado, en su investigación señalaron “Los ítems relacionados a conocimiento alto y medio esta dado porque la madre refiere que la lactancia proporciona al bebe las defensas contra las enfermedades, está libre de microbios, la succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre, los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón”. Asimismo, se encontró que la mayoría de las madres conocía sólo los ventajas para el niño, ya que cerca de la mitad de las madres desconoce que la lactancia materna es buena para la madre ya que hay menos riesgo de adquirir cáncer de senos y ovarios,

estos resultados son similares a los hallazgos de Vásquez Delgado señalados en su investigación: “Se puede concluir que un porcentaje considerable (56.7%) de madres tiene un conocimiento medio y bajo respecto a la lactancia materna relacionado a que desconoce cómo debe ser la alimentación de la madre que da de lactar, que la lactancia materna ayuda a prevenir el cáncer de mama”. Es preocupante que a pesar de contar con políticas y normas que promueven la lactancia materna desde el año 1982 en concordancia con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, aun es un problema de salud pública la LME y no se aprovecha los múltiples beneficios que ofrece la leche materna tanto para el bebé como para la madre, según el MINSA las ventajas reduce el riesgo de cáncer de mama pre menopáusico, ayuda a espaciar los embarazos (constituye un método anticonceptivo llamado MELA, siempre que sea lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses).

En la presente investigación los resultados evidencian que la mitad de las madres tienen presente los mitos sobre la lactancia materna exclusiva y el resto de las madres lo tienen ausente. Referente a los mitos relacionados a la LME es importante indagar los que prevalecen en las madres, porque su presencia influye sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, pues truncan tempranamente y al final afectan la salud y sano desarrollo de los bebés, a la vez que llenan de incertidumbre a sus madres y se debe acabar con esas visiones estereotipadas y crear una visión positiva y ajustada a la realidad; con esto, podemos evitar problemas de crecimiento y desarrollo en el lactante menor de 6 meses

En relación con las dimensiones de los mitos, un poco más de la mitad (52%) de madres tiene presente los mitos con relación al lactante menor y con relación a la madre un grupo representativo de 32%, Lo que nos indica que desfavorecen a la lactancia materna exclusiva. Además de la influencia de su entorno en que se desarrolla, van construyendo y re construyendo significados

de esta práctica natural que determinan su decisión de amamantar. Esto contribuye al fracaso de la lactancia materna.

Cabe resaltar que los mitos y las falsas creencias pueden encontrarse en todos los estratos sociales, en todos los niveles económicos y culturales, y en todas las franjas de edad.

Sobre los mitos con relación a la madre más de la mitad de las madres, cree que “Si te duele el pezón, lo mejor es una pezonera, siempre la agarran mejor” esto es erróneo, y que “Dar de mamar impide quedarse embarazada, es eficaz como anticonceptivos” Su efecto anticonceptivo viene condicionado por la succión del pezón por parte del recién nacido y los cambios hormonales que provoca en la madre esta estimulación. De ahí que, cuanto mayor sea la succión, mayor es el estímulo hormonal y, por tanto, mejor efecto anticonceptivo. y que “la lactancia produce caries por descalcificación del diente”. El esmalte dentario no tiene riego sanguíneo por lo que no puede descalcificarse por los cambios metabólicos que afectan al resto del esqueleto. Entre otras razones, no podemos obviar que, si la lactancia hubiera sido la causa de caries, se hubieran encontrado hallazgos en poblaciones prehistóricas y no ha sido así. Algunos autores han relacionado el desarrollo de caries con la lactancia prolongada y a muchas madres se les recomienda equivocadamente destetar precozmente a sus hijos alegando este motivo.

También se resalta que la mitad de las madres están de acuerdo en tomar caldo u sopas después del parto para que baje la leche, sin embargo, En todo el periodo de gestación y durante la lactancia, la mujer necesita una dieta balanceada. No hay alimentos que aumentan o disminuyen la producción de leche. A mayor succión corresponde una mayor producción de leche. Estos resultados son similares a los hallazgos de la investigación de Villaverde Vergara Elizabeth Solange, donde señala que “La mayoría de las madres adolescentes tienen creencias que no favorecen la lactancia materna exclusiva, es común encontrar que piensen que la producción tenga relación

con el tamaño de las mamas o alimentos que favorecerían la producción de leche, pero esto es erróneo fisiológicamente el único estímulo es la succión; sin embargo si es importante una alimentación balanceada en este periodo.”

Sobre los mitos con relación al niño más de la mitad de las madres (73%) los mitos más destacados fueron: “la agüita con azúcar tranquiliza al niño y que “él bebe cuando está enfermo con diarrea necesita beber agua”. Esto es erróneo, La leche está compuesta en un 90% de agua, por lo tanto, los bebés no necesitan líquidos adicionales. La mejor manera de fortalecer el bebé es dándole leche materna todas las veces que la pida. Esta situación preocupa ya que los mitos estarían afectivamente negativamente en relación sobre lo que necesita el niño ya que puede causar problemas al bebé y disminuir la producción de leche en la madre. Estos resultados coinciden con el estudio de Carpio Guzmán Jazmín donde señala: las madres adolescentes que empezaron a dar alimentos líquidos (jugos, otras leches o aguitas), del 100% (32) madres; 53%(17) sí empezaron a dar alimentos líquidos antes de los 6 meses de edad y 47% (15) no dieron ningún alimento liquido antes de los 6 meses de edad.

Es por ellos tener en cuenta que en todas las culturas tienen mitos y creencias sobre la lactancia. Es importante conocerlos y conversar sobre ellos porque pueden influir en el éxito o fracaso de la lactancia materna por eso es tan necesario el rol educativo del profesional de enfermería en los primeros controles de crecimiento y desarrollo para orientar la práctica de la lactancia materna y desarraigar estos mitos sobre la leche materna, con relación a las madres y sobre el lactante menor.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

- Se concluye que aproximadamente más de la mitad de las madres de lactantes menores de 6 meses participantes de esta investigación tienen conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva, sin embargo, cabe resaltar que existe un grupo representativo de madres (42 %) que no conocen algunos aspectos, situación que puede haber generado restar importancia a la alimentación exclusiva con leche materna.
- Se identificó que más de la mitad de las madres de los lactantes conocen la lactancia materna exclusiva que las madres conocen su importancia, la definición, la duración, las ventajas y la frecuencia; asimismo se evidenció que un grupo de madres (37%) que desconocen la frecuencia de la lactancia materna, las ventajas para la madre y para el lactante, así como la duración.
- Se identificó que existen mitos muy arraigados sobre la lactancia materna exclusiva en la mitad de las madres de los lactantes, creencias desfavorables para la lactancia materna exclusiva como verdaderos.
- Los mitos más destacados por las madres relacionados al niño son: “la agüita con azúcar tranquiliza el niño”, “Él bebe cuando esté enfermo con diarrea necesitan beber agua”, “Es bueno dar de lactar en un horario establecido” y la mitad de las madres niega que después de los 6 meses la leche ya no alimenta al niño necesita cereales/fruta/ayuda.
- Los mitos con relación a la madre identificados en la presente investigación son: “si te duele el pezón lo mejor es usar una pezonera”, “si la madre come coliflor, el niño se llena de gases y tiene cólicos”, “la LME produce en la madre descalcificación del diente”, “la LME arruina el pecho y engorda”. “dar de lactar impide quedarse embarazada y es eficaz como método anticonceptivo.

B. Recomendaciones

- Realizar mayor promoción de la LME en los establecimientos de salud a gestantes, puérperas.
- Identificar estrategias para incrementar la cobertura de la práctica de la LME.
- Realizar investigaciones cualitativas sobre significado de la experiencia de la lactancia materna exclusiva para la madre.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Collazos R. Lady: Revista salud, sexualidad y sociedad. Lactancia materna beneficios y mitos. 2013.
2. Valdés I. y Schellhorn C. Manual de Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Chile. 2013.
3. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (ENDES) Lactancia y Nutrición de Niñas, Niños y Madres. Perú. 2015.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Mitos y Realidades de la Lactancia Materna. 2013.
5. Sena B. y Rivera R. Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Rio. Cuba 2014.
6. Ministerio de Salud (MINSA). Somos Lecheros. Lima. Perú. 2015.
7. Ministerio de Salud (MINSA). Promoción de la semana de la lactancia materna. Perú. 2015.
8. García Carrión Luis Alberto. 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. (tesis para optar título de Médico Cirujano). UNMSM, Perú. 2015
9. Carpio Gómez Jazmín Nancy. Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el centro de salud Nueva Esperanza. (Tesis para optar el título de Licenciatura), UNMSM, Perú. 2014
10. Villaverde Vergara Elizabeth Solange. Factores socioculturales de las madres adolescentes asociados a la lactancia materna exclusiva en el Centro de salud Pérez Carranza. (Tesis para optar el título de Licenciatura). URP, Perú. 2013
11. Vásquez Delgado Roció, Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San

- Luis. (Tesis para optar el título de Licenciatura). UNMSM, Lima Perú. 2009.
12. Maza Benítez Rosa Judith. Lactancia materna, en las madres adolescentes de 13 a 19 años, atendidas en el hospital Julius Doepner. (Tesis para optar el título de Licenciatura). Ecuador. 2014.
 13. Roland María Carolina. Creencias. Prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses en el Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata, (tesis para optar el título de licenciatura en Nutrición). Argentina. 2014.
 14. Jiménez Acosta Lourdes del Rocío. Identificación de las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna en madres primigestas en el área de consulta externa del Hospital materno infantil Matilde Hidalgo de Procel. Lima. 2014.
 15. Ministerio de Salud (MINSa). Guía técnica para la consejería en lactancia materna. Lima Perú. 2015.
 16. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. Barcelona España. 2010.
 17. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Guía de lactancia materna. Ecuador. 2012.
 18. Guía de Lactancia Materna. Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano Granada – Marzo.2015
 19. Calixto G. y González J. Marco. Importancia clínica de la leche materna y transferencia de células inmunológicas al neonato. Perinatología y reproducción humana. 2011.
 20. Ministerio de la salud (MINSa), guía técnica para la consejería en lactancia materna, somos lecheros .2017.
 21. Ministerio de la Salud (MINSa). Rotafolio de lactancia materna, Lima Perú. 2015.

22. Ministerio de la Salud (MINSA). Reglamento de Alimentación Infantil. Perú. 2013.
23. Ministerio de la Salud (MINSA). Implementación de Lactarios en los Establecimientos y Dependencias del Ministerio de Salud. 2014.
24. Bunge Mario. La ciencia, su método y filosofía. Buenos Aires. Editorial Siglo XX. 1988.
25. Sevilla María U. H. y Tova Liuval M. El mito: la explicación de una realidad. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Venezuela 2008.
26. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Mitos y realidades de la lactancia materna. 2014
27. Carvalho D.Y Barbieri F. Contribuciones de la intervención de enfermería de cuidados de salud primarios para la promoción del amamantamiento materno. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012
Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_27.pdf
28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estándares de crecimiento infantil. métodos y desarrollo, Velocidad de crecimiento basada en el peso, la longitud y la circunferencia de la cabeza. Ginebra. 2009.
29. Castrillón C. La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural, 2015.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO

- A. Operacionalización de variable
- B. Cálculo del tamaño de la muestra
- C. Instrumento de recolección de datos
- D. Escala de calificación de los jueces expertos
- E. Tabla de concordancia de Juicio de Expertos
- F. Escala de puntuación del cuestionario de conocimiento
- G. Confiabilidad
- H. Consentimiento informado
- I. Tabla de edad, sexo y grado de instrucción de las madres de lactantes menores de 6 meses, Lima – Peru,2017
- J. Conocimientos de las madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a un centro de salud, Lima - Perú, 2017
- K. Mitos de las madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a un centro de salud, Lima – Perú, 2017

ANEXO A

Operacionalización de variable

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | INDICADORES | VALOR FINAL |
|---|--|---|--|
| Conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva. | Es el conjunto de información almacenada mediante las experiencias y el aprendizaje sobre alimentación de un lactante exclusivamente con leche materna desde el nacimiento, sin el agregado de agua, jugos, té u otros líquidos o alimentos. | <ul style="list-style-type: none"> • Definición de la lactancia materna • Importancia de la lactancia materna en el desarrollo del niño • Duración • frecuencia • Ventajas de la lactancia materna hacia la madre y niño. • Técnica | <p style="text-align: center;">Conoce</p> <p style="text-align: center;">No conoce</p> |
| <p>DEFINICION OPERACIONAL: Es la información que posee la madre que acuden a un centro de salud sobre alimentación de un lactante exclusivamente con leche materna desde el nacimiento en cuanto a la importancia, ventajas en la salud del niño y la madre, frecuencia y duración; que será medida a través de un cuestionario cuyo valor final es: conoce y no conoce.</p> | | | |

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | INDICADORES | VALOR FINAL |
|---|--|---|--|
| Mitos sobre la lactancia materna exclusiva. | Es un fenómeno cultural complejo describe y retrata a partir del lenguaje simbólico, el origen de los elementos y supuestos básicos de una cultura sobre alimentación de un lactante exclusivamente con leche materna desde el nacimiento. | <ul style="list-style-type: none"> • Duración y suspensión de la leche. • Nutrición de la madre. • Definición de la lactancia materna. • Tamaño de los senos • Composición de la leche • Ventajas de la lactancia materna hacia el niño | <p style="text-align: center;">Presente</p> <p style="text-align: center;">Ausente</p> |
| <p>DEFINICION OPERACIONAL: Son creencias aprendidas sobre la lactancia materna exclusiva y que será medida a través de un cuestionario cuyo valor final es Presente y Ausente.</p> | | | |

ANEXO B
CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para hallar el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula para población finita

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

En donde:

n: Tamaño de la muestra

P: Porcentaje estimado de la muestra

q: 1-p = 0.5

N: Tamaño de la población

Z²: Nivel de confianza del 96% equivalente a 1,96

i: erro de muestreo 10 %

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Población: 80

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

$$\left(\frac{(1.92^2)(80)(0.7)(0.3)}{(0.1^2)(80-1) + (1.96^2)(0.7)(0.3)} \right)$$

$$n = 40.4$$

Por lo tanto:

$$n = 40$$

ANEXO C

CUESTIONARIO

PRESENTACION:

Buenos días, mi nombre es Anais Rosa Rojas Paredes, soy egresada de la escuela de enfermería de la UNMSM, en esta oportunidad solicito su valiosa colaboración en responder las preguntas que tiene por objetivo identificar los conocimientos y mitos sobre la lactancia materna, lo cual le pido marcar con sinceridad los siguientes ítems. Las respuestas son anónimas y la información brindada es confidencial. Muchas gracias por su colaboración.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad que tiene Ud.: ----- años.
2. Edad que tiene su niño: ----- meses.
3. Número de hijos: -----
4. ¿En qué trabaja usted? -----
4. Estado Civil:
 - a. Soltera ()
 - b. Casada ()
 - c. Conviviente ()
5. Grado de instrucción:
 - a. Primaria ()
 - b. Secundaria ()
 - c. Superior técnica ()
 - d. Superior universitaria ()

En cada pregunta formulada marque con un aspa (x) en SI, NO o NOSE que usted considera correcta.

| N° | Preguntas | SI | NO | NO SE |
|----|---|----|----|-------|
| 1. | La lactancia materna es la alimentación con leche de madre | | | |
| 2. | La lactancia materna exclusiva debe prolongarse más de 6 meses. | | | |
| 3. | Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebe. | | | |
| 4. | El calostro (primera leche) es líquido blanquecino que aparece después del embarazo | | | |

| | | | | |
|-----|--|--|--|--|
| 5. | Se debe de lactar al bebé hasta los 6 meses | | | |
| 6. | El niño debe recibir lactancia cada vez que desee. | | | |
| 7. | A las 4 horas de nacido se debe iniciar la lactancia materna. | | | |
| 8. | Se lacta cada 4 horas | | | |
| 9. | La leche materna contiene proteínas, carbohidratos, grasas, minerales y agua. | | | |
| 10. | La leche materna proporciona al bebé defensas contra las enfermedades | | | |
| 11. | Cuando él bebe menor de 6 meses presenta diarrea se suspende la lactancia materna. | | | |
| 12. | La leche materna es el elemento más nutritivo para un bebé. | | | |
| 13. | La leche de tarro es superior a la leche materna. | | | |
| 14. | Se puede lactar al bebé en cualquier posición. | | | |
| 15. | La lactancia materna es buena para la mamá hay menos riesgos de adquirir cáncer de senos y ovarios. | | | |
| 16. | La lactancia materna sirve como método anticonceptivo durante los 6 primeros meses | | | |
| 17. | Los niños alimentados a pecho presentan menos casos de diarrea, otitis, infecciones gastrointestinales | | | |

MITOS

| Nº | Afirmaciones | De acuerdo | En desacuerdo |
|----|--|------------|---------------|
| 1. | El calostro es la leche añeja que se junta en los pechos antes del parto. | | |
| 2. | Si el niño no engorda bien, es que tu leche no es buena | | |
| 3. | Él bebe cuando esté enfermo con diarrea necesitan beber agua. | | |
| 4. | A veces las madres tienen mucha leche, pero no es de buena calidad o es muy débil. | | |
| 5. | Si el niño toma mamadera queda satisfecho por más tiempo y no despierta en la noche. | | |
| 6. | La leche materna es muy líquida, la de biberón es más espesa y alimenta más. | | |
| 7. | Después de los primeros meses ya no sirve darle el pecho al bebé | | |
| 8. | Los sustos o impresiones fuertes te pueden cortar la leche. | | |
| 9. | Es bueno dar de lactar en un horario establecido, así disciplinamos al bebé | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 10. | Después de los 6 meses, la leche ya no alimenta al niño, necesita cereales/fruta/ayuda. | | |
| 11. | Es bueno darle chupón al niño para no mame tan seguido. | | |
| 12. | La agüita con azúcar tranquiliza al niño | | |
| 13. | Si la madre come coliflor, el niño se llena de gases y tiene cólicos | | |
| 14. | La lactancia produce en la madre descalcificación del diente. | | |
| 15. | Dar de mamar impide quedarse embarazada, es eficaz como anticonceptivos | | |
| 16. | La LM te arruina el pecho y te engorda | | |
| 17. | Si está enferma (gripe/fiebre/infección/vómitos/diarrea...) debe dejar de amamantar. | | |
| 18. | Si te duele el pezón, lo mejor es una pezonera, siempre la agarran mejor | | |
| 19. | Los pechos pequeños no producen suficiente leche. | | |
| 20. | El caldo de gallina negra después del parto es bueno para que baje la leche. | | |
| 21. | Hay alimentos prohibidos que la madre no debe de tomar para que la leche no coja mal sabor | | |
| 22. | Las tomas nocturnas de pecho favorecen las caries en el bebé | | |
| 23. | Si mi madre no tuvo leche, yo tampoco tendré. Somos de familia no lechera. | | |

ANEXO D
ESCALA DE CALIFICACIÓN DE LOS JUECES EXPERTOS

Nombre del juez: _____

| Nº | CRITERIOS | SI | NO | OBSERVACIONES |
|----|---|----|----|---------------|
| 1 | El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación. | | | |
| 2 | El instrumento propuesto responde a los objetivos de estudio. | | | |
| 3 | La estructura del instrumento es adecuada. | | | |
| 4 | Los ítems del instrumento responden la operacionalización de la variable. | | | |
| 5 | La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento | | | |
| 6 | Los ítems son claros y entendibles | | | |
| 7 | El número de ítems es adecuado para su aplicación | | | |

Sugerencias:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del Juez Experto

ANEXO E
TABLA DE CONCORDANCIA

| N° PREGUNTAS | JUECES EXPERTOS | | | | | | | | VALOR FINAL |
|-----------------|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|----------------|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.00391 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.00391 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.00391 |
| 4 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.03516 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.00391 |
| 6 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.03516 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.00391 |

FAVORABLE= 1 (SI)

NO FAVORABLE= 0 (NO)

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa, por lo tanto, el instrumento es válido.

$$P = 0.00391 \times 5 + 0.03516 \times 2 / 7 = 0.01$$

$P = 0.01$; El instrumento es válido.

ANEXO F

ESCALA DE PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO

Los Puntos de cortes se obtuvieron según la escala de Staninos, de la siguiente manera:

$$a = x - 0.75 * ds$$

$$b = X + 0.75 * ds$$

Donde:

x : Media aritmética

ds : Desviación Estándar

Reemplazando:

$$a = 12.35 - 0.75(3.36) = 9.83 = 10$$

$$b = 12.35 + 0.75(3.36) = 14.87 = 15$$

ANEXO G

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento estructura fue determinada mediante el coeficiente de "Kuder Richardson" (k)

$$K - R = \left(\frac{K}{K-1}\right) \left(1 - \frac{\sum PQ}{Sx^2}\right)$$

Donde:

K: N° de preguntas o ítems.

Sx²: Varianza de la prueba

P: proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

Q: proporción donde no se identifica al atributo

| Confiabilidad | Valor | Ítems Validos |
|------------------|-------|---------------|
| Kuder Richardson | 1.45 | 40 |

$\alpha = 1.45$

Si el $\alpha = 0.5$ ó $>$ el instrumento es confiable

ANEXO H

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....

He leído la hoja de información que se me entregó, pude hablar con la investigadora y hacer las preguntas necesarias sobre el estudio para comprender sus alcances.

- ✓ Estoy de acuerdo en ser encuestado (a) sin mencionar mi identidad.
- ✓ Entiendo que participar en esta investigación es voluntaria y que soy libre de negarme o abandonarlo en cualquier momento.
- ✓ Estoy de acuerdo en permitir que la información obtenida sea publicada y que pueda conocer los resultados.

Después de haber leído y comprendido el objetivo del estudio, y haber resuelto las dudas que tenía, en forma consciente y voluntaria doy mi Consentimiento para participar en el estudio.

Firma del Entrevistada(o)

ANEXO I

DATOS GENERALES DE MADRES DE LACTANTES MENORES DE 6 MESES QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD, LIMA - PERÚ 2017

| EDAD | MADRES | |
|-----------------------------|-----------|------------|
| | Nº | % |
| 16-20 | 8 | 20 |
| 21-25 | 10 | 25 |
| 26-45 | 22 | 55 |
| TOTAL | 40 | 100 |
| GRADO DE INSTRUCCION | | |
| Primaria | 1 | 2 |
| Secundaria | 30 | 75 |
| Superior técnico | 6 | 15 |
| Superior universitario | 3 | 8 |
| TOTAL | 40 | 100 |
| PROCEDENCIA | | |
| Costa | 30 | 75 |
| sierra | 8 | 20 |
| Selva | 2 | 5 |
| TOTAL | 40 | 100 |
| OCUPACION | | |
| Su casa | 27 | 68 |
| Trabajo independiente | 12 | 30 |
| Trabajo dependiente | 1 | 2 |
| TOTAL | 40 | 100 |
| ESTADO CIVIL | | |
| Soltera | 10 | 25 |
| Casada | 6 | 15 |
| Conviviente | 24 | 60 |
| TOTAL | 40 | 100 |
| Nº DE HIJOS | | |
| Un hijo | 25 | 63 |
| Dos hijos | 10 | 25 |
| Más de tres hijos | 5 | 12 |
| TOTAL | 40 | 100 |

ANEXO J

CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES DE LACTANTES MENORES DE 6 MESES QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD, LIMA-PERÚ 2017

| CONOCIMIENTOS | | SI | | NO | |
|---------------|--|----|-----|----|-----|
| N° | AFIRMACIONES | N° | % | N° | % |
| 1 | La lactancia materna es la alimentación con leche de madre | 37 | 93 | 14 | 7 |
| 2 | La lactancia materna exclusiva debe prolongarse más de 6 meses. | 25 | 63 | 15 | 37 |
| 3 | Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebe. | 23 | 58 | 17 | 42 |
| 4 | El calostro (primera leche) es líquido blanquecino que aparece después del embarazo | 34 | 85 | 5 | 15 |
| 5 | Se debe de lactar al bebé hasta los 6 meses | 25 | 63 | 15 | 37 |
| 6 | El niño debe recibir lactancia cada vez que desee. | 26 | 65 | 14 | 35 |
| 7 | A las 4 horas de nacido se debe iniciar la lactancia materna. | 23 | 58 | 27 | 42 |
| 8 | Se lacta cada 4 horas | 26 | 65 | 14 | 35 |
| 9 | La leche materna contiene proteínas, grasas, vitaminas, minerales y agua. | 35 | 88 | 5 | 12 |
| 10 | La lactancia materna proporciona al bebe defensas contra las enfermedades | 40 | 100 | 0 | 0 |
| 11 | Cuando él bebe menor de 6 meses presenta diarrea se suspende la lactancia materna. | 28 | 70 | 12 | 30 |
| 12 | La leche materna es el elemento más nutritivo para un bebé. | 18 | 45 | 22 | 55 |
| 13 | La leche de tarro es superior a la leche materna. | 0 | 0 | 40 | 100 |
| 14 | Se puede lactar al bebé en cualquier posición. | 18 | 45 | 22 | 55 |
| 15 | La lactancia materna es buena para la mamá hay menos riesgos de adquirir cáncer de senos y ovarios. | 21 | 53 | 19 | 47 |
| 16 | La lactancia materna sirve como método anticonceptivo durante los 6 primeros meses | 14 | 65 | 16 | 35 |
| 17 | Los niños alimentados a pecho presentan menos casos de diarrea, otitis, infecciones gastrointestinales | 40 | 100 | 0 | 0 |

ANEXO K

MITOS DE LAS MADRES DE LACTANTES MENORES DE 6 MESES QUE ASISTEN A UN CENTRO DE SALUD, LIMA-PERÚ 2017

| MITOS | | SI | | NO | |
|-------|--|----|-----|----|----|
| N° | Afirmaciones | N° | % | N° | % |
| 24. | El calostro es la leche añeja que se junta en los pechos antes del parto. | 40 | 100 | 0 | 0 |
| 25. | Si el niño no engorda bien, es que tu leche no es buena | 12 | 30 | 28 | 70 |
| 26. | Él bebe cuando esté enfermo con diarrea necesitan beber agua. | 13 | 42 | 27 | 68 |
| 27. | A veces las madres tienen mucha leche, pero no es de buena calidad o es muy débil. | 11 | 27 | 29 | 73 |
| 28. | Si el niño toma biberón queda satisfecho por más tiempo y no despierta en la noche. | 19 | 47 | 21 | 53 |
| 29. | La leche materna es muy líquida, la de biberón es más espesa y alimenta más. | 10 | 25 | 30 | 75 |
| 30. | Después de los primeros meses ya no sirve darle el pecho al bebe | 1 | 2 | 39 | 98 |
| 31. | Los sustos o impresiones fuertes te pueden cortar la leche. | 9 | 22 | 31 | 78 |
| 32. | Es bueno dar de lactar en un horario establecido, así disciplinamos al bebé | 20 | 50 | 20 | 50 |
| 33. | Después de los 6 meses, la leche ya no alimenta al niño, necesita cereales/fruta/ayuda. | 20 | 50 | 20 | 50 |
| 34. | Es bueno darle chupón al niño para no mame tan seguido. | 10 | 25 | 30 | 75 |
| 35. | La agüita con azúcar tranquiliza al niño | 11 | 27 | 29 | 73 |
| 36. | Si la madre come coliflor, el niño se llena de gases y tiene cólicos | 18 | 45 | 22 | 55 |
| 37. | La lactancia produce en la madre descalcificación del diente. | 22 | 55 | 18 | 45 |
| 38. | Dar de mamar impide quedarse embarazada, es eficaz como anticonceptivos | 9 | 23 | 31 | 77 |
| 39. | La LM te arruina el pecho y te engorda | 15 | 37 | 25 | 63 |
| 40. | Si está enferma (gripe/fiebre/infección/vómitos/diarrea...) debe dejar de amamantar. | 11 | 23 | 29 | 73 |
| 41. | Si te duele el pezón, lo mejor es una pezonera, siempre la agarran mejor | 31 | 73 | 9 | 23 |
| 42. | Los pechos pequeños no producen suficiente leche. | 4 | 10 | 36 | 90 |
| 43. | El caldo de gallina negra después del parto es bueno para que baje la leche. | 19 | 47 | 21 | 53 |
| 44. | Hay alimentos prohibidos que la madre no debe de tomar para que la leche no coja mal sabor | 13 | 32 | 27 | 68 |
| 45. | Las tomas nocturnas de pecho favorecen las caries en el bebé | 4 | 10 | 36 | 90 |
| 46. | Si mi madre no tuvo leche, yo tampoco tendré. Somos de familia no lechera. | 11 | 27 | 29 | 73 |