

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO,
PRÁCTICAS Y ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN MADRES PRIMIPARAS DE NIÑOS MENORES DE 6
MESES. PUESTO DE SALUD CHONTAPACCHA- CAJAMARCA 2020.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER
MAYRA MELISSA PALOMINO HUACCHA.**

ASESORA: Dra. DOLORES EVANGELINA CHÁVEZ CABRERA.

CAJAMARCA- PERU

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO,
PRÁCTICAS Y ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN MADRES PRIMIPARAS DE NIÑOS MENORES DE 6
MESES. PUESTO DE SALUD CHONTAPACCHA- CAJAMARCA 2020.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER
MAYRA MELISSA PALOMINO HUACCHA.**

ASESORA: Dra. DOLORES EVANGELINA CHÁVEZ CABRERA.

CAJAMARCA- PERU

2022

Copyright © 2022 by

MAYRA MELISSA PALOMINO HUACCHA

Todos los derechos reservados.

FICHA CATALOGRÁFICA

Palomino, M. 2020. ***NIVEL DE CONOCIMIENTO, PRÁCTICAS Y ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES PRIMIPARAS DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES. PUESTO DE SALUD CHONTAPACCHA-CAJAMARCA 2020***/ Mayra Melissa Palomino Huaccha. 118 páginas.

Escuela Académico Profesional de Enfermería.

Asesora: Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera.

Disertación académica para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería - UNC 2020.

Anexo 2

Universidad Nacional de Cajamarca
Facultad de Ciencias de la Salud



Acta de sustentación de tesis virtual, basado en el Reglamento de sustentación de tesis virtuales Resolución 944-2020 artículo 8

Siendo las 5:00 pm del día 23 de junio del año 2022 se procedió a iniciar la sustentación virtual de la tesis titulada: *Nivel de conocimiento, prácticas y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres puérperas de curso menor de 6 meses, Punto de Salud Chontapaccha - Cajamarca 2020.*
presentada por el(la) Bachiller en: *Enfermería*
Nombres y Apellidos: *Mayra Melissa Palomino Huaccha*

El Jurado Evaluador está integrado por:

Presidente *Dra. Mercedes Marloni Bardales Silva*
Secretario *M.Cs. Flor Violeta Rafael de Taudi*
Vocal *M.Cs. Tullia Patricia Cabrera Guena*
Asesor *Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera*

Terminado el tiempo de sustentación estipulado en el Reglamento.

El(la) tesista ha obtenido el siguiente calificativo: letras *Diecisiete* números (17)

Siendo las 6:45 p.m. del día 23 mes junio del año 2022 se dio por concluido el proceso de Sustentación Virtual de Tesis.

Bardales
.....
Presidente
Apellidos y nombres:
Bardales Silva, Mercedes Marloni

Rafael
.....
Secretario
Apellidos y nombres:
Rafael de Taudi, Flor Violeta

E. Patricia Cabrera Guena
.....
Vocal
Apellidos y nombres:
Cabrera Guena, Tullia Patricia

Dolores
.....
Asesor
Apellidos y nombres:
Chávez Cabrera, Dolores Evangelina

Mayra
.....
Tesista
Apellidos y nombres:
Palomino Huaccha, Mayra Melissa

A:

Este presente trabajo de investigación se la dedico en primer lugar a Dios, por ser quién me regaló la vida, por darme esa fortaleza interior de seguir adelante e impulsarme a sobrellevar cada dificultad y debilidad que se me atravesó durante el desarrollo de este trabajo.

A mis padres Wilma e Isaías por enseñarme que las metas son alcanzables por muy difíciles y sacrificadas que puedan ser, por su apoyo incondicional, esfuerzo y amor infinito, gracias a sus buenos ejemplos hoy puedo ver realizado mi objetivo.

A mis abuelitos Dorila y José quienes me vieron crecer y formaron gran parte de mi infancia con sus enseñanzas, consejos, y su cariño.

Mayra Palomino H.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser ese rayo de luz y de esperanza que me ilumina, protege y cuida cada momento de mi existencia y me permitió alcanzar la realización de este trabajo de investigación.

A mi alma Mater, Universidad Nacional de Cajamarca y a la Escuela Académico Profesional de Enfermería por ser parte imprescindible en mi formación personal y profesional.

A mis padres, pilares fundamentales en mi educación, por cada palabra de aliento, por haber fomentado en mí el deseo de superación y anhelo de triunfo en la vida porque gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada mi meta, gracias por estar presente en cada etapa de mi vida.

Un agradecimiento especial a la Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera, quien con su sabiduría y apoyo constante siempre estuvo dispuesta a corregir mis errores y permitir ser mi guía para concluir con el presente trabajo de investigación.

Y muchas gracias a todas las madres de familia del puesto de salud Chontapaccha, que participaron desinteresadamente en el estudio de investigación.

Mayra Palomino H.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
FICHA CATALOGRAFICA	i
FICHA DE JURADO EVALUADOR	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS	v
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCION	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Definición y Delimitación del Problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
CAPITULO II: MARCO TEORICO	8
2.1. Antecedentes de Estudio	8
2.2. Bases Teóricas	12
2.2.1. Modelo de adaptación del rol maternal de Ramona Mercer	12
2.2.2. Conocimiento	13
2.2.3. Practica	14

2.2.4. Actitud	15
2.2.5. Lactante	16
2.2.6. Madre primípara	17
2.2.7. Lactancia materna	17
2.2.8. Lactancia materna exclusiva	18
2.2.9. Leche Materna	18
2.2.10. Bases fisiológicas del pecho materno	19
2.2.11. Mecanismo de la producción lactea	20
2.2.12. Etapas de la leche materna	22
2.2.13. Composición de la leche materna	24
2.2.14. Beneficios de la leche materna	30
2.2.15. Técnica de amamantamiento: Posturas para amantar	40
2.2.16. Duración y frecuencia entre tomas	44
2.2.17. Problemas en la lactancia materna	45
2.2.18. Diez pasos para una lactancia materna exclusiva según la OMS	58
2.2.19. Lineamientos de nutrición del niño(a) menor de 6 meses	59
2.3. Hipótesis	60
2.4. Variables	60
2.4.1. Variables independientes	60
2.4.2. Variables dependientes	60
2.4.3. Operacionalización de Variables	61
CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTGACION	63
3.1. Tipo y diseño de investigación	63
3.2. Área de estudio	63
3.3. Población y Muestra	64
3.4. Unidad de análisis	65

3.5. Criterios de Selección	65
3.5.1. Criterios de inclusión	65
3.5.2. Criterios de exclusión	66
3.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	66
3.7. Validez y confiabilidad	68
3.8. Procesamiento, presentación y análisis de datos	68
3.9. Consideraciones éticas	69
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	82
ANEXOS	94

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Características sociodemográficas de madres primíparas de niños menores de 6 meses del Puesto de Salud Chontapaccha - Cajamarca 2020.	70
Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres primíparas de niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Chontapaccha - Cajamarca 2020.	73
Tabla 3. Prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas de niños menores de 6 meses del Puesto de Salud Chontapaccha - Cajamarca 2020.	75
Tabla 4. Actitudes de las madres primíparas de niños menores de 6 meses frente a la lactancia materna exclusiva. Puesto de Salud Chontapaccha. Cajamarca2020.	77
Tabla 5. Relación entre el nivel de conocimiento, prácticas y actitudes frente a la lactancia materna exclusiva en madres primíparas del Puesto de Salud Chontapaccha - Cajamarca 2020.	79

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I: Cuestionario	95
ANEXO II: Consentimiento informado	100
ANEXO III: Tabla de validación del instrumento	101

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento, las prácticas y actitud sobre la lactancia materna exclusiva en madres primíparas del Puesto de Salud Chontapaccha - Cajamarca 2020. Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y correlacional, con una población de 70 madres primíparas y una muestra de 59 madres de niños menores de 6 meses, se utilizó dos cuestionarios y una guía de observación para el recojo de la información, se obtuvo como resultados en cuanto a las características sociodemográficas más de la mitad de la muestra se encuentra entre 14 a 24 años, la gran mayoría con un nivel de instrucción secundaria, más de la mitad de la muestra son convivientes, gran parte de la muestra se dedican a su casa. En cuanto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, la gran mayoría de las madres tienen conocimiento bueno, casi toda la muestra tiene prácticas adecuadas y más de la mitad de la muestra tiene actitud positiva en lo que respecta a la lactancia materna exclusiva. Existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la actitud de la madre con el coeficiente Rho de Spearman ($r=0,818$). Así mismo existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la práctica materna con el coeficiente Rho ($r= 0,806$).

Palabras claves: Conocimiento, práctica, actitud, madre, lactancia materna exclusiva.

ABSTRACT

The objective of this research work was to determine the relationship between the level of knowledge, practices and attitude about exclusive breastfeeding in first-time mothers at the Chontapaccha Health Post - Cajamarca 2020. Descriptive, cross-sectional and correlational study, with a population of 70 primiparous mothers and a sample of 59 mothers of children under 6 months, two questionnaires and an observation guide were used to collect the information, more than half were obtained as results in terms of sociodemographic characteristics of the sample is between 14 and 24 years old, the vast majority with a secondary education level, more than half of the sample are cohabiting, a large part of the sample is dedicated to their home. Regarding the level of knowledge about exclusive breastfeeding, the vast majority of mothers have good knowledge, almost the entire sample has adequate practices and more than half of the sample has a positive attitude regarding exclusive breastfeeding. There is a significant statistical relationship between the level of knowledge about breastfeeding and the mother's attitude with Spearman's Rho coefficient ($r=0.818$). Likewise, there is a significant relationship between the level of knowledge about breastfeeding and maternal practice with the Rho coefficient ($r= 0.806$).

Keywords: Knowledge, practice, attitude, mother, exclusive breast.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva siendo un acto natural y fisiológico, ofrece al niño el alimento ideal durante los primeros meses de vida; por lo que es necesaria la promoción de la lactancia materna como una política nacional de salud. Al principio el calostro era reemplazado por infusiones y otras sustancias ya que se pensaba que no era importante para el desarrollo del niño (1).

A pesar de su gran importancia, cabe mencionar que, en los últimos años el progreso de esta práctica ha ido disminuyendo en muchas partes del mundo, por lo que podría estar vinculado a diversos motivos como el déficit de conocimiento que poseen las madres acerca de los beneficios de la leche materna, los estilos de vida, la incorporación de la madre al mundo laboral, entre otros. Es tan antigua como la humanidad misma, durante los primeros 6 meses de vida aporta muchas ventajas tanto para el niño(a) y la madre, brinda protección contra las enfermedades comunes de la infancia y es considerada como la única manera de proporcionar los nutrientes esenciales para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño(a) (2).

El Ministerio de Salud (MINSA), ha institucionalizado la lactancia materna exclusiva, como una de las prácticas más importantes para asegurar la salud y la supervivencia en la infancia y fortalecer el vínculo entre madre-niño. Muchas de las madres dejan el hospital después del parto sin haberse establecido el flujo correcto de amamantamiento y quedan con muchas dudas en relación a la lactancia materna, de allí nace la necesidad del profesional de enfermería responsable de la atención inmediata del recién nacido, estar informado si la madre tiene conocimiento en relación a la técnica de amamantamiento, de tal manera lograr brindar de forma rápida los conocimientos a la puérpera sobre la lactancia materna exclusiva la que debe iniciarse seguidamente después del parto, haciéndoles hincapié de la posición más adecuada para alimentar al bebé, la duración y el intervalo entre las tomas. (13)

Se dice que el conocimiento se refiere a datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada, es decir, antes de actuar o ejecutar alguna actividad, debemos de poseer datos muy concretos, aunque ello no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona tome conciencia de las razones adoptando y

modificando diferentes conductas, esto se basará en el resultado de las experiencias y aprendizaje de la persona; originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades. (8)

La práctica se caracteriza por la habilidad o experiencia que se van adquiriendo con la realización continua de una actividad. Asimismo, se dice que es un comportamiento, conducta procedimientos y reacciones, es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que el participa. La práctica de la lactancia materna permite a la familia involucrarse con la crianza y cuidado de los niños y niñas, y esta participación repercute en la salud, por lo tanto, promueve la integración y unión familiar (9). La actitud nos referimos a la disposición mental, hacia una práctica planteada que puede ser positiva o negativa. Las actitudes positivas, favorecerán a las circunstancias; las negativas en relación a un desacuerdo con las experiencias. En la actitud influye las motivaciones, las experiencias pasadas, la voluntad, las emociones, el ambiente y lo cultural; ya que somos una unidad biopsicosocial, se caracterizan porque son dirigidas siempre a un objeto, formándose con relación a un estímulo específico y que influyen en el comportamiento del sujeto. (17). De allí la importancia de la aplicación de este estudio de investigación porque dará nuevos horizontes que permitirá determinar en las madres primíparas el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva y su relación con las prácticas y actitudes.

El presente informe, está constituido en 4 capítulos.

Capítulo I: Problema de investigación: comprende definición y delimitación del problema, formulación del problema, justificación y objetivos.

Capítulo II: Marco teórico: Da a conocer los antecedentes de otros estudios relacionados con el tema de investigación, bases teóricas, bases conceptuales, hipótesis, y las variables.

Capítulo III: Metodología de la investigación: Describe el tipo y diseño de investigación, área de estudio, población y muestra, unidad de análisis, criterios de selección, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, procesamiento y análisis de datos, consideraciones éticas y rigor científico.

Capítulo IV: Resultados, Análisis, Discusión e interpretación de los mismos.

Se culmina con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y Delimitación del Problema

La lactancia materna (LM) es un alimento modulado por la naturaleza para el recién nacido y el lactante, pero la prevalencia actual no es óptima. (1); solo el 38% de los niños menores de 6 meses en el mundo en desarrollo reciben lactancia exclusiva y solo el 39% de niños entre 20 a 23 meses se benefician con esta práctica esto debido a la cultura de la madre, grado de instrucción, ocupación, adoptando actitudes negativas traducidas en prácticas inadecuadas en la lactancia materna exclusiva; perjudicando la salud del niño. (9)

En todo el mundo, se puede prevenir 823.000 muertes anuales en niños menores de 5 años, causadas por infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y estado nutricional y 20.000 defunciones de mujeres con cáncer de mama; pudiéndose prevenir con éxito con hábitos saludables y lactancia materna exclusiva (LME) (2).

En las Américas, el 54% de los niños empiezan con la lactancia materna exclusiva dentro de la primera hora de vida, y solo el 38% de los niños son amamantados exclusivamente antes de los 6 meses de edad, el 32% de las personas continúan amamantando durante 2 años (4).

Al menos el 40% de los bebés menores de 6 meses reciben lactancia materna exclusiva, 60% no están recibiendo, infiriendo que estos niños son amamantados con diferentes productos y generalmente ocurre cuando la madre tiene un nivel de educación bajo, lo que le impide obtener información sobre los beneficios de la leche materna tanto para el lactante y para ella; refleja en una inadecuada praxis y actitud, como el retiro anticipado de la lactancia materna antes de los seis meses (3); por lo que ellas no tendrán éxito en la lactancia materna exclusiva (66). También se presenta en aquellas madres que carecen de apoyo familiar, especialmente cuando trabajan y dejar al bebé al cuidado por personas desconocidas a la familia e inexpertas en alimentación sobre lactancia materna (67) y experiencias previas desfavorables las experiencias previas desfavorables ocasionadas por dificultades o complicaciones durante la lactancia materna exclusiva (mastitis, grietas, etc.) influye en ello, unido al hecho que la

modernización y las necesidades hacen que las madres sustituyan a la leche materna por el biberón (10).

Según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el porcentaje de niños en América Latina y el Caribe que solo amamantan durante los primeros seis meses de vida varía mucho. En países, como Bolivia 60%, Perú 68,3% y Chile 82%; en cambio, en Brasil 39%, México 14%; mientras que, en otros países las tasas de LME son muy bajas, como República Dominicana 7% y Surinam 3% (7).

En el Perú el 55% de los niños nacidos, comienzan a lactar en la primera hora después del nacimiento, siendo las tasas más altas entre los niños nacidos en centros de salud, atendidas por profesionales de la salud, en zonas urbanas y los hijos de madres con mayores ingresos y mayor educación (5); la cifra de niños lactados exclusivamente en el Perú es del 69,8%. Huancavelica 100%, Pasco 87,3% y Loreto 77,7% tienen la mayor tasa de incidencia, a diferencia de Tumbes, 29,6%, Ica, 40,5% y Madre de Dios 45,3; 63,2% en zonas urbanas y 84,3%, en rurales (6).

La falta de información que presentan las madres primerizas sobre los conocimientos básicos de la práctica e importancia de la técnica de amamantamiento, presentan dificultades al momento de brindar Lactancia Materna a los recién nacidos, por lo tanto, presentan pezones adoloridos y agrietados; al iniciar la Lactancia Materna Exclusiva algunas madres tienen pezones invertidos, pezones cortos y también se observaron problemas con la eyección de leche y mamas congestivas. En ciertos momentos las madres referían sentirse frustradas en muchas situaciones y también sentían vergüenza al momento de la lactancia materna, es por ello que la mayoría de ellas no practican la lactancia materna exclusiva. (12)

Frente a toda esta situación a las madres primerizas les falta desarrollar capacidades que favorezcan la Lactancia Materna Exclusiva y logren desterrar mitos y prejuicios, como no amamantar cuando la madre está enojada o asustada, o reciben algún tratamiento o medicamento, a consecuencia de esto el bebé bajaba de peso y su preocupación era qué fórmula debieran administrar cuando se presentaban estos problemas, por estas razones las madres empezaban a alimentar al bebé con los sustitutos de leche en fórmula creyendo que era la mejor opción para sus bebés. (13)

Los lactantes no alimentados al pecho tenían 10 veces más probabilidades de morir que los que recibieron leche materna como alimento predominante o exclusivo (8)

Durante el desarrollo de las clínicas en enfermería y el internado se pudo observar, que algunas madres no practican una adecuada lactancia materna exclusiva, ofreciendo a los lactantes pequeños caldos, líquidos, bajo la forma de infusiones y también durante la espera de atención en los centros de salud recibían pequeños trozos de galletas, frugos, indicándonos que la lactancia materna está siendo interrumpida. Por esta razón, a través del siguiente estudio de investigación se quiere determinar si las madres primíparas tienen conocimiento acerca de la lactancia materna exclusiva y si estas se relacionan con las actitudes y las prácticas respecto a la lactancia materna.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento, las prácticas y actitud sobre la lactancia materna exclusiva, en madres primíparas de niños menores de 6 meses del Puesto de Salud Chontapaccha- Cajamarca 2020?

1.3. Justificación

El desconocimiento de la lactancia materna exclusiva (LME) en las madres primíparas está trayendo grandes problemas de salud en el lactante, ya que las madres desconocen las técnicas de amamantamiento, fisiología, y sobre todo los beneficios e importancia de la lactancia materna, dejándose llevar por los prejuicios que puedan tener sobre la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva. La lactancia Materna se ha constituido como uno de los aspectos fundamentales de estudio, por su importancia en el alimento de primera clase para el ser humano y desde ende sirve para el desarrollo físico, mental y espiritual. Además, abarca un conjunto de nutrientes esenciales no comparable con otros que sean adecuados para el ser humano cuando nace.

La investigación es importante porque determinará la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres, practicas y actitudes en nuestro ámbito, servirá también como aporte a la investigación científica y la solución de los problemas del niño, además, fomentará la colaboración, cooperación y confianza de los investigadores para desarrollar la investigación, también para dar a conocer al equipo de salud las dificultades que pueden tener las madres de familia sobre la Lactancia Materna Exclusiva y así lograr un eficiente trabajo en el servicio.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General.

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento, las prácticas y actitud sobre la lactancia materna exclusiva en madres primíparas del Puesto de Salud Chontapaccha - Cajamarca 2020.

1.4.2. Objetivos Específicos.

1.4.2.1. Describir las características sociodemográficas que presentan las madres primíparas de los niños menores de 6 meses del Puesto de Salud Chontapaccha - Cajamarca 2020.

1.4.2.2. Determinar el nivel de conocimiento acerca de la lactancia materna exclusiva en madres primíparas de niños menores de 6 meses del Puesto de Salud Chontapaccha - Cajamarca 2020.

1.4.2.3. Identificar las prácticas acerca de la lactancia materna exclusiva en madres primíparas de niños menores de 6 meses del Puesto de Salud Chontapaccha - Cajamarca 2020.

1.4.2.4. Determinar las actitudes acerca de la lactancia materna exclusiva en madres primíparas de niños menores de 6 meses del Puesto de Salud Chontapaccha - Cajamarca 2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de Estudio

2.1.1. A Nivel Internacional

Illescás C. (Guatemala- 2015) En su estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres que se separan de su hijo por trabajo”. Estudio realizado en el Centro de Atención permanente de Villa Nueva, Guatemala. Enero – mayo 2015, concluyó que, las participantes del estudio mostraron ser una población joven, casada y con un nivel educativo que les permite incursionar en el ámbito laboral. Las cuales se separan de su hijo 6 días a la semana de 4 a 8 horas exclusivamente por trabajo. Siendo evidenciada la práctica de lactancia materna por un periodo de 4 meses. El conocimiento de las madres trabajadoras sobre lactancia materna es adecuado. La mayoría de madres trabajadoras muestra una actitud favorable y tienen prácticas adecuadas hacia la lactancia materna (10).

Cáceres R, Canales D. (Managua- Nicaragua 2016) En su estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna exclusiva de las madres de niños menores de seis meses atendidos en el centro de Salud Leonel Rugama. En el departamento de Estelí- noviembre 2015”. Concluyeron que, la mayoría de las entrevistadas procedían del área urbana, con estudios de secundaria y universitarios. La principal fuente de donde se obtuvo la información sobre lactancia materna exclusiva, fue el personal de salud y familiares. Más del 70% de ellas tienen un buen nivel de conocimiento y una actitud favorable ante la lactancia materna exclusiva. De cada 10 mujeres 7 habían administrado a sus hijos menores de 6 meses lactancia materna exclusiva, éstas alimentaban a su bebé a la libre demanda y más de 70% prefirieron la posición de cuna para amamantarlo (11).

Echeverría V, Puco M. (Ecuador -2016) En su estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre lactancia materna, extracción y conservación de la leche materna en estudiantes en período de lactancia. Universidad Técnica del Norte- 2015”. Los resultados obtenidos en la aplicación del CAP indican que la mayoría de las estudiantes

(70%) tienen conocimientos sobre lactancia y leche materna; conocimientos que, confirman que la alimentación en el recién nacido solamente debe darse leche materna. Las actitudes frente a lactancia y leche materna son buenas puesto que las estudiantes consideran que la leche es el alimento principal que el niño/a debe recibir (96%); además, tienen buenas prácticas (94%) de lactancia materna, la extracción de leche materna que realiza la población de estudio es la manual (72%), la conservación es en refrigeración (56%) y la técnica empleada para el calentamiento es mediante baño maría (12).

2.1.2. A Nivel Nacional

Sota L. (Cusco - 2017). En el estudio titulado “Actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primerizas que acuden al Hospital Antonio Lorena – Cusco 2017”. Concluyó que la población en estudio son madres jóvenes, casadas, con grado de instrucción secundaria. En cuanto a la actitud de lactancia materna exclusiva de madres primerizas el 51% tiene una actitud favorable seguida del 44% que tienen una actitud desfavorable y un 5% en duda, 38% están indecisas que, durante los 6 primeros meses de vida, el bebé debe ser alimentado solo con leche materna. En cuanto a las prácticas de lactancia materna exclusiva que realizan las madres primerizas, el 58% tienen prácticas regulares, el 37% tienen malas prácticas y solo 5% tienen buenas prácticas (13).

Álvaro L. (Puno - 2019). En la investigación titulada “Conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas en el servicio de Gineco - obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno – 2018”. Los resultados revelaron que el 76% de las puérperas primíparas presentaron un conocimiento deficiente, el 20% un conocimiento bueno y el 4% un conocimiento regular. Con respecto a la práctica el 80% de puérperas primíparas tienen una inadecuada práctica y el 20% tienen una adecuada práctica de amamantamiento en lactancia materna exclusiva. Concluyó que las puérperas primíparas en su gran mayoría mantienen un nivel de conocimiento deficiente y una inadecuada práctica de amamantamiento en lactancia materna exclusiva (14).

Obregón J. (Lima - 2019). En su investigación “Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna exclusiva de las madres primíparas en un Centro Materno Infantil de Lima, 2018”. Concluyó que la mayoría de madres primíparas conocen sobre lactancia materna exclusiva especialmente sobre los signos de buen agarre, la composición de la leche materna, la posición de la madre y el niño(a) durante la lactancia, sin embargo, un porcentaje menor, pero significativo no conoce respecto a las características de la leche materna, las ventajas para la familia y la madre, la duración y frecuencia lo que desfavorece en la práctica exclusiva de la lactancia materna. Asimismo, las prácticas en su mayoría son inadecuadas en relación a los signos de buen agarre, la posición del niño(a), de la madre, lo cual favorece la aparición de grietas en el pezón y dolor en los senos durante el amamantamiento, conllevando a una inadecuada succión y producción de leche. Lo mismo en cuanto a la frecuencia y duración lo que desfavorece en la adecuada nutrición del menor, reflejándose en su crecimiento y desarrollo (15).

Sánchez M. (Trujillo- 2019). En su investigación titulada “Nivel de conocimiento relacionado con las actitudes y prácticas de madres sobre lactancia materna en Hospital Belén de Trujillo 2019”. Los resultados indican que el 70% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento bueno; el 21% es regular y solo el 9% es deficiente, mientras que el 56% muestra un nivel de práctica regular; el 21% es deficiente y solo el 23% tiene un buen nivel de práctica. No obstante, el 42% muestran un nivel de actitud deficiente, el 37% un nivel de actitud bueno y solo el 21% es regular. Concluyó que existe una relación significativa entre el Nivel de Conocimiento, y las actitudes y prácticas en las madres sobre lactancia materna exclusiva (73).

Barboza A, Morales S. (Chincha – 2021) En su estudio “Conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud Condorillo, Chincha – 2021”. Existe una relación directa entre el conocimiento y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud Condorillo, Chincha - 2021; Se evidencia que el 20.34% presentan conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en un nivel bajo, el 47.46% medio y el 32.20% alto; asimismo el 22.03% presentan una práctica de lactancia materna exclusiva en un nivel deficiente, el 45.76% regular y el 32.20% óptima. Existe una relación directa entre el conocimiento y la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños de niños menores de 6 meses que acuden

al Centro de Salud Condorillo, Chíncha - 2021; habiéndose obtenido un valor de correlación de 0.465, con un valor de significancia de $p=0.000$ (74).

2.1.3. Nivel Local

Muñoz R. (Cajamarca 2015- 2017) En su estudio “Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva relacionado con las prácticas, en madres de niños menores de 6 meses según características sociodemográficas. Puesto de Salud Huambocancha alta-Cajamarca, 2015”. Concluyó que en cuanto a las características sociodemográficas más de la mitad de la muestra se encuentra dentro de los 26 años de edad, la gran mayoría con un nivel de instrucción primaria y la tercera parte con nivel secundaria, la mayoría son casadas, gran parte de la muestra profesa la religión católica, casi la totalidad tienen un ingreso económico bajo. En cuanto al nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, la gran mayoría de las madres tienen un buen conocimiento, casi la total muestra tiene buenas prácticas en lo que respecta a la lactancia materna exclusiva. Estadísticamente aplicando la prueba χ^2 0,007 si existe relación significativa entre ambas variables (16).

Cerdán L, Espinosa D. (Cajamarca- 2019) El presente estudio “Nivel de conocimiento y practicas sobre lactancia materna exclusiva en madres atendidas en el Hospital Simón Bolívar- Cajamarca, Perú 2019”. Concluyó que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, obtuvo un nivel bajo más de la mitad de la población, al igual que en la realización de las prácticas fue mayor de la mitad que tuvieron una mala praxis. En relación a nivel de conocimiento y prácticas según Características socio demográficas la edad promedio fue de 26 años a más, convivientes, más de la mitad son amas de casa. Existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y prácticas de lactancia materna exclusiva, el valor de p es > 0.05 (9).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Modelo de adaptación del rol maternal de Ramona Mercer

Modelo centrado en el papel maternal, donde la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo, logrando el apego de su hijo, adquiriendo experiencia en su cuidado y experimentando alegría y la gratificación de su papel, hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna (17). Este modelo considera factores maternos: edad, estado de salud, relación entre el niño y la madre y características del lactante. Además, define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad. Se entiende como un proceso de interacción y desarrollo que ocurre a lo largo de un período de tiempo (18).

Este modelo se ve reflejado especialmente en la actitud y la práctica de las madres que dan de lactar a sus bebés con leche materna exclusiva. Se denomina madres primíparas cuando dan a luz por primera vez. Mercer estableció la teoría del «Proceso de convertirse en madre», donde incluyó como factores la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, la separación precoz del niño, las actitudes de crianza, entre otros. Hizo especial hincapié en que el tipo de ayuda o cuidado que una mujer recibe durante el embarazo y durante el primer año después del nacimiento puede tener efectos a largo plazo, tanto en ella como en el niño. Por ello es importante que la madre primípara reciba conocimiento sobre los diversos e importantes perjuicios para la salud que tiene la alimentación con sucedáneos de la leche materna. En este sentido, el apoyo por parte de los profesionales de la salud es fundamental y determinante al poder influir aconsejando la práctica de la lactancia materna exclusiva (17).

2.2.2. Conocimiento

El conocimiento es la capacidad de una persona para adquirir información sobre su entorno, su experiencia o educación sobre una cuestión de hecho. Es todo lo que adquirimos de forma sensitiva o intelectual. Se refiere al conjunto de experiencias, sensaciones y reflexiones que llevan al razonamiento y al aprendizaje; mediante el conocimiento las personas reconocen el contexto donde se encuentran y se desenvuelven, tras realizar diversas interpretaciones y análisis de todo aquello que se percibe y siente. Platón afirma que el conocimiento es lo realmente verdadero, conlleva a un proceso cognitivo que evoluciona a medida que obtenemos mayor información, ya sea antes o después, no a través de la experiencia (68).

El conocimiento es información que una persona tiene en su cabeza, personalizada y subjetiva, sobre hechos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y factores útiles o no, precisión o estructura (69).

Es una información esencial que se adquiere de diferentes maneras, esperando que sea una reflexión exhaustiva de la realidad que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona, es la habilidad que tiene el ser humano de adquirir información a través de la vida y utilizarlo en un determinado momento o situación que se presente (70).

2.2.2.1. Tipos de conocimiento

a) Conocimiento Natural o Empírico

Se define como un conjunto habitual de verdades que posee una persona y rara vez es objeto de reflexión crítica, este conocimiento no está codificado, no requiere conocimientos previos, obtenidos a través de experimentos en vivo. Se define como un conjunto habitual de verdades que posee una persona y rara vez es objeto de reflexión crítica, este conocimiento no está codificado, no requiere conocimientos previos, obtenidos a través de experiencia vivida (70).

Es la que se obtiene a través de la observación y experiencia personal y comprobable, sin que sea necesario aplicar algún método de investigación o estudio. Sin embargo, el conocimiento empírico puro no existe, y eso se debe a que todas las personas son parte de la sociedad, la comunidad y la familia. En otras palabras, somos parte de un entorno lleno de creencias, pensamientos, teorías, estereotipos o

juicios de valor que influyen en nuestra percepción e interpretación de nuevos conocimientos (71).

b) Conocimiento científico

Este modelo de conocimiento se distingue por su universalidad, especificidad, coherencia, objetividad y método, es un sistema verificable, es un conjunto organizado, confirmado y sistematizado de actos que son probables y sustentados a partir de evidencias adquiridas por teorías científicas, esto nos beneficiara a entender y explicar la realidad y los fenómenos que suceden en la naturaleza (71).

Es un tipo de conocimiento que se caracteriza por presentar información sobre fenómenos comprobables de manera lógica y organizada. Por tanto, se basa en teorías, leyes y fundamentos a fin de comprobar el análisis y la validez de la información. En este sentido, se pueden formular conclusiones o hipótesis para fomentar la investigación, el análisis crítico y el desarrollo tecnológico. También permite la creación de nuevos <modelos o teorías (71).

2.2.2.2. Niveles de conocimiento

- a) **Alto:** También llamado "óptimo", porque existe una distribución cognitiva adecuada, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son consistentes, la redacción es aceptada y fundamentada, y además tienen una conexión profunda con las ideas subyacentes del tema.
- b) **Bajo:** Considerado "Pésimo", por la desorganización de las ideas, inadecuada distribución cognitiva, por expresar conceptos básicos en términos inexactos o incompletos, carece de fundamento lógico (13).

En el presente trabajo de investigación este nivel se mide con las respuestas incorrectas o mal contestadas en relación al tema de estudio.

2.2.3. Practica

La práctica se define como la habilidad o experiencia adquirida al realizar repetidamente una actividad. La práctica es el comportamiento, conducta, procedimiento, reacción, es decir todo lo que acontece a la persona y de su participación. El amamantamiento tiene un componente instintivo en relación con el recién nacido, pero también necesita de un aprendizaje de la técnica correcta. Una madre que practica la técnica correcta de amamantamiento la ayudará a producir más leche y así facilitará una correcta lactancia. Las prácticas de lactancia materna permiten a las familias participar en la crianza y cuidado de los hijos, lo que repercute en la salud y promueve la unidad familiar (11).

2.2.3.1. Tipos de práctica

- **Practica Adecuada**

Hace referencia cualquier prueba guiada por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas recomendadas consistentes con un punto de vista normativo dado o un parámetro acordado, así como también como cualquier ensayo que haya producido resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto particular (13).

- **Practica Inadecuada**

Son aquellas en las que por falta de capacidad; por torpeza o ignorancia del individuo, así como por la intención fraudulenta; negligencia, o por la comisión de actos culposos, generan efectos negativos, patrimonial, económico, moral, social, de conflicto de intereses , entre otros (15).

2.2.4. Actitud

Proviene del latín *actitudo*, que se define como la expresión de un estado de ánimo o como una tendencia a actuar de determinada manera; son evaluaciones perdurables de varios aspectos del mundo social, juicios guardados en la memoria; es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida. Son creencias emocionales, motivacionales, perceptivas y cognitivas que influyen positiva o negativamente en el comportamiento de una persona (72).

Para que la lactancia materna tenga éxito, dos factores son importantes: motivación de la madre de amamantar a su hijo y la producción de leche. La primera está relacionada con las actitudes y creencias de la mujer y su nivel de información, el apoyo que reciben de familiares y amigos, sus planes de trabajo y su poca experiencia acerca de la lactancia y la segunda se vincula con la frecuencia del amamantamiento, el vigor de succión, el reflejo de flujo de leche. Las actitudes forman excelentes elementos para la manifestación de las conductas, siendo su dirección la que emana el aspecto positivo o negativo de la misma; es decir, señala el modo de sentir, en pro o en contra del objeto actitudinal (14).

2.2.4.1. Componentes de la actitud

Elemento cognitivo. Se refiere a la forma como es percibido el objeto actitudinal, es decir, al conjunto de creencias y opiniones que el sujeto posee sobre el objeto de actitud y a la información que se tiene sobre el mismo. Este elemento puede ser entendido también como modelo actitudinal de expectativa por valor (72).

Elemento emocional. A diferencia del conductual, el elemento afectivo se basa por los sentimientos expuestos, sean positivos o negativos, frente a un objeto social. También representa el punto de comparación existente entre las creencias y las opiniones, caracterizadas siempre por su lado cognoscitivo (72).

Elemento conductual. Es el elemento conductual es aquel que en todo momento se encuentra activo. Además, lo define como la corriente actitudinal que se produce al reaccionar frente a un objeto de una manera específica (72).

2.2.4.2. Tipos de actitudes

Actitud positiva

Son aquellas buenas maneras de realizar las cosas, de relacionarse con las personas que nos rodean y que nos hacen personas queridas y estimadas. También se conocen como conductas asertivas, que son conductas adecuadas que permiten

a los individuos expresarse libremente y alcanzar sus objetivos y metas deseadas. Cuando un individuo tiene una actitud positiva, tiene más control sobre su entorno y está más satisfecha consigo misma y con los demás (19).

Actitud negativa

Son siempre rígidas, cerradas y resistentes al cambio, son las que impiden que otras situaciones nos permitan salir adelante. Esto dentro de la psicología se llama inmadurez. Por las actitudes negativas se van a crear problemas en la familia, en el trabajo, en la sociedad, en todos los medios y nos limitarán en nuestro desarrollo. Se expresa cuando la persona al dirigir sus pensamientos no ve posibilidades, solo ve escasez, los problemas, se victimiza y es reactiva. Estas actitudes son reguladas por los pensamientos y las emociones (19).

2.2.5. Lactante

Se inicia con el nacimiento y se acaba con el destete, que representa el primer periodo de la infancia. Se extiende desde los 28 días de vida hasta los 24 meses de edad y se subdivide en lactante menor y mayor. El lactante menor, corresponde desde los 28 días de vida hasta los 11 meses 29 días, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuada durante este periodo con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud (22).

2.2.6. Madre Primípara

Se dice de la mujer que pare por primera vez, en contraposición a la nulípara (que no ha parido nunca) y diferenciándose de la plurípara o múltipara (que ha parido varias veces). Si la mujer que se enfrenta con el primer parto ha pasado de los 30 años, el trabajo del parto suele ser laborioso y doloroso por la menor elasticidad de sus tejidos cervicales uterinos, vaginales y perineales, no son infrecuentes las laceraciones o desgarros cervicales, vaginales y perineales (22).

2.2.7. Lactancia materna

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo adecuado. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La leche materna logra el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna favorece a la salud y al bienestar de las madres y del bebé. Ayuda a distanciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente (20).

Es, la mejor. Puede decirse que la madre que no amamanta a su bebe deja incompleta la creación artística más maravillosa: la de un nuevo ser. El predominio de la leche materna es un hecho fuera de discusión, que tiene su explicación en razones biológicas; numerosas estadísticas han confirmado este hecho llegándose siempre a la misma conclusión. A este respecto, se podría decir que en el año 1957 el pediatra americano Gyorgy logró descubrir en la leche de mujer una sustancia especial capaz de influir notablemente en el crecimiento del recién nacido y de aumentar su resistencia contra ciertas enfermedades infecciosas (sarampión, etc.). El notable pediatra estadounidense llegó al descubrimiento de esta preciosa sustancia que denominó bifidógeno, mediante una serie de pruebas experimentales comparadas (20).

Por otro lado, también se debe afirmar que la lactancia materna, promueve la salud del niño; en este sentido estudios recientes tanto en niños a término como en prematuros han hallado un mayor puntaje en pruebas que evalúan el nivel cognitivo entre los alimentados con la leche materna que en similares alimentados con fórmula, estas ventajas, así como el conocimiento de sus mecanismos subyacentes han dado lugar a esfuerzos para fomentar la lactancia materna a nivel mundial (21).

2.2.8. Lactancia materna Exclusiva

Definida como la alimentación del lactante menor sólo con leche materna sin inclusión de sólidos ni otras sustancias (agua, té y entre otros), ni otro tipo de leche que no fuera

la materna durante los primeros seis meses de vida, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). Ha demostrado disminuir el riesgo de infecciones gastrointestinales. El lactante recibe leche materna, incluida la extraída de la propia madre o nodriza (ama de cría). Admite medicación (vitaminas, minerales) (21).

2.2.9. Leche Materna

La leche materna es el primer alimento natural e ideal para lactantes. Brinda toda la energía y nutrición que el niño necesita en los primeros meses de vida y continúa satisfaciendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño en el segundo semestre y hasta un tercio de las necesidades nutricionales en el segundo año.

Fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas; sus características nutricionales brindan un crecimiento armónico, si se administra como único nutriente, a libre demanda, durante los primeros 6 meses de vida en forma exclusiva y, luego de esta edad, complementada con alimentos adecuados, oportunos y seguros (23).

La leche materna tiene múltiples ventajas tanto para el niño, la madre, la familia y la sociedad (ambiente). La leche materna es el mejor alimento para un rápido crecimiento infantil, porque satisface todos los requisitos alimenticios y también porque protege al recién nacido contra enfermedades infecciosas, debido a la presencia de varias moléculas bioactivas. Se ha descubierto que la leche materna no es estéril, sino que contiene una cantidad importante de bacterias del ácido láctico. Estas bacterias realizan funciones nutricionales cruciales, pero también defienden al organismo contra las infecciones. El óptimo bienestar del cuerpo depende de un correcto equilibrio entre las diversas especies bacterianas presentes en la microflora intestinal (24).

2.2.10. Bases fisiológicas del pecho materno

A. Anatomía del pecho materno

Las mamas son unas glándulas pares y simétricas a modo de dos prominencias hemiesferoidales, de unos 150-500 g, situadas en la pared torácica anterior entre las costillas II-III a VI-VII, desde el esternón a la línea axilar media y una prolongación que, a modo de cola, se dirige al hueco axilar; la parte más profunda del pecho está separado de la aponeurosis de los músculos pectorales, por un tejido conjuntivo laxo, denominado bolsa retro mamaria o espacio sub mamario, a través del cual entran y salen vasos sanguíneos, linfáticos y nervios. Gracias a este tejido la mama tiene cierta movilidad sobre la aponeurosis que cubre el plano muscular (44).

A.1. Pezón y areola

Se levanta como una gruesa papila en el centro de la areola. Se dirige oblicuamente de atrás hacia delante y, un poco, de dentro hacia fuera. Con aspecto de un cilindro o un cono, redondeado en su extremo libre. Exteriormente, el pezón es irregular, rugoso y, a veces, se presenta como agrietado. Debe este aspecto a una multitud de surcos y de papilas que se levantan en su superficie. En su vértice, pueden observarse de 12 a 20 orificios que son, las desembocaduras de los conductos galactóforos. El pezón y la areola contienen músculo liso eréctil, así como glándulas sebáceas (26).

Es una región circular, de 15 a 25 mm de diámetro, situada en la parte más prominente de la mama. Se distingue por su coloración, que es más oscura, así mismo por la presencia en su superficie exterior de pequeñas prominencias, de 12 a 20 por término medio, que se designan con el nombre de tubérculos de Morgagni. Estas elevaciones, que dan a la areola un aspecto rugoso, se hayan diseminadas de un modo irregular. Estos tubérculos son glándulas sebáceas que presentan un desarrollo particular en cuyo centro de cada una de estas glándulas se encuentra un pelo, casi siempre de pequeñas dimensiones. La areola experimenta modificaciones importantes bajo la acción del embarazo (cambia de color, aparece otra areola en todo el contorno de la areola primitiva, los tubérculos de Morgagni se hacen más voluminosos, etc.) (25).

A.2. Glándula mamaria

Su histología es prácticamente la misma en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alvéolos y conductos, y un estroma de soporte. Cada célula alveolar constituye en sí una unidad de secreción y produce leche completa. Es capaz de extraer desde el plasma sanguíneo, y a la vez sintetizar, todos los elementos necesarios para constituir la leche: proteínas, grasas, hidratos de carbono, anticuerpos, vitaminas, sales minerales y agua (44).

2.2.11. Mecanismo de la producción láctea

a. La lactogénesis

Es el proceso por el cual las glándulas mamarias empiezan a secretar leche. Comprende los procesos necesarios para transformar las glándulas mamarias inmaduras durante la última fase del embarazo hasta su maduración completa poco después del parto. Durante la primera etapa de la lactogénesis la glándula mamaria puede secretar leche, debido a los altos niveles de las hormonas estrógeno y progesterona (principalmente de origen placentario), pero lo usual es que se bloquee la secreción de leche hasta el momento del parto. Es decir que algunas mujeres pueden experimentar una pequeña secreción de calostro de sus pezones durante el 2º o 3º trimestre. Durante la 2ª etapa de la lactogénesis, cercano al momento del parto, los niveles de hormonas disminuyen, (principalmente progesterona, por la remoción de la placenta) y aumenta la prolactina desbloqueando a los tejidos mamarios para el comienzo de la secreción copiosa de leche (26).

a.1. Prolactina

La secreción de Prolactina (PRL) depende de la succión, es la hormona más importante de la lactancia, tanto durante el desarrollo de la glándula en los primeros meses del embarazo como durante la lactogénesis. Cada vez que el lactante succiona, se produce una elevación gradual de los niveles circulantes de PRL. Esta elevación se detecta rápidamente, pocos minutos después de iniciada la succión. La PRL continúa elevándose por 30 o 40 minutos y se mantiene más alta que el nivel basal por 1 a 2 horas después de la succión. La secreción de PRL tiene un ritmo circadiano, es decir, los niveles cambian a lo largo de las 24 horas del día. Los niveles basales son más altos en la noche que en el día y también la elevación de PRL en respuesta a la succión es más

importante durante la noche. Además, la elevación de PRL después de la succión en la noche se presenta más allá del primer año postparto, cuando la respuesta a la succión durante el día es mucho menor. Por eso es importante que se mantengan los episodios de succión en la noche si se desea tener una lactancia prolongada. Los niveles de prolactina son muy altos en las primeras semanas postparto y, en esta etapa, la succión frecuente es esencial para mantener estos niveles elevados y establecer la lactancia (26).

b. La galactopoyesis

El mecanismo se inicia con el reflejo de succión del bebé al estimular los receptores sensitivos del pezón, lo que produce un reflejo neural aferente, vía médula espinal al mesencéfalo y de ahí al hipotálamo, desencadenando la secreción de prolactina de la hipófisis anterior y oxitocina de la hipófisis posterior. La prolactina estimula la síntesis y producción de leche y cada vez que la madre amamanta al bebé se produce una oleada, cuya secreción aumenta de 10-20 veces sobre los niveles basales, efecto que dura aproximadamente una hora. La cantidad secretada es proporcional a las veces que se estimula el pezón, además los niveles son mayores por la noche. (25)

b.1. Oxitocina

La oxitocina se produce en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo, se libera sobre todo de la neurohipófisis y de terminaciones nerviosas. Viaja del cerebro al corazón y de ahí a todo el cuerpo, activa o modula una amplia gama de funciones y emociones. Su efecto principal son las contracciones del miometrio y de las células mioepiteliales de la mama para la eyección de leche. La oxitocina es una hormona nonapeptídica mejor conocida por su participación en la lactancia y el trabajo de parto.

La oxitocina estimula la contracción de las células mioepiteliales que cubren los alvéolos, y estimula el vaciamiento hacia los conductos galactóforos y finalmente hacia el pezón (reflejo de eyección). La liberación de oxitocina disminuye con la ingesta de alcohol, el estrés de la madre y el hijo (26).

2.2.12. Etapas de la leche materna

La composición de la leche materna varía según la etapa de la lactancia. Debemos distinguir dentro de la leche materna al precalostro, calostro, leche de transición y leche madura.

▪ **Pre-calostro**

Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa, ya que un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactasa (27).

▪ **Calostro**

Durante los primeros 4 días después del parto se produce el calostro, fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. En estos primeros días se produce un volumen de 2-20 ml por toma suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. El calostro tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles, y nucleótidos que la leche madura. Sin embargo, contiene más proteínas, ácido siálico, y vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos que la leche madura. El contenido en minerales como sodio, zinc, hierro, azufre, selenio, manganeso y potasio también es superior en el calostro. (28)

El calostro protege contra infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al recién nacido por absorción intestinal de inmunoglobulinas; además, contiene 2000 a 4000 linfocitos/mm³ y altas concentraciones de lisozima. Por su contenido de motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio. (29)

▪ **Leche de transición**

Esta se produce durante el 4to. ó 15vo. día después del nacimiento. Hacia el quinto día hay un aumento brusco de su producción y va incrementando su volumen hasta llegar a 700 ml/día aproximadamente entre los 15-30 días posparto. Su composición

varía hasta llegar a la de la leche madura, su composición nutricional no es estable. Las concentraciones de lactosa, grasas y vitaminas hidrosolubles aumentan su concentración por el aumento de colesterol y fosfolípido, disminuyen niveles de proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles por el aumento en el volumen de producción (30).

▪ **Leche madura**

La leche madura tiene una gran variedad de componentes nutritivos y no nutritivos. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700-900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto. Si la madre tiene gemelos se producirá un volumen suficiente para cada uno de ellos. Cuando la lactancia involucrena pasa por una fase calostrada antes de desaparecer la secreción de leche (27).

2.2.13. Composición de la leche materna

La leche humana (LH) es una gran complejidad biológica, activamente protectora e inmunomoduladora que estimula el desarrollo adecuado del lactante. La LH es un sistema que se estructura en tres fases: emulsión-glóbulos de grasa, suspensión-micelas de caseína y solución-constituyentes hidrosolubles (31).

A continuación, se mencionan los nutrientes que forman parte de la leche materna y funciones de los mismos:

1. Agua

Representa el 87% del total de sus componentes y cubre satisfactoriamente los requerimientos del bebé, aún en circunstancias extremas de calor, por lo que no se requieren líquidos suplementarios (30). Contenido energético: De 68-74 Kcal /100 ml, según la población estudiada. Parece que los requerimientos de energía son algo menores en los lactantes, de lo habitualmente recomendado por la FAO /UNICEF/OMS (31).

2. Proteínas

Su concentración es suficiente para cubrir las necesidades del lactante. En la leche materna hay entre 8.2 y 9g de proteína por litro; su concentración se reduce con el progreso de la lactancia, independientemente de las proteínas que consume la madre. El tipo de proteínas que contiene la leche humana, la hacen única para la especie humana, ya que son de mejor biodisponibilidad gracias a la presencia de enzimas digestivas como la amilasa (31).

La leche humana tiene un contenido en proteínas más bajo que las del resto de los mamíferos (0,9-1,1 g/100 ml). Pero esta es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño, por eso los requerimientos de proteínas se han bajado recientemente y ahora se estiman en 1,1 g/kg a los 3-4 meses (31).

Las mucinas son proteínas de membrana que rodean los glóbulos de grasa, están presentes en baja cantidad. La caseína de la leche humana está formada sobre todo por beta-caseína. Está en forma de micelas complejas de caseinato y fosfato cálcico. La proporción proteínas del suero/caseína es de 60/40 en la leche madura (tienen diferente digestibilidad y coeficiente de absorción) (31).

Entre los compuestos nitrogenados 3,32 de la leche se encuentran los aminoácidos de los que sobresalen la taurina, por favorecer la digestión de grasas y el desarrollo del sistema nervioso central; la carnitina, necesaria para la oxidación de lípidos en la mitocondria del cerebro y el ácido glutámico, la cistina y la glutamina que actúan como neuromoduladores y neurotransmisores. Y a los amino azúcares, los péptidos y el factor de crecimiento epidérmico que contribuyen al desarrollo y función de la mucosa intestinal (30).

Las proteínas del suero son: alfa-lactoalbúmina, lactoferrina, seroalbúmina, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento y hormonas, juega un papel importante en la síntesis de lactosa y es fuente de aminoácidos esenciales (32).

3. Lípidos

Es el componente más variable de la leche humana. Su concentración varía desde 2 g /100 ml en calostro a 4-4,5 g/100 ml en leche madura. La principal fuente de energía para el lactante son las grasas. La leche materna proporciona el 40-50 % de las calorías en forma de grasa. Las grasas están en sangre y leche en forma de gotitas rodeadas por una membrana formada por proteínas, fosfolípidos, colesterol, cerebrosidos y agua. El volumen de lípidos difiere entre mujeres (de 1 a 7 g/dL). La leche humana aporta ácidos grasos de cadena larga cuyos precursores son el ácido linolénico y el ácido linoléico. Se conocen como ácidos grasos indispensables ya que no pueden ser sintetizados de nuevo por el ser humano y deben provenir de la dieta de la madre (31).

Estos ácidos grasos se convierten en ácidos grasos poliinsaturados tales como el ácido docosaenoico, vital en el desarrollo estructural y funcional de los sistemas visual-sensorial, perceptual y cognitivo del lactante; y el ácido araquidónico, útil como sustrato para la síntesis de eicosanoides como las prostaglandinas, los leucotrienos y tromboxanos, que modulan las respuestas inflamatoria e inmune al activar la proliferación de linfocitos, células asesinas la producción de citocinas y de IgE en las células inflamatorias. Aporta concentraciones altas de colesterol, una grasa que se requiere en la proliferación de neuronas y en la mielinización de células gliales. Además, son un factor de protección contra la enfermedad coronaria aterosclerosa, ya que estas concentraciones séricas descienden. Finalmente, contiene lipasa, una enzima que mejora la digestión de las grasas por el lactante (32).

4. Carbohidratos

Los hidratos de carbono, son azúcares que aportan energía al sistema central. La lactosa es el principal hidrato de carbono que contiene (7,3g/dl). Proporciona el 40% de su energía; Favorece el desarrollo de la flora intestinal por las Bifidobacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por ser acidificante; mejora la absorción de calcio y mantiene estable la osmolaridad de la leche porque conserva bajas concentraciones de sodio y potasio (33).

La síntesis de lactosa es esencial en la producción de leche, ya que proporciona la fuerza osmótica necesaria para la formación del fluido. Mientras, la lactosa-sintetasa sintetiza lactosa, roba agua de la circulación materna y forma el componente acuoso de la leche. Esto produce deposiciones blandas, características del niño amamantado, que facilitan la absorción de calcio, hierro, manganeso, magnesio y otros minerales (33).

5. Minerales

5.1. Calcio, fósforo. La relación calcio-fósforo es, lo que favorece su absorción (se absorbe el 75% del calcio ingerido) en la leche de vaca esta proporción. Cuando la madre ingiere poco calcio y fósforo, se movilizan los depósitos óseos. Incluso en situaciones de deficiencia de Vitamina D materna la mineralización del niño es buena, por lo que se especula que exista también una absorción independiente de la vitamina D.

5.2. Hierro. El hierro de la leche humana tiene una excelente biodisponibilidad. Se absorbe en un 50% mientras que el de la leche de vaca en un 10%. Esta biodisponibilidad se debe a la acidez del tracto digestivo, a la presencia de niveles adecuados de Zn y Cu, a la lactoferrina y a la ferritina presentes en la leche humana. Entre los niños alimentados con lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida es muy rara su carencia. Sin embargo, los pretérminos necesitan aportes suplementarios de hierro de 2-4 mg/kg/día (30).

5.3. Zinc. Es esencial para la estructura y funcionamiento de las enzimas, para el crecimiento y el desarrollo de la inmunidad celular. Tiene mucha mejor biodisponibilidad que la fórmula. Su contenido disminuye lentamente a lo largo de la gestación y es adecuado hasta los 5-6 meses (32).

5.4. Flúor, a pesar de su baja cantidad en leche materna, es útil para evitar las caries, lo cual es evidente si se compara a los niños alimentados al pecho materno con los alimentados con biberón. Finalmente, el magnesio se mantiene en equilibrio muy estable con el calcio en la leche humana para prevenir hipocalcemia en el recién nacido.

Existen otros minerales en concentraciones muy bajas en la leche materna pero que comparadas con la leche de vaca son altamente superiores. De todos modos, el bebé presenta pocos riesgos de deficiencia de estos minerales. Son suficientes para cubrir las necesidades del recién nacido. Estos son: yodo, cobre, cobalto, selenio, cromo, manganeso, aluminio, cadmio (31).

6. Vitaminas

El contenido de vitaminas de la leche humana depende de su plasma y es relativamente sensible a la ingesta materna. En las liposolubles influye la reciente y los depósitos, en las hidrosolubles la dieta reciente (31).

Las vitaminas liposolubles e hidrosolubles están presentes en cantidad suficiente en la leche, con excepción de vitaminas D, K y hierro (44). La concentración de las vitaminas hidrosolubles en la leche depende mucho de su nivel en la madre, por lo que una deficiencia materna puede condicionar una deficiencia en el lactante (31).

6.1. Vitaminas liposolubles

6.1.1. Vitamina A

Está implicada en las reacciones fotoquímicas en la retina, es antioxidante y tiene propiedades antiinfecciosas. El contenido de vitamina A en la leche disminuye a medida que progresa la lactancia (32).

La cantidad obtenida con una dieta equilibrada es adecuada y la suplementación no es necesaria. Sin embargo, en países en vías de desarrollo se recomienda que todas las madres tomen una única dosis de suplemento de 200.000 UI de vitamina A tan pronto como sea posible después del parto (33).

6.1.2. Vitamina K

Los niveles de vitamina K son inferiores a los de la leche de vaca, sus niveles son superiores en el calostro que, en la leche madura, pero a partir de las 2 semanas de

vida se obtiene de la flora intestinal (51); es elaborada por las bacterias que recubren el tracto gastrointestinal. Si la dieta es adecuada, la madre lactante no precisa suplemento de vitamina K. Los recién nacidos normalmente tienen niveles bajos de vitamina K; la flora bacteriana del recién nacido no es suficiente para su síntesis en los primeros días de vida. Por ello, Después del nacimiento se recomienda la administración de 1 mg de vitamina K, IM para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido (33).

6.1.3. Vitamina E

El contenido en vitamina E de la leche humana cubre todas las necesidades del niño a no ser que la madre consuma cantidades exageradas de grasas poliinsaturadas, sin un aumento concomitante de esta (31). La concentración de vitamina E en la leche materna es sensible a la ingesta materna, por lo que se debe revisar la alimentación materna y dar suplementos si no es adecuada (33).

6.1.4. Vitamina D

En zonas poco soleadas la leche humana es deficitaria en vitamina D, pero aun así no se observa carencias en los niños amamantados. El paso de la vitamina D materna a la leche es pobre, por lo que se recomienda suplementar a todos los lactantes menores de un año alimentados al pecho con 400 UI/día de vitamina D, iniciando su administración en los primeros días de vida. Estos suplementos se mantendrán hasta que el niño ingiera un litro diario de fórmula enriquecida en vitamina D (33). A pesar de no tener niveles óptimos de vitamina D los bebés alimentados con leche materna no padecen raquitismo, ya que sí poseen un sulfato de esa vitamina, adquirida por vía transplacentaria que tiene actividad durante los primeros tres meses. En la leche materna los niveles deseables se alcanzan dando un suplemento a la madre; en forma exógena se adquiere por la acción del sol y de los rayos ultravioleta (30).

6.2. Vitaminas hidrosolubles

6.2.1. Vitamina B6 (*piridoxina*): En las primeras semanas de vida, las reservas de vitamina B6 acumuladas durante la gestación son de gran importancia para mantener

niveles adecuados en los niños alimentados al pecho. Los síntomas en los lactantes dependen también de la gravedad de la deficiencia, aunque, por lo general, se presentan síntomas neurológicos y diferentes variedades de dermatitis. Las madres vegetarianas pueden necesitar un suplemento de vitaminas del grupo B durante la lactancia (33).

6.2.2. Vitamina C: Existe alrededor de 4-5 mg/100 ml de vitamina C en la leche materna, interviene en la formación de los tejidos, sobre todo conectivo y vascular (31). En fumadores, las concentraciones plasmáticas y tisulares de vitamina C son más bajas que en personas que no fuman, por lo que se recomienda aumentar los aportes en madres lactantes fumadoras (32).

6.2.3. Ácido fólico: esencial para la síntesis de hemoglobina, aminoácidos, DNA y RNA. Su déficit produce anemia. Vitamina B1 (Tiamina). La tiamina es esencial en el metabolismo de los carbohidratos en el sistema muscular y nervioso (30).

2.2.14. Beneficios de la leche materna

1. Beneficios de la leche materna para el niño

Durante los primeros 6 meses los beneficios son más notorios, pero sus efectos se extienden en el transcurrir de los años. El niño amamantado con leche materna crece más rápido y con mayor fuerza; resistente a las enfermedades infecciosas y supera más rápidamente las enfermedades, pero sus efectos persisten a lo largo de los años; combatir mejor las enfermedades infecciosas y superar las enfermedades adquiridas (35).

1.1. Para prevenir enfermedades infectocontagiosas

Cualquier volumen de LM es una defensa, ésta se relaciona a un 64% de disminución de la incidencia de infecciones gastrointestinales inespecíficas, y también tuvo un efecto protector residual hasta dos meses después de dejar de amamantar. Por otro lado, los bebés alimentados exclusivamente con fórmula tienden a tener un 80 % más de riesgo de diarrea. Los bebés amamantados durante el primer año de vida tienen un 30 % menos de riesgo de diarrea por rotavirus y también se ha descrito como una forma de protegerse

contra la infección por *Giardia* asintomática. La frecuencia de diarrea persistente también fue menor en los lactantes amamantados. Una revisión sistemática para evaluar el riesgo de infección gastrointestinal inespecífica en lactantes menores de 1 año en países desarrollados informó que los lactantes alimentados con LM tenían un menor riesgo de desarrollar esta enfermedad (36).

1.2. Prevención de asma y alergias infantiles

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias asociada con episodios de sibilancias, opresión en el pecho, dificultad para respirar y tos, especialmente durante la noche. Esta enfermedad puede desarrollarse durante la niñez o la edad adulta. Algunos investigadores han intentado determinar la relación entre esta condición y la lactancia materna durante los primeros meses de vida (36).

Un ejemplo de ello es el grupo formado por Silvers y Cols. En el estudio con 1.105 niños agrupados según la duración de LM exclusiva, el momento y tipo de alimentación complementaria. Sus conclusiones apuntan a que la lactancia materna protege a los niños hasta los 6 años de edad. Otro trabajo de Kull y cols, en el que se siguió a 3.825 niños, amplía este efecto protector, ya que los resultados mostraron que los niños amamantados durante 4 meses o más tenían una función pulmonar mejor a los 8 años y que la lactancia materna exclusiva se asociaba con un menor riesgo de padecer asma hasta esa edad (37).

Otra enfermedad que es muy común en los niños es la alergia alimentaria. Afecta a más del 15% de la población con la mayor incidencia en la infancia y suele persistir hasta la edad adulta. El primero en informar un efecto protector de la LM sobre la enfermedad alérgica infantil fueron Grulee y cols., quienes demostraron una incidencia de 2 a 7 veces mayor de eccema infantil (dermatitis atópica) en niños no amamantados o parcialmente amamantados. Según varios estudios, los niveles bajos de IgA en la leche materna están asociados con un mayor riesgo de alergia a la leche de vaca en los infantes (37).

Un estudio de cohorte australiano evaluó la asociación entre la duración de la LM y el riesgo de asma en niños hasta los seis años, éste concluyó que la

introducción de otros alimentos lácteos y no lácteos distintos a la leche materna durante los primeros cuatro meses de vida aumentó el riesgo de asma, sibilancias tres o más veces desde el año de edad, sibilancias durante el año anterior y trastornos al dormir debido a sibilancias (38).

En estudios realizados en países desarrollados se vio que la lactancia de al menos tres meses disminuye el riesgo de asma en un 27% en aquellos niños sin historia familiar de asma. Los con historia familiar de asma se benefician aún más, dado que la reducción del riesgo llega al 40% en niños menores de 10 años. Otra revisión sistemática reciente reportó que en población general la lactancia es un factor protector para asma hasta los 2 años de vida, pero este efecto disminuye con el tiempo. Sin embargo, otros estudios han sido menos concluyentes al respecto (38).

El asma y las alergias se encuentran entre las enfermedades no transmisibles más comunes en los niños. Estos estudios confirmaron coincidentemente los beneficios de la lactancia materna en la reducción de la incidencia de ambas condiciones (38).

1.3. Menor prevalencia de obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes

Es posible, aunque controvertido, que la LM proteja contra la obesidad, la hipertensión, la dislipidemia y la diabetes tipo 2 (DM) en la edad adulta. Las tasas de obesidad son significativamente más bajas en los bebés amamantados. La duración de la lactancia materna estaba inversamente relacionada con el riesgo de tener sobrepeso, y cada mes adicional de lactancia materna reducía el riesgo en un 4%. Los estudios en diferentes partes del mundo también muestran resultados similares (35).

González y cols. Examinaron la prevalencia de sobrepeso y obesidad en una muestra de escolares con edades comprendidas entre 9 y 17 años en Granada. Sus resultados mostraron que la prevalencia de sobrepeso en hombres y mujeres fue de 22,03% y la prevalencia de obesidad fue de 9,12%. Se observa que estas tasas son superiores a la media nacional. El IMC y la circunferencia de la cintura

son medidas antropométricas precisas para predecir el riesgo cardiovascular en los adultos (39).

Por tanto, se puede demostrar que el riesgo de obesidad en la adolescencia y la edad adulta se reduce entre un 15% y un 30% con el uso de la dieta LM en la infancia en comparación con quienes no fueron amamantados (35).

1.4. Disminución de cáncer Infantil

Dar fórmula a los bebés durante la infancia aumenta el riesgo de desarrollar cáncer. Algunos estudios han demostrado que, si no son amamantados, con LME los bebés tienen un mayor riesgo de desarrollar cánceres, como leucemia, linfoma y enfermedad de Hodgkin (39).

Un estudio reciente que involucró literatura de hace 50 años encontró que la LM que duraba al menos seis meses estaba asociada con una reducción del 19 por ciento en el riesgo de leucemia infantil. Otro metanálisis mostró resultados similares y describió una reducción del riesgo durante la LM, pero los mecanismos de protección específicos siguen sin estar claros (40).

1.5. Neurodesarrollo

Existe un debate considerable sobre si la nutrición en los primeros años de vida tiene un efecto duradero en el desarrollo del sistema nervioso. Si se tienen en cuenta factores como la inteligencia materna, el nivel de educación de la madre, la capacidad de la madre para criar hijos, la experiencia de la infancia, el nivel socioeconómico, el peso al nacer y la edad gestacional, las madres de los bebés amamantados tienden a hacerlo mejor que los bebés alimentados con biberón. Los bebés amamantados con LME obtuvieron en promedio 2 puntos más que los bebés alimentados con biberón en una escala de desviación estándar de 10, incluso cuando se consideraron todos los factores. Se puede enfatizar que la lactancia materna puede estar asociada con una leve mejora en la inteligencia y el desarrollo del lenguaje, o que la diferencia puede deberse a la influencia de otros factores de confusión no incluidos en el análisis (40).

En cuanto al riesgo de desarrollar trastorno por déficit de atención y trastorno del espectro autista, una revisión sistemática encontró que la LM protegía ambas condiciones durante seis meses. Asimismo, la LM puede desempeñar un papel en la reducción del riesgo de cambio de comportamiento (41).

1.6. Disminuye el riesgo de enterocolitis necrotizante (ECN)

No amamantar aumenta significativamente el riesgo de que su bebé desarrolle enterocolitis necrosante (NEC). La enterocolitis necrotizante se desarrolla en 3 a 10% en los bebés con bajo peso al nacer y rara vez los bebés a término están en riesgo. Por cada aumento del 25 % en la ingesta de leche materna en los primeros 14 días de vida, los bebés que recibieron al menos el 50 % de la leche materna en los primeros 14 días de vida tenían un riesgo 38 % menor de NEC y un riesgo 6 veces menor de NEC (42).

Un meta-análisis, desde 1983 hasta 2005, mostró que los prematuros alimentados con leche materna presentaron una reducción del 58% de incidencia de NEC. Otro estudio de 2010 mostró una reducción del 77% en NEC en pretérminos alimentados exclusivamente con leche materna (43).

1.7. Otras patologías

La LM también protege contra la enfermedad celíaca, y los niños con LM tienen un 52% menos de riesgo de desarrollar la enfermedad celíaca cuando se exponen a alimentos con gluten. Además, hubo una asociación entre la duración de la LM y la reducción del riesgo al evaluar la presencia de anticuerpos anticelíacos. Por otro lado, la LM se asoció con una reducción del 31% en el riesgo de desarrollar enfermedades inflamatorias intestinales en la infancia (40).

1.8. Mortalidad

Si consideramos que el 90% de la mortalidad infantil mundial ocurre en 42 países en desarrollo, la lactancia materna a los 6 meses de edad y el destete después del año de edad son intervenciones, la tarjeta sanitaria más efectiva disponible. Tiene el potencial de prevenir más de 1 millón de muertes infantiles cada año, lo que equivale

a prevenir el 13 % de la mortalidad infantil en todo el mundo. Un estudio de ecología latinoamericano que comparó la mortalidad en el primer año encontró que alrededor del 14% de la mortalidad infantil por todas las causas era prevenible con LME durante al menos los primeros 3 meses de vida, mientras que la lactancia materna es parcialmente prevenible durante el primer año de vida (39).

Un estudio de cohorte en Ghana mostró una marcada respuesta en el incremento del riesgo de mortalidad neonatal cuando se incrementaba el tiempo de iniciación de amamantamiento de 1 hora a 7 días. El 16 % de las muertes infantiles podría evitarse si todos los bebés fueran amamantados desde el primer día, y el 22 % de las muertes infantiles podría evitarse si la madre comenzara a amamantar dentro de la hora posterior al parto. Un estudio similar en Bangladesh encontró que un aumento del 80% en la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 meses podría reducir la mortalidad infantil en aproximadamente un tercio (42).

1.9. Vínculo afectivo madre e hijo

La lactancia materna a través de procesos biológicos racionales promueve el vínculo afectivo entre madre e hijo ya que ofrece la posibilidad de un contacto piel a piel frecuente y directo entre madre e hijo. Los recién nacidos tienen un sentido del tacto muy desarrollado, que es uno de sus principales medios de comunicación, por lo que la cercanía que proporciona la lactancia puede ser beneficiosa para la comodidad y seguridad del lactante (36). Cuando los bebés son amamantados, no solo reciben el alimento perfecto para su crecimiento, sino que también estimulan el calor, el tacto, la vista, el olfato, el gusto y la boca a través de la combinación de estos dos órganos. El contacto físico entre la madre y el bebé ayuda a que la madre se sienta más segura (40).

Las primeras semanas de vida del neonato, son cruciales para el desarrollo emocional del lactante. Los lactantes que no son abrazados y acariciados reprimirán su capacidad futura de amar y confiar. Cuando sus necesidades de alimento y comodidad son satisfechas con amor, ternura, afecto y alegría, aprenden a crear sus primeras emociones significativas. Los bebés comienzan a

fijar su mirada desde muy pequeños en su madre y se tranquilizan cuando ella les acaricia entre sus brazos. A través de las miradas la madre es totalmente correspondida, las sonrisas y los susurros. La distancia es ideal entre ambos para que el niño pueda enfocar la visión y observar a su madre, olerla, saborear el alimento, escuchar sus palabras y contactar su piel con la de ella, de forma que durante el amamantamiento utilice todos los sentidos (39).

2. Beneficios de la lactancia materna para la madre

2.1. Reduce la probabilidad de un nuevo embarazo

La lactancia materna como método anticonceptivo no es nueva, y las mujeres se han beneficiado de la lactancia durante miles de años. Sin embargo, es solo en los últimos 25 años que los científicos han comenzado a comprender cómo la lactancia materna afecta el funcionamiento de los ovarios (37). La lactancia también puede suprimir la ovulación, aumentar el espaciamiento entre embarazos y retrasar el ciclo menstrual. El Método de Amenorrea de la Lactancia (MELA) juega un papel importante en la planificación familiar, especialmente cuando otros métodos anticonceptivos no están disponibles o son inaceptables por la sociedad. Las mujeres con amenorrea que amamantan exclusivamente tienen un riesgo muy bajo de quedar embarazadas (38).

Numerosos estudios de todo el mundo han investigado la relación entre los patrones de lactancia, la restauración de la fertilidad y los efectos anticonceptivos de la lactancia, lo que respalda la idea de que la lactancia inhibirá significativamente la función ovárica y retrasará la recuperación de la fertilidad después del parto.

Estudios observacionales y prospectivos han presentado las expectativas de las puérperas y gestantes con respecto al uso de la lactancia-amenorrea como método anticonceptivo, así como sus percepciones y opiniones sobre su conocimiento sobre este método. El principal resultado fue el nivel de desinformación sobre este método como anticonceptivo. También muestra que los profesionales de la salud y los medios de comunicación no desempeñan ningún papel en la educación del tema, desperdiciando así una oportunidad no

solo de promover una planificación familiar segura y eficaz, sino también de fomentar una lactancia materna más efectiva (38).

2.2. Mejora la anemia y recupera el útero

El cierre temprano de la placenta reduce el sangrado posparto y facilita la recuperación de la anemia gestacional. Además, el efecto de la lactancia en el eje hipotalámico-pituitario-ovárico suprimió la ovulación durante varios meses, por lo que no hubo período menstrual, lo que contribuyó a un ahorro significativo de hierro. Al succionar el pezón, inmediatamente después del parto, se produce una liberación de oxitocina en la madre. Beneficiando el desprendimiento de la placenta e induce no sólo a que el útero recupere su tamaño natural si no que haya una menor pérdida de sangre después al parto (37).

2.3. Prevención de cáncer de mama y ovario

No dar de lactar incrementa el riesgo de sufrir cáncer de mama de una mujer. La lactancia conlleva a una eventual diferencia del tejido de la glándula mamaria, lo que puede limitar su transformación maligna. Un historial de lactancia materna por menos de 12 meses se asocia con un mayor riesgo de cáncer de mama. Se ha descubierto que las mujeres con cáncer de mama tienen menos probabilidades de haber sido amamantadas y si lo hicieron su duración fue más corta en comparación con las mujeres sin cáncer de mama (33).

Hay varios estudios que muestran un riesgo reducido de cáncer de mama. La reducción del riesgo de cáncer de mama fue del 4,3 % por cada año de lactancia en un metaanálisis que evaluó 45 estudios y del 28 % por al menos 1 año de lactancia en un metaanálisis anterior que incluyó 23 estudios (37).

Se considera que la incidencia acumulativa del cáncer de mama en países en desarrollo podría disminuir en más de la mitad, de 6.3 a 2.7 por 100 mujeres a la edad de 70, si las mujeres tuvieron el número de partos promedio y la duración de lactancia materna en toda la vida que era prevalente en los países en desarrollo hasta recién. La lactancia

materna podría ser responsable de una disminución en la incidencia de cáncer de mama de casi dos tercios de esta reducción estimada. En cuanto más da de lactar la mujer, más se protege del cáncer de mama (34).

Por otro lado, también se puede decir que no dar de lactar incrementa el riesgo de cáncer de ovario en la mujer. Amamantar reduce significativamente y positivamente la ovulación disminuyendo así el riesgo de cáncer de ovario. Las mujeres que no amamantan también tienen peores resultados en desarrollar cáncer de ovario. El efecto protector de la lactancia materna sobre el cáncer de ovario puede deberse en parte a la supresión de la ovulación debido al aumento de los niveles de hormona estimulante del folículo y prolactina y a la disminución de los niveles de hormona luteinizante en mujeres lactantes (33).

Un estudio prospectivo encontró que amamantar durante 18 meses o más se asoció con un riesgo significativamente menor de cáncer de ovario en comparación con aquellas que nunca habían amamantado. Por cada mes de lactancia materna, el riesgo relativo se redujo en un 2%. La fuerte relación inversa entre el número total de meses de lactancia materna a lo largo de la vida y la incidencia de cáncer de ovario parece ser independiente del número de nacimientos (33).

2.4. Prevención de riesgo de enfermedad Cardiovascular y Diabetes tipo 2

Se ha demostrado que no dar de amamantar se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Las mujeres que dieron de lactar durante un período más corto experimentaron mayores tasas de hipertensión, diabetes, hiperlipidemia y enfermedad cardiovascular (34).

La relación dosis-respuesta sugiere que las mujeres que informaron haber amamantado durante más de 12 meses tenían un menor riesgo de desarrollar presión arterial alta, diabetes, hiperlipidemia o enfermedad cardiovascular que las mujeres que nunca habían amamantado a su bebé (33).

Además, un estudio transversal de mujeres entre en las edades de 45 a 58 años sin enfermedad cardiovascular encontró que las mujeres que nunca amamantaron tenían un mayor riesgo de calcificación aórtica en comparación con las mujeres que amamantaron durante al menos tres meses, lo que provocó calcificación aórtica provocando mayor riesgo de futuras enfermedades cardiovasculares (33).

Por lo consiguiente, no dar de lactar se asocia con un mayor riesgo de diabetes tipo 2. Cuanto más corta sea la duración de la lactancia, mayor será el riesgo de contraer diabetes tipo 2 en las mujeres (34).

Un amplio estudio prospectivo halló que la duración total de la lactancia materna y la duración de la lactancia materna por lactante se relacionaron con un riesgo menor de diabetes tipo 2 comparado con las mujeres que nunca dieron de lactar (33).

2.5. Menos riesgo de aparición de Osteoporosis y artritis reumatoide

Durante la lactancia, el metabolismo del calcio se acelera, moviliza los depósitos en los huesos y, al mismo tiempo, aumenta la cantidad de calcio en la sangre que se usa para producir leche para ayudar a combatir la pérdida de calcio, en un futuro, las mujeres que dan de lactar tienen menos probabilidades de sufrir fractura de cadera y columna durante la menopausia y artritis reumatoide (37).

La investigación sugiere que la lactancia materna durante la adolescencia puede estar asociada con una mayor densidad mineral ósea en la edad adulta y la protección de la salud ósea. Aunque no todos los estudios han encontrado una diferencia, una mayor duración de la lactancia materna puede reducir el riesgo de fractura de cadera. Por cada 6 meses adicionales de lactancia materna, el riesgo asociado se redujo en un 13%. Por lo tanto, las mujeres que amamantan por más tiempo tienen un menor riesgo de fractura de cadera (33).

Por lo tanto, la lactancia disminuye el riesgo de artritis reumatoide en las mujeres. La lactancia materna por más tiempo se asocia con un menor riesgo de artritis reumatoide (39).

Los estudios han demostrado que un historial de lactancia más prolongado (≥ 13 meses) se asocia con un riesgo reducido de artritis reumatoide y de lactancia durante 1 a 12 meses en comparación con aquellas que nunca han amamantado (33).

3. Beneficios de la lactancia materna para la familia y sociedad.

La lactancia materna es provechosa mental y nutricionalmente para toda la familia y, como tal, es primordial para la salud. Las familias que dieron de lactar no solo pueden ahorrar en costos necesarios de leche artificial y equipo, sino también en controles de salud, medicamentos, estadías en el hospital y más (42).

La lactancia materna no es solamente responsabilidad de la madre; en esta etapa ella está vulnerable y requiere ayuda física y emocional. La nutrición a libre demanda del lactante cansa a la mujer, por lo que necesita el apoyo de la familia para poder alimentarse mesuradamente y descansar en función de brindarle al bebé una lactancia de calidad. La ansiedad de la madre en los primeros días se presenta por la repentina disminución de hormonas, el sentido de responsabilidad por el bebé, el cansancio del parto, las grandes necesidades de cuidados del recién nacido y el no saber que no podrá dar de mamar (40).

En un estudio se alcanza que el porcentaje del salario promedio necesario para suplementar la dieta de la madre lactante, es muy inferior al que se necesita para adquirir sucedáneos de la leche materna exclusiva. La morbilidad en hijos de madres que trabajan es la mitad en los que reciben lactancia materna que en los que reciben formula (41).

2.2.15. Técnica de amamantamiento: Posturas para amantar

Esta es una habilidad que es necesario aprender. En el período prenatal se puede instruir en forma teórico-práctica con muñecos o con observación directa de otras madres que están dando de lactar. También se debe educar la técnica de extracción, manejo y conservación de la leche extraída. No existe una única posición adecuada para amamantar, lo importante es que la mujer esté relajada sin molestias, que el agarre sea preciso, y que el bebé esté enfrentado y a lado al cuerpo de la madre. Aunque es bien sabido que lo realmente interesante es la relación entre la boca del lactante, el pezón y la areola materna, identificar las posturas que pueden al lactante se agarre adecuadamente al pecho de su madre (49).

La mala postura puede causar dolor y grietas en la madre, con tomas interminables que se juntan unas con otras, que el /la bebé nunca parezca satisfecho/a, y que aumente poco de peso. Puede que esté muy intranquilo/a o demasiado aletargado/a.

Un estudio transversal con 99 lactantes de hasta 6 meses de edad, evaluó cómo influía mantener una posición inadecuada en los problemas con la lactancia materna. En este estudio se definió la “posición inadecuada” con los siguientes criterios: cuello del lactante torcido o inclinado hacia delante, con su cuerpo mirando hacia el techo sin estar “barriga con barriga” y sujeto únicamente por cabeza u hombros. Se detalló que la mitad de los lactantes tenían algún tipo de problema relacionado con la lactancia (menos de ocho tomas en 24h, uso de suplementos o bajo peso para su edad). De estos lactantes con problemas, el 31,4% tenían el cuello torcido, el 27,4% estaban sujetos únicamente por la cabeza o los hombros, el 25,5% tenían el cuerpo girado y en el 5,9% el cuerpo de madre y lactante estaban separados (52).

Se denomina “síndrome de la posición inadecuada” a la posición correcta versus la incorrecta, se describe que cuando el lactante no mama en posición correcta, no puede extraer la leche del pezón. La madre experimenta dolencia en los pezones y grietas, debido a que el lactante ejerce presión mantenida sobre una pequeña superficie, y también pueden darse ingurgitación, inflamación o incluso mastitis, dado que el pecho no se vacía. Además, verá fuertes y repetidos reflejos de eyección (apoyos), debido a que la secreción de oxitocina aumenta para expulsar la leche que el lactante no puede

tomar activamente. El lactante hace tomas largas (>30 minutos) y no suelta el pecho espontáneamente, ya que no consigue extraer la leche final. Pide el pecho con gran frecuencia (raramente “aguanta” >2 h.) y se muestra nervioso, intranquilo y llorón, e incluso “se pelea con el pecho”, dado que está hambriento y frustrado al no obtener la leche que espera. Es frecuente que vomite o regurgite debido a que toma gran cantidad de leche pobre en grasas. En general la ganancia de peso es escasa, dado que la ingesta calórica es insuficiente (52).

a) Posición de Crianza biológica

Agarre espontáneo en posición biológica (madre acostada)” o posición de Colson, basada en estudios de reflejos maternos y neonatales, es decir, como cualquier otro mamífero, es el descubrimiento y encierro innato del niño correctamente sin ayuda durante las primeras semanas es útil, en especial si la lactancia materna es difícil, dolorosa o ineficaz. La madre se acuesta boca arriba (15 a 65 grados) con el bebé boca abajo, manteniendo la piel cerca del cuerpo de la madre. Esta posición le permite a su bebé perder peso y desarrollar un gateo y buscar respuesta. También asegura el contacto cara a cara. Su madre lo ayuda a alcanzar su pecho sujetándolo con un brazo. Esta posición provoca una serie de reacciones que contribuirán a una buena succión, una alimentación eficiente y una mejor secreción de leche (54).

b) Posición de cuna

Una vez sentada sujeta al niño sobre un brazo, apoyando su cabeza en la mitad del mismo, es aconsejable reposar el codo sobre una almohada o sobre los brazos de una butaca para evitar que el peso te haga torcer la columna con el consiguiente dolor de espalda, así mismo puedes usar un banquito para apoyar los pies. La boca del bebé debe de estar cerca del seno, y su estómago frente al tuyo, de tal modo que el niño se encuentre completamente girado hacia ti, evitando que sólo sea su cabeza la que se vuelva hacia el pecho (45).

c) Posición acostada

Se da el pecho estando tumbadas de lado junto al/a la bebé, con su vientre pegado al de la madre. Es muy ventajoso durante la hospitalización, sobre todo en caso de cesárea, y después para facilitar momentos de descanso y que las noches sean más cómodas. La cabeza del/de la bebé debe reposar en el colchón, no sobre nuestro brazo. Empujándole por la espalda la madre puede acercarlo al pecho, con delicadeza, cuando abra la boca, para facilitar el agarre. Es una posición muy cómoda para las tomas nocturnas y los primeros días, aunque suele ser más incómoda y menos eficaz que la posición de crianza biológica (45).

d) Posición sandía

También es una buena posición para madres que se han sometido a una cesárea, para madres de mamas grandes o bebés pequeños y para madres de gemelos que los quieren amantar a la vez. También es recomendable para aquellas madres que tienen un fuerte reflejo de eyección de la leche (o bajada de la leche). Para colocarse en esta posición, se coloca un cojín cerca de su cuerpo. Se sostiene al bebé con un brazo y con la cara hacia arriba. Se Utiliza la palma de la mano del mismo brazo para sujetarle el cuello. Deberían pasar por debajo del brazo las piernas y los pies del bebé. Luego elevar hacia la mama al bebé (53).

e) Posición de caballito

Puede resultar útil en los casos de bebés que se atragantan fácilmente, problemas de succión o tienen (succión débil, frenillo lingual, barbilla corta). Esta postura se realiza estando la madre sentada, el bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre y con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura puede ayudar en casos de grietas y en lactantes con reflujo gastroesofágico importante, prematuros, con labio leporino o fisura palatina, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo a la vez que se sujeta la barbilla del bebé (52).

f) Posición invertida o balón de rugby

Es una posición para amamantar a gemelos y a prematuros muy cómoda, también en el caso de cesárea; además, es útil para facilitar la curación de las grietas y mejorar el vaciado de la zona externa del pecho si fuera el caso de tener las mamas grandes. En esta posición se sitúa al bebé por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz; también en el caso de cesárea y gemelos/as. Es importante dar sujeción al cuello y a los hombros del bebé, pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello estirado para atrás (deflexionado) lo que le permite agarrar mejor el pecho y tragar más cómodamente (54).

El Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría relata que la postura de crianza biológica es especial y adecuada durante los primeros días y cuando existe algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho), aunque se puede realizar en cualquier momento. En cuanto a la postura acostada, es muy relajante para las tomas nocturnas y también en los primeros días, aunque suele ser más incómoda y menos eficaz que la posición de crianza biológica.

2.2.16. Duración y frecuencia en la lactancia materna

A. Duración de las tomas

No es aconsejable contar los minutos ni limitar la duración de la toma porque esto puede impedir que el lactante tome la leche necesaria. La duración de cada mamada es variable. Se recomienda amamantar sin seguir horarios. Simplemente, cada vez que el bebé busque o llore, se ofrece el pecho sin mirar el reloj. Es normal que no aguanten tres horas, casi ninguno lo hace (50).

Al comienzo de la tetada el bebé mama unas cuantas veces con rapidez y luego empieza a hacerlo más rítmicamente y profunda. A veces mama un rato para luego descansar, volver a mamar unas cuantas veces y volver a descansar de nuevo. Varía mucho la duración de cada mamada. Algunos niños, sobre todo al principio, necesitan veinte o treinta minutos en un pecho; otros, cuando tienen varios meses de práctica, acaban en menos de tres minutos y ya no quieren más. No es recomendable contar los minutos ni

limitar la duración de la toma porque esto puede impedir que el bebé tome la leche que necesita (51).

B. Frecuencia de las tomas

Durante la lactancia, tanto el cuerpo del hijo como el de la madre están preparados para regularse mutuamente de forma natural. El pecho da más leche cuanto más succiona el bebé. Cada niño o niña tiene su propio ritmo. Algunos, por ejemplo, duermen varias horas por la mañana, pero pasan la tarde mamando continuamente. Existen periodos en los que el bebé está inquieto y cambia su ritmo pidiendo más a menudo. Esto es normal y así aumenta la producción de leche necesaria para su crecimiento. El pecho no tiene horario. Se recomienda amamantar sin horarios. Simplemente, cada vez que el bebé busque o llore, se ofrece el pecho a libre demanda (51).

La lactancia materna debe ser frecuente, y durante los primeros 15 o 20 días de vida, debe alimentar a su bebé rápidamente por lo menos de 8 a 12 veces en 24 horas, luego alimente más profunda y rítmicamente (52).

Un estudio descriptivo, En cuanto a la duración de la lactancia materna concluye que una mala posición y un mal agarre se relacionan con una menor duración de la lactancia materna. Sin embargo, estos resultados no son significativos cuando se asocia por la presencia de otros problemas (daño en los pezones, conductos bloqueados y mastitis). De modo similar, en otro estudio se observó que una posición inadecuada a los 30 días posparto (según los criterios de la OMS) se relacionaba con una menor tasa de lactancia materna a los 6 meses, pero estas diferencias no son significativas cuando se ajusta por el resto de variables). En cambio, en un estudio transversal se detalla que la tasa de lactancia materna exclusiva a los cuatro meses es significativamente más baja en las díadas que tienen una posición incorrecta (según los criterios de la OMS) (50).

2.2.17. Problemas en la lactancia materna

En ciertas ocasiones, las patologías benignas de la mama pueden ser la causa de un destete temprano y no deseado, por ello es primordial la actitud del profesional de la salud con el fin de comunicar adecuadamente (52). Muchas mujeres abandonan sin desearlo la lactancia por enfrentarse con diferentes dificultades que podrían ser solucionados con la ayuda de profesionales que son formados adecuadamente. El conocer el manejo de los problemas más frecuentes podría evitar muchas lactancias frustradas. Comúnmente los problemas obedecen a causas multifactoriales que afectan a la madre y/o a niño y deben ser pesquisados y analizados para obtener un resultado favorable (53).

1. Problemas de la madre

Suele derivar por la falta de ayuda que tiene la mujer dentro de su hogar cuando proviene de una familia disfuncional y no hay pertenencia a grupos o redes de apoyo (especialmente en los grupos de Ayuda de Madre a Madre) de su localidad o comunidad que de alguna manera sustituyan a la familia extendida, para que la ayuden a superar sus problemas.

Las principales dificultades que se presentan son:

1.1. Ansiedad por falta de apoyo moral y afectivo, económico social

Son aquellas mujeres que presentan miedo para enfrentar la gestación, el nacimiento de su bebé y la lactancia. Si a esto añadimos una mala experiencia familiar en relación a la lactancia, el hecho de dar de lactar provoca ansiedad, dudas e incertidumbre, Podemos dejar de amamantar temprano o tener dificultades para amamantar de manera efectiva, posiblemente debido a la falta de apoyo, la insatisfacción económica con las necesidades básicas y las necesidades sociales debido a la falta de redes de apoyo social (55).

1.2. Depresión Materna Post Parto

El proceso de adaptación a su nueva realidad física, emocional, exceso de trabajo propio de la atención del bebé, la falta de apoyo emocional, en ocasiones inexistentes o la apreciación de ella de esta situación, la no comprensión de su mayor labilidad emocional, etc., generan ocasionalmente una depresión en la madre, lo que contribuye

a un gran riesgo para la lactancia. Por lo general, las madres no reconocen sus síntomas depresivos (53).

Como el trastorno mental materno más frecuente, con efectos negativos identificables en la relación madre-hijo y el desarrollo infantil, con una prevalencia que oscila entre el 15% y el 20%. Se prevé que se convierta en el segundo problema de salud pública más común para 2022 (54).

En una investigación de diseño transversal ex post facto prospectivo simple. Presenta la influencia de la depresión posparto en la conducta de lactancia materna de madres primíparas, con lactantes nacidos a término. En el estudio participaron 40 madres primíparas, se formaron dos grupos. El Grupo Ausencia y el Grupo Presencia. Se realizó un análisis descriptivo, comparando ambos grupos en relación a los puntajes totales obtenidos en el cuestionario de LM; en el cual se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en la conducta de lactancia materna. Sin embargo, hay significativas diferencias en cuanto al ítem que se refiere al consumo de tabaco. Se concluye, que hay un mayor porcentaje de madres con depresión que da exclusivamente el pecho y un mayor porcentaje de madres sin depresión que siente cómoda la postura adoptada para amamantar (55).

No hay necesidad de dejar de amamantar debido a la depresión ni por su tratamiento, la interrupción puede empeorar el estado de ánimo de la madre. Se recomienda que esté acompañada y valorar cada caso (56).

1.3. Ser madre adolescente

Las mujeres adolescentes que son madres por lo general optan por abandonar sus estudios después de dar a luz. Las abuelas suelen ayudarlas haciéndose cargo de sus nietos, dándoles alimentos mixtos desde el principio, lo que destruye la relación de la madre con el niño. El equipo médico debe reafirmar el valor de la madre y apoyar a la adolescente en su rol de madre a pesar de las dificultades que a menudo enfrenta. Es importante incentivarla para que amamante a su bebé, considerando que la experiencia le brindará muchas ventajas tanto para ella como para su hijo, que le ayudará a percibir

un gran amor por ese pequeño bebé que tanto depende de ella, la necesidad de leche materna que tiene el niño, la importancia de esta y las formas de administrarla aun cuando la madre no esté presente (por ejemplo, extracción y posteriormente darle al niño con suplementador al dedo). Esta indicación también debe abarcar aspectos más personales, como la forma de asociarse con su familia, la conveniencia de suspender momentáneamente sus estudios o actividades y consejos sobre nutrición para una buena lactancia, sin cambiar su propio desarrollo (43).

1.4. Nuevo embarazo

Si la madre está gestando y la calidad de la leche sigue siendo buena, debe continuar amamantando. En general, el mismo bebé comienza a amamantar con menos frecuencia y se va destetando gradualmente de forma natural (56).

1.5. Madre soltera

Una madre soltera necesita mucho apoyo de las personas o grupos que la rodean. A menudo, el padre del niño no es responsable y la mujer lleva a cabo el embarazo, parto y puerperio lo que le dificulta amamantar y continuar con una vida normal se deben investigar los factores de riesgo y tratar que estas mujeres se unan a su familia y a redes de apoyo, en beneficio de la lactancia, si es necesario, derivarlas a clínicas de lactancia para asesorarla y planificar la ayuda que se le pueda prestar a la madre para que logre una lactancia exitosa o adecuada para su realidad en beneficio de su hijo (43).

1.6. Reflejo eyecto-lácteo inhibido

La incertidumbre, la tensión y el dolor durante la lactancia pueden interferir con el reflejo de la lactancia, restringiendo la lactancia normal y provocando una disminución de la lactancia. El manejo incluye mejorar las técnicas de amamantamiento y eliminar las causas del dolor y el estrés maternal (43).

1.7. Crisis transitoria de lactancia

Se denominan así los momentos en los que, de forma inesperada, se produce una disminución de la producción de leche. Por lo general, en un momento crítico en el crecimiento y desarrollo de un bebé, entre un mes y medio y tres meses, los bebés tomarán más leche y aumentarán la frecuencia en la lactancia. La causa de esta "crisis" es que el peso al nacer de los niños a esta edad casi se ha duplicado, por lo que se necesita más leche, y la única forma es amamantar más a menudo para desarrollar más las glándulas mamarias, además, existen otras condiciones como el cansancio materno o la enfermedad materno-infantil. Se produce una regulación de la producción láctea luego de 5 a 7 días y se vuelve a la frecuencia anterior de mamadas (43).

Se debe advertir a las madres que esto es normal y transitorio, por lo que no recurren a fórmulas de suplementos dietéticos pensando que se les ha cortado la leche y que están amamantando temporalmente, más a menudo mientras amamantan de ambos senos, vigilando la alimentación y sobrecarga sensorial materna por el estrés de esta causa (43).

1.8. Reflejo eyecto-lácteo excesivo

Al contrario del caso anterior, en este caso, cuando se inicia la lactancia, la madre segrega una gran cantidad de leche que provoca asfixia y aleja al bebé del pecho, pudiendo experimentar también gases y cólicos. El manejo implica colocar al bebé boca abajo en posición prono o sentarse en una posición de carga frente a la madre y extraer una pequeña cantidad de leche antes de alimentarlo.

2. Problemas del pecho materno.

2.1. Dolor al inicio de la succión

El dolor es relativamente común durante los primeros días de extracción debido la succión en vacío de conductos, la inflamación de los vasos sanguíneos y la presión repentina sobre el pezón erecto. Se curará en unos días, probablemente no duela, pero la succión debería ser buena (57).

Es importante vigilar y valorar si se trata del dolor “fisiológico” y transitorio para calmar a la madre; o si se trata de otro motivo como una mala posición al pecho, la retirada incorrecta de la criatura, el uso de cremas o productos cosméticos que irritan, la existencia de grietas. En tales casos, debe corregir los errores y aprender a hacerlo bien.

En un estudio clínico con 177 mujeres primíparas se evaluó el uso de compresas de agua tibia para aliviar el dolor en los pezones, observándose que en este grupo la reducción del dolor fue mayor que en el grupo control. Otro estudio comparó la aplicación de lanolina con la aplicación de compresas frías no encontrándose diferencias entre ambos tratamientos en la reducción del dolor (57).

2.2. Pezones planos o invertidos

No hay que acomodar los pezones con ningún producto de “fortalecimiento”, pero sí hay que educar y asesorar a la madre de que podrá dar el pecho si lo desea, empezando con un inicio temprano cuando el seno esté aun suave, antes de la subida de la leche para que el bebé aprenda a cogerse.

Si no se consigue y la madre sigue deseando amamantar a su hijo, se puede extraer la leche manualmente o con mamadera y dársela al niño con vaso o cucharita ya que hay niños que consiguen agarrarse bien al pecho cuando son más grandes. Se puede enseñar a la madre que puede criar al niño con el otro pecho exclusivamente si el problema radica en un solo pecho, La producción de leche se adecuará a las necesidades del bebé, de manera que un seno facilitará toda la leche que el niño requiera (56).

2.3. Congestión mamaria

La congestión mamaria se denomina como la inflamación y distensión de los senos; suele aparecer entre el segundo y el quinto día postparto. Se asocia con el cambio del calostro a leche más madura y abundante. Con frecuencia suele salir tras el transcurso de la lactancia, las madres llegan a experimentar un aumento de volumen mamario en ambos pechos, con endurecimiento, calor, dolor. La buena postura, el agarre del bebé y

la alimentación frecuente se ha vinculado con la menor incidencia de congestión mamaria (57).

2.4. Grietas en el pezón

Los pezones pueden estar más sensibles cuando comience a amamantar, lo que no sucederá si su bebé se prende correctamente. El daño se produce cuando el dolor es causado por una mala postura (en la mayoría de los casos) y no se corrige a tiempo. Por el contrario, si las lesiones persisten durante un tiempo, pueden infectarse (58).

Entre las causas más comunes podemos encontrar:

- Postura inadecuada al dar de lactar (es la causa más frecuente).
- La humedad de las “empapaderas” sobre todo si son plastificadas.
- La fibra del sujetador.
- El uso de productos irritantes para el pezón como jabón, cremas, pomadas y desinfectantes.

Es conveniente transmitir para que no lleguen a producirse grietas:

La importancia de que los pezones estén secos, no realizarse una higiene tras las tomas, ordeñarse un poco de leche sobre los pezones y dejarlos secar al aire libre o incluso con aire del secador durante unos segundos, evitar las pomadas, salvo que por alguna razón estén indicadas. No se ha demostrado la eficacia de cremas ni de pezoneras de cera y no se debe limitar el tiempo de succión.

La mejor prevención de las grietas es que la postura del bebé y de la madre sea la adecuada, que su boca abarque la mayor parte de la areola y dejar que se seque con su leche propia.

En un estudio que comparó lactantes con frecuencia o duración reducida de las tomas con lactantes alimentados a demanda, la reducción de la succión resultó en un abandono más frecuente de las tomas dentro de las 4 a 6 semanas posteriores al nacimiento, fisuras en los pezones e hipertrofia de las glándulas mamarias y aumento de la lactancia con leche de fórmula (43).

2.5. Ingurgitación mamaria

Se asocia con un aumento de la producción de leche y, por lo general, ocurre del segundo al quinto día después del nacimiento del bebé. Es más común en bebés que no son amamantados después del nacimiento y que no son amamantados cuando lo demandan (56). Sus manifestaciones son firmeza e hinchazón mamaria, dolor y aumento de la temperatura corporal, y se considera un proceso fisiológico. También puede ocurrir durante la lactancia, cuando la leche se estanca debido a una succión deficiente, a menudo debido a una mala técnica, como amamantar en una posición incorrecta o un número o duración limitados de amamantamiento.

El tratamiento consiste en aliviar los síntomas mediante vaciado torácico, aplicación de calor, ducha, etc., y masajear suavemente el reflejo de relajación. A veces es necesario extraer leche hasta que la areola esté menos apretada y el bebé pueda agarrar bien. Para reducir el dolor y la inflamación, aplique una compresa fría después de la extracción o durante la lactancia. Los antiinflamatorios o analgésicos están bien, pero en estos casos no se necesitan antibióticos (lo que a veces se confunde con mastitis), y ciertamente no es necesario dejar de amamantar.

Illingworth y Stone en 1952, demostraron formalmente en un estudio controlado que la incidencia de ingurgitación era la mitad si los niños tenían acceso al pecho sin restricciones. A lo largo de los años, otros autores también observaron que cuando se fijaba un horario para las tomas de pecho, la ingurgitación, a menudo seguida por la mastitis y el fracaso de la lactancia, era más común. Posteriormente, otros autores han detallado una asociación entre la restricción de la frecuencia o la duración de las tomas y la mastitis. Muchas mujeres han

vivido que, si pierden una toma, o si su bebé de repente empieza a dormir toda la noche y se incrementa el tiempo entre toma y toma, puede que aparezca a continuación la mastitis.

2.6. Obstrucción de un conducto galactóforo

La dilatación folicular de los conductos galactóforos se considera la lesión más frecuente en la mama lactante, aunque se presenta con más frecuencia tras el cese de la leche ya que la leche se retiene y comienza a acumularse en la mama. Sin embargo, Existen otras causas que no pertenecen a este período; se han reportado galactoceles en varones, en mujeres posmenopáusicas, o en otros casos donde la posible causa se relaciona a la presencia de cantidades elevadas de prolactina o prolactinoma (59),

A veces se puede notar un bulto en el pecho y causar sensación de dureza, tirantez o dolor. Hay que mejorar la postura, conviene probar diferentes posiciones de madre y niño para que se drene el conducto obstruido. El manejo consiste en la eliminación de la leche almacenada, por tanto, es importante no obstaculizar la lactancia. También es conveniente cambiar la posición de mamar, el bebé ordeña con el movimiento de su mandíbula, de esta manera se dirigirá el maxilar inferior de la criatura hacia la zona inflamada. Se puede recomendar analgésicos y/o antiinflamatorios según especialistas (59).

2.7. Mastitis

Todas las poblaciones tienen mastitis y abscesos. La incidencia de mastitis observada oscila entre unas pocas y un 33 % en mujeres lactantes, pero suele ser inferior al 10 %. La mayoría de los estudios tienen limitaciones metodológicas significativas y no hay estudios de cohortes de muestras grandes. El mayor porcentaje corresponde a la población seleccionada (58). La mastitis es una infección del tejido intersticial que rodea al lóbulo mamario, cuyas causas más frecuentes son: Grietas del pezón, congestión mamaria o conducto obstruido no tratado, vaciamiento incompleto de las mamas, la retención de leche, saltarse una mamada, estrés y la fatiga materna son factores contribuyentes (madre que trabaja tanto en casa como fuera de casa, madre de gemelos). Los síntomas se caracterizan por congestión, dolor, y eritema localizado, por lo general,

en una mama con frecuencia acompañado de gran malestar general, fiebre alta y escalofríos (58). Constituyen la principal causa de destete precoz. Pueden producirse en cualquier momento de la lactancia, aunque el 75-95% ocurren en las primeras 12 semanas. Se ha verificado que la aplicación de frío y de masaje entre tomas alivia el dolor en la mayoría de las mujeres. Se ha estimado provechoso la continuidad de la lactancia en mujeres afectadas de mastitis como prevención de abscesos mamarios.

En un ensayo clínico elaborado se llega a la conclusión que la continuidad de la lactancia en el caso de mastitis con un vaciado efectivo de la mama acorta la duración de la mastitis y disminuye la tasa de abandono temprano de la lactancia. Otro estudio dio a conocer que la evaluación del acoplamiento del niño al pecho, el apoyo emocional, la educación y el apoyo a la lactancia materna continua son beneficiosos en la prevención y en el manejo efectivo de la mastitis (59).

3. Problemas de lactancia en el niño

3.1. Recién nacido adormilado, que no demanda o no realiza tomas efectivas

Los recién nacidos tienen hábitos de sueño en los que pasan la mayor parte de sus vidas durmiendo. Algunos bebés lo hacen más profundo y frecuente que otros. Esto, en su mayoría de las veces es normal y basta con pequeños estímulos para alcanzar la vigilia y con esto, una lactancia exitosa. Los recién nacidos bien alimentados maman, duermen entre 1 y 3 horas y despiertan con hambre para volver a mamar. Maman activamente y después de vaciar uno o los dos pechos pueden volver a dormirse (60).

Los niños de bajo peso de nacimiento son los que tienen mayor riesgo de ser somnolientos y los hijos de madres que recibieron benzodiazepinas u otros medicamentos como meperidina o morfina durante el trabajo de parto o el postparto. Es importante, previo a la mamada, desvestir al niño, sentarlo, darle suaves masajes, cambiar pañal etc. y durante las primeras semanas de vida, despertarlo si duerme más de 3 horas en el día o 4 en la noche. Hay que estar pendiente también durante las primeras semanas a la frecuencia de pañales sucios y mojados, así como al aumento de peso, de manera de intervenir de manera temprana si el niño somnoliento está siendo alimentado de una manera inadecuada (61).

Cuando un recién nacido no se despierta y/o alimenta de modo efectivo tras 3 o 5 horas después de la última toma, la madre debe tratar de despertarlo, utilizando estimulación suave, quitándole la manta, cambiándole el pañal y masajeándolo. Debe realizarse una evaluación si el recién nacido continúa sin alimentarse para encontrar síntomas y signos de hipoglucemia, deshidratación y sepsis (62).

3.1. Disfunción Motora oral

El recién nacido normal, son las perturbaciones del patrón de succión-deglución correcto, a pesar de ser de pretérmino, presenta un patrón funcional motor oral característico que permite el ajuste adecuado al seno de su madre para la extracción de la leche al momento de lactar. Cuando este patrón se perturba se denomina disfunción motora oral, esta puede ser primaria o secundaria (63).

Las primarias son consecuencia de la inmadurez, de características anatómicas individuales que dificultan el encaje; defectos del primer y segundo arco branquial dan como consecuencia ausencia de estructuras fundamentales para la función de la alimentación o de alteraciones neurológicas, transitorias o permanentes que dificultan la posición del bebé para mamar, llevándolo a adquirir posturas atípicas. Las secundarias se presentan cuando el bebé cambia su patrón original de succión-deglución para evitar el dolor facial (uso de fórceps) o por ciertos hábitos perniciosos como el uso de chupón y biberón en el periodo neonatal (63).

Se realizó una revisión crítica de diversos artículos con el objetivo de analizar la relación entre los mecanismos biológicos, el tipo de alimentación y los procesos funcionales orales del lactante como mecanismos que estimulan el crecimiento craneofacial, cuyos resultados se basa en una adecuada función motora oral que induce a un óptimo crecimiento craneofacial. La lactancia materna es indispensable para un crecimiento craneofacial óptimo y la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. La función y forma craneofacial dependen del balance funcional entre un soporte estructural óseo y una carga mecánica muscular, se concluye que la lactancia materna es la mejor técnica para favorecer

el crecimiento y desarrollo de estructuras craneofaciales, maduración de la función motora oral en lactantes y la disminución de la incidencia de indicadores de maloclusión. El crecimiento craneofacial depende una condición ósea y muscular favorable (64).

3.2. Problemas anatómicos de la boca del niño

3.2.1. Fisura labio-palatina

La fisura labiopalatina es la malformación congénita más frecuente que se origina durante el desarrollo facial embrionario. El labio leporino es una alteración embriológica que habitualmente afecta al labio superior, caracterizado por la ausencia de fusión de las dos partes del labio en una sola estructura, mientras que la fisura palatina es una alteración embriológica caracterizada por la ausencia de fusión completa de las crestas palatinas (62).

Hoy en día existe una serie de elementos y métodos para ayudar en el reto que significa la alimentación de los bebés que presentan este problema pues se ha comprobado que cualquier método empleado con estos bebés mantiene una curva de peso por debajo de lo normal hasta aproximadamente el tercer mes de vida, además de presentar una elevada incidencia de morbilidad respiratoria, (otitis, bronquitis, laringitis) y episodios diarreicos (62).

Estudio longitudinal y de cohorte, conformado por 2 grupos: A) grupo de estudio: 4 neonatos con fisura labiopalatina unilateral, que recibieron lactancia materna exclusiva. B) grupo control: 4 neonatos con fisura labiopalatina unilateral, que recibieron lactancia materna no exclusiva. Para determinar el nivel de fusión de las crestas palatinas, se registró el maxilar superior con una impresión en 3 periodos (inicio, día 10 y día 20). En cada modelo obtenido se midió con un calibrador digital la distancia existente entre ambas crestas palatinas, siendo el resultado obtenido representativo del nivel de fusión de las crestas palatinas. Resultados. El nivel de fusión de las crestas palatinas en los neonatos que recibieron lactancia materna exclusiva desde el inicio del seguimiento al día 20

logró un aumento total de 2,44 mm; mientras que el grupo que recibió lactancia materna no exclusiva logró un aumento total de 2,28 mm. Sin embargo, en ambos grupos la diferencia de promedios no fue estadísticamente significativa. Conclusiones. La lactancia materna exclusiva es la que estimula una mayor fusión de las crestas palatinas en comparación con la lactancia artificial; sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (63).

Funcionalmente, el niño(a) fisurado puede alimentarse bien del seno materno. Para que esto ocurra es necesario que el bebé lacte de manera frecuente desde recién nacido para aprovechar la erección del pezón y del cono areolar producido en el momento del parto y la flacidez que presentan los senos antes de la salida de la leche, el posponer o distanciar las primeras mamadas, hace que se congestionen y endurezcan las mamas con lo cual se aplanan los pezones y se borra el cono areolar, con lo cual el niño(a) no puede realizar un buen ajuste lo que dificulta significativamente la función de succión, por ello lo más imprescindible en el manejo de estos bebés es comprobar si este es capaz de un correcto sellado, consiguiendo una succión y presión negativa adecuada. El niño(a) con fisura palatina debe ser amamantado en una postura vertical, lo ideal sería en “caballito” (62).

3.2.2. Frenillo sublingual corto (anquiloglosia)

Un frenillo anormalmente grueso y corto. La longitud, la elasticidad y el punto de inserción de la lengua influirán en el grado de restricción de los movimientos linguales. Alrededor del 4% tiene una prevalencia variable, entre el 25- 44%, de los recién nacidos manifiestan dificultades para comer. La anquiloglosia suele ser más frecuente en los varones y, aunque la mayoría de las veces se presenta aislada, puede ir relacionada con algún síndrome raro, como el de Ehlers-Danlos, Ellis-Van Creveld, Pierre Robin, orofacial digital, estenosis pilórica hipertrófica infantil o el paladar hendido ligado al cromosoma X (60).

3.3. Otras características morfológicas del niño desfavorables para la lactancia

Existen características anatómicas de la boca del bebé, como microstomía, macrostomía, paladar ojival, premaxilar protruido macroglosia, posición progénica de la mandíbula etc. Son condiciones morfológicas congénitas que dificultan la lactancia, en cada una de ellas se requieren de una adaptación particular de la técnica y posturas adecuadas de lactación (61).

2..2.18. Diez pasos para una lactancia materna exclusiva según la OMS

- 1) Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
- 2) Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- 3) Informar a todas las gestantes de las ventajas que brinda la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- 4) Apoyar a las puérperas a iniciar la lactancia durante los 30 minutos después al parto.
- 5) Enseñar a las madres cómo se debe dar de lactar al bebé y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- 6) Dar a los recién nacidos solo leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que este indicado por el médico.
- 7) Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- 8) Fomentar la lactancia materna exclusiva a libre demanda.
- 9) No dar a los niños tetinas o chupetes artificiales.

10) Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna exclusiva y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica (64).

2.2.19. Lineamientos de nutrición del niño(a) menor de 6 meses

La leche materna está diseñada por ser el mejor alimento que puede darse a un bebé durante los primeros 6 meses de vida. Es magnífica en todos los nutrientes que necesita para un crecimiento, y desarrollo adecuado protegiéndolo contra las enfermedades comunes de la infancia. Amamantar es mucho más que dar alimento, es dar amor, seguridad, placer y compañía. El apoyo familiar es primordial para una lactancia exitosa (65).

- 1.** Promover la Lactancia Materna Exclusiva, como práctica saludable y como único alimento para el niño durante los primeros 6 meses de vida, desalentando el uso de agüitas, infusiones u otros alimentos para contribuir en el desarrollo integral del niño y niña.
- 2.** Fortalecer el contacto entre la madre y el niño dentro de la primera hora después del nacimiento para que el niño inicie la lactancia y se estreche la relación madre-niño.
- 3.** Enseñar la importancia del calostro durante los primeros días de vida.
- 4.** Promover y enseñar las técnicas correctas de amamantamiento.
- 5.** Enseñar a las madres la técnica de extracción manual de leche, la conservación y la forma adecuada de dársela al bebé.
- 6.** Promover y fomentar la relactación en casos de lactancia mixta y alimentación artificial.
- 7.** Mantener la lactancia materna y aumentar su frecuencia cuando el niño está enfermo.

8. Los niños nacidos de madres con VIH deben recibir lactancia artificial desde su nacimiento para disminuir el riesgo de adquirir la infección de VIH.

9. Fomentar la adecuada nutrición de la madre que da de lactar (65).

2.3. Hipótesis

Hi: Existe relación entre el nivel de conocimiento, prácticas y actitud sobre la lactancia materna exclusiva en madres primíparas de niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Chontapaccha- Cajamarca 2020.

Ho: No Existe relación entre el nivel de conocimiento, prácticas y actitud sobre la lactancia materna exclusiva en madres primíparas de niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Chontapaccha- Cajamarca 2020.

2.4. Variables

2.4.1. Variables Independientes

Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva

2.4.2. Variables dependientes

- Prácticas y actitud sobre lactancia materna exclusiva.

2.5.3. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Características Sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, sociales, que están presentes en la población de madres primíparas, tomando a aquellas que pueden ser medibles. (15)	Edad	a) 14-18 b) 19-24 c) 25-35 d) De 36 a más	Cuestionario
		Grado de Instrucción	a) Sin instrucciones b) Primaria c) Secundaria d) Superior	Cuestionario
		Estado civil	a) Soltera b) Conviviente c) Casada d) Viuda	Cuestionario
		Ocupación	a) Estudiante b) Ama de casa c) Trabajadora Dependiente d) Trabajadora Independiente	Cuestionario

Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en primíparas	Es toda aquella información que posee la madre sobre la lactancia materna en cuanto a la importancia, técnica de amamantamiento, signos de buen agarre, signos de succión, frecuencia,	Beneficios de la LME Signos de buen agarre y succión. Técnicas de amamantamiento	Bajo: 1-14 puntos. Alto: 15-30 puntos.	Cuestionario
--	--	--	---	--------------

	duración, ventajas en la salud del niño y la madre. (17)			
Practica de LME	Actividades de refuerzo de una persona que da la oportunidad de aplicar conocimientos y habilidades. (15)	Higiene. Preparación. Posición. Estimulación	Adecuada: 10-18 puntos. Inadecuada: 1-9 puntos.	Guía de Observación
Actitud	Es la respuesta expresada de la madre sobre la disposición que tiene para dar la lactancia materna al niño. Son sentimientos a favor o en contra de las personas, Se forman durante el proceso de socialización. (15)	Componente cognitivo. Componente emocional. Componente conductual.	Negativa: 1-18 puntos. Positiva: 19 -36 puntos.	Cuestionario tipo escala de lickert

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTGACIÓN

3.1. Tipo y diseño de investigación

Un estudio descriptivo un tipo de metodología a aplicar para deducir una circunstancia que se esté presentando; se aplica describiendo todas sus dimensiones, en este caso se describe el órgano u objeto a estudiar, por lo cual el presente estudio nos permitió mostrar la información tal y como se obtuvo en la realidad (15). El estudio transversal se define como un tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población, muestra o subconjunto predefinido.

Este tipo de estudio también se conoce como estudio de corte transversal, estudio transversal y estudio de prevalencia, ante el siguiente estudio se realizó en un determinado tiempo de ocurrencia de los hechos, el cual se dio entre los meses de agosto-octubre 2020 (14). Este tipo de investigación que está indicada para determinar el grado de relación y semejanza que pueda existir entre dos o más variables, es decir, entre características o conceptos de un fenómeno. Ella no pretende establecer una explicación completa de la causa – efecto de lo ocurrido, solo aporta indicios sobre las posibles causas de un acontecimiento (16).

Es por ello que el presente estudio busca demostrar la relación entre el nivel de conocimiento, prácticas y las actitudes en las madres primíparas de niños menores de 6 meses que acuden al consultorio de CRED en el Puesto de Salud Chontapaccha-Cajamarca 2020.

3.2. Área de estudio

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el puesto de salud Chontapaccha de nivel I- 2, perteneciente a la microrred Pachacutec- Cajamarca. Se encuentra localizado en el distrito de Cajamarca barrio Chontapaccha está en el Jr. Santa Rosa.

Las vías principales de acceso al Puesto de Salud, son la avenida Angamos y 13 de julio. El horario de atención del Control de Crecimiento y Desarrollo es de lunes a sábados en el turno mañana de 7:00 am hasta la 1:00 pm. Cuenta con los consultorios de medicina general, obstetricia y consultorios de crecimiento y desarrollo del niño.

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Población

El siguiente estudio de investigación estuvo conformado por 70 madres primíparas de niños menores de 6 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud Chontapaccha- Cajamarca 2020 durante los meses de agosto- octubre.

3.3.2. Muestra

La muestra de la investigación se obtuvo del total de madres primíparas de niños menores de 6 meses a través de la aplicación de la fórmula estadística para población finita utilizando un margen de error del 0.05, se tendrá en consideración los criterios de selección, la misma que para el cálculo de la muestra resulta un número de 59 madres primíparas.

$$n = \frac{z^2 PQN}{E^2 * (N - 1) + z^2 PQ}$$

Donde:

Tamaño de Muestra	n	?
Proporción de nivel de conocimiento, prácticas y actitudes en las madres primíparas de menores de 6 meses. Puesto de Salud Chontapaccha- Cajamarca 2020	P	0,5
Proporción del déficit de conocimiento, prácticas y actitudes en madres primíparas de menores de 6 meses. Puesto de Salud Chontapaccha- Cajamarca 2020.	Q	0,5

Error Estándar	E	0,05
Valor de "Z" para el intervalo de confianza 95%. El valor de "z" es igual a 1.96	Z	1,96
Se refiere a las madres primíparas de menores de 6 meses del Puesto de Salud Chontapaccha- Cajamarca 2020.	N	70
	n	59

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(70)}{(0.05)^2(70 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} \\
 &= \frac{(3.8416)(0.25)(70)}{(0.0025)(69) + (3.8416)(0.25)} \\
 &= \frac{(3.8416)(17.5)}{0.1725 + 0.9604} \\
 n &= \frac{67.228}{1.1329} \\
 n &= 59.34 \approx 59
 \end{aligned}$$

3.4. Unidad de análisis

Cada madre primípara de menor de 6 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Puesto Salud Chontapaccha- Cajamarca 2020.

3.5. Criterios de Selección

Para la ejecución del estudio de investigación se tendrá en cuenta los siguientes criterios:

3.5.1. Criterios de inclusión

- Madres primíparas de niños menores de 6 meses que acudan al servicio del puesto de salud Chontapaccha- Cajamarca 2020.
- Madres primíparas que acepten participar voluntariamente en la aplicación de la encuesta.
- Madres primíparas de niños(as) menores de 6 meses, nacidos a término.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Madres primíparas con niños mayores de 6 meses que acudan al servicio de CRED del puesto de salud Chontapaccha- Cajamarca 2020.
- Madres que tengan discapacidades que les impida dar su opinión respecto a la lactancia materna exclusiva.
- Madres que no acepten participar en el estudio de investigación.

3.6. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnicas

Se utilizó lo siguiente:

- **Entrevista.** - Dirigido a las madres primíparas de niños menores de 6 meses que acudieron al consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED), con la finalidad de medir el nivel de conocimiento, y actitudes.
- **Observación.** - Aplicada a las madres primíparas de niños menores de 6 meses que acudieron al consultorio de crecimiento y desarrollo (CRED), para obtener datos acerca de las prácticas de la lactancia materna.

3.6.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron:

- **Cuestionario:** El cual fue aplicado con la finalidad de describir las características sociodemográficas compuesto por 4 preguntas cerradas, la segunda parte para determinar el conocimiento sobre la lactancia materna, conformado por 15 preguntas cerradas, y la tercera parte se asignó las actitudes mediante la escala de lickert conformado por 18 preguntas cerradas.

Para medir la variable sobre conocimiento respecto a la lactancia materna exclusiva se calificó de la siguiente manera. Por cada pregunta que si conozcan las madres primíparas valdrá 2 puntos y por cada pregunta que no conozcan las madres primíparas será de 1 punto.

Para la calificación final se utilizó lo siguiente:

- a. Conocimiento alto: 15- 30 puntos.
- b. Conocimiento bajo: 1-14 puntos

Todas las madres que si conozcan sobre la LME tendrán un puntaje de 15-30 puntos, por lo tanto, tendrán un conocimiento alto, y las madres que no conozcan sobre la LME de 1-14 puntos, obteniendo un conocimiento bajo.

En cuanto a la evaluación de la actitud fueron medidas en las dimensiones de Escala de Lickert, cuya aplicación calificó cada una de las actitudes bajo el siguiente detalle.

1. De acuerdo: 2 puntos.
2. En desacuerdo: 1 punto.

Para la calificación final de actitud se utilizó la siguiente escala.

1. Actitud Positiva: 19- 36 puntos
2. Actitud Negativa: 1- 18 puntos.

Todas las madres que estén de acuerdo sobre la LME tendrán una actitud positiva con un puntaje de 19-36 puntos y las madres que estén en desacuerdo sobre la LME tendrán una actitud negativa con un calificativo de 1-18 puntos.

- **Guía de Observación:** Que nos permitió recoger información en base a las prácticas de las madres en relación a la aplicación de la lactancia materna. Consta de 9 ítems y los cuales presenta 2 opciones de respuesta: Adecuada, inadecuada.

Por cada práctica realizada adecuadamente la madre obtendrá 2 puntos y por cada práctica realizada inadecuadamente de 1 punto.

Para la calificación final se utilizó lo siguiente.

- a. Prácticas adecuadas: 10- 18 puntos
- b. Prácticas inadecuadas: 1-9 puntos

Las madres que obtengan de 10- 18 puntos tendrán practicas adecuadas, y las madres que tengan de 1-9 puntos tendrán practicas inadecuadas.

3.7. Validez y confiabilidad

En el presente estudio de investigación se empleó dos cuestionarios y una guía de observación aplicado por Reyna Yavar, Lisseth Silene, para su validez del presente instrumento la autora sometió el cuestionario a juicio de expertos, obteniendo así un coeficiente de Cronbach de 0.84 por lo que es considerado como un instrumento válido.

Para la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto en el Centro de Salud Santa Barbara, con una población de 20 madres primíparas de forma aleatoria, cuyos resultados fueron sometidos a una prueba estadística de confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach para cada uno de los instrumentos cuyo resultado fue 0.802 para la variable conocimiento, 0.837 para la variable práctica, y 0,924 para la variable actitud, considerando de tal forma que el instrumento tiene buena confiabilidad.

3.8. Procesamiento, presentación y análisis de datos

Una vez recolectado los datos, se sometió a determinar la consistencia de los instrumentos, o sea revisar, sobre su contenido. Estos resultados se ingresaron a una base de datos Excel 2019 y exportar a SPSS v.26. La presentación de resultados se realizó a través de tablas estadísticas, se utilizó los cálculos estadísticos como alfa de Cronbach, para evaluar la confiabilidad del instrumento, el coeficiente de correlación Rho de Spearman para el análisis de las relaciones de las variables de estudio, medidas de tendencia central, desviaciones estándar y otros indicadores necesarios para el análisis de la información. Finalmente se utilizó el procesador de textos Ms Word para redactar la información para la presentación del informe final de tesis.

3.9. Consideraciones éticas

Se tuvo en cuenta

- **El consentimiento informado** previo a la aplicación de los instrumentos, respetando la interculturalidad y deseos de las participantes, además se le manifestó que la información que se les brinda es anónima y confidencial.

- **Principios de beneficencia y no maleficencia:** Se trata del deber ético de buscar el bien para las madres participantes en la investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios, mejorar la calidad de vida y reducir los riesgos de los cuales deriven posibles daños. (16)

- **Principio de la autonomía:** Implica la idea de libertad personal, es decir, la libre decisión de participar, ya que se exige el respeto de la capacidad de la decisión de las personas. En este caso las madres fueron libres en participar en este estudio de investigación.

- **Principio de justicia:** Todas las madres encuestas fueron tratadas con igualdad y equidad y en un mismo criterio de valores. Se considera la voluntad de conceder los derechos a cada uno, es decir, no hacer daño a nadie y dar a cada uno lo que le corresponde, por lo tanto, no existe prejuicios ni discriminación. De tal manera se aplicó en el trabajo de investigación, ya que se realizó una selección justa sin discriminación, y de beneficio equitativo para todas las madres que participaron de dicho trabajo.

- **Confiabledad:** La información fue manejada exclusivamente por la responsable de la investigación, por el único hecho de que las usuarias tienen derecho a la privacidad. (17)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MADRES PRIMÍPARAS DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES DEL PUESTO DE SALUD CHONTAPACCHA - CAJAMARCA 2020.

Características sociodemográficas		N	%
Edad	De 14 a 18 años	7	11,9
	De 19 a 24 años	23	39,0
	De 25 a 35 años	24	40,7
	De 36 años a más	5	8,5
	Total	59	100.0
Grado de instrucción	Sin instrucción	1	1,7
	Primaria	12	20,3
	Secundaria	27	45,8
	Superior	19	32,2
	Total	59	100.0
Estado civil	Soltera	7	11,9
	Conviviente	35	59,3
	Casada	17	28,8
	Viuda	0	0,0
	Total	59	100.0
Ocupación	Estudiante	4	6,8
	Ama de casa	40	67,8
	Trabajadora dependiente	9	15,3
	Trabajadora independiente	6	10,2
	Total	59	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por la autora.

En la tabla 1, se observa que la edad predominante de la muestra en estudio oscila entre 14 a 24 años de edad, lo que representa el 50,9%; las edades entre 25 a 35 años el 40,7%, sin embargo 8,5% de madres tienen más de 36 años de edad. La edad en el presente estudio indica que es un factor de

riesgo por ser madres adolescentes ya que no tienen experiencia ni los conocimientos esenciales sobre lactancia materna exclusiva. Sin embargo, la poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa de la adolescencia, muchas veces, determinan el abandono precoz de la misma en este período de la vida y a medida que avanza la edad, la mujer va tomando conciencia de su rol de madre y aumentan las posibilidades de prolongar la lactancia materna exclusiva.

Estos resultados coinciden con los estudios de Illescas (2015), quien encuentra en su estudio que el 42% de las madres sus edades están comprendidas entre 18 a 23 años de edad. Igualmente coinciden con los estudios de Cáceres y Canales (2016) quienes tuvieron 53,8% de las madres sus edades estuvieron entre 15 a 24 años de edad, Asimismo, con los de Echeverría y Pucó (2015), quienes refieren que el 78% de las madres sus edades están comprendidas entre 17 a 24 años de edad. También coinciden con el estudio de Sota (2017) quien concluyó que el 64 % de las madres sus edades estuvieron comprendidas entre 14 a 24 años de edad. Al igual coinciden con los estudios de Obregón (2019) quien obtuvo que el 64% de las madres en estudio sus edades estuvieron entre 16 a 24 años de edad. A la vez tienen similitud con los estudios de Cerdán y Espinoza (2019) quienes concluyen que el 61,5% sus edades estuvieron comprendidas entre 16 a 26 años.

Referente al grado de instrucción esta dada por el nivel secundaria con 45,8%; seguido de nivel superior 32,2%-, nivel primario 20,3% y sin instrucción 1,7%. Los hallazgos del estudio en las madres son regulares lo que convierte en una limitación en esta práctica, ya que a menor educación menor conocimiento acerca la lactancia materna exclusiva y peor aún si no saben leer ni escribir. Esto coincide con los estudios de Sota (2017) quien llega su estudio a la conclusión de 71% de las madres ha terminado la secundaria, 21% nivel superior, 6% primaria y el 2% no ha estudiado. Además, también presenta similitud con los estudios de Barboza y Morales (2021) el 42,4% de las madres en estudio presentan secundaria, 25,4% carrera universitaria y el 13,6% primaria.

Con respecto al estado civil, el 59,3% son convivientes, casadas 28.8% y solteras 11,9%. Las madres que cuentan con su pareja tienen un apoyo emocional que ayuda a que sigan brindando la lactancia a su niño, además la condición de convivientes y solteras hace que las madres no gocen de una estabilidad económica, afectando la salud de la madre y del niño. Estos resultados coinciden con los estudios de Barboza y Morales (2021) donde concluyen que el 30,5% son convivientes, 28,8% casadas y 11,9% solteras.

Respecto a la ocupación 67,8% son amas de casa, 15,3% trabajadoras dependientes, 10,3% trabajadoras independientes y el 6,8% estudiantes. Por lo tanto, al desempeñarse como trabajadoras,

es una limitante para la práctica de la lactancia materna exclusiva por lo que las madres refieren no poder dar de lactar a sus bebés por el hecho de ir a trabajar es entonces donde acuden a dar alimentación artificial como la administración de fórmulas; porque desconocen la extracción y conservación de la leche materna para ser administrada por la persona cuidadora del niño ya que la madre trabajadora no disfruta del tiempo suficiente para dar el pecho materno y además las madres muchas veces no gozan de los beneficios laborales, como es la hora de la lactancia materna, especialmente cuando son trabajadoras del hogar, imposibilitando también una buena práctica de la lactancia materna; el mismo problema se presenta cuando son estudiantes.

Existiendo una similitud con los estudios de Obregón (2019) quien concluyo que el 90% son amas de casa y 10% trabajadoras. También coincide con los estudios de Cerdán y Espinoza (2019) 59,5% son amas de casa, 28,4% trabajadoras y 12,2% estudiantes. A la vez coincide con Cáceres y Canales (2016) quienes concluyeron que el 53,8% son amas de casa, 10,8% comerciantes. Asimismo, con el estudio de Sota (2017) quien obtuvo que 28% son amas de casa, 26% comerciantes y 10% agricultores.

TABLA 2. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PRIMIPARAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. PUESTO DE SALUD CHONTAPACCHA CAJAMARCA 2020.

Nivel de conocimiento	N° de madres	Porcentaje
Alto	42	71.19%
Bajo	17	28.81%
Total	59	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la autora.

Del total de las madres que conforman el estudio, el 28,81% presentan bajo nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el 71,19% de las madres primíparas presentan alto nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

La madre debe estar bien informada acerca de la lactancia materna exclusiva, para ello debe contar con los conocimientos, prácticas y actitudes en el momento de dar de lactar al niño. Para ello hay que tener en cuenta que es el conocimiento; se dice que el conocimiento se refiere a datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada, es decir, antes de actuar o ejecutar alguna actividad, debemos de poseer datos muy concretos, aunque ello no garantiza una conducta adecuada, pero es esencial para que la persona tome conciencia de las razones adoptando y modificando diferentes conductas, esto se basará en el resultado de las experiencias y aprendizaje de la persona; originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades (8).

Los resultados mostrados nos dan a entender que existe un pequeño porcentaje de madres primíparas que desconocen sobre la importancia de brindar lactancia materna, el nivel de conocimiento bajo sobre lactancia materna influye negativamente para el inicio del amamantamiento del lactante, al desconocer las propiedades de la leche materna desde su primera producción bajo la forma de calostro, que transfiere al niño protección inmunológica, también acerca de la duración y frecuencia de amamantamiento desfavoreciendo la producción adecuada de leche materna; además sobre los beneficios de la lactancia materna para la familia y ellas mismas, lo cual puede afectar en su cumplimiento y mantenimiento exclusivo hasta los 6 primeros meses de vida. El conocimiento que se brinda a las madres sobre lactancia materna influye en el futuro del niño y tienen que saber que es el mejor alimento para el bebé porque tiene todo lo que el necesita, incluyendo el

agua, y en las cantidades correctas, así mismo el bebé a través de la leche materna recibe una nutrición que lo previene de la desnutrición y la obesidad, es un estímulo para los sentidos del tacto, vista, oído y olfato, permitiéndole un mejor desarrollo de las capacidades del bebé (15).

La lactancia materna exclusiva es considerada por la OPS/OMS como la mejor forma de nutrición y como una de las medidas más eficaces para garantizar la salud y supervivencia en el niño debido a que la leche materna es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a protegerlos de enfermedades frecuentes en la infancia como la neumonía y la diarrea, que son las causas principales de mortalidad en la niñez. Además, estudios dan a conocer que las personas que fueron amamantados de pequeños tienen menos tendencia a sufrir sobrepeso u obesidad a lo largo de la vida, la leche materna ha sido llamada la sangre blanca por las ventajas que confiere al niño, como su poder nutricional, inmunológico y estimulador del proceso cognitivo. (15)

Estos resultados coinciden con lo de Cáceres y Canales (2016) quienes evidencian que 67,7% de madres acerca de lactancia materna exclusiva, tienen conocimiento bueno, 15,4% regular y 16,9% conocimiento malo. Igualmente, con los de Sánchez (2019) quien obtuvo como resultados que 70% de madres tienen conocimiento bueno, 21% conocimiento regular, y 9% conocimiento deficiente. También coincide con los estudios de Muñoz (2017) cuyo resultado fue un 77,1% para el nivel de conocimiento bueno, 2,9% conocimiento regular y 20% conocimiento malo.

TABLA 3. PRACTICAS DE LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DEL PUESTO DE SALUD CHONTAPACCHA CAJAMARCA-2020.

Practicas	N° de madres	Porcentaje
Adecuada	37	62.72%
Inadecuada	22	37.28%
Total	59	100.0

Fuente: Guía de observación aplicado por la autora.

En la tabla 3 se observa que, de 59 madres primíparas de los niños menores de 6 meses, el 37,28% presentan practicas inadecuadas frente a la lactancia materna exclusiva, y el 62,72% de las madres en estudio presentan practicas adecuadas respecto a la lactancia materna exclusiva.

La práctica se caracteriza por la habilidad o experiencia que se van adquiriendo con la realización continua de una actividad. Asimismo, se dice que es un comportamiento, conducta procedimientos y reacciones, es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que el participa. La práctica de la lactancia materna permite a la familia involucrarse con la crianza y cuidado de los niños y niñas, y esta participación repercute en la salud, por lo tanto, promueve la integración y unión familiar (9).

Si bien hay más practicas adecuadas, pero no podemos dejar de lado las prácticas inadecuadas. Esta situación de las madres nos hace inferir que, las madres no tienen experiencia en la técnica de amamantamiento frente a la lactancia materna exclusiva porque no tienen habilidades y muchas veces reciben sugerencias erróneas de las personas más cercanas de su entorno, como la administración de otros productos o fórmulas especialmente cuando la madre en los primeros días no tiene una suficiente cantidad de leche, también cuando el recién nacido no realiza una buena succión, traduciéndose en prácticas inadecuadas y actitudes negativas hacia la lactancia materna exclusiva. (16)

Al respecto el amamantamiento tiene componente instintivo en relación con el recién nacido, pero también necesita de un aprendizaje de la técnica correcta. Una buena práctica de la madre, con una técnica correcta de amamantamiento permitirá que tenga buena cantidad de leche y por lo tanto facilitará una adecuada lactancia materna; una buena técnica para amamantar estimula una adecuada producción de leche, evita la aparición de grietas, contribuyendo a una buena nutrición del lactante y una buena salud de la madre. Estos resultados coinciden con la teoría de Ramona Mercer quien sostiene que existen factores que influyen en la Adopción del Rol Maternal considerando como actividad principal de este rol la lactancia materna exclusiva, por ello se requiere que la madre primípara reciba de una información exacta, así como el apoyo de la familia, comunidad y el sistema de atención sanitario, la práctica de la lactancia materna permite a las familias involucrarse con la crianza y cuidado de los niños y niñas, tal participación repercute en la salud y promueve la integración y unión familiar (17).

Estos resultados coinciden con los estudios de Obregón J. (2019) donde obtuvo que el 73,8% de las madres de estudio evidenciaron tener practicas adecuadas y el 26,2 practicas inadecuadas en relación a la lactancia materna; así mismo con los de Cáceres y Canales (2016) quienes encontraron que 63,1% de las madres realizaron practicas favorables y 36,9% practicas desfavorables en cuanto a las prácticas de lactancia materna exclusiva.

TABLA 4. ACTITUD DE LA MADRE PRIMÍPARA SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL PUESTO DE SALUD CHONTAPACCHA- CAJAMARCA 2020.

Actitud	N° de madres	Porcentaje
Positiva	44	74.57%
Negativa	15	32.20%
Total	59	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado por la autora.

Según la actitud de madres primíparas sobre LME, de las 59 madres de la muestra, el 32,20% tienen una actitud negativa respecto a la lactancia materna exclusiva, 74,57% de las madres primíparas muestran una actitud positiva respecto a la lactancia materna exclusiva. Mas de las tres cuartas partes de las madres en estudio muestran una actitud positiva frente a la lactancia materna exclusiva, cerca de la cuarta parte una actitud negativa.

Si hablamos de actitud nos referimos a la disposición mental, hacia una práctica planteada que puede ser positiva o negativa. Las actitudes positivas, favorecerán a las circunstancias; las negativas en relación a un desacuerdo con las experiencias. En la actitud influye las motivaciones, las experiencias pasadas, la voluntad, las emociones, el ambiente y lo cultural; ya que somos una unidad biopsicosocial, se caracterizan porque son dirigidas siempre a un objeto, formándose con relación a un estímulo específico y que influyen en el comportamiento del sujeto. Por lo tanto, este conocimiento debe basarse en una actitud positiva hacia el amamantamiento en el proceso educativo que se inicia durante la etapa prenatal, decisión durante el embarazo y junto al padre, de leer y aprender sobre las ventajas, beneficios y técnicas; además, de conversar con otras madres que amamantan a su hijo (17).

Esta última situación constituye un riesgo para la salud del lactante, su éxito va a depender de dos factores cruciales: la primera es la motivación de la madre de amamantar a su hijo que está relacionada con las actitudes y creencias de la mujer y su nivel de información, el apoyo que reciben de pareja, familiares y amigos, sus planes de trabajo y sus experiencias

previas de lactancia y la segunda es la provisión de leche que está vinculada con la frecuencia del amamantamiento, el vigor de succión, el reflejo de flujo de leche .Es decir, que la mayoría de madres está dispuesta emocionalmente a brindarle de lactar a su recién nacido y solo un pequeño grupo les parece una actividad agotadora al tener que despertar durante la noche.

Los bebés alimentados con leche materna tienen menos riesgo de sufrir infecciones como diarrea (el riesgo de muerte por esta causa disminuye 18 veces en los bebés), catarros, bronquiolitis, bronquitis o neumonía (disminuye tres veces el riesgo de muerte por infecciones respiratorias); la otitis en bebés alimentados con este tipo de leche es menos frecuente. El sistema inmunológico del bebé completa su desarrollo al año después del nacimiento, por lo cual es importante la protección que le brinda la leche de la madre, retrasando la aparición de alergias, asma o enfermedades crónicas del intestino

Estos resultados coinciden con los de Cáceres y Canales (2016) quienes hallaron que el 58,5% de madres tiene una actitud favorable y el 41,5% actitud desfavorable frente a la lactancia exclusiva. Al igual que, con la investigación de Sota (2017) quien obtuvo que el 51% tiene una actitud favorable y el 49% actitud desfavorable. Al contrario de Sánchez (2019) cuyos resultados fueron de 37% actitud buena, 21% actitud regular y 42% actitud deficiente.

TABLA 5. CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO, PRÁCTICAS Y ACTITUD FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES PRIMÍPARAS DEL PUESTO DE SALUD CHONTAPACCHA - CAJAMARCA 2020.

Coefficiente Rho de Spearman		Conocimientos	Prácticas	Actitudes
Conocimientos	Coefficiente de correlación	1.000	0,806**	0,818**
	Sig. (bilateral)		0.000	0.000
	N	59	59	59
Prácticas	Coefficiente de correlación	0,806**	1.000	0,765**
	Sig. (bilateral)	0.000		0.000
	N	59	59	59
Actitudes	Coefficiente de correlación	0,818**	0,765**	1.000
	Sig. (bilateral)	0.000	0.000	
	N	59	59	59

Fuente: *Cuestionario aplicado por la autora.*

En la tabla 5, se evidencian las relaciones entre las variables, en cuanto a la relación entre los conocimientos sobre lactancia materna y las prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas del Puesto de Salud Chontapaccha en la ciudad de Cajamarca, siendo la relación significativa con $p < 0.05$, por lo tanto, en tal sentido el coeficiente Rho de Spearman ($r=0,806$) indica una relación directa y muy fuerte entre ambas variables.

La relación entre la variable conocimientos sobre lactancia materna y actitudes frente a la lactancia materna en madres primíparas del Puesto de Salud Chontapaccha en la ciudad de Cajamarca es estadísticamente significativa $p < 0.05$, por tanto, el coeficiente Rho de Spearman es verdadero y logra medir la relación. El coeficiente de correlación encontrado de ($r=0.818$) indica una relación directa entre las variables con un nivel muy fuerte de relación. Por consiguiente, también muestra la relación entre las prácticas de lactancia materna y las actitudes frente a la lactancia materna exclusiva en madres primíparas del Puesto de Salud Chontapaccha en la ciudad de Cajamarca, estadísticamente la relación es significativa, $p < 0.05$, esto quiere decir que, si existe una relación entre las variables de estudio, además, el coeficiente de correlación Rho de Spearman ($r=0,765$) señala una relación directa y con un nivel de relación fuerte.

CONCLUSIONES

1. Las edades de las madres primíparas se encuentran entre 14 y 24 años; representando 50,9%; son amas de casa 67,8%; aproximadamente el 45,8% de ellas alcanzó un nivel de instrucción secundaria y 59,3% de ellas su estado civil es conviviente.
2. El 71,19% de las madres primíparas tienen conocimiento alto sobre lactancia materna exclusiva.
3. El 62.72% de las madres primíparas tienen practicas adecuadas respecto a la lactancia materna exclusiva.
4. El 74.57% de las madres primíparas tienen actitudes positivas hacia la lactancia materna exclusiva.
5. Existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y las prácticas de las madres con el coeficiente Rho de Spearman ($r=0,806$). Así mismo existe relación significativa entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la actitud de las madres con el coeficiente Rho ($r= 0,818$).

RECOMENDACIONES

Al personal de salud:

Es importante realizar constantes capacitaciones en especial al servicio de enfermería, sobre la importancia y los beneficios que tiene la lactancia materna exclusiva, al mismo tiempo, realizar seguimiento en aquellas madres que no tengan conocimientos suficientes y una adecuada técnica de amamantamiento.

A las madres de Familia

Aplicar los conocimientos brindados por el personal de salud sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, las técnicas de amamantamiento, para que obtengan una LME exitosa, especialmente practicar el lavado de manos antes de dar de lactar a sus bebés.

A los estudiantes de la escuela profesional de enfermería

- Realizar estudios similares para determinar los problemas y/o dificultades que puedan tener las madres durante la lactación y profundizar los hallazgos respecto a este problema, al mismo tiempo, enseñar a las madres primerizas las técnicas de amamantamiento y cómo mantener una buena lactancia materna, aún si se separan de sus bebés.
- Realizar charlas motivacionales, implementar programas educativos sobre lactancia materna exclusiva y su importancia, dirigidos a las madres que acuden al puesto de salud Chontapaccha.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Urquizo Aréstegui R. Lactancia materna exclusiva ¿siempre? Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2014 [citado 27 abril 2020]; 60(2): p. 171-76. Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200011.
2. Alvarez Zendejas. Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco. [Tesis para obtención de grado de maestría en Salud Pública]. [Internet]. Mexico: Instituto Nacional de Salud Publica, Escuela de la Salud Pública de Mexico; 2013 [citado 27 abril 2020]. Disponible en: catalogoinsp.mx/files/tes/12921.pdf.
3. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y Control de Enfermedades Analisis de Salud. [Internet].; c2012 [citado 27 abril 2020]. Disponivle en: www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=705-boletin-informativo-sobre-lactancia-materna-1&Itemid=235.
4. Gente Saludable - BID. ¿Sabes qué países de América Latina tienen las tasas de lactancia exclusiva más altas? [Internet].; 2015 [cited 27 abril 2020]. Disponible en: blogs.iadb.org/salud/es/semana-mundial-lactancia/#.
5. Organización Panamericana de la Salud. Protección de la lactancia materna en Perú. [Internet].; 2012 [citado 19 mayo 2020]. Disponible en: www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2370:proteccion-lactancia-materna-peru&Itemid=900.
6. Organización Panamericana de la Salud. Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna. [Internet].; 2017 [citado 19 mayo 2020]. Disponible en: www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3850:los-bebes-y-las-madres-del-mundo-sufren-los-efectos-de-la-falta-de-inversion-en-la-lactancia-materna&Itemid=900.

7. Díaz Tabares O, Soler Quintana L, Ramos Rodríguez AO, González Masón L. Aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia durante el primer año de vida. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001 [citado 17 junio 2020]; 17(4): p. 336-343. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400005.
8. Villarreal Pariona CE. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puérperas adolescentes de los hospitales San Juan de Lurigancho y San José en el periodo de abril- mayo 2017. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. [Internet]. Lima: Universidad Norbert Wiener, Facultad de ciencias de la salud; 2017 [citado 22 junio 2020]. Disponible en: repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/942/TITULO%20-%20Villarreal%20Pariona%20Claudia%20Esther.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Cerdán Dávila LM, Espinoza Leyva RD. Nivel de Conocimiento y Practicas sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres atendidas en el Hospital Simón Bolívar Cajamarca, Perú 2019. [Tesis para obtener titulo profesional de Licenciada en Enfermería]. [Internet]. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Facultad de Ciencias de la salud; 2019 [citado 22 junio 2020]. Disponible en:repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1016/Cerd%c3%a1n%2c%20Espinoza%2c%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
10. Yllescas Masaya CL. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre lactancia materna en madres que se separan de su hijo por trabajo. Estudio realizado en el centro de atención permanente de Villa Nueva, Guatemala. Enero – mayo 2015. [tesis para obtener el titulo de Nutricionista]. [Internet]. Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias dela Salud; 2015 [Citado 22 junio 2020]. Disponible en: recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/09/15/Yllescas-Carmen.pdf].
11. Cáceres SR, Canales D. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva de las madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama en el Departamento de Estelí noviembre 2015. [Tesis para obtener el titulo de Licenciada en Enfermería]. [Internet]. Managua: Universidad Nacional Atonoma de

- Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas; 2015 [citado 22 junio 2020]. Disponible en: [repositorio.unan.edu.ni/1246/1/60471.pdf].
12. Echevarría Recalde VC, Pucó Navarrete A. Conocimientos, Actitudes y Prácticas (cap) sobre Lactancia Materna, extracción y conservación de la leche materna en estudiantes en período de lactancia. Universidad técnica del Norte 2015. [Tesis para obtener el título de Licenciatura en Nutrición y Salud Comunitaria]. [Internet]. Ibarra: Universidad técnica del Norte, Facultad ciencias de la salud; 2016 [Citado 22 junio 2020]. Disponible en: repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/5531/1/06%20NUT%20196%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf.
 13. Sota Peña LE. Actitudes y Prácticas de Lactancia Materna Exclusiva en madres primerizas que acuden al Hospital Antonio Lorena – Cusco 2017. [Tesis para obtener el título Profesional de Licenciada en Enfermería]. [Internet]. Cusco: Universidad Andina del Cusco, Facultad de ciencias de la salud; 2017 [citado 22 junio 2020]. Disponible en: repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/1156/3/Liseth_Tesis_bachiller_2017.pdf.
 14. Alvaro Saavedra L. Conocimiento y Práctica sobre Lactancia Materna Exclusiva en púerperas primíparas en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno - 2018. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería]. [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería; 2018 [citado 22 junio 2020]. Disponible en: repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11869/Alvaro_Saavedra_Lucy.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 15. Obregón Rodríguez T. Conocimientos y Prácticas sobre lactancia materna exclusiva de las madres primíparas en un centro materno infantil de Lima, 2018. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería]. [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2019 [citado 22 junio 2020]. Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10376/Obregon_rj.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
 16. Muñoz Barboza RdC. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva relacionado con las prácticas, en madres de niños menores de 6 meses según características sociodemográficas.

Puesto de Salud Huambocancha alta– Cajamarca, 2015. [Tesis para obtener título profesional de Licenciada en Enfermería].[Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017 [citado 22 junio 2020]. Disponible en: repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/915/T016_45696022_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

17. Alvarado L, Guarín L, Cañón- Montañez W. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Rev Cuid* [Internet]. 2011 [Citado 23 junio 2020]; 2(1): p. 195-201. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/cuid/v2n1/v2n1a15.pdf.
18. Villareal Pariona E. Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva en puerperas adolescentes de los Hospitales San Juan de Lurigancho y San José en el periodo de abril-mayo 2017. [Tesis para obtener título profesional de Licenciada en Obstetricia]. [Internet]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2017 [citado 24 junio 2020]. Disponible en: repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/942/TITULO%20-%20Villarreal%20Pariona%20Claudia%20Esther.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
19. Reyna Yavar S. Relación entre Nivel de Conocimiento las prácticas y actitudes sobre lactancia materna en madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud Naranjillo Tingo María- 2016. [Tesis para obtener título profesional de Licenciada en Enfermería]. [Internet]. Universidad de Huánuco, Tingo María; 2018 [citado 24 junio 2020]. Disponible en: repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1039/T047_71426808_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
20. Segatore L, Poli G. Diccionario Médico Teide. 5th ed. Barcelona: Teide; 1975 p. 742-45.
21. Organización Mundial de la Salud. Lactante, recién nacido. [Internet].; 2020 [citado 1 Junio 2020]. Disponible en: .who.int/topics/infant_newborn/es/.

22. Salazar S, Chávez M, Delgado X, Pacheco T, Rubio E. Lactancia materna. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2009 Diciembre [citado 27 abril 2020]; 72(4): p. 163-166 Disponible en: ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400010&lng=es.
23. Brahm , Valdés. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev. chil. pediatr [Internet]. 2017 [citado 27 junio 2020]; 88(1): p. 7-14. Disponible en: scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062017000100001&script=sci_arttext&tlng=e.
24. Conte D, Hernández K. Lactancia Materna Exclusiva: Modulo II. [Internet].; 2012 [citado 23 Junio 2020]. Disponible en: www.medicos.cr/web/documentos/boletines/BOLETIN%20080113/LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA.pdf.
25. Lozano de la Torre MJ. Lactancia materna. [Internet].; c2010 [citado 2 julio 2020]. Disponible en: www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf.
26. López-Ramírez , Arámbula-Almanza , Camarena-Pulido EE. Oxitocina, la hormona que todos utilizan y que pocos conocen. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2014 [citado 1 julio 2020]; 82: p. 472-82. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom147f.pdf.
27. García-López R. Composición e inmunología de la leche humana. Acta Pediátrica de México [Internet]. 2011 Julio- agosto [citado 1 julio 2020]; 32(4): p. 223-230. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=423640330006.
28. Comité de Lactancia Materna de la AEP Reunión de trabajo del libro. Composición de la leche humana. [Internet]. In libro CdLMdlARdtd. Lactancia Materna:guía para profesionales. Barcelona: Ergon; 2004 [citado 1 julio 2020]. p. 59-76. Disponible en: www.ministeriodosalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf.
29. Rojas Robles. Composicion de la leche materna. [Diplomado en Nutricion Pediatrica]. [Internet]. Universidad del Valle de Atemajac, Mexico; 2015 [citado 2 julio 2020]. Disponible en:

www.yakult.mx/uploads_yakult/pdf/Composici%C3%B3n%20de%20la%20leche%20materna_313.pdf.

30. Ares Segura , Et al. La importancia de la lactancia materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? *An pediatri (Barc)* [Internet]. 2016[citado 2 julio 2020]; 84(6): p. 347. e1-347. e7. Disponible en: <file:///C:/Users/mpalo/Downloads/S1695403315003057.pdf>.
31. Barò L, Jimènez J, Martínez -Fèrez A, Boza JJ. Componentes biológicamente activos de la leche materna. *Ars Pharmaceutica* [Internet]. 2001 [citado 1 julio 2020]; 42(1): p. 21-38. Disponible en: revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/viewFile/5705/13205.
32. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna. [Internet].; 2012 [citado 2 Julio 2020]. Disponible en: www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf.
33. Mamare Castelló. Como doy de mamar. In *Castello AdAalLMM. Lactancia Materna. Guía actualizada para un buen comienzo* [Internet]. 4th ed.: Mamare Castellò; 2018 [citado 2 julio 2020]. p. 15-17. Disponible en: mamare.es/wp-content/uploads/2020/03/GuiaMAMARE2018digital.pdf.
34. Asociación internacional de consultores de lactancia. Los riesgos de no amamantar. [Internet].; c2010 [citado 29 junio 2020]. Disponible en: higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/ILCA/e3ee2b6e-c389-43de-83ea-f32482f20da5/UploadedImages/Learning/Resources/Risks%20of%20Not%20Breastfeeding-Spanish-2.pdf.
35. Organización Mundial de la Salud/UNICEF. Beneficios de la lactancia. [Internet].; 2009 [citado 3 Agosto 2020]. Disponible en: www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/IHAN_Sccionn2.2_Hojas%20Didacticas.pdf.
36. de Antonio Ferrer L. Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. *Pediatr Integral* [Internet]. 2015 [citado 30 junio 2020]; 19(4): p. 243-50. Disponible en: www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/02/n4-243-250_Laia%20de%20Antonio.pdf.

37. Amagintza - Grupo de Apoyo Lactancia y Maternidad. La lactancia materna el mejor comienzo. [Internet].; c2000 [citado 29 junio 2020]. Disponible en: www.navarra.es/NR/rdonlyres/92E5F7FD-7F54-48FE-89FB-C4A7BDD922EB/69013/Librolactancia3.pdf.
38. Vargas Bonilla. La lactancia materna y sus beneficios. Rev enfermería Actual en Costa Rica [Internet]. 2008 [citado 29 junio 2020];(15): p. 1-9. Disponible en: [file:///C:/Users/mpalo/Downloads/Dialnet-LaLactanciaMaternaYSusBeneficios-2745763%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/mpalo/Downloads/Dialnet-LaLactanciaMaternaYSusBeneficios-2745763%20(2).pdf).
39. Villar Vera EM, Valenzuela Tamayo C, Ruiz Reyes D, Et al. Nivel de conocimiento sobre el método de la lactancia-amenorrea como recurso anticonceptivo. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2003 Mayo- agosto [citado 29 junio 2020]; 19(2): p. [aprox. 10 p]. Disponible en: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000200005.
40. González Mariño. La lactancia y la madre. Med.Vis [Internet]. 2012 Enero- abril [citado 29 junio 2020]; 25(1): p. 55-62. Disponible en: <file:///C:/Users/mpalo/Downloads/2862-Texto%20del%20art%C3%ADculo-8875-2-10-20170921.pdf>.
41. Pérez García DR, Valdés Ibargollín A. Acciones de salud sobre la familia para incrementar la lactancia materna exclusiva. Medicentro Electrónica [Internet]. 2015 Octubre- diciembre [citado 29 junio 2020]; 19(4): p. 240- 43. Disponible en: scielo.sld.cu/pdf/mdc/v19n4/mdc05415.pdf.
42. Blazquez Garcia MJ. Ventajas de la lactancia materna. Medicina Naturista [Internet]. 2000 [citado 1 julio 2020];(1): p. 44-9. Disponible en: <file:///C:/Users/mpalo/Downloads/Dialnet-VentajasDeLaLactanciaMaterna-202434.pdf>.
43. Peñuela C, Hillan. Lactancia Materna: Beneficios para los bebés, las madres y la sociedad. [OInternet.]; c2009 [citado 3 Agosto 2020]. Disponible en: www.kansas4-h.org/resources/spanish-information/recursos/docs/familia-y-vida-personal/lactancia_materna.pdf.

44. Ministerio de la Salud. Anatomía y Fisiología de la Lactancia- La práctica clínica de la lactancia materna. Lactancia Materna contenidos técnicos para profesionales de la Salud. 2nd ed. Chile; 2010. p. 61-172.
45. Mamare Castelló. Como doy de mamar. In Castello AdAalLMM. Lactancia Materna. Guía actualizada para un buen comienzo [Internet]. 4th ed.: Mamare Castelló; 2018 [citado 2 julio 2020]. p. 15-17. Disponible en: mamare.es/wp-content/uploads/2020/03/GuiaMAMARE2018digital.pdf.
46. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Prácticas que influyen en la lactancia materna. In Ministerio de Sanidad SSeI. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna [Internet].: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA; 2017 [citado 2 julio 2020]. p. 64-65. Disponible en: portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf.
47. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Guía para las madres que amamantan. [Internet].; 2017 [citado 2 Julio 2020]. Disponible en: www.aeped.es/sites/default/files/gpc_560_lactancia_osteba_paciente.pdf.
48. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, UNICEF. Consejería en Lactancia Materna:Curso de Capacitación. [Internet].; 1993 [citado 23 Junio 2020]. Disponible en: www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_participants_manual_es.pdf.
49. Blázquez J. Posición, colocación y succión del bebé al pecho. Medicina Naturista [Internet]. 2006 [citado 3 julio 2020];(9): p. 464-70. Disponible en: [file:///C:/Users/mpalo/Downloads/Dialnet-PosicionColocacionYSuccionDelBebéAlPecho-1960008%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/mpalo/Downloads/Dialnet-PosicionColocacionYSuccionDelBebéAlPecho-1960008%20(1).pdf).
50. Gobierno de Aragón. Alimentación. In trabajo Gd. Cuidame: Guía para padres y madres [Internet].; 2012 [citado 22 julio 2020]. p. 38-56. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Guia_cuidame_castellano2.pdf/ff50d6aa-3a56-fc7f-eafb-532cdb15bb20.

51. Via Lactea. Frecuencia y duración de las tomas. [Internet].: Gobierno de Aragón - departamento de salud y consumo; 2019 [citado 24 Junio 2020]. Disponible en: www.vialactea.org/sites/default/files/2019-03/5_Duracion%20y%20frecuencia%20de%20las%20tomas.pdf.
52. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía de la lactancia materna para profesionales de la salud. [Internet]. La Rioja; 2010 [citado 3 Julio 2020]. Disponible en: www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf.
53. Sahade VE. Influencia de la depresión posparto en la conducta de la lactancia materna de madres primíparas. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología Clínica]. [Internet]. Córdoba: Universidad Empresarial Siglo 21; 2007 [citado 3 julio 2020]. Disponible en: repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/10403/TESIS.PDF?sequence=1.
54. Aguayo Maldonado , Serrano Aguayo , Calero Barbé , Et al. Salud entre todos. In.; 2000. p. 4-6.
55. Fernández Medina M, González Fernández T. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Julio [citado 3 julio 2020]; 12(31): p. 443-51. Disponible en: www.google.com/search?q=corchetes&oq=corchetes&aqs=chrome.69i59j0l7.2182j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8.
56. Lactando-Grupo de Apoyo a la Lactancia Materna. La lactancia materna de madre a madre. [Internet].: Lactando - Grupo de apoyo a la Lactancia Materna; 2008 [citado 3 Julio 2020]. Disponible en: www.lactando.org/wp-content/uploads/guia-lactando.pdf.
57. Rozas García R. Problemas tempranos en las mamas durante la lactancia: Medidas de prevención y tratamiento. *Matronas Prof.* [Internet]. 2006 [citado 4 julio 2020]; 7(4): p. 25-27. Disponible en: diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32947/1/576318.pdf.
58. Organización Mundial de la Salud. Mastitis: causas y manejo. [Internet]. Ginebra; 2000 [citado 4 Julio 2020]. Disponible en:

apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66925/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf;jsessionid=32A8438BC31E2FC2D2AA99ADCAA2C07A?sequence=1.

59. Fernández Sarabia PA, Rodríguez Alberteris Y, Sanz Pupo NJ. Gran galactocele. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 2013 [citado 3 julio 2020]; 39(3): p. 260-65. Disponible en:
apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66925/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf;jsessionid=32A8438BC31E2FC2D2AA99ADCAA2C07A?sequence=1.
60. Durán Gutiérrez , Castillo Mancilla , de la Teja Ángeles , Ramírez Mayans A. Alimentación difícil en el paciente neonato el enfoque estomatológico. Reporte de un caso. Revista Odontológica Mexicana. [Internet]. 2012 Octubre-diciembre [citado 4 julio 2020]; 16(4): p. 285-93. Disponible en: medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2012/uo124i.pdf.
61. López Rodríguez. Función motora oral del lactante como estímulo de crecimiento craneofacial. Univ Odontol. [Internet]. 2016 Ene-Jun [citado 4 julio 2020]; 33(74): p. 1-37. Disponible en: <file:///C:/Users/mpalo/Downloads/Dialnet-FuncionMotoraOralDelLactanteComoEstimuloDeCrecimie-5693278.pdf>.
62. Dakusaku López , Munayco Magallanes A. Lactancia materna exclusiva y fusión de crestas palatinas en neonatos con fisura labiopalatina. Kiru [Internet]. 2011[citado 4 julio 2020]; 8(2): p. 74-86. Disponible en: www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/viewFile/236/205.
63. Tomico del Río M. Problemas en la lactancia. AEPap (ed.) Congreso de Actualización Pediatría 2020. [Internet]. 2020 [citado 5 julio 2020]; 3(0): p. 451- 61. Disponible en: www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/451-462_Problemas%20en%20la%20lactancia.pdf.
64. Organización Mundial de la Salud. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una feliz Lactancia Natural. [Internet]. Ginebra; 1998 [citado 7 Julio 2020]. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67858/WHO_CHD_98.9_spa.pdf?sequence=1.

65. UNICEF, Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú. [Internet]. Lima; 2004 [citado 6 Julio 2020]. Disponible en: repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/INS/218/CENAN0060.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
66. Nuria García García, Patricia Fernández Gutiérrez. 2018. Conocimientos y actitudes de las madres ante la lactancia materna en un hospital IHAN Unidad de Neonatología. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería]. [Internet]. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda Madrid. España. Disponible en: www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81174/conocimientos-y-actitudes-de-las-madres-ante-la-lactancia-materna-en-un-hospital-ihan/.
67. Katty Mariela Díaz Bonilla. Actitudes de las madres adolescentes frente a la lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud “El Bosque” – Chiclayo, 2018. Universidad de Sipán. [Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería. [Consultado 24 de setiembre 2020]. Disponible en repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/6297/D%C3%ADaz%20Bonilla%2C%20Katty%20Mariela.pdf?sequence=1&isAllowed=y
68. Arone LBGGCZS. Conocimiento Y Aplicación de la Mecánica Corporal de la Enfermera en Centro Quirúrgico de un Hospital de Lima, agosto 2016- marzo 2017. [Internet].; 2017. [consultado 2021 octubre 28]. Disponible en: repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/675.
69. Andrade J. Conocimiento del Personal de Enfermería que labora en el Servicio de Sala de Operaciones de la Emergencia de Adultos del Hospital Roosevelt Acerca de los Riesgos Laborales a los que están expuestos. [Internet].; 2014 [consultado 2021 octubre 28]. Disponible en: biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0129_E.pdf
70. Castro NMN. Conocimiento de la Mecánica corporal de los Alumnos de la Facultad de Enfermería y Obstetricia [Internet].; 2017 [Consultado 2021 octubre 28]. Disponible en: ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67939/Tesis%20Final.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

71. Tipos de conocimiento. Consultado el 11 noviembre 2021. Disponible en: www.significados.com/tipos-de-conocimiento/
72. "Actitud". Autor: Equipo editorial, Etecé. De: Argentina. Para: *Concepto.de*. Disponible en: <https://concepto.de/actitud/>. Última edición: 5 de agosto de 2021. Consultado: 11 de noviembre de 2021. Disponible en: concepto.de/actitud/
73. Sánchez M. Nivel de conocimiento relacionado con las actitudes y prácticas de madres sobre lactancia materna en hospital Belén de Trujillo 2019. [Tesis para obtener el título Profesional de Licenciada en Enfermería].[Internet] Universidad Cesar Vallejo, Facultad de ciencias medicas; 2019[citado 22 octubre 2021]. Disponible en: repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/35996/sanchez_rm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
74. Barboza A; Morales N. Conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al centro de salud Condorillo, Chíncha – 2021. [Tesis para obtener el título Profesional de Licenciada en Enfermería].[Internet] Universidad Autónoma de Ica, Facultad de ciencias de la salud; 2021 [citado 22 noviembre 2021]. Disponible en: repositorio.autonomaica.edu.pe/bitstream/autonomaica/1124/1/BARBOZA%20-%20MORALES.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

FICHA DE VALORACIÓN DE LOS DATOS GENERALES DE LAS MADRES PRIMIPARAS

INSTRUCCIONES:

Señora buen día, mi nombre es Mayra Melissa Palomino Huaccha, soy bachiller de enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, estoy realizando un estudio de investigación con el objetivo de “Determinar el nivel de conocimiento, prácticas y actitud sobre la lactancia materna exclusiva en madres primíparas de niños menores de 6 meses que acuden al servicio de CRED en el puesto de salud Chontapaccha- Cajamarca 2020.

Se le solicita su participación a través de sus respuestas en forma veraz y sincera, expresándole que la información que brinde será de carácter anónimo y confidencial, sólo para uso del estudio. Agradezco de antemano su colaboración.

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

1. ¿CUÁL ES SU EDAD?

- a) De 14 a 18 años
- b) De 19 a 24 años
- c) De 25 a 35 años
- d) De 36 a mas

2. ¿QUÈ GRADO DE INSTRUCCIÓN TIENE USTED?

- a) Sin instrucciones
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) superior

3. ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL?

- a) Soltera
- b) Conviviente
- c) Casada
- d) Viuda

4. ¿CUAL ES SU OCUPACIÓN?

- a) Estudiante
- b) Ama de casa
- c) Trabajadora dependiente
- d) Trabajadora independiente

I. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

INSTRUCCIONES: Estimada madre de familia a continuación le presentamos una serie de preguntas, le pedimos por favor responda con sinceridad y marcando con una (X) la respuesta que considere correcta. Este cuestionario es anónimo y las respuestas solo serán de uso para el autor.

Items	Si	No
1. La lactancia materna exclusiva debe prolongarse más de 6 meses.		
2. El niño debe recibir lactancia cada vez que desee		
3. La lactancia materna exclusiva previene enfermedades diarreicas y respiratorias en el bebé.		
4. La leche artificial es mejor que la leche materna.		
5. La lactancia materna ayuda a prevenir el cáncer de mama y de ovario.		
6. La lactancia materna proporciona al bebe defensas contra las enfermedades.		
7. Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebe.		
8. La leche materna está libre de microbios.		
9. Los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón.		
10. Durante la lactancia materna exclusiva el buen agarre y la posición del bebé evitan grietas y dolor en los pezones.		
11. Cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar.		
12. La succión por parte del bebé en la Lactancia Materna estimula la secreción de leche en la madre.		
13. La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo.		
14. La preparación de los pezones facilita la lactancia.		
15. Todas las mujeres están preparadas para dar de lactar a sus bebes.		

II. GUIA DE OBSERVACIÓN: PRACTICAS RELACIONADAS A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUIVA.

INSTRUCCIONES: Los siguientes ítems intentan medir las prácticas de la madre durante la Lactancia aterna se evaluará mediante la observación.

Items	Adecuada	Inadecuada
1. Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe.		
2. Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebe, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados		
3. Coloca la cabeza del bebe en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera.		
4. Acerca al bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen		
5. Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial		
6. Introduce el pezón y la areola cuando el bebe abre la boca completamente		
7. Los labios del bebe permanecen evertidos (boca de pescado)		
8. Permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos		
9. Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo menique en la comisura labial.		

III. ACTITUD (ESCALA TIPO LICKERT)

INSTRUCCIONES: Los siguientes ítems intentan medir la actitud de la madre hacia la Lactancia Materna. Por favor, marque con un aspa (X) la que considere conveniente, asegurándose de dar una sola respuesta a cada ítem.

Items	De acuerdo	En desacuerdo
1. La lactancia materna exclusiva es dar pecho materno hasta los seis meses.		
2. La lactancia materna me ayuda a crear lazos de amor con mi bebé.		
3. La lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo.		
4. La madre que amamanta tiene menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta.		
5. No me incomoda tener que dar de lactar a mi bebé constantemente.		
6. Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada.		
7. La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia.		
8. Él bebe debe ser alimentado con leche materna desde que nace.		
9. Dar de mamar al bebé es un acto no doloroso.		
10. Un ambiente tranquilo y agradable es importante para dar de lactar.		
11. La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre.		
12. Todas las mamas tienen suficiente leche para dar de lactar.		
13. La leche materna no se puede contaminar cuando se conserva dentro de la refrigeradora.		
14. Él bebe, cuando toma el pecho de su madre, recibe amor seguridad y afecto.		
15. El estado de ánimo de la madre no influye para que tenga más leche.		
16. No me disgusta despertar a mi bebé por las noches para darle de lactar.		
17. Le produce alegría y satisfacción al saber que la lactancia materna ayuda en el crecimiento y desarrollo del bebé.		
18. Si la madre tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo debería extraerse manualmente su leche y conservarla en la refrigeradora.		

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE ESTUDIO: Nivel de conocimiento, prácticas y actitudes sobre la lactancia materna exclusiva en madres primíparas de niños menores de 6 meses que acuden al servicio de CRED en el Puesto de salud CHONTAPACCHA- CAJAMARCA 2020.

OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento, las prácticas y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en primíparas en el Puesto de salud Chontapaccha- Cajamarca 2020.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN: En este estudio ingresan aproximadamente 59 madres primíparas con niños menores de 6 meses que acudan al servicio de CRED en el Puesto de salud Chontapaccha, por lo que se le solicita que consienta en participar, ya que usted ha cumplido con todos los criterios de inclusión y exclusión planteados en el estudio. Si acepta se le aplicara un cuestionario que consta de preguntas de fácil respuesta.

BENEFICIO: Su participación en este estudio puede o no brindarle un beneficio directo. El cuestionario que reciba nos ayudara a determinar cuál es el nivel de conocimiento acerca de la lactancia materna exclusiva, la cual ayudara a tomar acciones en relación a los resultados que se obtenga.

PARTICIPACIÓN/ INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA: Su decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de elegir cualquiera de las dos opciones: ingresar o no ingresar en el estudio de investigación. Si decide no participar, no recibirá ninguna sanción alguna. Aun después de haber aceptado formar parte del estudio de investigación podrá retirarse en cualquier momento.

PERSONA CON QUIEN COMUNICARSE: La persona que está a cargo de esta investigación es: La Bach. En Enfermería Mayra Melissa, Palomino Huaccha. A quien podrás consultar cualquier duda llamando al Celular: 988068572 o en su domicilio sitio en: Urb. La Molina Jr. Croacia S/N.

FIRMA DE PARTICIPANTE:.....**FECHA:**

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN! ☺

ANEXO 3

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para garantizar la confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos, se realizó una prueba piloto, para el cual se aplicó los instrumentos de recolección de datos a 20 madres primíparas del Puesto de Salud Santa Barbara de la ciudad de Cajamarca en el año 2020, de forma aleatoria. A la información estadística obtenida se le realizaron pruebas de confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach para cada uno de los instrumentos, obteniendo los siguientes resultados, fue de 0,854 lo que representa un 85,4 % de confiabilidad, evidenciando que el instrumento es altamente confiable.

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,854	42

ANÁLISIS DE CONSISTENCIA: 0,854 (85,4%) - ALTA FIABILIDAD