

UNIVERSIDAD JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad De Ciencias De La Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON LAS
PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS

MENORES

DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD POCOLLAY,

TACNA 2017

TESIS

Presentada por:

Lic. Erika Cristina Candia Huatuco

Lic. María Elva Sánchez Artiaga

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO

TACNA – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad De Ciencias De La Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON LAS PRÁCTICAS DE LA
LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES
DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD POCOLLAY,
TACNA 2017

TESIS

Presentada por:

LIC. ERIKA CRISTINA CANDIA HUATUCO
LIC. MARÍA ELVA SÁNCHEZ ARTIAGA

Para optar el título de Segunda Especialidad en:

ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Aprobado por: Unanimidad, ante el siguiente jurado:



Dra. María Dalila Salas de Cornejo
PRESIDENTA



Dra. Ingrid María Manrique Tejada
MIEMBRO



Lic. Esp. Gina Téllez López
MIEMBRO



Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
ASESORA

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis va dedicado a nuestros padres por sembrar la semilla de superación en nosotras y a nuestras familias por su apoyo emocional y estímulo.

ERIKA Y MARÍA

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por brindarnos la fortaleza y la sabiduría para cumplir nuestra meta propuesta.

Agradecer al Dr. Jhon Herbert Yagua Briceño, gerente del centro de salud Pocollay por permitir realizar esta investigación en este centro de igual forma a la Lic. Luz Mery Torres Pérez, jefa de enfermeras del centro de salud por su colaboración en el suministro de los datos necesarios para la realización de esta investigación.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	01
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Fundamentos y formulación del problema	05
1.2. Objetivos	11
1.3. Justificación	11
1.4. Formulación de hipótesis	13
1.5. Operacionalización	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	17

2.2.	Bases teóricas	27
2.3.	Definición conceptual de términos	92

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	Material y métodos	93
3.2.	Población y muestra	95
3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección	97
3.4.	Procedimiento de recolección de datos	99
3.5.	Procesamiento de datos	100

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1.	Resultados	102
------	------------------	-----

CONCLUSIONES	127
---------------------------	-----

RECOMENDACIONES	128
------------------------------	-----

REFERENCIAS130

ANEXOS

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó en el centro de salud Pocollay en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano; es de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, comparativo de corte transversal cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la consejería de enfermería y las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017. La muestra estuvo constituida por 191 madres de los niños menores de 2 años; para la recolección de datos se aplicó dos instrumentos: cuestionario de consejería sobre lactancia materna y prácticas de la lactancia materna, los resultados fueron: consejería de lactancia materna efectiva en 84,8%, inefectiva 15,25 de las madres; prácticas de lactancia materna adecuada 62,8%, inadecuada 37,2% de las madres. Concluyendo existe relación significativa entre la consejería de enfermería y las prácticas de la lactancia materna en madres, comprobado mediante la prueba Chi cuadrado.

Palabras claves: Consejería, prácticas y lactancia materna.

ABSTRACT

The present research work was carried out at the Pocollay health center in the Growth and Development of the Healthy Child service; It is a quantitative, descriptive, correlational, comparative cross-sectional type whose objective was to determine the relationship that exists between the Ministry of Nursing and the practices of breastfeeding in mothers of children under 2 years of the Pocollay health center, Tacna 2017. The sample It was constituted by 191 mothers of children under 2 years of age; for data collection, two instruments were applied: counseling questionnaire on breastfeeding and practices of breastfeeding, the results were: effective breastfeeding counseling in 84,8%, mothers 15,25 ineffective; adequate breastfeeding practices 62,8%, inadequate 37,2% of mothers. Concluding, there is a significant relationship between nursing counseling and breastfeeding practices in mothers, verified by the Chi square test.

Keywords: Counseling, practices and breastfeeding.

INTRODUCCIÓN

La consejería de lactancia materna es importante dentro de la consulta de Crecimiento y Desarrollo del niño sano (CRED) ya que da a los niños el mejor comienzo posible en la vida. Mueren niños cada año por diarreas, infecciones respiratorias y otros tipos de infecciones, situaciones que la lactancia materna podría haber ayudado a prevenir; sufren innecesariamente de enfermedades que no adquirirían si fueran amamantados. La lactancia materna también ayuda a proteger la salud de la madre.

El presente trabajo de investigación, es importante para el profesional de enfermería y para la población lactante, ya que el enfermero(a) tiene una participación activa en defensa de la lactancia materna, desde un enfoque preventivo-promocional, dirigido a las madres, debido a la persistencia de los problemas de alimentación en los infantes.

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la Consejería de enfermería y las prácticas de la lactancia materna

en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay-Tacna que asisten a las consultas de CRED previamente citadas.

La lactancia materna es una de las prácticas más eficaces para asegurar la salud y la supervivencia de la niñez y fortalecer el vínculo madre-niño, no sólo aporta nutrientes de máxima calidad, adecuado para las necesidades del acelerado crecimiento del niño, sino también estimula su desarrollo. Por otro lado, contribuye a la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en etapas posteriores de la vida y aporta beneficios a la salud de la madre, entre otras ventajas. Durante las últimas décadas se están haciendo muchos esfuerzos en el desarrollo de estrategias dirigidas a aumentar las tasas de lactancia materna, si bien en ocasiones pueden surgir barreras que impiden a las mujeres amamantar durante el tiempo recomendado. Por ello, actualmente, la protección y el apoyo a la lactancia materna son considerados por las organizaciones y autoridades sanitarias de todo el mundo un área de acción y atención prioritaria. (2)

En las madres, la consejería y la práctica suman diferentes experiencias, la influencia social, los hábitos, la motivación, las actitudes han sido

identificados como determinantes del comportamiento de la salud; es por ello que la participación de enfermería es importante.

La consejería en lactancia materna se ha propuesto como una iniciativa para promover la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y es recomendada con base en la revisión de la evidencia científica sobre la efectividad de las intervenciones de promoción de esta práctica en el mundo, donde se muestra que las tasas y el tiempo de duración de la lactancia materna aumentan cuando las mujeres reciben consejería al respecto. (53)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) lideran la formación en consejería en lactancia materna exclusiva como una estrategia global para garantizar la alimentación apropiada de los niños en el mundo.

Esta investigación consta de cuatro capítulos: el primero abarca el planteamiento del problema, hace referencia a los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de variables. La segunda parte tenemos el marco

teórico, desarrolla los antecedentes de la investigación y las bases teóricas. El tercero presenta la metodología de la investigación, en el que aparece el material y los métodos, la población y la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, los procedimientos de recolección y el procesamiento de datos; el cuarto capítulo trata sobre los resultados y la discusión. Finalmente se muestran las recomendaciones, referencias y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial, tanto en los países en vías de desarrollo, como en Ghana, la India y Perú se incrementa el abandono de la lactancia materna exclusiva, que es sustituida por la leche artificial o la mixta. Asimismo, los hijos de las madres que trabajan son cuidados en guarderías y alimentados con leches artificiales, cereales, entre otros. (González y Ortiz 2013).

Durante la entrevista realizada a las madres en la consulta de crecimiento y desarrollo, ellas refieren que: “la abuela dice que tengo que darle agüita u otro liquido “, “por el trabajo no podré seguir dando leche materna exclusiva” “no me sale mucha leche”, “tengo miedo”, “me duele mi espalda”, entre otras expresiones.

En la actualidad, 1 de cada 5 niños menores de 5 años de edad mueren en el mundo, en quienes las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias y diarreicas, así como las

relacionadas con su estado de nutrición, entre los cuales destacan los hábitos saludables de alimentación y la lactancia materna exclusiva. (1)

La lactancia materna proporciona diversos beneficios y es de gran importancia para la salud, la nutrición y el desarrollo de los niños. Los lactantes que son amamantados en los primeros meses de vida tienen más probabilidades de sobrevivir, ya que la leche materna reduce de manera considerable la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas como la diarrea (EDA) y las infecciones agudas de las vías respiratorias (IRA), dos de las principales causas de muertes infantiles en el mundo. (2)

Por ende, las acciones de Enfermería relacionadas con el cuidado del niño dentro del consultorio de Crecimiento y Desarrollo engloban un conjunto de procedimientos, para detectar de manera oportuna riesgos o factores determinantes, a fin de implementar oportunamente acciones de prevención y promoción de Prácticas adecuadas de cuidado de los niños, como es en este caso la

importancia de la consejería de enfermería que orientan las prácticas de lactancia materna en madres de familia.

Si se amamantara a todos los niños del mundo, cada año se podrían salvar unas 220 000 vidas. Un análisis reciente de estudios llevados a cabo en Ghana, India y Perú muestra que los lactantes no alimentados al pecho tenían diez veces más probabilidades de morir que los que recibieron leche materna como alimento predominante o exclusivo (5)

En el Perú, una de las causas más importantes de la desnutrición es la brevedad con que se brinda la lactancia materna. La tasa de Lactancia Materna exclusiva aumentó espectacularmente durante la década de los noventa de menos del 20% en 1992 a algo más del 57% en 2000, gracias al esfuerzo desplegado a nivel nacional para poner en práctica la iniciativa OMS/ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En consecuencia, la tasa del Perú está muy por encima de la tasa mundial, pero en los últimos años los progresos se han frenado (2012: 67,5%). En algunas

zonas, sobre todo en las ciudades, hay indicios de una tendencia a la baja. (7)

Según la Dirección Regional de Salud de Tacna (DIRESA). A pesar de disminuir el índice de anemia reportado en el 2013, en la región Tacna el 41,5% de los niños menores de 3 años padecen de anemia debido a un insuficiente consumo de alimentos ricos en hierro, mala alimentación complementaria, inadecuada lactancia materna; los niños lactados al pecho materno tienen menos probabilidad de desarrollar anemia en su primer año de vida. Tacna se encuentra en el puesto 19 del ranking nacional de casos de prevalencia de anemia en niños menores de 35 meses de edad. Según las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) 2007 - 2013, la región disminuyó el índice de anemia del 50,3% al 41, 5%, registrándose la mayoría de casos en las zonas periurbanas y rural de Tacna. (8)

El médico César Caballero Cáceres, ex jefe del Departamento de Pediatría del Hospital Hipólito Unánue, en su entrevista a la radio RPP noticias en el año 2013, informó que, según las estadísticas,

sólo el 60% de madres en la región Tacna brindan lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida del niño. En un momento, el médico Caballero señaló que esto ya no sucede porque en la actualidad la mayoría de madres ayudan al sostenimiento del hogar y muchas veces descuidan esta práctica tan importante para el niño. (9)

Por ello es importante tomar en cuenta lo que refieren las madres que acuden al control de crecimiento y desarrollo en los diferentes establecimientos de salud sobre lactancia materna: “la abuela dice que tengo que darle agüita u otro líquido” “por el trabajo no podré seguir dando lactancia materna” “no me sale mucha leche”, “tengo miedo”, “me duele mi espalda”, entre otras expresiones y actitudes que reflejaban las madres y así como también los padres sobre el tema o los cuidados que debían de tener para sus hijos.

Asimismo, en la actualidad, al centro de salud Pocollay acuden aproximadamente 200 lactantes mensualmente a los consultorios de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano; es por ello e

importante promover la consejería de enfermería en lactancia materna y la participación conjunta de los padres, ya que permitirá modificar y fortalecer los hábitos saludables, pues está ligada directamente con los conocimientos y actitudes que poseen las madres para el adecuado cuidado del lactante.

Por todo lo expuesto y reconociendo la importancia de la lactancia materna y dado su impacto en la morbilidad materno infantil, proponemos El presente estudio “Consejería de enfermería relacionado con las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre la consejería de enfermería y las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017?

1.2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar la relación que existe entre la consejería de enfermería y las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar la consejería de enfermería en lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.
- ✓ Identificar las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.
- ✓ Establecer la relación que existe entre la consejería de enfermería con las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Se justifica porque no existen trabajos de investigación sobre esta problemática en el centro de salud Pocollay. Los resultados del

estudio contribuyen a reorientar la práctica preventivo-promocional para elaborar políticas y estrategias, a fin de incrementar las coberturas que mejoren la gestión del cuidado de la Enfermería que se brinda a este grupo etéreo y redunde en la asistencia, docencia e investigación en enfermería e incremente el conocimiento de las ciencias afines. Se constituye como el mayor logro para alcanzar el crecimiento y desarrollo adecuado del niño menor de 2 años con base en la lactancia materna.

Los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental en toma de decisiones de las madres sobre la lactancia materna ya que el rol de enfermería es el cuidado de la persona, familia, la comunidad y su entorno y estos se basa en los lineamientos de política nutricional utilizando las intervenciones educativo comunicacionales las cuales cuentan con un enfoque preventivo – promocional cuya prioridad es la población infantil.

La consejería de enfermería ayuda a una madre a que desarrolle confianza en sí misma, la escucha y trata de entender cómo se

siente. Ayuda a reforzar la confianza para que las madres desarrollen una lactancia eficaz.

Asimismo, permite que los servicios de enfermería de los establecimientos de salud puedan analizar y proponer acciones de mejora, implementando estrategias necesarias para mantener las prácticas adecuadas de la lactancia materna, debido a que no existe un estudio actualizado en lactante menor de 2 años y a los profesionales de enfermería para intervenir en los aspectos que los padres desconocían sobre lactancia materna, empoderándose así el enfoque preventivo-promocional. Y finalmente este trabajo servirá como base de investigación para futuras investigaciones que se pretenda realizar.

1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Hi: Existe relación entre la consejería de enfermería con las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.

Ho: No existe relación entre la consejería de enfermería con las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- Variable dependiente: Consejería de enfermería
- Variable independiente: Prácticas de la lactancia materna

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
Consejería de Enfermería	Según la OMS: “la consejería a una madre no es decirle lo que debe hacer, es ayudarla a ella a que decida lo que es mejor para ella. Es escucharla y tratar de entenderla sobre cómo se siente. Es ayudarla a desarrollar la confianza, de modo que ella mantenga el control de su situación” (44)	Es toda aquella información que posee la madre sobre Lactancia Materna en cuanto a la importancia, frecuencia, ventajas en la salud del niño y duración de la lactancia materna.	Información de la madre sobre lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de lactancia materna -Técnicas de la lactancia materna -Ventajas de la lactancia materna -Frecuencia de las tomas -Duración de la Lactancia Materna exclusiva 	<ul style="list-style-type: none"> Efectivo Inefectivo

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
Prácticas de Lactancia Materna	La práctica es el comportamiento, conducta procedimientos, reacciones, es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que el participa.	Es la respuesta expresada de la madre sobre la forma como ella otorga la Lactancia Materna al niño	Acciones que realizan las madres durante la realización del amamantamiento	Técnica de amamantamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Posición para amamantar. • Procedimiento para amamantar. • Extracción manual y conservación 	Adecuado Inadecuado

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Domínguez M, Rodríguez M. (13) en su investigación, Información que poseen las madres adolescentes entre 12 y 17 años sobre lactancia materna en el período post-parto para la redacción de un programa en el hospital general de los valles del Tuy “Simón Bolívar”. Venezuela 2009. Concluyeron que las madres adolescentes demostraron tener un alto nivel de información la leche materna entre el 86,67%- 76,67%. En anatomía de la glándula mamaria entre el 96,66%. Fisiología: 73,33%. Beneficios: 70%-100%. Técnicas y procedimientos: entre el 80% - 73,33%. Creencias erróneas: 90%-80%. Problemas más comunes: entre el 90%- 76,67%. Las madres adolescentes puérperas obtuvieron un bajo nivel de información en la mayoría de los siguientes aspectos: composición de la leche materna, anatomía, fisiología, clasificación, beneficios y técnicas, obteniéndose todas sus respuestas por debajo del - 49% según la escala de medición.

Córdova R. (62) en su investigación en el año 2010 realizó un estudio de diseño descriptivo correlacional con el objetivo de determinar el grado de conocimiento de las madres adolescentes primigestas del Centro Materno Infantil “José Gálvez” de Villa María del Triunfo, respecto a la lactancia materna en niños menores de 1 año; la población estuvo constituida por 35 madres adolescentes. Se utilizó como instrumento un cuestionario de 16 preguntas divididas entre 3 a 4 preguntas para cada dimensión. Los resultados refieren que de las 35 madres evaluadas, 15 (42.86%) tiene mediano conocimiento sobre la lactancia materna en niños menores de 1 año, 13 madres adolescentes (37.14%) tiene bajo conocimiento y solo 7 de ellas (20%) tiene alto conocimiento de la lactancia materna en niños menores de 1 año.

Borges Y, Díaz R. (18) en la investigación, Intervención educativa sobre lactancia materna en madres adolescentes. Policlínico “Ángel Machaco Amejeiras”. Cuba 2010 con el objetivo de modificar el conocimiento en madres adolescentes sobre la lactancia materna de estudio pre- experimental; la población estuvo constituida por 32 madres adolescentes a

quienes se aplicó un cuestionario pre y post-test previo consentimiento informado; los resultados demostraron que después de la intervención educativa el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna está con gran significación estadística en un 83%.

Mamani R. (20) en su investigación Relación entre el conocimiento y la actitud frente a la lactancia materna en madres que asisten al consultorio de enfermería del centro de salud San Francisco, Tacna 2010. Tacna-Perú: 2010. En su investigación Concluyó que el 50% de madres presentó nivel de conocimiento promedio, el 48% alto y sólo el 2% bajo respecto a la lactancia materna. El 58% presentó tipo de actitud negativa y un 42% positiva frente a la lactancia materna; concluyéndose que existe relación significativa entre el conocimiento y actitud en madres frente a la lactancia materna, mediante la prueba estadística ji cuadrado resultando con un $p < 0,05$ ($p = 0,00034$) y $X^2_{cal} 13,67$.

González R, Manzo C. (12) en su investigación Conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna que tienen las embarazadas primigestas del hospital "Dr. Liborio Panchana

Sotomayor” 2011-2012. Ecuador: 2012. Cuyos resultados obtenidos demostraron que el 41% si conoce sobre la importancia de la lactancia materna mientras que 59% desconoce de esa actividad, en cuanto a los conocimientos de las técnicas de lactancia el 97% conocen la técnica más común de amamantamiento y apenas un 3% no conoce las técnicas por lo que considero necesario proponer un plan educativo que fortalezca los conocimientos que tienen las mujeres embarazadas primigestas, ya que la Lactancia Materna es el pilar fundamental para la nutrición del niño hasta los seis meses en forma exclusiva y como complemento de otros alimentos hasta los dos años de edad.

León L. (61) en su investigación de Conocimientos de madres primíparas sobre lactancia materna exclusiva – Centro de salud Villa San Luis 2012 – Lima; cuyos resultados son que de las 50 madres participantes en el estudio, el 34% oscilan entre 23 a 27 años, el 66%son casadas o convivientes, el 58% son amas de casa o desempleada, el 58% tienen secundaria y el 56% son de la costa; de las madres encuestadas el 62% tienen nivel de conocimiento medio, 20% nivel bajo y el 18 % de las madres

nivel alto. Según la dimensión de conceptos generales de la lactancia materna exclusiva el 78% tienen nivel de conocimiento medio, 14% nivel bajo y el 8 % de las madres nivel alto; mientras que para la dimensión de conocimientos sobre beneficios de la lactancia materna el 68% (34) alcanzó el nivel medio, 22% el nivel bajo y el 10% alto.

Hernández E. (14) en su investigación Efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimientos de las madres adultas jóvenes primíparas acerca de la lactancia materna Consultorio de crecimiento y desarrollo Centro de Salud San Sebastián Perú 2012 con el objetivo determinar la efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimientos de las madres adultas jóvenes primíparas acerca de la lactancia materna, estudio pre experimental; la población estuvo conformada por 25 madres adultas jóvenes primíparas, a quienes se les aplicó un cuestionario antes de la intervención educativa (pre-test) para medir el nivel de conocimientos y después de la intervención educativa se evaluó el post-test, los resultados demostraron que la intervención educativa fue efectiva debido a que mostraban un nivel de conocimientos

medio en un 64% y bajo en 24% después de la intervención educativa los conocimientos se incrementaron a un nivel alto 80%; esto demuestra que hubo diferencias significativas entre las notas del pre-test con una media promedio de 7.72 a las del post-test con una media de 22.84.

Guerrero J, Vera E. (11) en su investigación Nivel de conocimientos de la Lactancia Materna en madres adolescentes. Cuenca-Ecuador .2013. Encontró: el nivel de conocimiento sobre la lactancia, el Nivel 1 (malo) corresponde al 55%, el Nivel 2 (regular) al 19%, el Nivel 3 (bueno) al 21% y el Nivel 4(Excelente) al 5% de la muestra. Por otra parte, la actitud que presentaron las madres hacia la práctica de la lactancia fue: Nivel 1(malo) se ubica el 1% de la muestra en el Nivel 2 (regular) 9% en el Nivel 3 (bueno) el 26% y en el nivel 4 (excelente) el 64%.

Sánchez E. (17) en su investigación Percepciones paternas sobre la lactancia materna del niño menor de 2 años de algunos centros poblados de la región Callao-2012. Perú: 2014.

Concluyó que se identificaron diversas percepciones del padre hacia la alimentación del lactante. Estas percepciones se vinculan hacia el apoyo físico y emocional a la madre; la importancia del calostro, la lactancia materna exclusiva y su continuidad; el resultado de la Lactancia Materna en la salud del lactante y de la madre; y, la introducción de alimentos durante la lactancia materna exclusiva. Conclusiones: Los padres consideran importante el proceso de la lactancia materna ya que perciben que ésta otorga múltiples beneficios para la salud su hijo, como promover un desarrollo y crecimiento adecuado y fortalecer su estado de conocimiento inadecuado de lactancia materna; del mismo modo que las mujeres que son solteras, con grado de instrucción de primaria, las empleadas, las saludes. Por ello, consideran que deben apoyar física y emocionalmente a la madre durante este proceso, convirtiéndose en un factor importante para el éxito de la lactancia materna.

García L. (16) en su investigación Nivel de conocimiento de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva en el centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima- Enero 2015. Cuyos resultados fueron

que el nivel de conocimientos de las madres fue medio en el 51,7%, bajo en el 41,7% y alto en el 6,7%. El grupo etario que prevaleció fue el de 25 a 29 años con el 38,3%, la edad más frecuente de los niños fue 5 a 6 meses con el 43,4%. Concluyendo que un alto porcentaje de madres presentó un nivel bajo de conocimientos acerca de la Lactancia Materna exclusiva. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes.

Rocano N. (60) en su investigación de Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres puérperas del Hospital III, Essalud Chimbote – 2016. Perú: 2016. Cuyos resultados fueron que el 64.8% de las madres puérperas tuvieron un nivel de conocimiento bueno sobre la lactancia materna, mientras el 7.4% tuvieron nivel de conocimiento deficiente.

Pérez M. (63) en su investigación de Efecto de una intervención educativa en el conocimiento y prácticas de madres primíparas sobre lactancia materna en el servicio de alojamiento conjunto

del hospital Luis Negreiros Vega Callao 2017. Comprobó que la intervención educativa ha efectuado cambios positivos en lo que concierne al conocimiento de las madres primíparas sobre lactancia materna, mediante la aplicación de la prueba estadística T de student, que fue significativa y alcanzó una diferencia en los promedios de 3,94 a 6,88. Así mismo también ha efectuado cambios positivos la intervención de enfermería en lo que concierne a la práctica de lactancia materna en las madres primíparas, mediante la aplicación de la prueba estadística de wilcoxon que alcanzó un nivel de significancia de 11,38 a 14,03. Aceptando la hipótesis en la que se planteó que la intervención educativa tiene un efecto significativo en el conocimiento y practica sobre lactancia materna en madres primíparas.

Guardia E. (64) en su investigación Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre lactancia materna exclusiva en el conocimiento y prácticas de madres primíparas del Hospital III Emergencias Grau, 2013 Lima-Perú. La metodología estudio pre- experimental, prospectivo la población conformada por 30 madres primíparas del Hospital III

Emergencia Grau a quienes se les aplicó un pre test, seguido de 3 sesiones educativas y posteriormente luego de 7 días se tomó un post test; previo consentimiento informado, se utilizó técnica encuesta y como instrumento cuestionario y para evaluar la práctica se utilizó dos guías; los resultados fueron de acuerdo a las variables conocimientos donde se observó que hubo diferencia significativa a nivel general en el pre-test de 63% al post test 100%, con respecto a la variable práctica demostraron técnica de amamantamiento adecuada 63% y después de la intervención educativa adecuada al 93%, práctica de extracción de leche materna inadecuada al 70% y después de la intervención adecuada al 100%. Concluyendo que la educación de enfermería tuvo efecto porque incrementó el nivel de conocimientos y prácticas de lactancia materna así mismo contribuye a la salud comunitaria y a la protección de la salud del niño y de la madre quien encontró que con la aplicación de la intervención educativa mejoró el conocimiento y la práctica sobre lactancia materna en madres primíparas.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. LACTANCIA MATERNA

La historia de la lactancia materna comienza desde el mismo origen de la especie humana. Estudios realizados han encontrado códigos, leyes y artículos que señalan la importancia de conservar el alimento más preciado para el ser humano en sus primeros meses de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS), declara que es un hábito ligado íntimamente a la supervivencia de la especie humana desde tiempo inmemorial, y que como mamífero que es, la cría humana precisa de la leche de su madre para su supervivencia, puesto que, sin ella, fallecería inexorablemente. (4)

Según Castellano (2010) define “Lactancia Materna” es un acto trascendental de importancia en la vida de cualquier niño, pues se ha demostrado que la leche posee todo el elemento nutricional necesario para su adecuado desarrollo biológico durante los primeros seis meses de vida. (21)

La lactancia materna exclusiva; es la alimentación sólo con leche del seno materno durante los seis primeros meses de vida del lactante, contiene todos los elementos nutritivos necesarios para el crecimiento, porque contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasa y suministra las proteínas (enzimas) digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los bebés necesitan; recomendando el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se considera a la lactancia materna exclusiva como una práctica fundamental en la nutrición infantil con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas. (21)

Esta leche materna varía según la etapa de lactancia, el calostro es un líquido espeso, amarillento de alto poder nutritivo, rico en proteínas y con un elevado contenido en defensas o anticuerpos que se produce desde el último trimestre del embarazo hasta los primeros cinco días después del parto, es la primera leche que se segrega y la más importante para el niño pues contiene anticuerpos para todas las enfermedades que la madre ha padecido y de las

que se recuperó; la leche transicional es de color blanquecino, comienza a secretarse desde el quinto o séptimo día del nacimiento del niño hasta el final de la segunda semana aquí es donde comienza el aumento de la leche y por último la leche madura que se produce a partir de la tercera semana luego del parto y es más blanca y de mayor consistencia que las anteriores la cual produce que el niño gane peso. (22)

El hecho de amamantar al niño favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre. Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refiere como muy satisfactoria en todos los aspectos e incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza. Permite tener al niño en contacto físico estrecho, lo que según algunos estudios favorece en el futuro la independencia del niño al incrementarse su autoestima. Esto va absolutamente en contra de la idea muy extendida de que a los niños pequeños no hay que cogerlos en brazos “porque se acostumbran mal”. Los niños en el regazo de la madre o en brazos del padre se sienten seguros y protegidos y eso favorece su desarrollo. (23)

CLASIFICACIÓN DE LA LECHE MATERNA

- a) **El calostro:** Es la leche de la primera semana que segrega la mama desde el momento del parto hasta aproximadamente 3-5 días después del mismo. Favorece el crecimiento rápido del bebé y protege su aparato digestivo. Ayuda a que evacúe cuanto antes el meconio. (24)

Una buena parte de las proteínas presentes en el calostro son: inmunoglobulinas, lactoferrina, factor de crecimiento lactobacilos bifidus, etc. que forman parte de los aspectos inmunológicos de la leche humana. Su volumen puede variar entre 2 y 20 ml en los tres primeros días hasta 580 ml para el sexto día.

- b) **La Leche de transición:** Es producida durante la segunda semana, se segrega desde el 5° o 6° día hasta el 15° día. Va disminuyendo su contenido protéico y aumentando la grasa. Su valor calórico es superior al calostro. Se produce un cambio en las heces del neonato. El volumen alcanzado hacia el 15° día puede llegar a 660 ml/d. (25)

- c) **La Leche madura o definitiva:** Es la leche que se segrega a partir del 15° día hasta el destete. Es más acuosa y líquida que el calostro. Su aporte calórico es mayor. Es el momento en el que la madre empieza a disfrutar de las lactancias las molestias y se ha adaptado a la nueva situación. Se produce en promedio 750 ml/d pero puede llegar hasta 1200 ml/d o incluso más cuando se amamanta a más de un hijo. (25)

TIPOS DE LACTANCIA

La Organización Mundial de la Salud ha definido:

- a) **Lactancia Materna exclusiva:** Ningún otro alimento o bebida ni aún agua es ofrecido al lactante, por lo menos los primeros cuatro a seis meses de vida. Se permite que el lactante reciba gotas de hierro, vitaminas u otro medicamento necesario. (1)
- b) **Lactancia materna predominante:** Significa que la fuente principal de nutrimentos es la leche humana pero el lactante ha recibido agua o bebidas a base de agua (agua endulzada, té o infusiones) jugos de frutas o electrolitos orales. (1)

- c) **Lactancia materna parcial:** Se ofrece al menos un biberón con algún sucedáneo de la leche materna. Esta a su vez se divide en tres categorías: (1)
- alta, más del 80 % es leche materna,
 - mediana, 20 a 80 % de los alimentos es leche materna y
 - baja, menos del 20 % es leche materna.
- d) **Lactancia materna simbólica:** Usada como consuelo o confort, son periodos cortos y ocasionales de menos de 15 min. /día. (1)

ANATOMÍA DE LAS MAMAS

a) Parte Interna:

Cada glándula está formada por 15 a 20 lóbulos mamarios (como racimos de uvas) separados entre sí por tejido conectivo y adiposo. Los lóbulos se dividen en lobulillos (como uvas) y a su vez en pequeños racimos redondeados cuya cara interior está tapizada de células secretoras en las cuales se produce leche materna. (26)

De los lobulillos encontramos dos tipos de células: Células alveolares: que son las productoras de leche. Son células epiteliales y Células mioepiteliales: que contienen fibras musculares y provocan la eyección de la leche. (26)

La leche producida es conducida por túbulos y conductos galactófagos (como el palito del racimo) hasta los senos lactíferos que son dilataciones de estos, localizados a la altura de la areola donde se deposita una pequeña cantidad de leche para ser extraída por la succión. De ellos salen unos 15 a 25 conductos hacia el pezón, lugar por donde saldrá la leche. (26)

b) Parte Externa:

En el centro de cada mama hay una zona circular que recibe el nombre de areola mamaria y contiene pequeños corpúsculos denominados Tubérculos de Montgomery, que durante la lactancia materna producen una secreción que lubrica la piel. En el centro de cada areola se halla el pezón formado por tejido eréctil y músculo liso que facilita la succión. También se encuentran las glándulas sebáceas de Morgagni. (26)

FISIOLOGÍA DE LA PRODUCCIÓN DE LA LECHE MATERNA

La leche se forma en los alvéolos mamarios; la unión de 10 a 100 alvéolos forma los lobulillos, que a su vez conforman los lóbulos que desembocan en conductos galactófagos que llegan en forma independiente al pezón. Es así que la secreción de leche involucra un estímulo neural que por vía hipotalámica desencadena una respuesta endocrinológica que libera prolactina de que es la encargada de la lactogénesis y la oxitocina que es la que facilita la expulsión de la leche. (25)

- La prolactina que estimula la producción de leche. Ésta hormona se segrega en el lóbulo anterior de la hipófisis, su acción va a ser sobre las células alveolares. Al final de la gestación, el nivel de esta hormona sube. Durante el embarazo está inhibida por el estrógeno y la progesterona, por eso no existe leche madura desde un principio.
- La oxitocina que produce la contracción de las células mioepiteliales. Permite que la leche producida y almacenada pueda salir. La leche fluye hasta los senos lactíferos (ampollas) situados tras el pezón, que pueden ser vaciados

por la presión rítmica de la lengua del bebé. Esta hormona es segregada en el lóbulo posterior de la hipófisis. Los niveles más altos, de la misma, se producen 2 hora después del parto, por ello es fundamental la lactancia inmediata luego del parto (traspaso de inmunoglobulinas al bebé que produce la elevación de las defensas en el recién nacido).

INMUNOLOGÍA DE LA LECHE MATERNA

La composición de la leche materna ha demostrado un efecto de inhibición o destrucción directa de diversos microorganismos como:

- **Factor bífido:** Estimula en el intestino el crecimiento de bífido bacterias que evitan el establecimiento de entero bacterias patógenas como E. Coli y Shigella. (27)
- **Elementos Celulares:** el número de leucocitos en la leche humana es considerable siendo mayor su concentración en el calostro (neutrófilos, macrófagos y linfocitos), los macrófagos particularmente pueden sintetizar lisozimas, componentes del complemento, lactoferrina y prostaglandinas. Los linfocitos T forman un 50% de los

linfocitos del calostro, responden a diversos antígenos vírales y pueden verse implicados en la producción de interferón. (27)

- **Inhibidores del metabolismo de microorganismos patógenos:** La lactoferrina, la proteína que enlaza la vit. B12 y las que fijan el folato impiden el crecimiento de gérmenes in vitro. Se le han encontrado propiedades bactericida, antiviral y moduladora de citocinas, además inhibe la adherencia de E.coli entero-toxigénica, la capacidad invasiva de Shigella flexneri y estimula la proliferación de Bifidubacterium. (27)
- **Enzimas:** La lisozima y una mieloperoxidasa catabolizan la oxidación de iones con actividad bacteriostática con capacidad de “lisar” las uniones entre glucoproteínas de las paredes bacterianas de una gran parte de bacterias gram positivas y de algunas gram negativas. (27)

- **Inmunoglobulinas:** La concentración de éstas en el calostro es mayor que en la leche madura, todas están presentes, pero es la IgA la que tiene mayor concentración ejerciendo una protección específica contra gérmenes del tracto gastrointestinal. (27)

- **Lípidos:** Los lípidos de la leche humana pueden inactivar virus encapsulados como el Herpes Simple tipo I, sarampión, etc. (27)

- **Factor anti-estafilococos:** Inhibe la proliferación de estafilococos en infecciones por este germen. (27)

- **Complemento (C3 y C1):** Promueve el proceso de opsonización de las bacterias. (27)

- **Interferón:** Inhibe la replicación intracelular de los virus. (27)

DURACIÓN Y FRECUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

El tiempo que cada lactante necesita para completar una toma es diferente para cada lactante y cada madre y también varía según la edad del lactante y de una toma a otra. Además, la composición de la leche no es igual al principio y al final de la toma, ni en los primeros días de vida o cuando el bebé tiene 6 meses. La leche del principio es más aguada, pero contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares; la leche del final de la toma es menos abundante, pero tiene más calorías (el contenido en grasa y vitaminas es mayor). Tanto el número de tomas que el lactante realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una, es variable por tanto no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer el pecho “a demanda”. (28)

Un niño puede desear mamar a los 15 minutos de haber realizado una toma o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante los primeros 15 ó 20 días de vida, es conveniente intentar que el niño haga al menos unas 8 tomas en 24 horas. Tampoco es aconsejable que la madre o quienes la acompañan limiten la duración de cada toma, el lactante

es el único que sabe cuándo se ha quedado satisfecho y para ello es importante que haya tomado la leche del final de la toma. (29)

Lo importante no es que el lactante mame de los dos pechos, sino que se vacíe completa y alternativamente cada uno de ellos, para evitar que el acúmulo de leche pueda ocasionar el desarrollo de una mastitis y para que el cuerpo de la madre acople la producción de leche a las necesidades de su hijo. Se recomienda permitir al lactante terminar con un pecho antes de ofrecer el otro. (29)

VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA

La lactancia materna presenta una serie de ventajas y beneficios que deben tenerse en cuenta para motivar a las madres al amamantamiento y así brindar al niño una mejor calidad de vida, salud física y emocional. Igualmente ofrece ventajas para las madres y el núcleo familiar que se mencionan a continuación. (30)

a) **PARA LA MADRE**

- Favorece la involución uterina por acción de la oxitocina, previniendo la hemorragia post parto.
- Ayuda a la recuperación de la figura corporal.
- Se presenta menor incidencia de cáncer mamario, ovárico y uterino. Está demostrado que, con períodos prolongados de lactancia materna, se disminuye la incidencia de ellos antes de la menopausia.
- Favorece el esparcimiento de las gestaciones si se lleva a cabo lactancia materna exclusiva, a libre demanda (día y noche), se mantiene en amenorrea. Si se cumplen estas condiciones la lactancia natural confiere más del 98% de protección de un nuevo embarazo durante los primeros cuatro meses del puerperio.
- Favorece la relación madre-hijo, ayudando a establecer un estrecho vínculo afectivo.
- Favorece los sentimientos de plenitud y su realización como madre.
- Desde el punto de vista psicológico se culmina el "Cielo Sexual", iniciado con el desarrollo y maduración de los órganos sexuales y la menarquia.

- No se incrementan los gastos de la canasta familiar y los de salud, que repercuten en la economía del estado. (30)

b) PARA EL NIÑO

- Superioridad Nutricional: Se adapta a las necesidades específicas del lactante, aporta los nutrientes necesarios tanto en cantidad como en calidad para proporcionar al niño un adecuado crecimiento y desarrollo.
- Disponibilidad inmediata y temperatura ideal.
- Favorece la maduración del Sistema Nervioso Central: Contiene Taurina y Cistina (aminoácidos esenciales para el desarrollo del cerebro). Se ha descrito la actividad en este mismo sentido de ácidos grasos como el linolénico y de sus dos metabolitos el ácido araquidónico y docosa – hexaénico que intervienen directamente en el desarrollo del Sistema Central.
- Apoyo inmunológico específico que da protección pasiva, pues la madre le transfiere su inmunidad activa a través de la Inmunoglobulina A y de los demás componentes.

- Ausencia de la agresión físico-química y antigénica. No produce procesos alérgicos ni irritación de la mucosa, por ser un fluido corporal y porque los nutrientes están adaptados a sus necesidades.
- Interviene en la maduración del tubo digestivo a través de elementos como la Inmunoglobulina A, el tipo de proteína, el lactobacillus bifidus y el factor de crecimiento epidérmico.
- Facilita el vínculo psicoafectivo hijo - madre.
- Desarrollo de su aparato motor-oral estableciendo patrones de succión-deglución, que intervienen en las habilidades posteriores de alimentación y lenguaje.
- En el niño alimentado al seno, se disminuye la incidencia de problemas de ortodoncia.
- Previene la malnutrición (desnutrición y obesidad)
- Disminuye la incidencia de diarrea y de infecciones respiratorias de alta biodisponibilidad y por tener otros factores como cobre y folatos.
- Los niños alimentados con leche materna, presentan cocientes intelectuales más altos.

- La Leche materna posee factores contra las amebas, giardia, cólera y moniliasis e interferón que protege contra infecciones por virus. (30)

c) PARA LA FAMILIA

- Es más económica. (La alimentación de un niño de 6 meses con leche de fórmula puede costar la mitad de un salario mínimo mensual).
- Está siempre lista, no requiere preparación.
- Está siempre a la temperatura ideal.
- Es estéril por lo que no hay peligro de contaminación.
- Favorece la alimentación nocturna. (30)

d) PARA LA SOCIEDAD

- Mejora la supervivencia infantil: los niños que no son amamantados corren un riesgo de muerte entre diez y quince veces mayor durante los tres y cuatro primeros meses de vida.

- Permite conservar recursos naturales al evitar el uso de materiales para el almacenamiento y conserva de los sucedáneos de leche, como cartón y vidrio; así como de caucho utilizado para las tetinas.
- Ahorro de recursos humanos y materiales ya que los hospitales no tienen que malgastarlos para alimentar a los bebés artificialmente y para combatir las enfermedades e infecciones que causa este método. (30)

CREENCIAS DE LA MADRE HACIA LA LACTANCIA MATERNA

Existe una serie de mitos y creencias populares que derivan muchas veces de tendencias o modas que pueden afectar en forma directa el logro de una lactancia materna exitosa.

- Amamantar frecuentemente al niño reduce la producción de leche.
- Una madre necesita amamantar únicamente de cuatro a seis veces cada 24 horas.
- Los niños obtienen toda la leche que necesitan durante los primeros cinco a diez minutos de mamar.

- Las madres lactantes deben espaciar las tomas para que puedan llenársele los pechos.
- A las ocho semanas de edad el niño sólo necesita entre seis y ocho tomas de leche materna; a los tres meses sólo requiere de cinco a seis tomas; y a los seis meses, no más de cuatro o cinco tomas al día.
- Es la cantidad de leche que el niño consume y no si es leche materna o de fórmula, lo que determina cuánto tiempo aguanta un niño entre dos tomas.
- Nunca despiertes al niño que duerme.
- El metabolismo del niño se encuentra desorganizado al nacer y requiere que se le imponga una rutina u horario para ayudar a resolver esta desorganización.
- Si un niño no aumenta bien de peso, es posible que la leche de su madre sea de baja calidad.
- Una madre debe tomar leche para producir leche.
- La lactancia frecuente puede dar lugar a la depresión posparto.
- El hecho de que sea el niño quien dirija su alimentación (con la lactancia a demanda) tiene un efecto negativo sobre la relación de la pareja.
- La lactancia con mucha frecuencia causa obesidad cuando el niño crece.

- Dar el pecho mientras el niño está recostado causa infecciones de oído. (31)

2.2.2. CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN DE CONSEJERÍA

Para Rogers en Araujo, la consejería es definida como una serie de contactos directos con el individuo con el objetivo de ofrecerle asistencia en la modificación de sus actitudes y comportamiento (22).

Por otro lado, la consejería es definida también como ciencia y arte que integra conocimientos del campo de la teología, psicología, sociología, antropología, medicina, educación y ética con la intención de asistir al ser humano en su proceso de crecimiento y despliegue integral, la integración de estas ciencias permite a los profesionales de la consejería usar un abordaje multidimensional a fin de atender las necesidades físicas, espirituales, emocionales y sociales de los usuarios (23).

La consejería como ciencia y arte que integra conocimientos, demanda la organización del servicio interdisciplinario, donde el abordaje multidimensional del ser humano pueda fortalecerse para bien del aconsejado, en consecuencia, el servicio de consejería es el proceso y el espacio para la relación personal y directa de los profesionales con los usuarios/as que demandan de consejería para responder a sus necesidades, inquietudes o problemas biológicos, espirituales, emocionales y sociales (24)

DEFINICIÓN DE CONSEJERÍA EN SALUD

En salud, consejería es una herramienta aplicable a diversos aspectos de la prevención y promoción de la salud, que consiste en el establecimiento de una relación de ayuda basada en la comunicación efectiva; por una parte, se busca mejorar la salud del usuario, y por otra, cuidar al prestador del servicio, proporcionándole un medio para efectuar un trabajo más eficaz al menor costo emocional posible.

En el marco de la prevención de enfermedades y promoción de la salud la consejería debe estar relacionada con el proceso educativo, con enfoque preventivo donde la consejería de ejercicio

principalmente del profesional de enfermería se usa como herramienta principal para promover comportamientos saludables de apoyo situacional orientando al usuario a la solución de problemas, sin embargo es fundamental conocer que el éxito de la consejería depende en gran medida de la participación voluntaria del usuario (25).

El consejero(a) desempeña un papel preponderante en la toma de decisiones del aconsejado y en su orientación para la solución de sus problemas; pero no determina la decisión; su actitud es de neutralidad relativa. Tyler (1991) explica el concepto de consejería, que consiste en ayudar en la toma de una decisión y envuelve, muchas veces, informaciones objetivas y subjetivas que permiten al orientando utilizar mejor sus recursos personales (26).

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA CONSEJERÍA

La consejería surge como profesión de ayuda y como servicio cuando en 1908 Parsons fundó el National Vocational Bureau en Boston, una organización que luego se expandió por varias ciudades y cuyo fin era trabajar con personas jóvenes en el proceso de selección ocupacional. Su origen se debió a la

necesidad de suplir un servicio de orientación en ese momento, que puso más énfasis en ofrecer información o consejo (34).

La teoría centrada en la persona de Carl Rogers por considerarse que puede constituir la base teórica para una conceptualización de consejería en lactancia materna exclusiva y que puede ser llevada a la práctica.

La teoría de Rogers desarrolla las actitudes facilitadoras; aquí el psicoterapeuta debe tener tres condiciones para que ocurra el crecimiento del cliente. Estas condiciones son empatía, aceptación positiva incondicional y congruencia, las cuales son necesarias y suficientes para que ocurra un cambio constructivo de personalidad. Aunque ningún psicoterapeuta tiene estas características en grado extremo, se deben establecer como características ideales (35).

- La *empatía o comprensión* es la capacidad que debe tener el consultor para experimentar “un entendimiento exacto y empático del mundo del cliente como si fuera su propio mundo, pero sin perder la cualidad del ‘como si’” (35).

- La *aceptación positiva incondicional* consiste en el respeto incondicional, por parte del psicoterapeuta, a la individualidad del cliente. Tal actitud implica un respeto positivo por el cliente como persona digna. Implica también un cariño y un afecto hacia él, un “aprecio por él” (35).
- La *congruencia o autenticidad* es descrita como el grado de correspondencia entre la experiencia del terapeuta y lo que comunica al cliente; es decir, el terapeuta es él mismo, es coherente consigo mismo, no existe contradicción entre lo que él es y lo que dice. Se da perfecta cuenta y acepta sus propios sentimientos, desea vivir y expresar estos sentimientos como con actos. El consejero es real, auténtico y no representa ningún papel (35).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, es posible que los principios de la teoría centrada en la persona se constituyan en la fundamentación teórica y práctica de la consejería para promover la lactancia materna exclusiva en los tres momentos: gestación, parto inmediato y egreso hospitalario.

CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA EN LACTANCIA MATERNA

Según la norma técnica de salud para el control de crecimiento del niño/a menor de cinco años, emitida todos los años por el MINSA, consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrolla de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado del niño/a (27), sin embargo, se suele observar que el profesional de enfermería orienta a los padres donde le dice lo que debe de hacer omitiendo su capacidad de autonomía y poder de decisión (27).

Cuando el profesional de enfermería aconseja a la madre, se les debe brindar información completa, escucharlos, tratar de entender cómo se sienten y ayudarles a decidir lo mejor para conseguir éxito. Por otro lado, cuando se hace referencia a lactancia materna inmediatamente consideramos al binomio madre - niño, sin embargo, para que el proceso de lactancia materna sea exitoso y eficaz, este proceso incluye al padre como como figura soporte y principal apoyo (28).

Si bien para que exista la lactancia materna en la especie humana hace falta mínimamente la existencia de la madre, dispuesta a amantar y un niño, sin embargo durante el proceso de lactancia pueden surgir dificultades, que podrían impedir que la lactancia materna sea exitosa, estas dificultades las pueden vencer madre e hijo con empeño, información (consejería de enfermería) y un deseo firme de seguir adelante, pero todo resulta mucho más fácil y las posibilidades de éxito aumentan si existe la figura soporte “el padre” quien debe ejercer este papel, de manera decisiva (28).

El padre que ejerce el papel de soporte es una figura principal junto con la madre y el hijo en el proceso de lactancia, el padre debe implicarse tanto en aspectos emocionales como dedicando el tiempo necesario que esta situación requiere (28).

Sin embargo es la madre quien experimenta múltiples dificultades, entre ellos dos factores cruciales para que la lactancia tenga éxito, que son la motivación de la madre de amantar a su hijo y la provisión de leche, la primera está relacionada con las actitudes y creencias de la madre y su nivel de información y el apoyo que

recibe de familiares, amigos y el padre que vendría a ser el soporte principal para afrontar las dificultades, la segunda se vincula con la frecuencia del amamantamiento, el vigor de succión que ejerce el niño y el reflejo de flujo de leche. Por ello el profesional de enfermería debe dirigir la consejería en lactancia materna a los padres con el fin de asegurar la nutrición del niño con leche materna, el rol del padre será básicamente de soporte a la madre cuando esta experimente dificultades y eventualmente decida dejar de dar de lactar (29).

La consejería básicamente está dirigida a establecer una relación entre el profesional de enfermería y los padres, donde no se les debe decir lo que deben hacer sino proporcionarles información y alternativas necesarias para que ellos tomen la mejor decisión (16).

La consejería es una forma de trabajar en la cual el consejero trata de entender cómo se sienten los padres y les ayuda a decidir qué hacer, para lo cual se puede hacer uso de técnicas como son el de escucha y aprendizaje, una madre que da de lactar no siempre habla fácilmente acerca de sus sentimientos, especialmente si es

tímida o esta con quien ella no conoce bien, para lo cual el profesional de enfermería necesita de la habilidad de escuchar y de hacerle sentir que está realmente interesado en ella, esto animara a la madre a expresarse y habrá menos posibilidades de que se encierre en sí misma y no exprese lo que está pensando. (30).

Para brindar una buena consejería de enfermería debe haber calor humano, sensibilidad social, vocación por la enseñanza, humildad actitud optimista y vital, respeto por la experiencia y conocimientos previos de los padres y sus resistencias al cambio, honradez y sinceridad, capacidad de auto evaluación, discreción; también debe escuchar y ser abierta, alentar a las padres a hablar y ayudarse mutuamente, dar información correcta, actuar con fineza, tacto y paciencia, llevar el tema con sencillez y, hacer que las padres se sientan cómodos en confianza y alentarlos a que regresen.

Los padres deben estar conscientes que el acto de dar de lactar a los hijos es una muestra de afecto y amor, es satisfacer la necesidad de nutrición del niño con dedicación para que crezcan siendo capaces de dar de sí mismos el cariño y cuidado que

aprendieron de sus padres. La intervención mediante la consejería permite a los padres elevar el nivel de preparación psicológica y participativa para que puedan ejercer la responsabilidad de la lactancia materna eficaz y exitosa (30).

Por otro lado cabe recalcar que el marco teórico de consejería hace referencia a su abordaje multidimensional a fin de atender las necesidades biológicas, espirituales, emocionales, sociales y brindar consejería donde se contemple a los padres de forma integral, generando conocimientos que promuevan el cambio de comportamiento y actitud (30).

CONSIDERACIONES PARA BRINDAR CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA EN LACTANCIA MATERNA

a) PRINCIPIOS DE LA CONSEJERÍA

- **LA OPORTUNIDAD**

La consejería en lactancia materna debe ser oportuna, especialmente durante los primeros 6 meses de vida del niño, los padres deben ser concientizados a través de la

consejería de los beneficios de la lactancia materna exclusiva en la salud y desarrollo del niño, así mismo conocer los beneficios afectivos que establece el proceso de lactancia materna entre el niño y la madre. (31)

Es importante brindar consejería de forma oportuna, debido a que cada momento es diferente es decir lo que sucede en un momento dado, no se repite en otro. Si no existen condiciones favorables y permanentes el niño, habrá perdido estas oportunidades (31).

- **LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO**

La responsabilidad del cuidado del lactante está en los padres; es importante que ellos lo entiendan así para que puedan asumirlo en la medida en que vayan fortaleciendo sus capacidades en el cuidado y protección del lactante. (31)

La responsabilidad implica movilizar nuevos esfuerzos y recursos (si es necesario) para atender las necesidades del

lactante. Una buena consejería es el mejor apoyo que el personal de salud puede dar a la madre, padre o cuidadores para que puedan cumplir con esta responsabilidad (31).

- **LA PARTICIPACIÓN**

La consejería no sólo implica presencia, es fundamentalmente involucramiento. Permitir a la madre, padre y cuidadores que se involucren en la consejería significa, ante todo, confianza, motivación y espacio para que expresen en sus propias palabras, lo que sienten y piensan sobre la situación del lactante, y buscar alternativas conjuntas para mejorar. El involucramiento de los padres o cuidadores durante la consejería es indispensable para alcanzar los resultados esperados de ellos. (31)

b) MOMENTOS DE LA CONSEJERÍA

- **Primer momento:** Explicación de la situación encontrada:

Se explica a los padres sobre la situación encontrada en el lactante, realizada al inicio de la atención y registrada en la historia clínica.

La evaluación del crecimiento del lactante es parte de la atención integral de los servicios de salud (31). El monitoreo del crecimiento consiste en evaluar las curvas de crecimiento de acuerdo a los indicadores: P/E, P/T, T/E. Tratándose de un lactante menor de 6 meses, su nutrición es exclusivamente con leche materna, dependiendo directamente de los cuidados, disposición y conocimiento de la madre alimentar a su hijo con leche materna y garantizar una nutrición adecuada. (31)

- **Segundo momento:** Análisis de factores causales o riesgos potenciales:

Es el momento en el que el consejero y los padres, analizan las posibles causas de los problemas encontrados o riesgos potenciales. Luego de haber explicado el estado nutricional del lactante es preciso indagar y preguntar sobre los

posibles factores que influyen en la situación: encontrada: lactancia materna exclusiva, frecuencia y cantidad de lactancia, técnica de lactancia, etc. (31)

- **Tercer momento:** búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos:

Durante este momento el consejero y los padres buscan alternativas de solución a los factores identificados, las decisiones sobre cuales alternativas son más convenientes debe ser tomada finalmente por ellos, pues son quienes conocen mejor sus recursos y posibilidades (31).

- **Cuarto momento:** Registro de acuerdos tomados:

Las decisiones y acuerdos tomados durante la consejería deben ser registrados en la historia clínica (por lo menos 3 acuerdos) y motivarlos a ponerlos en práctica. (31)

- **Quinto momento:** Seguimiento de acuerdos tomados:

Este momento se realiza en las citas posteriores, puede ser a nivel intramural o extramural. Es importante que el consejero asegure el seguimiento de los acuerdos en los siguientes controles o visitas domiciliarias, para identificar las dificultades o avances en la mejora de prácticas realizadas en el hogar y reforzarlas. (31)

RETOS PARA PASAR DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA EN LA CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

- a) Desde las madres, el reto de pasar los elementos teóricos a la práctica implica desarrollar las habilidades para acompañarlas, teniendo en cuenta las situaciones que estas mujeres experimentan a diario; por ejemplo la exposición permanente a la publicidad de sucedáneos de la lactancia materna, que está presente cada vez con más fuerza los hogares y aprovecha el terreno fértil que le permiten la actitud de desconfianza e inseguridad de la madre hacia la lactancia y la angustia que les genera el pensar que el niño se va a “desnutrir” o “quedar con hambre”. Se afirma que tener sensación de suficiente leche cuando

la madre va a ser dada de alta puede influir positivamente en el ánimo y motivación para lactar, lo que mejoraría su práctica. (31)

b) Por parte del MINSA, si bien el país cuenta con normas y estrategias que promueven la consejería en lactancia materna en las actividades de la atención en salud, en la práctica se presentan limitaciones para el cumplimiento eficaz de la consejería en lactancia materna exclusiva. Existe “ausencia de evaluaciones de impacto, resultados y proceso de las acciones desarrolladas en el país en beneficio de la lactancia materna” (31), entre ellas la falta de seguimiento a los profesionales formados en consejería en lactancia materna como parte de su proceso formativo.

c) En relación con los profesionales del área de la salud, se presentan algunos desafíos al poner en práctica las habilidades, destrezas y actitudes requeridas en un consejero; esto teniendo en cuenta la deficiente formación en consejería en lactancia materna con énfasis en lactancia materna exclusiva, la falta de interés hacia la consejería en lactancia materna, la poca disponibilidad de tiempo para la consejería, el limitado recurso humano, entre otros.

Igualmente, dado que la consejería suele relacionarse con educación magistral, charlas o conferencias donde se distribuye material educativo como complemento de esta o de manera aislada (31), surge la necesidad de proponer una consejería en lactancia materna exclusiva diferencial para cada uno de los tres momentos: gestación, parto inmediato y periodo de lactancia , pues esto podría generar efecto en el mediano y largo plazo de la práctica de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y favorecería la práctica de la lactancia materna con la alimentación complementaria hasta los dos años y más.

Para que el cambio ocurra se requiere de la implementación de estrategias que favorezcan el desarrollo de la consejería en lactancia materna desde la formación académica al respecto, de la apropiación de espacios y de tiempo a los profesionales responsables, además de desarrollo de material educativo validado que instruya al personal de salud, de manera que se lleve a la práctica una consejería en lactancia materna exclusiva centrada en la mujer; esto a fin de que las madres adquieran la confianza y seguridad necesaria durante la gestación y en el período de

lactancia y a su vez se logre el objetivo de iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del niño.

2.2.3. PRÁCTICA SOBRE LACTANCIA MATERNA

Los estudios internacionales, nacionales y locales, relacionados a la práctica de la lactancia materna refieren que la interrupción precoz de la lactancia está relacionada con los factores socioeconómico y culturales de la madre y la familia y sobre las causas de tal interrupción, está el retraso en el primer contacto, el inicio de la alimentación complementaria o el uso de biberón, insuficiencia de leche, prácticas inadecuadas y conocimientos inadecuados o nulos sobre lactancia materna. (32)

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. (32)

REGLAMENTO DE ALIMENTACIÓN INFANTIL (D.S Nº 009-2006/ MINSA)

La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF publicaron en el año 1989 una declaración conjunta sobre la “Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural”, en la que se plantea lo que se puede considerar el origen de la posterior iniciativa “Hospital amigo de los niños”. En el año 1991, la OMS y el UNICEF ponen en marcha la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), con una estrategia de promoción basada en los diez pasos para una feliz lactancia natural. (36)

Dentro del abordaje para la erradicación de la desnutrición infantil y la disminución de la morbilidad y mortalidad del niño menor de 2 años el Ministerio de Salud en la N.T. 040 -2006 Norma Técnica de salud para la atención integral de la niña y el niño establece la estrategia de Protección y Promoción de la Lactancia Materna promoviendo la lactancia natural como la forma única e insustituible de proporcionar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo de los lactantes (36). Asimismo, ha elaborado los Lineamientos de Nutrición Infantil del Perú, que deben ser aplicados a nivel nacional en cada uno de los establecimientos de salud para dar información

y orientación sobre alimentación y nutrición a la madre y familia del niño. (37)

ROL EDUCADOR DE LA ENFERMERA(O) EN EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

La promoción de la lactancia materna exige la motivación, capacitación y labor coordinada de varios profesionales.

Sin embargo, su éxito depende más de la instrucción y el apoyo ofrecido a las madres que de cuidados de tipo curativo, constituye un campo ideal para la intervención del personal de enfermería, cuya labor dirigente puede asegurar el impacto perdurable de los programas de promoción. El personal de enfermería es el que tiene más contacto con la madre durante la etapa prenatal y posparto y, por lo tanto, desempeña un papel importantísimo en el inicio y la continuación de la lactancia natural. (38)

El enfermero(a) debe ayudar a los padres varones a involucrarse en la crianza con un enfoque de género que le permitirá desarrollar

la capacidad paterna y autosuficiencia, teniendo en cuenta sus diferencias culturales hábitos y costumbres, creencias y actitudes que puedan afectar la interpretación que se brinda al recién nacido por ello la enfermera(o) debe reunir los conocimientos sólidos de la lactancia materna.

La práctica es definida como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad o destreza. La práctica es el comportamiento, conducta procedimientos, reacciones, es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que el participa. (85)

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 una adecuada técnica de amamantamiento permitirá que tenga buena cantidad de leche y por lo tanto facilitará una adecuada lactancia materna (86).

Los estudios internacionales, nacionales y locales, relacionados a la práctica de la lactancia materna refieren que la interrupción precoz de la lactancia está relacionada con los factores

socioeconómicos y culturales de la madre y la familia y sobre las causas de tal interrupción, está el retraso en el primer contacto, el inicio de la alimentación complementaria o el uso de biberón, insuficiencia de leche, prácticas inadecuadas y conocimientos inadecuados o nulos sobre lactancia materna (87).

La práctica de la lactancia materna permite a las familias involucrarse con la crianza y cuidado de los niños, tal participación repercute en la salud y promueve unión e integración familiar (88).

TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO

El éxito de la lactancia materna depende principalmente de una correcta técnica de amamantamiento. La buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar se logra si el equipo de salud demuestra interés, promueve, apoya y facilita la práctica de la lactancia materna como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al niño o niña. (31)

La práctica del amamantamiento depende de la buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar lo que se

logra si el equipo de salud demuestra interés, promueve, apoya y facilita la práctica de la lactancia materna como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al niño o niña. Es importante que la madre haya sido capacitada y preparada física y psicológicamente durante su control prenatal. En salas de parto se deberá realizar el inicio temprano, posteriormente se enseñará y evaluará la técnica de amamantamiento para garantizar una lactancia materna exitosa.

a) POSICIONES PARA LA LACTANCIA

Permita que la madre se sienta de tal manera que esté tranquila, cómoda y que pueda estar relajada. Utilice un banco o cualquier otro objeto que le permita mantener los pies elevados y apoyados, recuerde que en cualquier posición él bebe debe aproximarse al seno y no la madre agacharse hacia el niño.

Las posiciones para amamantar y un buen agarre:

El agarre tiene gran importancia, y ello está íntimamente vinculado a los senos lactíferos, bolsitas llenas de leche que deben quedar dentro de la boca del recién nacido pues, de lo

contrario, no logra obtener el preciado alimento: entonces llora, se muestra insatisfecho, no aumenta de peso, tiene orinas escasas, y ello es manifestación de que el bebé no logra obtener la leche materna, por un deficiente agarre. Casi la totalidad de la areola debe quedar dentro de la boca del lactante y el labio inferior del lactante, evertido. Existen otros requisitos para considerar un buen agarre: el labio de abajo cubre más areola que el de arriba; el lactante tiene las mejillas redondeadas; cuando el lactante se desprende del pecho, el pezón tiene una forma alargada y redonda, entre otras.

- **Posición sentada o de cuna:** En ella, una de las manos de la madre, la que sostiene al lactante, está en las nalgas del lactante; la otra mano sostiene la mama en posición de C: cuatro dedos abajo y uno arriba, aunque puede hacerse en forma de pinza; no se debe presionar mucho arriba, pues impide u obstaculiza el flujo de la leche. Esto último se utiliza, si el lactante se atraganta por un reflejo de oxitocina bueno y mucha bajada de la leche. Algunos lactantes pueden negarse a tomar del pecho; si esto sucede frecuentemente, debe recordarse

que puede ser una causa de «rechazo al pecho», de fácil solución. El lactante debe estar bien pegado a su mamá, en cualquiera de las posiciones; puede observar cómo una línea imaginaria debe pasar por las orejas, hombros y cadera; la cara del lactante debe estar de frente para la mamá. (31)

- **Posición debajo del brazo, de sandía o de foot-ball americano:** es muy cómoda para los lactantes gemelares y para las madres cesareadas; es una indicación muy valiosa para las madres con grietas en los pezones, donde se comprueban maravillosos resultados, sólo con la utilización del cambio de posición y dejar fluir unas gotas de leche materna que se aplican sobre ellas, pues contienen un factor de crecimiento epidérmico. Se comprueba la mejoría sólo al colocarle el lactante a la madre en otra posición, pues resulta mucho menos doloroso, al apretar en otro sitio; debe explicarse a las madres cómo ponerse al lactante en diferentes posiciones, como parte de la prevención de las grietas del pezón. (31)

- **Posición semisentada:** Coloque la cama en posición semifowler, sostenga la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre. Es posición se utiliza cuando hay heridas abdominales (cesárea). (31)

- **Posición acostada:** resulta de utilidad en los primeros días, cuando la madre está cesareada, o por otro motivo no se puede incorporar, siempre debe estar acompañada de otra persona que la apoye para colocar al recién lactante en la posición correcta y que además tenga un buen agarre. No debe lactar por las noches acostada, a no ser que alguien esté con ella, pues puede quedarse dormida; las grietas pueden mejorar si las madres, con anterioridad, amamantaban en otra posición, pues el lactante agarra en diferentes sitios; puede ser útil cuando el profesional no puede acudir al lugar donde la madre se encuentra, y ella refiere tener grietas, pues podrá ofrecerle su leche acostada. La otra opción sería recomendarle la posición de balón de fútbol, pero en

ocasiones resulta difícil para las madres, si no se les realiza una demostración y, además, se les coloca al lactante en esa posición, al menos en la primera oportunidad. (31)

Al amamantar en diferentes posiciones, el lactante agarra o aprieta en diferentes sitios de la mama, y son menos probables las grietas del pezón; no se obstruyen los conductos y son menos frecuentes las mastitis, pues los diferentes segmentos de la mama se vacían por igual. Ambos aspectos son fundamentales y pueden abrir una posibilidad: lactar por más tiempo de forma exclusiva y sin complicaciones.

b) PROCEDIMIENTO PARA AMAMANTAR

1. Posición adecuada y cómoda de la madre: sentada, espalda en respaldar.
2. La mano de la madre sostiene la espalda del bebé y la cabeza del bebé descansa en el pliegue del codo de la madre.

3. La oreja, el hombro y la cadera del bebé deben estar alineados.
4. El abdomen del bebé está en contacto con el de la mamá (ombligo con ombligo).
5. La madre debe coger el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los labios del niño con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada.
6. Recordar a la madre que debe acercar el niño al seno y no el seno al niño, previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón.
7. Estimule el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, introduzca el pezón y la areola. Si se resiste, jale suavemente hacia abajo su barbilla para lograr una correcta succión.
8. Los labios del niño deben estar totalmente separados, sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la lactancia materna. Si adopta la posición incorrecta se debe retirar del seno e intentar de nuevo.

9. Es importante que los labios permanezcan evertidos (boca de pescado).
10. Permita al recién nacido la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto. (32)

c) EXTRACCIÓN MANUAL Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

La técnica de extracción manual fue desarrollada por una madre que vio la necesidad de extraerse la leche por un largo período de tiempo por razones médicas. Descubrió que el reflejo expulsor de la leche no funcionaba tan bien como cuando su bebé succionaba de manera que se desarrolló un método de masaje y estímulo que ayudara a activar este reflejo. Así supo que la clave de éxito es combinar la técnica con el masaje. La leche se puede extraer por varias razones:

- Aumentar la cantidad
- Prevenir o aliviar el endurecimiento de los senos
- Para su conservación en situaciones especiales
- Para continuar la lactancia exclusiva en los hijos de madre trabajadoras o cuando

- la madre o el niño deben ser hospitalizados.

PROCEDIMIENTO:

- Elija un ambiente tranquilo y agradable. Su habilidad para relajarse facilitará la bajada de leche.
- Lavarse las manos con agua y con jabón antes de iniciar la extracción.
- Si el seno está muy congestionado aplique compresas de agua fría y caliente si hay mastitis por 5 o 10 minutos.
- Coloque la yema de los dedos en la parte superior del seno y realice un movimiento circular con los dedos en un mismo punto. Después de unos segundos proceda a otra área del seno.
- Forme una espiral alrededor del seno con el masaje hasta llegar a la areola. (El movimiento que se usa es similar al de auto examen de seno).
- Frote cuidadosamente el pecho desde la parte superior hacia el pezón, de manera que le produzca cosquilleo.

- Continúe este movimiento desde la base del seno al pezón y alrededor del mismo, con lo que ayudará a relajar a la madre y estimulará la eyección de la leche.

❖ **PARA EXTRAER LA LECHE**

- Coloque el pulgar y el dedo índice y medio aproximadamente 3 o 4 centímetros detrás del pezón. Utilice esta medida como guía pues no necesariamente es el borde de la areola, esta varía en tamaño de una mujer a otra.
- Coloque el pulgar encima y los dedos debajo del pezón formando una letra “c”.
- Los dedos deben ser colocados de manera que los depósitos de leche queden debajo de ellos.
- Evite sostener el pecho con la palma de la mano.
- Empuje los dedos hacia la caja torácica (costillas), evite separarlos si los senos son grandes, primero levántelos y luego empuje hacia adentro.
- Gire los dedos como imprimiendo las huellas digitales de una hoja de papel. El movimiento giratorio oprime y vacía los depósitos de leche sin maltratar los tejidos

de los senos que son muy sensibles. Recomendar a la madre tener las uñas cortas.

- Repita rítmicamente el paso anterior para evacuar los senos lactíferos. Haga rotar la posición de los dedos para desocupar todos los depósitos de leche. Use primero una mano y luego la otra en cada seno.
- Recoja en un recipiente plástico y tápelos.

❖ SE RECOMIENDA A LA MADRE:

- Evitar hacer presión sobre el seno para no provocar hematomas ni lesionar los tejidos.
- Evite halar o presionar el pezón para no propiciar formación de grietas.
- Evite resbalar los dedos sobre el pecho pues puede causar irritación en la piel.

❖ CONSERVACIÓN DE LA LECHE:

- La leche materna no tiene preservativos por tanto deben tomarse ciertos cuidados para manipular apropiadamente.

- Consérvase la leche en un recipiente plástico o con una tapa rosca. (los recipientes se deben lavar con jabón y agua caliente). En los vidrios se adhieren los factores inmunológicos por lo tanto no se recomiendan.
- Use un recipiente distinto y limpio cada vez que se extraiga la leche.
- Inmediatamente después de extraer la leche cierre y marque con una etiqueta al recipiente. Ubíquelo en la parte más fría del refrigerador.
- Mantenga la leche refrigerada por un tiempo no mayor a 48 horas, si no tiene refrigerados mantenga el recipiente en un sitio fresco protegido de la luz solar por un periodo máximo de 8-10 horas en clima frío.
- Cuando vaya a utilizar la leche extraída caliéntela a baño maría durante unos minutos y suministre con taza o cuchara.
- La leche congelada puede durar hasta tres meses, se debe retirar del congelador y dejar hasta que se descongele completamente. Una vez este a temperatura ambiente se calentará en un recipiente

por algunos minutos al baño maría. (no caliente para descongelar más rápidamente). (33)

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA

- a) Deficiente información de la madre, el cónyuge y demás familiares.
- b) La falta de confianza de la madre en su capacidad para amamantar a su hijo y producir leche en cantidad suficiente.
- c) La leche materna se produce como resultado de la acción conjunta de hormonas y reflejos los cuales pueden ser inhibidos por diversas situaciones emocionales de la madre. Cada vez que el niño succiona, estimula las terminaciones nerviosas del pezón y la areola; estos llevan mensajes a la hipófisis de la madre.
- d) Las preocupaciones frenan el reflejo de la succión.
- e) Inconvenientes anatómicos: Pezones invertidos, las fisuras, agrietamientos y posterior infección del pezón son en gran parte prescindibles, evitando el aumento de tensión láctea de los senos.

- f) Autoimagen y sexualidad: Existe un grupo de mujeres que están dispuestas a sacrificar la lactancia en beneficio de su estética.
- g) Actividad social y trabajo de la madre.
- h) Nuevos valores sociales: A menudo se considera a la lactancia materna como anticuada, signo de atraso o como una vulgar práctica campesina. El biberón se ha convertido en un signo de posición.
- i) El papel de la industria, la facilidad de contar con fórmulas cada vez más parecidas física y bioquímicamente a la leche humana ha descendido la práctica de la lactancia materna.
- j) Principales problemas en el niño: Disfunción motora oral, está enfermo, con problema en nariz o boca, es pequeño y con dificultades para succionar, puede tener confusión de pezones, está mal colocado o agarra mal, problemas con la técnica de amamantamiento.

2.2.4. TEORÍA DE ENFERMERÍA

Frente a lo descrito en este trabajo de investigación se propone la siguiente teoría de enfermería:

TEORÍA DE LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL

La autora es la Dra. Ramona Mercer, ella inicia su carrera de enfermería en 1950 en la escuela de enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama). Se licenció en enfermería en 1962 por la Universidad de Nuevo México (Albuquerque). Obtuvo en 1964 su licenciatura superior en enfermería materno-infantil en la Emory University y completó su doctorado en enfermería maternal en la Universidad de Pittsburgh en 1973. Además de los numerosos premios recibidos, Mercer ha escrito numerosos artículos, editoriales y comentarios, también ha publicado seis libros y seis capítulos de libros.

Su investigación se centró en las conductas y las necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades posparto, madres de niños discapacitados y madres adolescentes. (65)

FUENTES TEÓRICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA:

La teoría de la adopción del rol maternal se basa en una amplia investigación sobre el tema a partir de 1960. Debido a la gran

admiración de Mercer por su profesora y tutora, Reva Rubin, quien fue muy conocida por su trabajo en la definición y descripción del rol materno como proceso de unión al niño. Mercer adoptó muchos de los conceptos de Rubín, también utilizó las teorías de rol y de desarrollo. Además recurrió a otras teorías del rol, las cuales contribuyeron al desarrollo de su propia teoría. (65)

CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES:

ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL

Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprendiendo tareas nuevas del cuidado al mismo tiempo experimentando placer y gratificación al hacerlo.

EDAD MATERNA

Cronológica y de desarrollo.

PERCEPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL NACIMIENTO

La percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento.

AUTOESTIMA

La percepción del individuo de como los otros lo ven y la autoaceptación de estas percepciones.

AUTOCONCEPTO

Percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad ideal y la identidad.

FLEXIBILIDAD

La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta, las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respeto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias.

ACTITUDES RESPETO A LA CRIANZA

Actitudes y creencias maternas sobre la crianza.

ESTADO DE SALUD

Las percepciones de la madre y el padre acerca de su salud anterior, actual, futura; la resistencia susceptibilidad a la

enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad y el rechazo del papel de enfermos.

ANSIEDAD

Persona propensa a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes.

TENSIÓN DEBIDA AL ROL

El conflicto y dificultad que una mujer siente cuando debe enfrentar su rol maternal.

GRATIFICACIÓN

La satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una madre experimenta en la relación con su hijo.

UNIÓN

Un elemento del rol parental y de la identidad.

TEMPERAMENTO DEL NIÑO

Hay temperamentos fáciles y difíciles, directamente relacionado con la dificultad del niño para comunicarse con la madre creando respuestas de rabia o frustración.

ESTADO DE SALUD DEL NIÑO

Enfermedades que interfieren en el proceso de unión, ya que obligan a la madre a separarse del niño.

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO

Temperamento, apariencia, estado de salud.

FAMILIA

Sistema dividido en otros subsistemas como lo son; los individuos, la madre-padre, madre-niño, padre-niño, etc.

FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA

La visión individual y las actividades dentro del núcleo familiar.

ESTRÉS

Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo.

APOYO SOCIAL

La cantidad de ayuda que se recibe y la satisfacción que produce esta ayuda.

METAPARADIGMAS DESARROLLADOS EN LA TEORÍA:

PERSONA: La identidad o el Yo es independiente de los roles que se ejecutan. Por medio de la individualización de la maternidad, una mujer puede aumentar su conciencia como persona. Los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol maternal. La madre como persona se considera una entidad independiente, pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa. (65)

CUIDADO O ENFERMERÍA: Corresponde a la responsabilidad de promover la salud de familias y niños. Dinamismo basado en fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes lo requieren para alcanzar su nivel óptimo de salud. Después de la valoración y el entorno del paciente, se identifican los objetivos con él, se le proporciona asistencia a través de la formación y del apoyo, proporcionando cuidados al paciente incapaz de proporcionárselos el mismo. El tipo de ayuda y 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. Se deben tener en cuenta elementos de cuidado que pueden contribuir a mejorar la prestación de los

servicios brindados, haciendo de la gestación, el parto y posparto una experiencia saludable y gratificante. (65)

SALUD: Corresponde a la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia susceptible a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol de enfermo. La salud del recién nacido es el grado de enfermedad presente y el estado de salud del niño según las creencias de los padres de la salud global. La salud es el objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles. Se debe prestar un sumo cuidado en la época de fecundidad y el proceso de crianza. (65)

ENTORNO: Corresponde al entorno ecológico en el que se desarrolla la adopción del rol materno. El desarrollo de un rol/persona no puede considerarse independiente del entorno. Hay una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes. El estrés ambiental influye tanto en el rol materno como en el paterno y en el desarrollo del niño. (65)

AFIRMACIONES TEÓRICAS:

Su teoría se presentó en 1991 durante un simposio en la International Research Conference. La revisión más reciente de la teoría se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre (convertirse en madre es más que únicamente asumir un rol). Fue así como pidió que se retirara el término "adopción del rol materno". El modelo original de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner (1979) del microsistema, el mesosistema y el macrosistema. (65)

MICROSISTEMA: Es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. (65)

MESOSISTEMA: Agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interrelaciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluyen cuidado diario, estudio, trabajo y todo lugar. (65)

MACROSISTEMA: Corresponde a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida. Incluye influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros sistemas. El macrosistema se origina por el entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol materno. La adopción del rol materno debe seguir 4 estadios de adquisición del rol: Anticipación, formal, informal y personal. Estos estadios siguen el desarrollo desde la gestación hasta que la madre va adquiriendo plena confianza y logra alcanzar el rol materno. Estos estadios se ven modificados por el constante crecimiento y desarrollo del niño. En conclusión la teoría se ha basado en la dimensión cognitiva y conductual de las mujeres a medida que se convierten en madres. Este es un proceso continuo por lo que el término “adopción del rol materno” se sustituyó por “convertirse en madre”, ya que el término anterior implicaba una situación estática. (65)

MODELO DE ROL MATERNO EN LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE

La derivación de conceptos del modelo de Mercer siguió el método teórico de cinco pasos. **Primero**, se identificaron los conceptos de

interés de la Teoría del Rol Maternal. **Segundo**, se utilizó la clasificación por variabilidad, representada por las variables del fenómeno por estudiar. **Tercero**, se identificaron y clasificaron los supuestos de la Teoría del Rol Maternal como relacionales, debido a que dos o más de las variables se relacionan proporcionalmente. **Cuarto**, a través del razonamiento deductivo se ordenaron jerárquicamente los supuestos. **Quinto**, consistió en la derivación de los conceptos de interés. El modelo de rol materno en la alimentación del lactante fue diseñado para explicar cómo características maternas (personales, cognitivas y estado de salud), el rol materno (prácticas maternas de alimentación) y las características del lactante se relacionan e influyen en el estado nutricional del lactante. Se muestran 11 conceptos centrales dentro de un círculo que delimita las relaciones entre las características maternas personales, cognitivas y estado de salud, características del lactante, el rol materno en la alimentación y el resultado en el lactante, mediante este círculo se representa el microsistema social, donde solo la madre y el lactante participan. (65)

En la presente teoría del rol maternal se proponen cuatro supuestos: (1) el rol materno de alimentación está influenciado por factores cognitivos y de salud maternos , (2) el rol materno de

alimentación está influenciado por factores maternos personales, (3) el lactante refleja el rol materno de alimentación a través de su estado nutricional, y (4) las características del lactante se relacionan con los factores cognitivos maternos y de salud, con el rol materno en la alimentación y con el resultado de salud del lactante. (65)

Rol materno en la alimentación: se deriva del concepto competencia en el rol de Mercer, en el presente modelo se representa por las prácticas maternas de alimentación que se definen como las acciones que ejercen las madres sobre el tipo, cantidad y frecuencia de los alimentos, con la finalidad de dar respuesta a las señales de hambre y saciedad percibidas en sus hijos. Las prácticas maternas de alimentación infantil se relacionan directamente con el resultado en el lactante.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

- LACTANCIA MATERNA

Es un acto natural como forma de alimentación al lactante durante los primeros meses de vida, por medio del cual la madre brinda las

primeras defensas y nutrientes esenciales, así como también desarrolla el vínculo psicoafectivo. (1)

- **CONSEJERÍA**

Es el conocimiento relacionado con el manejo de la lactancia materna y la resolución de problemas potenciales o necesidades identificadas por la mujer o el profesional de salud con relación al inicio y mantenimiento de una lactancia efectiva y placentera. También contar con ciertas habilidades para interactuar con la madre y observar y evaluar la situación de la madre y del hijo. (50)

- **PRÁCTICA**

Es la respuesta expresada de la madre sobre la forma como ella otorga la Lactancia Materna al niño. El cual fue valorado como adecuado o inadecuado.

- **MADRE**

Del latín “mater”, biológicamente, se entiende por madre, a aquel ser vivo de sexo femenino que ha tenido un hijo. Por instinto, las madres de todas las especies tienden a cuidar a sus crías, a

amamantarlas, a ayudarlas a crecer, hasta que puedan valerse por sí mismas. (47)

- **NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS**

Como niño se comprende al individuo que tiene pocos años de vida y, se encuentra en el período de la niñez. La palabra niño es de origen latín "*infans*" que significa "*el que no habla*". (15)

*Lactante: El período de Lactante se extiende desde los 28 días de vida hasta los 24 meses y se subdivide en: Lactante Menor: de los 28 días hasta los 12 meses. Lactante Mayor: de los 12 meses hasta los 24 meses. (15)

*Infancia (infante): Se usa la palabra infante, cuando un niño tiene entre 1 y 2 años. (15)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El siguiente estudio de investigación utilizó un enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo y el método utilizado es descriptivo correlacional ya que estuvo orientado a establecer el grado de relación o asociación existente entre las variables. Primero se midieron las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacional y la aplicación de pruebas estadísticas, se estimó la correlación.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Lo conformaron las madres de los lactantes menores de 2 años de edad que acudieron al centro de salud Pocollay.

POBLACIÓN: La población estuvo constituida por las madres de los niños menores de 2 años que acudieron al centro de salud Pocollay para ser atendidos por la enfermera en la consulta de Crecimiento y Desarrollo del niño sano. En los meses en que se ejecutó el estudio se atendió 376 madres de los niños, la que constituyó la población universo de estudio.

MUESTRA:

Para la estimación del tamaño de la muestra se consideró: un efecto del diseño muestral de 0,05 %, nivel de confiabilidad del estudio de 95%, un error absoluto de 0,5 %.

En el estudio se tuvo 376 madres de niños/niñas menores de 2 años. Se determinó el tamaño de la muestra con un nivel de confianza del 95% con un error del 5 %. Utilizando la fórmula de muestreo. (Anexo N°2). Por lo tanto, se requirió encuestar a 191 madres. Se consideró un porcentaje de pérdida o rechazo no mayor al 10 %.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Madres de niñas y niños menores de 2 años que asistieron a la consulta de Crecimiento y Desarrollo independientemente del número de control.
- Madres de niñas y niños menores de 2 años que aceptaron participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Madres de niñas y niños menores de 2 años que no desearon participar.
- Madres de niñas y niños mayores de dos años.
- Madres de niñas y niños menores de 2 años que no pertenecieron a la jurisdicción del Establecimiento de Salud.
- Madres de niñas y niños menores de 2 años que no hablen castellano.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente trabajo de investigación se utilizó la técnica de la encuesta, y el instrumento para la recolección de datos que se empleó son cuestionarios, elaborados en base al cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna, elaborado por Jorge Luis Mamani Pari (2015), y modificado por Candia E. y Sánchez M. (2017) y validados por 4 expertos (enfermeros) en Crecimiento y Desarrollo, para su posterior aplicación; el 1er. instrumento midió los conocimientos de la consejería de enfermería sobre lactancia materna en las madres, sobre las dimensiones de definición y características, técnica, frecuencia, duración, importancia, ventajas. Constituido por 22 ítems con una escala tipo likert (de acuerdo, indiferente, en desacuerdo). El puntaje de los ítems contenidos dentro del cuestionario de consejería de enfermería fue medido categóricamente de la siguiente manera: inefectiva (22 – 44 puntos) y efectiva (45 – 66 puntos %). (Anexo N° 05)

El 2do. instrumento midió las prácticas de la lactancia materna respecto a la técnica de amamantamiento, elaborado por Jorge Luis Mamani Pari (2015), y modificado por Candia E. y Sánchez M. (2017), el cual fue validado por 4 expertos, con un total de 09

ítems. El puntaje de los ítems contenidos dentro del cuestionario de prácticas de lactancia materna fue medido categóricamente de la siguiente manera: inadecuado (9 –13 puntos) y adecuada (14 – 18 puntos) %). (Anexo N° 06).

VALIDEZ:

Para garantizar la validez de contenido de la segunda escala, se elaboró el cuadro de especificaciones y los reactivos (ítems), fueron revisados por expertos en el área de consulta de crecimiento y desarrollo, quienes certificaron que los mismos fueran relevantes y representativos. (Anexo N° 06).

CONFIABILIDAD:

La confiabilidad, se obtuvo a través del coeficiente alfa de Crombach, con un índice de 0,846 y 0,862 respectivamente, aplicado a 20 madres del centro de salud Metropolitano, establecimiento de salud que participo en el estudio (Anexo N° 07).

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previa autorización del gerente, se realizó la prueba piloto dirigido a 20 madres de familia del C.S. Metropolitano, con el objetivo de reajustar la redacción y la comprensión de los ítems de los cuestionarios que se utilizaron y de esta manera se pudo establecer adecuadamente la confiabilidad adecuada al instrumento.

Una vez establecida la validez de los expertos y la confiabilidad a través de la prueba piloto de los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación, se sostuvo una entrevista y se realizaron los trámites administrativos correspondientes, mediante una solicitud dirigida al Gerente del centro de salud Pocollay, Méd. Jhon Herbert Yagua Briceño, a fin de obtener la autorización para su realización. Posterior a ello se realizó las coordinaciones pertinentes con la Jefa de Enfermería Lic. Luz Mery Torres Pérez, con el objetivo de dar a conocer los fines del estudio para la recolección de datos en los meses de ejecución, considerando una duración de 20 – 30 minutos por cada instrumento.

Cabe resaltar que, para llevarse a cabo el presente trabajo de investigación, se informó brevemente a la madre, acerca de los objetivos de la investigación y de la importancia acerca de conocer su percepción acerca de la consejería que el profesional de enfermería brinda. Asimismo, se solicitó de forma verbal la aceptación y participación voluntaria en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado.

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos a través de los instrumentos inicialmente fueron ordenados, codificados, luego se vaciaron y procesaron mediante el uso del programa EXCEL; para el análisis descriptivo se utilizó el paquete estadístico SPSS, donde previamente fueron elaborados los cuadros de códigos y cuadros matrices. Los resultados finalmente fueron expresados en gráficos estadísticos, al mismo tiempo se presentaron los datos en cuadros simples y de doble entrada, para su análisis e interpretación.

El análisis estadístico de la relación de consejería de enfermería y las prácticas de la lactancia materna, se realizó empleando el Test Chi-Cuadrado de Independencia de criterios. La significancia estadística fue considerada al 5% de probabilidad (Anexo N° 06).

Además, se hizo uso de:

- Índice de consistencia interno Alfa de Crombach para la confiabilidad de los instrumentos.
- Distancia de puntos múltiples (DPP), distancia máxima (Dmax) para establecer el grado de adecuación de los instrumentos.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

Los resultados se presentaron en tablas simples de doble entrada y gráficos estadísticos, para su análisis e interpretación.

TABLA N° 1

CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO
DE SALUD POCOLLAY, TACNA 2017

CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA	Nº	%
Inefectivo	29	15,2
Efectivo	162	84,8
Total	191	100,0

Fuente: Encuesta aplicada madres de niños menores de 2 años del C.S. Pocollay Tacna - 2017

Elaborado: Mamani J. (2015)

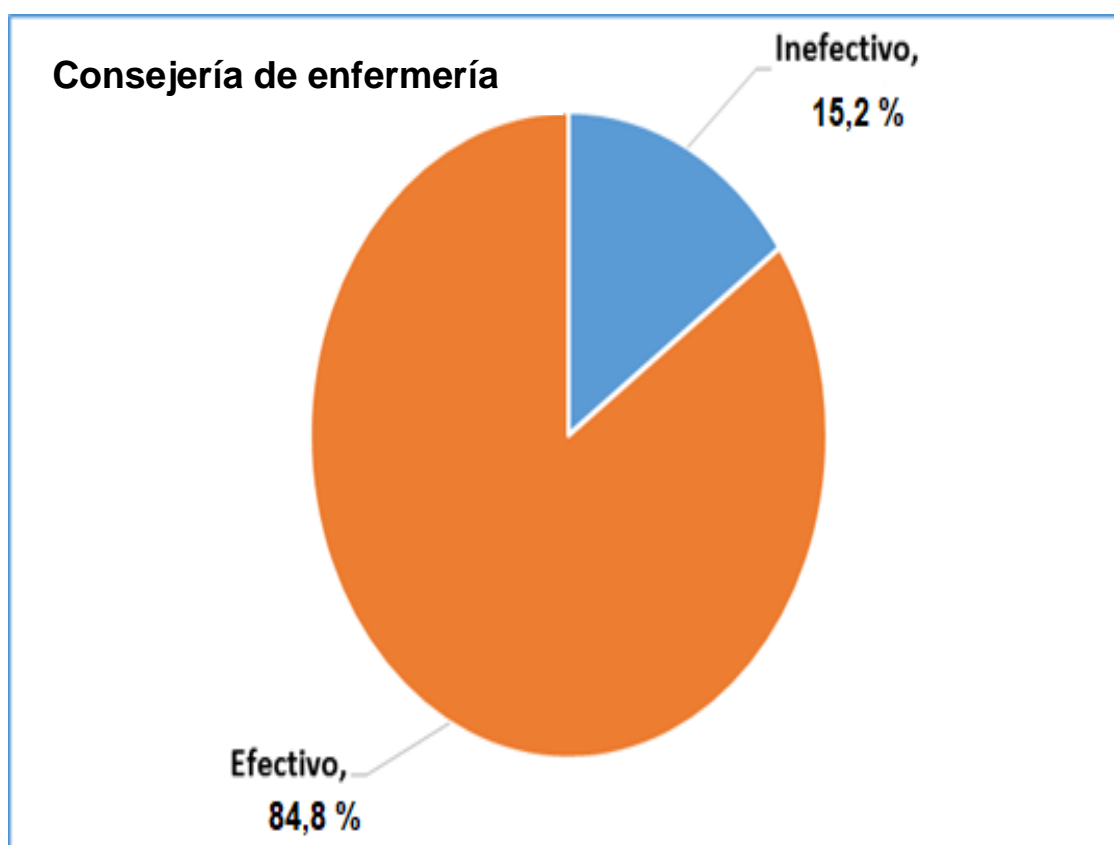
Modificado: Candia E. y Sánchez M. (2017)

Descripción:

En la tabla N° 1, se muestra que de 191 madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, 162 (84,8%) perciben que la consejería de enfermería es efectiva, mientras que en 29 madres (15,2%) fue inefectiva.

GRÁFICO N° 1

CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO
DE SALUD POCOLLAY, TACNA 2017



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 2

**DIMENSIONES DE LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE LA
LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES
DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD POCOLLAY,
TACNA 2017**

MADRE	INEFECTIVO		EFECTIVO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Definición y característica	110	57,6	81	42,4	191
Técnica	52	27,2	139	72,8	191
Ventajas	29	15,2	162	84,8	191
Frecuencia	67	35,1	124	64,9	191
Duración	92	48,2	99	51,8	191

Fuente: Encuesta aplicada madres de niños menores de 2 años del C.S. Pocollay Tacna - 2017

Elaborado: Mamani J. (2015)

Modificado: Candia E. y Sánchez M. (2017)

Descripción:

En la tabla N° 2, se aprecia que en la dimensión definición y característica, de las madres de niños menores de 2 años del Centro de

Salud Pocollay, 110 (57,6%) refieren que la consejería de enfermería es inefectiva y en 81 madres (42,4%) fue efectiva.

En la dimensión técnica, del total de madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, 139 (72,8%) refieren que la consejería de enfermería es efectiva y en 52 madres (27,2%) fue inefectiva.

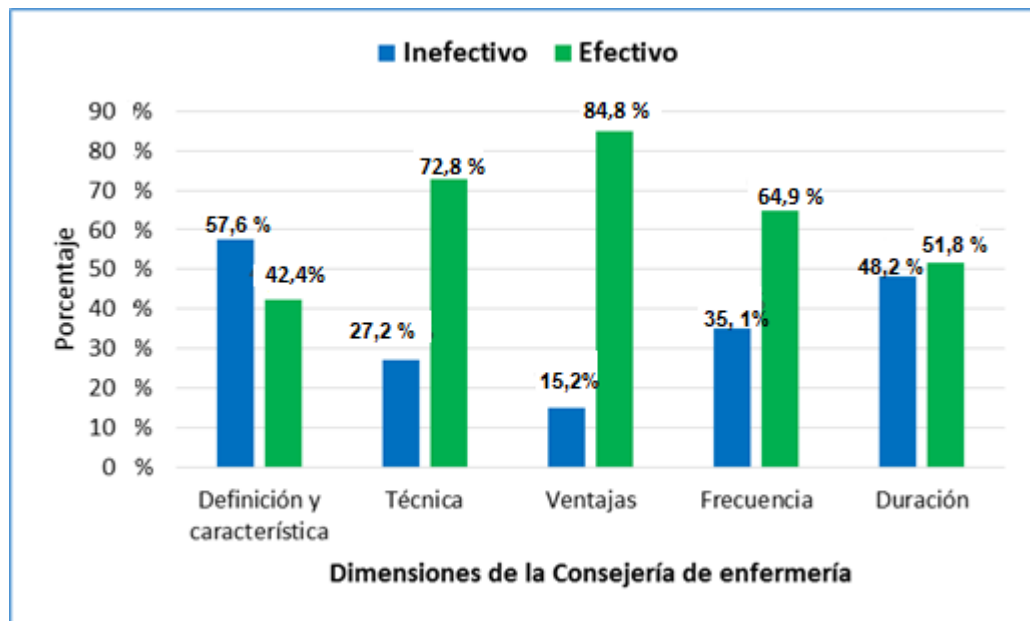
En la dimensión ventajas, de 191 madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, 162 (84,8%) refieren que la consejería de enfermería es efectiva y en 29 madres (15,2%) fue inefectiva.

En la dimensión frecuencia, de 191 madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, predominó con 64,9% las madres que refieren que la consejería de enfermería es efectiva y un 35,1% fue inefectiva.

En la dimensión duración, de 191 madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, el 51,8% de madres refieren que la consejería de enfermería es efectiva y un 48,2% fue inefectiva.

GRÁFICO Nº 2

DIMENSIONES DE LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA SOBRE LA
LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES
DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD POCOLLAY,
TACNA 2017



Fuente: Tabla Nº 2

TABLA N° 3
PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE
NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE
SALUD POCOLLAY, TACNA 2017

PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA	Nº	%
Inadecuado	71	37,2
Adecuado	120	62,8
Total	191	100,0

Fuente: Encuesta aplicada madres de niños menores de 2 años del C.S. Pocollay Tacna - 2017

Elaborado: Mamani J. (2015)

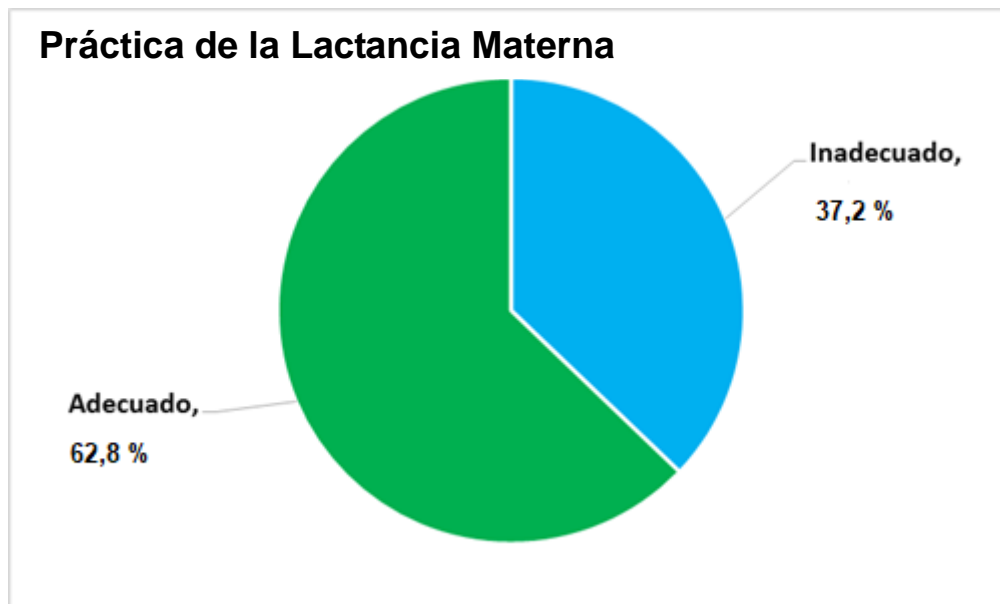
Modificado: Candía E. y Sánchez M. (2017)

Descripción:

En la tabla N° 3, se constata que en 120 madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, las prácticas de lactancia materna son adecuadas (62,8%) y en 71 madres (37,2%) es inadecuado.

GRÁFICO N° 3

PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE
NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE
SALUD POCOLLAY, TACNA 2017



Fuente: Tabla N° 3

TABLA Nº 4**ACCIONES DE LA LACTANCIA MATERNA QUE SE REALIZAN****LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL****CENTRO DE SALUD POCOLLAY,****TACNA 2017**

ACCIONES DE LA LACTANCIA MATERNA	INADECUADO		ADECUADO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Acerca al bebé contra el seno en contacto abdomen con abdomen.	20	10,5	171	89,5	191
Los labios del bebé permanecen evertidos (boca de pescado).	24	12,6	167	87,4	191
Introduce el pezón y la areola cuando el bebé abre la boca completamente.	25	13,1	166	86,9	191
Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo menique en la comisura labial.	44	23,0	147	77,0	191
Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebé.	71	37,2	120	62,8	191
Permite al bebé la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos.	72	37,7	119	62,3	191
Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial	82	42,9	109	57,1	191
Coloca la cabeza del bebé en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera.	91	47,6	100	52,4	191
Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebé, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados.	124	64,9	67	35,1	191

Fuente: Encuesta aplicada madres de niños menores de 2 años del C.S. Pocollay Tacna - 2017

Elaborado: Mamani J. (2015)

Modificado: Candia E. y Sánchez M. (2017)

Descripción:

En la tabla N° 4, se observa que el 89,5% de madres de niños menores de 2 años tienen una adecuada acción para acercar al bebé contra el seno en contacto abdomen con abdomen, el 87,4% de madres hacen de que los labios del bebé permanecen evertidos (boca de pescado), el 86,9% de madres tienen una adecuada práctica en la introducción del pezón y la areola cuando el bebé abre la boca completamente.

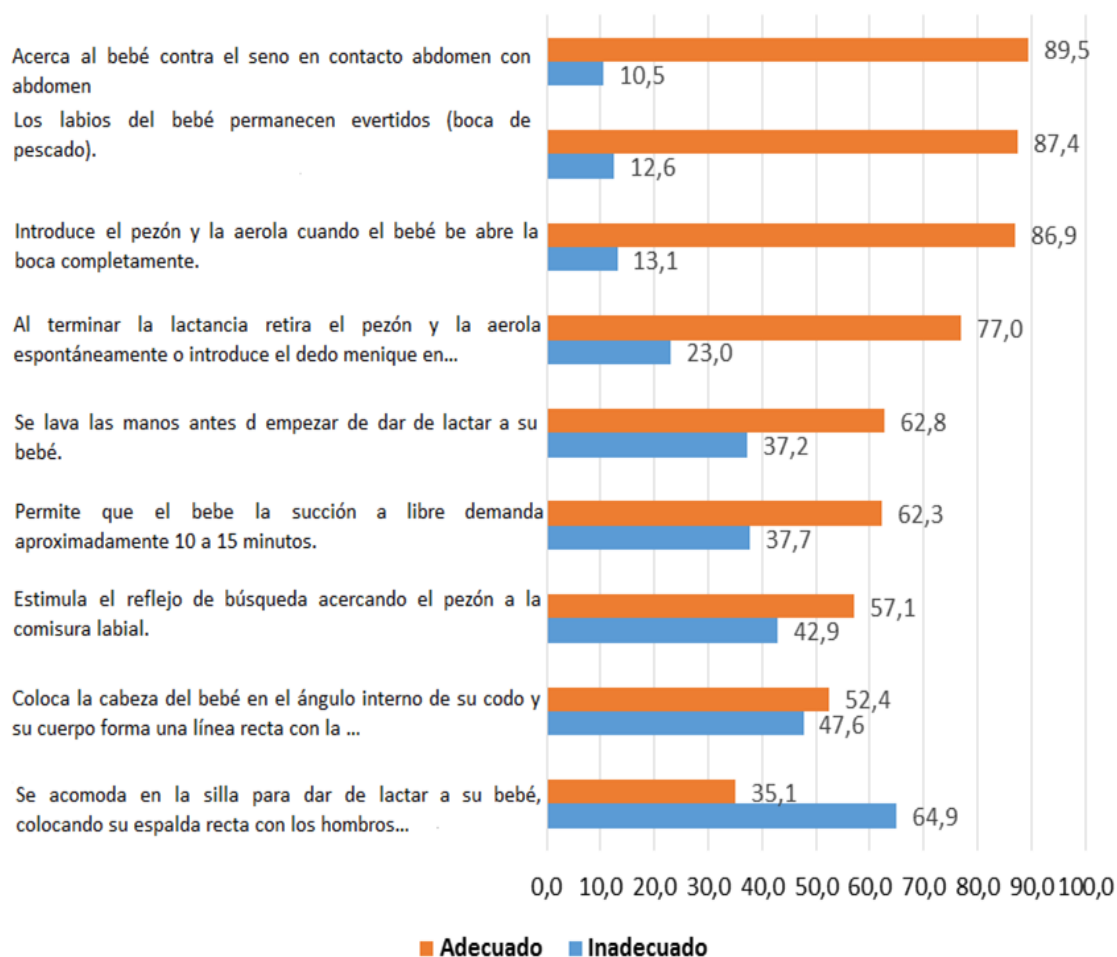
El 77% de madres hacen adecuadamente que al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo menique en la comisura labial, el 62,8% de madres adecuadamente se lavan las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebé.

Por el contrario, un 64,9% de madres inadecuadamente se acomodan en la silla para dar de lactar a su bebé, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados y un 47,6% no se colocan la cabeza del bebe en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera.

GRÁFICO Nº 4

ACCIONES DE LA LACTANCIA MATERNA QUE REALIZAN
LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL
CENTRO DE SALUD POCOLLAY,
TACNA 2017

Acciones de la Lactancia Materna



Fuente: Tabla Nº 4

TABLA N° 5

**RELACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA Y LAS
PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES
DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO
DE SALUD POCOLLAY, TACNA 2017**

CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA	PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA					
	INADECUADO		ADECUADO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Inefectivo	20	69,0	9	31,0	29	100,0
Efectivo	51	31,5	111	68,5	162	100,0
Total	71	37,2	120	62,8	191	100,0

Fuente: Encuesta aplicada madres de niños menores de 2 años del C.S. Pocollay Tacna - 2017

Elaborado: Mamani J. (2015)

Modificado: Candia E. y Sánchez M. (2017)

Prueba Chi cuadrado: $X^2 = 28,287$; G.L. = 4; p-valor = 0,000 < 0,05

Descripción:

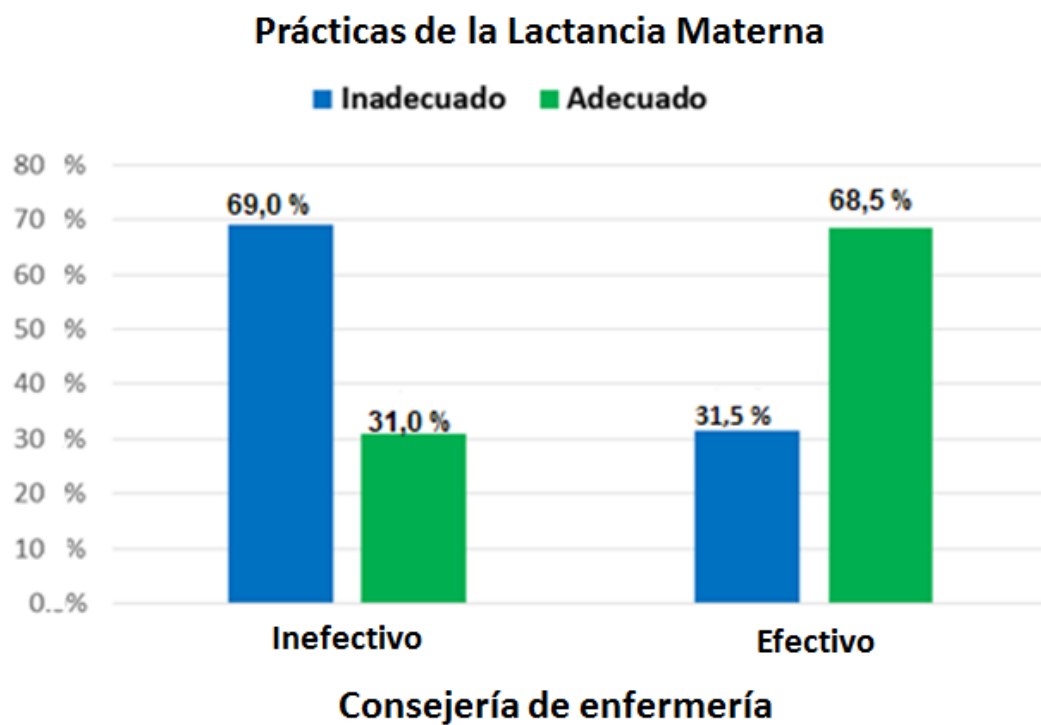
En la tabla N° 5, se constata que de 162 madres que perciben como efectivo la consejería de enfermería, el 68,5% de madres de niños menores de 2 años tienen adecuadas prácticas en lactancia materna y en el 31,5% fue inadecuado.

De 29 madres que perciben como inefectivo la consejería de enfermería, el 69% de madres de niños menores de 2 años tienen inadecuadas prácticas en lactancia materna y en el 31% fue adecuado.

Con la prueba Chi cuadrado de independencia de criterios, existe evidencia de relación estadística significativa entre la consejería de enfermería con las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay.

GRÁFICO Nº 05

RELACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA Y LAS PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD POCOLLAY, TACNA 2017



Fuente: Tabla Nº 5

4.2. DISCUSIÓN

En la **Tabla Nº 1**, coherente con el primer objetivo específico, se destaca que la mayoría (84,8%) de madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, percibieron que la consejería de enfermería en lactancia materna es efectiva y sólo un 15,2% percibió que fue inefectiva.

Los datos estadísticos tienen relación con lo mencionado por Agurto K., Díaz L., en su estudio “Efectividad de la consejería de enfermería en el conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres que acuden al Centro de Salud Túpac Amaru – 2013. Quién concluyó que el 78,5% respondieron que la consejería de enfermería es efectiva y el 21,5 % respondió que no es efectiva.

Un estudio relacionado es el de Rocano N. sobre “Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres puérperas del Hospital III, Essalud Chimbote – 2016”. Quien encontró que el 64.8% de las madres puérperas tuvieron un nivel de conocimiento

bueno sobre la lactancia materna, mientras el 7,4% tuvieron nivel de conocimiento deficiente.

En la **Tabla N° 2**, también coherente con el primer objetivo específico, se evaluó la consejería de enfermería por dimensiones; siendo la primera el tema de definición y características, resaltándose que más de la mitad (57,6%) de las madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, refirieron que la consejería de enfermería es inefectiva contra un 42,4% que percibió como efectiva.

En la segunda dimensión sobre las técnicas en la lactancia materna, a diferencia de la anterior, aquí predominó con 72,8% las madres de niños menores de dos años del centro de salud Pocollay que refirieron como efectiva la consejería de enfermería y en sólo el 27,2% fue inefectiva. Aquí resalta de sobre manera el hecho de que reconocen que no pueden dar de lactar a su bebé porque no tienen suficiente leche, adecuadamente se acomodan en la silla para dar de lactar a su bebé, colocando la espalda recta con los hombros cómodos y relajados, además entendieron bien la

consejería sobre lavado de manos y preparación de los pezones antes de dar de lactar a su bebé.

Por su parte, Gonzales R, Manzo C., en su estudio de “Conocimiento sobre la importancia de la Lactancia Materna que tienen las embarazadas primigestas del hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor 2011-2012”, demostró que el 41% si conoce sobre la importancia de la Lactancia Materna mientras que 59% desconoce, en cuanto a los conocimientos de las técnicas de lactancia, el 97% conocen la técnica más común de amamantamiento.

En lo concerniente a la dimensión de las ventajas sobre lactancia materna, cabe destacar que la mayoría (84,8%) de madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, refirieron que la consejería de enfermería es efectiva. Esto se manifestó principalmente en que la gran mayoría entendieron la consejería de no tener vergüenza sino al contrario les agrada dar de lactar a su bebe; también entendieron que la leche materna se puede contaminar en la refrigeradora; así mismo entendieron la consejería

sobre el estado de ánimo que puede influir en la cantidad de producción de la leche materna y entendieron claramente que dar la lactancia materna no desluce la figura de su cuerpo.

Un estudio relacionado que trató las dimensiones de los conocimientos sobre la lactancia materna, reportó Rocano. N. sobre “Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres puérperas del Hospital III, Essalud Chimbote – 2016”. Encontró que las madres tuvieron buenos conocimientos en áreas como el significado de la lactancia materna (94.4%), las ventajas de la lactancia materna para el recién nacido (93.5%), la posición correcta para amamantar al niño (93,5%), seno con el que inicia una tetada (95,4%) y mecanismo de producción de leche materna (80,6%).

Un estudio relacionado que trató las dimensiones de los conocimientos sobre la lactancia materna, reporto León L. sobre “Conocimiento de madres primíparas sobre Lactancia Materna Exclusiva – Centro de Salud Villa San Luis 2012” Peru:2013. Encontró que las madres tuvieron buenos conocimientos en áreas

como el significado de la lactancia materna (94,4%), las ventajas de la lactancia materna para el recién nacido (93,5%), la posición correcta para amamantar al niño (93,5%), seno con el que inicia una tetada (95.4%) y mecanismo de producción de leche materna (80,6%).

Hoy en día es indiscutible los beneficios que aporta la lactancia materna tanto para la madre como para el lactante, bien sea desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo, y psicológico. En razón a ello, las profesionales de enfermería del centro de salud Pocollay no deben bajar la guardia en la consejería, ya que en las madres aún se observan brechas en la efectividad de los beneficios que otorga la lactancia materna, ya que un grupo de madres tienen una idea equivocada de que su bebé cuando toma el pecho, recibe amor seguridad y afecto, así como también al ofrecer la leche materna, ayuda a ahorrar tiempo y dinero a la familia.

En la dimensión frecuencia, la consejería de las enfermeras fue apreciada como efectiva en más de la mitad (64,9%) de madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay. Esto principalmente porque entendieron que frecuentemente pueden extraerse manualmente la leche materna cada que se ausentan de

casa por estudio o trabajo y la pueden conservar en refrigeración en condiciones estériles hasta 24 horas. Igualmente, en la última dimensión sobre la duración de la lactancia materna, la consejería de las enfermeras fue percibida como efectiva en poco más de la mitad (52%) de madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay.

Ante los resultados sobre consejería de enfermería, si bien se obtuvieron evidencias favorables, pero también hay brechas en efectividad de la consejería de enfermería, por ello, se debe considerar proponer un plan educativo que fortalezca los conocimientos que tienen las madres de niños menores de 2 años en el centro de salud Pocollay, ya que la lactancia materna es el pilar fundamental para la nutrición del niño hasta los seis meses en forma exclusiva y como complemento de otros alimentos hasta los dos años de edad.

La consejería a una madre no es sólo decirle lo que debe hacer, es ayudarla a ella a que decida lo que es mejor para ella. Es escucharla y tratar de entenderla sobre cómo se siente. Es

ayudarla a desarrollar la confianza, de modo que ella mantenga el control de su situación” (Kramer M. et al 2008).

En la **Tabla Nº 3**, congruente con el segundo objetivo específico, se obtuvo que la mayoría (62,8%) de madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, tienen adecuadas prácticas en lactancia materna, esto es una situación favorable para la salud del niño, pero en contraste hay una brecha de 37,2% de madres que sus prácticas no son las adecuados.

Lo anterior es similar al resultado reportado por Guerrero J, Vera E., sobre Nivel de conocimientos de la Lactancia Materna en madres adolescentes Cuenca-Ecuador 2013. Quién concluyó que la actitud que presentaron las madres hacia la práctica de la lactancia fue: nivel malo con 1%, nivel regular con 9%, nivel bueno con 26% y el nivel excelente con 64%.

Un estudio similar fue reportado por Vásquez R., sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas en Lactancia Materna de las

madres que acuden al Centro de Salud San Luis. Concluyó que el 63,3% tenían prácticas adecuadas y en el 36,7% fue inadecuado.

La **Tabla Nº 4**, trata sobre las acciones específicas de las prácticas en lactancia materna, donde lo favorable a la salud del niño se observa cuando la mayoría (89,5%) de madres de niños menores de 2 años realizan bien la acción para acercar al bebé contra el seno en contacto abdomen con abdomen; también hacen bien que los labios del bebé permanecen evertidos (boca de pescado) y tienen una adecuada práctica en la introducción del pezón y la areola cuando el bebé abre la boca completamente.

Cabe destacar también que, dentro de las prácticas adecuadas, más de las tres cuartas partes de madres realizan bien el retiro del pezón y la areola espontáneamente al término de la lactancia o introduce el dedo menique en la comisura labial; asimismo, la mayoría de madres se lavan adecuadamente las manos antes de empezar la lactancia a su bebé.

Por el contrario, lo desfavorable para la práctica de la lactancia materna se pudo encontrar en temas específicos como el acomodo en la silla para dar de lactar a su bebé, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados, donde la mayoría de madres expresaron realizar bien esta acción, también cerca de la mitad de madres no colocan la cabeza del bebé en el ángulo interno de su codo y su cuerpo no forma una línea recta con la espalda y cadera.

En la **Tabla Nº 5**, coherente con el objetivo general y el tercer objetivo específico, muestra que existe evidencia de relación estadística significativa entre la consejería de enfermería con las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay. Esta asociación se puede explicar principalmente en las madres que entienden como efectivo la consejería de enfermería, dado que, en ellas, la mayoría (68,5%) tienen adecuadas prácticas en lactancia materna y en menos de la tercera parte (31,5%) fue inadecuado.

Un estudio similar de Pérez M., sobre “Efecto de una intervención educativa en el conocimiento y prácticas de madres primíparas sobre lactancia materna en el servicio de alojamiento conjunto del hospital Luis Negreiros Vega Callao 2017”, comprobó que la intervención educativa ha efectuado cambios positivos en lo que concierne al conocimiento de las madres primíparas sobre lactancia materna, mediante la aplicación de la prueba estadística T de student, que fue significativa y alcanzó una diferencia en los promedios de 3,94 a 6,88. Así mismo también ha efectuado cambios positivos la intervención de enfermería en lo que concierne a la práctica de lactancia materna en las madres primíparas, mediante la aplicación de la prueba estadística de wilcoxon que alcanzó un nivel de significancia de 11,38 a 14,03. Aceptando la hipótesis en la que se planteó que la intervención educativa tiene un efecto significativo en el conocimiento y practica sobre lactancia materna en madres primíparas.

Estos resultados también coinciden con el estudio de Guardia E., sobre Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre lactancia materna exclusiva en el conocimiento y prácticas de madres primíparas del Hospital III Emergencias Grau, quien

encontró que con la aplicación de la intervención educativa mejoró el conocimiento y la práctica sobre lactancia materna en madres primíparas.

Asimismo, el estudio análogo de Mamani R., sobre “Relación entre el conocimiento y la actitud frente a la Lactancia Materna en madres que asisten al consultorio de enfermería Centro de Salud San Francisco, Tacna 2010, concluyó que existe relación significativa entre el conocimiento y actitud ($p < 0,05$) en madres frente a la lactancia materna, mediante la prueba estadística chi cuadrado.

El seguimiento por parte de enfermería fue oportuno gracias a la participación y recolección de los datos necesarios para el estudio mediante la observación, entrevista, examen físico y documentación clínica que fue proporcionada por la unidad y la usuaria. Siendo importante la participación de la enfermera que se caracteriza por su idoneidad, escucha empática y diálogo interactivo.

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados de la presente investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- La consejería de enfermería en las madres de niños menores de 2 años en el centro de salud Pocollay fue efectiva (84.8%) y las prácticas de lactancia materna fue adecuada (62.8%). Estableciéndose que existe relación significativa entre consejería de enfermería con las prácticas de lactancia materna ($p < 0,05$).
- La consejería de enfermería en lactancia materna en las madres de niños menores de 2 años en el centro de salud Pocollay fue percibida como efectiva (84,8%), principalmente en la dimensión ventajas y técnicas de la lactancia materna.
- Las prácticas de la lactancia materna de madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay son adecuadas (62,8%), teniendo acciones de cuando acercan al bebé contra el seno en contacto abdomen con abdomen, haciendo que los labios del bebé permanecen evertidos e introducen el pezón y la areola.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones se plantean las siguientes recomendaciones:

- Con los resultados obtenidos de la presente investigación deben ser publicados y difundidos a los establecimientos de salud para que en coordinación con el sector salud implementen estrategias educativas para los profesionales de enfermería a través de capacitaciones sobre actualización de conocimientos y fortalecer la práctica de lactancia materna exclusiva.
- El profesional de enfermería debe promover el desarrollo de investigaciones y un plan de mejora, en el contexto institucional sobre lactancia materna exclusiva como parte de nuestra función preventiva promocional, dando a conocer la importancia de la lactancia materna, beneficios para la madre y el niño, recalcando la correcta técnica de amamantamiento.
- El profesional de enfermería debe brindar sesiones educativas continuas sobre lactancia materna para educar y reforzar conocimientos de las madres para mantener al niño sano y poder

cubrir las necesidades nutricionales durante su crecimiento,
difundiendo las técnicas y posiciones correctas para dar de lactar.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD (MINSA), Lactancia Materna. Texto para el uso de capacitadores en la iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y Niño. UNICEF. OPS/OMS. USAID. Lima-Perú:2008.
2. Alvarado S, Canales M. Conocimientos y prácticas que poseen las madres sobre la Lactancia Materna exclusiva y el destete temprano en menores de seis meses [Tesis de Licenciatura]. El Salvador: Universidad Evangélica de El Salvador: 2008. [Fecha de acceso 21 de julio 2017] URL Disponible en: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/175/1/conocimientos%20y%20pr%C3%81cticas%20que%20poseen%20las%20madres%20sobre%20la%20lactancia%20materna%20exclusiva%20y%20el%20destete%20temprano%20en%20menores%20de%20seis%20meses.pdf>.
3. Laza V, Sánchez V. Indagación desde los conocimientos, actitudes y prácticas en salud reproductiva femenina: algunos aportes desde la investigación. Scielo [serie en internet] 2012. [citada 28 septiembre 2017] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200025&lng=es&nrm=iso&tlng=es

4. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño [artículo en internet]. 2003 [citado 29 de abril 2017]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf
5. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS (UNICEF). Lactancia materna, consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. España: 2008. [Citada 28 abril 2017]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
6. Lawrence R. Lactancia Materna. 2da Edición. España: Editorial Elsevier; 2007.
7. Boletín Informativo Hospital Universitario del Valle. Lactancia materna, antecedentes históricos e indicadores de Lactancia Materna en Colombia, Valle y Cali. Colombia: 2009; p. 2- 25.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES 2013). Perú. Lima: 2013; 10(1):277-280.
9. Caballero C. Tacna: Informan que solo 60% de madres brinda Lactancia Materna exclusiva. RPP [serie en internet]. 2013 [citada 10 septiembre 2017] [alrededor de 03 pantallas]. Disponible en:

http://www.rpp.com.pe/2013-08-16-tacna-informan-que-solo-60-de-madres-brinda-lactancia-materna-exclusiva-noticia_622644.html

10. Zevallos C. Conocimiento y actitudes sobre Lactancia Materna exclusiva en padres de familia varones en el Hospital Hipólito Unanue Tacna 2000 [tesis de licenciatura]. Tacna-Perú:2000.
11. Guerrero J. Nivel de conocimientos de la Lactancia Materna en madres adolescentes [tesis de licenciatura]. Cuenca-Ecuador: 2013.
12. Gonzales R, Manzo C. Conocimiento sobre la importancia de la Lactancia Materna que tienen las embarazadas primigestas del hospital “Dr. Liborio Panchana Sotomayor” 2011-2012 [tesis de licenciatura]. Ecuador:2012.
13. Domínguez M, Rodríguez M. Información que poseen las madres adolescentes entre 12 y 17 años sobre Lactancia Materna en el periodo post-parto para la redacción de un programa en el hospital general de los valles del Tuy “Simón Bolívar” [tesis de licenciatura]. Venezuela:2009.
14. Hernández E, Efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimientos de las madres adultas jóvenes primíparas acerca de la lactancia materna Consultorio de crecimiento y desarrollo. [Tesis de licenciatura]. Perú: Centro de Salud San Sebastián 2012.
Disponible en

URL:http://cybertesis.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/323/1/hernandez_eh.pdf

15. “Niño” (s.f.). En: *Significados.com*. Disponible en: <https://www.significados.com/niño/> Consultado: 20 de octubre de 2018, 12:01 am.
16. García L. Nivel de conocimiento de las madres de niños menores de seis meses acerca de la Lactancia Materna exclusiva en el centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo bajo, Lima- Enero 2015 [tesis de licenciatura]. Lima-Perú: 2015.
17. Sánchez E. Percepciones paterna sobre la Lactancia Materna del niño menor de 2 años de algunos centros poblados de la región Callao-2012 [tesis de licenciatura]. Perú: 2014.
18. Borges Y, Díaz R. Realizaron la investigación: Intervención educativa sobre lactancia materna en madres adolescentes. [Tesis de licenciatura]. Cuba: Policlínico “Ángel Machaco Amejeiras”. 2010. Disponible en URL:http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fl5_GJ:www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/download/603/298+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe
19. Ferro S, Flores H. Nivel de conocimientos en Lactancia Materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005 [tesis de licenciatura]. Perú:2006.

20. Mamani R. Relación entre el conocimiento y la actitud frente a la Lactancia Materna en madres que asisten al consultorio de enfermería del centro de salud San Francisco, Tacna 2010 [tesis de licenciatura]. Tacna-Perú:2010.
21. Pinilla E, Domínguez C, García A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la Lactancia Materna exclusiva. Rev. Enferm Glob.2014; 13: 59-70.
22. Enlace hispano americano de salud. Curso de lactancia materna. Perú: EHAS [serie en internet]. 2010[citada 03 mayo 2015] 3(10): [alrededor de 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/lactancia%20materna/Clase%20301%20-%2010.htm>
23. Pallas A, Carmen R. Promoción de la lactancia materna. AEP [serie en internet]. 2014 [citada 01 mayo 2016]; [alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/Lactancia.htm#introd>
24. Posada G, Ramírez. El niño sano. 3 ed. Colombia: Colombia. ISBN; 2005.
25. Vázquez E., Garibay. Alimentación en el primer año de la vida. Sistema de actualización médica en nutrición pediátrica. Vol 1. D.F. México: Academia Mexicana de Pediatría:2005 pp. 9 -23.

26. Reeder, S, et al. Enfermería Materno – Infantil. 2da. Edición. España. OPS;1981.
27. Manotas R. Neonatología. Alimentación del Neonato. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia,1994: p.225-251.
28. Seguranyes G. Enfermería Maternal. 2 Ed. España: Elsevier;2005:p.256.
29. Asociación Española Pediátrica – Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones para la Lactancia Materna. España:2008.
30. Fondo de las Naciones Unidas UNICEF. Ventajas de la Lactancia materna. UNICEF [serie en internet]. 2014[citada 09 mayo 2017] [alrededor de 08 pantallas. Disponible en: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/ventajas.htm>.
31. Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de Pediatría.17a ed: España :2004.
32. Aguilar Cordero, M.J. Lactancia Materna. España: Ed. Aula magna; 2004.
33. Ministerio de salud. Lactancia Materna [artículo en internet]. Perú: MINSA; 2011[citada 2015 Jun 04]. [Alrededor 08 Pantallas]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/enf_frecuentes/lactancia.htm

34. Pesce P. Mitos y Creencias de la lactancia materna. Chile: Ed. Pontificio Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería, 2006.
35. Barquero L. La globalización en la práctica de la lactancia materna. Costa Rica: Rev. Enfermería Actual en Costa Rica. 2008.
36. Ministerio de Salud (MINSA/ DGSP). Norma Técnica de Salud para la atención integral de la niña y el niño. Perú: 2006.
37. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de salud para la atención integral de salud neonatal [artículo de internet] 2013 [citada 2017 noviembre 20] [alrededor de 08 pantallas]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/magnate1/rm828-2013-minsa>
38. Comité de Lactancia Materna de la Sociedad Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. AEPED [serie en internet] 2013 [citado 2015 mayo 15]. [alrededor de 10 pantallas]. Disponible en: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/libro1.htm>
39. Marriner T, Kristen S. modelos y teorías en enfermería. 7ª ed: Madrid: Elsevier, 2007: p. 741-749
40. Swanson K. Teoría de rango medio. Modelos Teorías de Enfermería. España: Elsevier. 2008, p. 768.

41. Swanson K, Fann, y Danuta W. Curación óptima Ambientes en Enfermería la revista de medicina alternativa y complementaria. V10. 2004, págs. S 43-S48.
42. Bunge M. Teoría del Conocimiento. España: 2011: 2(8):3-4.
43. Universidad Nacional de Colombia. El conocimiento y sus niveles. Diranalnaca [serie en internet] 2014 [citada el 2015 junio 16]. [alrededor de 03 pantallas] Disponible en: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/IDEA/2007219/lecciones/cap_2/sub5.html
44. Gamboa D, Edna M, Nahyr L, Esperanza P. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con Lactancia Materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Chile: Rev. Chil. Nutr. Marzo 2008; Vol. 35 No 1: 43-52.
45. Ainsworth A. Efectos de retraso del crecimiento intrauterino sobre la mortalidad y la morbilidad en los lactantes y niños pequeños. European Journal of Clinical Nutrition, España:1998, 52 (1): S34 - S41; Debate: S41-42
46. Márquez B. Nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras del I.M.P. acerca del método canguro Lima 2004 – 2005. Peru:2-45.
47. Deconceptos.com. Concepto de madre. DeCon. [serie en internet] 2015 [citada 15 septiembre 2017]. Disponible en: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/madre>

48. Canales F., Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación. 2da Ed: Washintong: Copyright OPS,1994: 13, 77-81.
49. Mendoza J. Enfermería: ética y bioética. Tacna – Perú. Public` s del Perú S.R.L.
50. Laanterä S, Pölkki T, Pietilä AM. A descriptive qualitative review of the barriers relating to breast-feeding counselling. *Int. J. Nurs. Pract.* 2011; 17(1):72-84. <http://doi.org/ccbqvp>.
51. Troian-Zen E. Principios do Aconselhamento Aplicados ao Assistir en Amamentação na perspectiva dos profissionais de Saúde. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernández Figueira Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
52. González F.et all. La Consejería en Lactancia y contacto temprano en parejas madre-hijo están asociados a la Lactancia Materna exclusiva. Estudio hospitalario de casos y controles no pareados. España: Scielo, 2005; Vol. 141:2, 99-101.
53. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Consejería en Lactancia Materna: Curso de Capacitación. Guía del Capacitador. Ginebra: OMS, OPS, Unicef; 1993.
54. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Consejería

- para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño: Curso Integrado. Guía del Facilitador. Ginebra: OMS, OPS, Unicef. 2009.
55. Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa LH. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) 2010. Bogotá: Profamilia, 2011.
56. Salud y Protección Social (S&P) Consultores. Evaluación Plan Decenal Lactancia Materna 1998-2008. Resultados de evaluación. Bogotá: Min. Salud, 2010.
57. Rosado CM. Dimensiones y reflexiones en torno a la Consejería. Cuaderno de Investigación en la Educación. 2011; 26:113-131.
58. Paterson CH. Terapia Centrada en el Cliente. Teorías del Counseling y Psicoterapia. 2nd ed. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1978.
59. Rius M. Factores asociados al inicio y al abandono precoz de la lactancia materna. [Tesis Doctoral]. Universidad de Valencia: 2011
60. Rocano. N. Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres puérperas del Hospital III, Essalud Chimbote – 2016 [tesis de licenciatura]. Peru: 2016. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1024/Conocimientos_RocanoSusanibar_Nhuria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
61. León L. Conocimientos de madres primíparas sobre lactancia materna exclusiva – Centro de salud Villa San Luis 2012. Perú: 2013. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/363/1/Le%C3%B3n_lp.pdf

62. Córdova M. Conocimiento de las madres adolescentes primigestas sobre la lactancia materna de niños menores de 1 año en el Centro Materno Infantil “José Gálvez” de Villa María del Triunfo 2010 [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2012
63. Pérez M. Efecto de una intervención educativa en el conocimiento y prácticas de madres primíparas sobre lactancia materna en el servicio de alojamiento conjunto del hospital Luis Negreiros Vega Callao 2017 [Tesis de Licenciatura]. Perú: 2013. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/5995/Perez_AM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
64. Guardia E. Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre lactancia materna exclusiva en el conocimiento y prácticas de madres primíparas del hospital III emergencias Grau, [Tesis de Licenciatura]. Lima; 2013. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/341/1/Guardia_e.pdf
65. Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha. (2011). Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer. (Ed.), séptima. Modelos y teorías en enfermería. España: Editorial Elsevier.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON LAS PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD POCOLLAY, TACNA 2017

ESPECIALIDAD: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

AUTOR: LIC. MARÍA SÁNCHEZ ARTIAGA – LIC. ERIKA CANDIA HUATUCO

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA		
				TIPO / DISEÑO	POBLACIÓN / MUESTRA	TIPO DE INSTRUMENTO
¿Qué relación existe entre la Consejería de	GENERAL: Determinar la relación que existe entre la consejería de	Hi: Existe relación entre la consejería de enfermería con	Variable dependiente: consejería de	El presente estudio es de tipo cuantitativo,	La población estará conformada	La técnica que se utilizará será una entrevista,

<p>enfermería y las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017?</p>	<p>enfermería con las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.</p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <p>Caracterizar la consejería de enfermería en lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.</p> <p>Identificar las prácticas de la</p>	<p>las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.</p> <p>Ho: No existe relación entre la consejería de enfermería con las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de</p>	<p>enfermería</p> <p>Variable independiente:</p> <p>Prácticas de la lactancia materna</p>	<p>método descriptivo de corte transversal</p>	<p>por 376 madres de niños/niñas menores de 2 años.</p> <p>Se determina la muestra utilizando la fórmula de muestreo, Por lo tanto, se requiere encuestar a</p>	<p>mediante un cuestionario, el instrumento será auto elaborado, tipo Likert</p>
--	--	--	--	--	---	--

	<p>lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.</p> <p>Establecer la relación que existe entre la consejería de enfermería con las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017</p>	<p>2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.</p>			<p>191 madres.</p>	
--	--	---	--	--	--------------------	--

ANEXO N° 02
TAMAÑO DE LA MUESTRA

FORMULA FINITA PARA HALLAR MUESTRA	MUESTRA
$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2 (N - 1) + Z^2 pq}$	191

(Según Murray y Larry 2005)

Donde:

n: Tamaño de la muestra = 191

e: Margen de error = 0,05

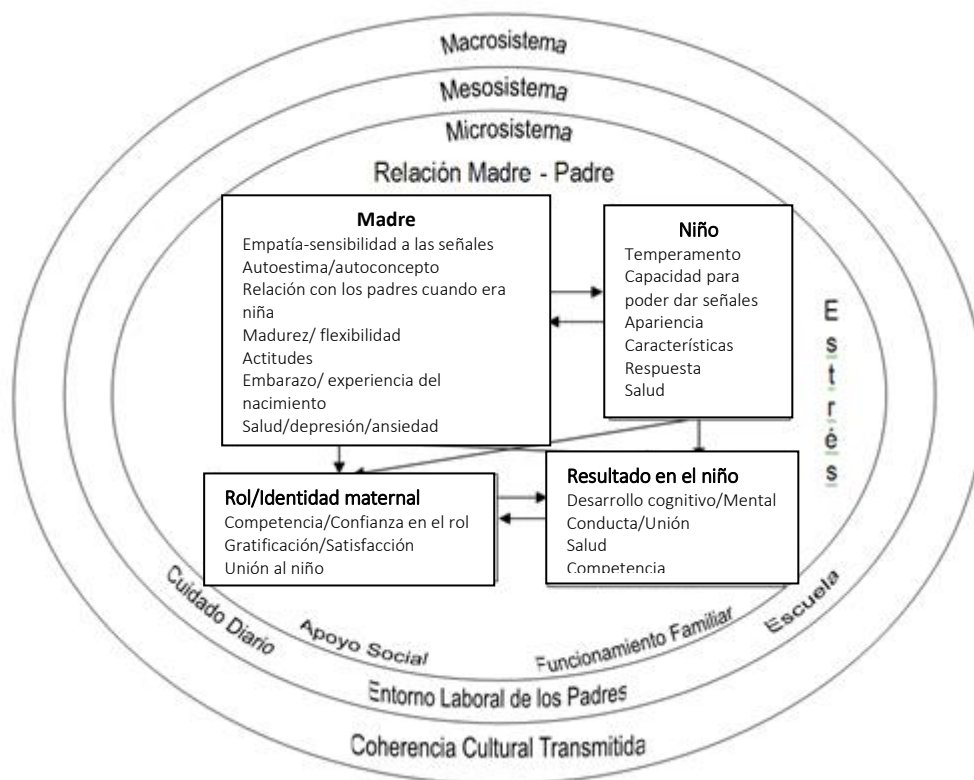
p y q: Probabilidades de éxito y Fracaso: 50% = 0,5

N: Tamaño de la población = 376

Z: Si la seguridad es del 95% = 1,96

ANEXO N° 03

ESQUEMA DE LA TEORÍA “ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL”



Fuente: Marriner Tomey, Ann y Alligood, Martha. (2011). Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer. (Ed.), séptima. Modelos y teorías en enfermería. España: Editorial Elsevier.

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Consejería de enfermería relacionado con las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

Nombre:DNI:

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada madre de familia:

La investigación del estudio para el cual ud. ha manifestado su deseo de participar y habiendo dado su consentimiento de información es que nos comprometemos a no divulgar la información vertida en el cuestionario; así también le aseguramos que los hallazgos serán usados sólo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atentamente, Lic. Erika Candia H. - Lic. María Sánchez A.

(Autoras del Estudio)

ANEXO N° 05

CUESTIONARIO

I. PRESENTACIÓN

Buen día, somos Licenciadas de Enfermería, Erika Candia Huatuco y María Sánchez, de la Segunda Especialidad de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, que en esta oportunidad estamos realizando un estudio de investigación en coordinación con el centro de salud Pocollay, a fin de obtener información sobre prácticas de la lactancia materna en madres, instrumento elaborado por Jorge Luis Mamani Pari y modificado por las autoras de la investigación. Por ello se le solicita responda con veracidad y sinceridad. Agradecemos anticipadamente su colaboración.

• INICIALES:	• N° DE HIJOS:	• ESTADO CIVIL:
• EDAD DE LA MADRE:	• PROCEDENCIA:	• OCUPACIÓN:
• EDAD DEL LACTANTE:	• GRADO DE INSTRUCCIÓN:	• INGRESOS ECONÓMICOS:

INSTRUCCIONES

Lea detenidamente las preguntas y marque (X) una de las alternativas que considere la respuesta más conveniente.

CONSEJERÍA DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES

DA: De Acuerdo

I: Indiferente (le da Igual)

ED: En Desacuerdo

N°	CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA	DA	I	ED
1.	Da Lactancia Materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida al bebé para que sea sano, fuerte e inteligente.			
2.	Da la leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) porque alimenta mejor a mi bebé que la leche materna.			
3.	Brinda lactancia materna a libre demanda y exclusiva para prevenir un nuevo embarazo.			
4.	Si da de lactar a su bebé tendrá menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta.			
5.	Está de acuerdo que la leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.			
6.	Dar de lactar le ayuda a sentirse feliz y realizada.			
7.	Dar la leche materna le ayuda a ahorrar tiempo y dinero a la familia.			
8.	Es necesario que dé de lactar a su bebé con leche materna en fórmula desde que nace. (NAN, SIMILAC, y otros).			
9.	Dar de mamar al bebé es doloroso al comienzo, pero continúa dándole su pecho.			
10.	Da de lactar a bebé en un ambiente tranquilo y agradable.			
11.	Dar la lactancia materna malogra la figura de su cuerpo.			
12.	No puede dar de lactar a su bebé porque no tiene suficiente leche.			

13.	Si guarda la leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora.			
14.	Su bebé, cuando toma su pecho, recibe amor seguridad y afecto.			
15.	Su estado de ánimo influye poco para que tenga más leche.			
16.	No le agrada dar de lactar a su bebé porque le da vergüenza.			
17.	Si está cansada, con falta de apoyo, tensionada interferirá con la lactancia materna eficaz.			
18.	Si tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo se extrae manualmente su leche y la conserva en la refrigeradora.			
19.	Se lava las manos y prepara sus pezones antes de dar de lactar a su bebé.			
20.	Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebé, colocando la espalda recta con los hombros cómodos y relajados.			
21.	Hace que los labios de su bebé estén y permanezcan evertidos (boca de pescado) al momento de lactar.			
22.	Al momento de terminar la lactancia retiro el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial.			

TABLA N ° 6

RESPUESTAS DE CUESTIONARIOS DE CONSEJERÍA DE
ENFERMERÍA Y LAS PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA
MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES
DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD
POCOLLAY, TACNA 2017

N°	CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA	DA	I	ED
1.	Da lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida al bebé para que sea sano, fuerte e inteligente.	4	12	175
2.	Da la leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) porque alimenta mejor a mi bebé que la leche materna.	100	43	48
3.	Brinda lactancia materna a libre demanda y exclusiva para prevenir un nuevo embarazo.	123	2	66
4.	Si da de lactar a su bebé tendrá menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta.	9	8	174
5.	Está de acuerdo que la leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.	52	19	120
6.	Dar de lactar le ayuda a sentirse feliz y realizada.	6	102	83
7.	Dar la leche materna le ayuda a ahorrar tiempo y dinero a la familia.	16	29	146
8.	Es necesario que dé de lactar a su bebé con leche materna en fórmula desde que nace. (NAN, SIMILAC, y otros).	57	18	116
9.	Dar de mamar al bebé es doloroso al comienzo, pero continúa dándole su pecho.	35	12	144

10.	Da de lactar al bebé en un ambiente tranquilo y agradable.	12	18	161
11.	Dar la lactancia materna malogra la figura de su cuerpo.	126	11	54
12.	No puede dar de lactar a su bebé porque no tiene suficiente leche.	163	3	25
13.	Si guarda la leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora.	155	12	24
14.	Su bebé, cuando toma su pecho, recibe amor seguridad y afecto.	20	24	147
15.	Su estado de ánimo influye poco para que tenga más leche.	32	123	36
16.	No le agrada dar de lactar a su bebé porque le da vergüenza.	156	17	18
17.	Si está cansada, con falta de apoyo, tensionada interferirá con la lactancia materna eficaz.	25	28	138
18.	Si tiene que ausentarse de casa por estudio o trabajo se extrae manualmente su leche y la conserva en la refrigeradora.	21	26	144
19.	Se lava las manos y prepara sus pezones antes de dar de lactar a su bebé.	47	40	104
20.	Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebé, colocando la espalda recta con los hombros cómodos y relajados.	48	45	98
21.	Hace que los labios de su bebé estén y permanezcan evertidos (boca de pescado) al momento de lactar.	19	40	132
22.	Al momento de terminar la lactancia retiro el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique en la comisura labial.	29	28	134

Fuente: Encuesta aplicada madres de niños menores de 2 años del C.S. Pocollay Tacna - 2017

Elaborado: Mamani J. (2015)

Modificado: Candia E. y Sánchez M. (2017)

N°	PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA	INADECUADO	ADECUADO
1.	Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar a su bebé.	53	138
2.	Se acomoda en la silla para dar de lactar a su bebé, colocando su espalda recta con los hombros cómodos y relajados.	107	84
3.	Coloca la cabeza del bebé en el ángulo interno de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera.	103	88
4.	Acerca al bebé contra el seno en contacto abdomen con abdomen.	67	124
5.	Estimula el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial	103	88
6.	Introduce el pezón y la areola cuando el bebé abre la boca completamente.	79	112
7.	Los labios del bebé permanecen evertidos (boca de pescado).	78	113
8.	Permite al bebé la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos.	85	106
9.	Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo menique en la comisura labial.	75	116

Fuente: Encuesta aplicada madres de niños menores de 2 años del C.S. Pocollay Tacna - 2017

Elaborado: Mamani J. (2015)

Modificado: Candia E. y Sánchez M. (2017)

ANEXO N° 06

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

**CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON LAS
PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES
DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO
DE SALUD POCOLLAY, TACNA 2017**

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.

3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera ud. que los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.	1	2	3	4	5
8. ¿Considera ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera ud. que las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?	1	2	3	4	5

PROCEDIMIENTO PARA EL INSTRUMENTO

PRIMERO: Se construye una CUADRO donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

Nº de Ítems	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	4	5	5	4	4,50
2	4	5	4	4	4,25
3	4	4	5	3	4,00
4	4	4	4	4	4,00
5	4	4	5	4	4,25
6	4	5	5	5	4,75
7	5	4	4	4	4,25
8	4	5	4	5	4,50
9	4	5	5	4	4,50

SEGUNDO: Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$D_{\max} = \sqrt{(X_1-1)^2 + (X_2-1)^2 + \dots + (X_9-1)^2}$$

En este estudio: **DPP = 1,87**

TERCERO: Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

CUARTO: La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de:

Hallado con la fórmula:

$$D_{\max} = \sqrt{(X_1-1)^2 + (X_2-1)^2 + \dots + (X_9-1)^2}$$

$$D_{\max} = 11,70$$

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

QUINTO: Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

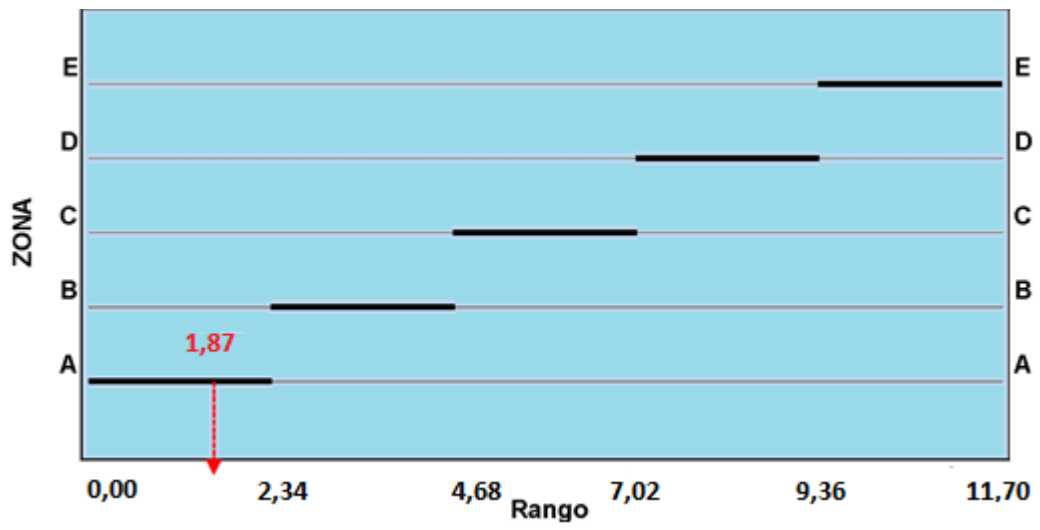
C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

SEXTO: El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue **1,87** cayendo en la zona “**A**” lo cual significa una ***adecuación total*** el instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.



ZONA	RANGO	
A	0,00	2,34
B	2,34	4,68
C	4,68	7,02
D	7,02	9,36
E	9,36	11,70

ANEXO N° 07

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

- **Confiabilidad**

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Crombach utilizando el método de la varianza de los ítems y en programa estadístico SPSS para corroborar la exactitud de esta aplicada a la prueba piloto:

**CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON LAS
PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES
DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO
DE SALUD POCOLLAY, TACNA 2017**

Se utilizó la fórmula de alfa de Crombach:

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k \sigma^2 (i)}{\sigma^2 (X)} \right]$$

Donde:

α : Coeficiente alfa de Cronbach

k : Cantidad de Items del test

$\sum \sigma^2 (X)$: Sumatoria de las varianzas al cuadrado de los puntajes totales (Items)

$\sigma^2 (X_1); \sigma^2 (X_2); \dots \sigma^2 (X_k)$: Varianza de la suma de los Items

Obteniéndose como resultado en el siguiente cuadro:

INSTRUMENTO	Alfa de Crombach basada en los elementos tipificados	Nº de elementos
CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA	0,846	22
PRÁCTICAS SOBRESOBRE LACTANCIA MATERNA	0,862	9

Instrumento consejería de enfermería:

El resultado del coeficiente de Alpha de Crombach se visualiza en la ventana obtenida del Software SPSS V.

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,846	22

23.0

El coeficiente de alfa de Crombach para el instrumento consejería de enfermería es igual a 0,846, indica alto nivel de confiabilidad del instrumento.

Los estadísticos descriptivos y la correlación elemento-total corregida es:

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
CE_1	47,600	53,686	,378	,841
CE_2	47,867	55,838	,204	,847
CE_3	48,000	55,571	,152	,853
CE_4	47,733	52,781	,480	,837
CE_5	47,600	50,114	,864	,823
CE_6	47,800	55,314	,202	,849
CE_7	47,867	53,552	,547	,836
CE_8	47,733	51,210	,554	,833
CE_9	47,800	52,457	,645	,832
CE_10	47,933	56,781	,120	,850
CE_11	47,600	53,686	,378	,841

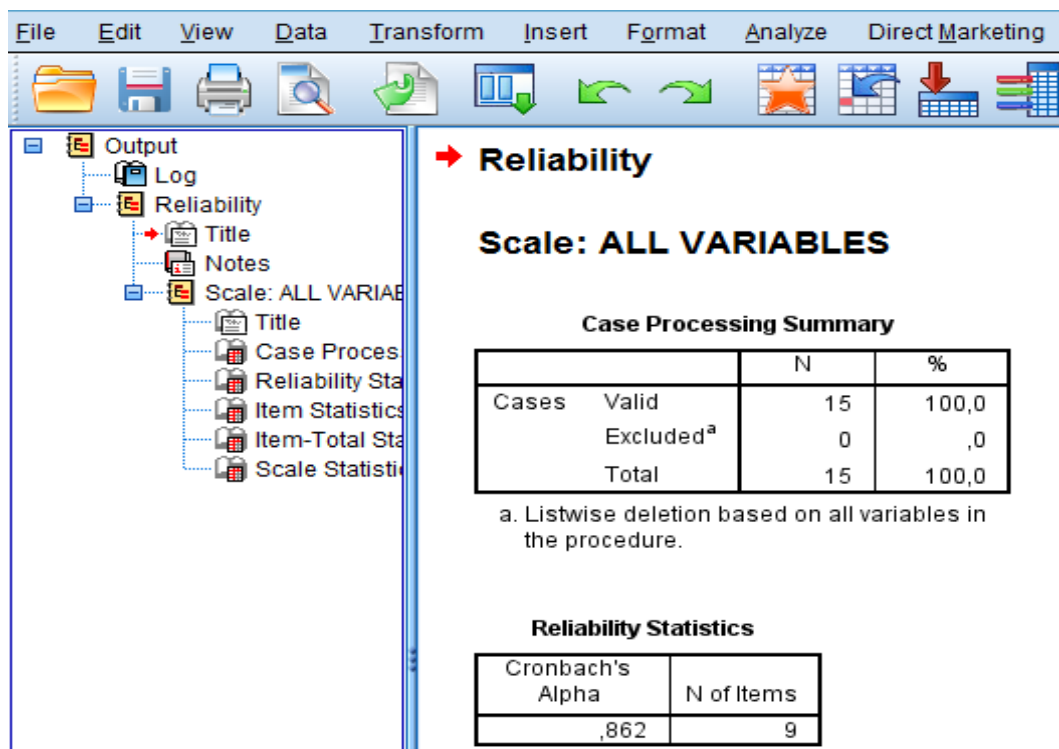
CE_12	47,867	55,838	,204	,847
CE_13	48,000	55,571	,152	,853
CE_14	47,733	52,781	,480	,837
CE_15	47,600	50,114	,864	,823
CE_16	47,800	55,314	,202	,849
CE_17	47,867	53,552	,547	,836
CE_18	47,733	51,210	,554	,833
CE_19	47,800	52,457	,645	,832
CE_20	47,933	56,781	,120	,850
CE_21	47,733	51,210	,554	,833
CE_22	47,800	52,457	,645	,832

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
50,067	58,352	7,6389	22

Instrumento prácticas sobre lactancia materna:

El resultado del coeficiente de Alpha de Crombach se visualiza en la ventana obtenida del Software SPSS V. 23.0



The screenshot shows the SPSS Reliability dialog box and the corresponding output window. The dialog box is titled "Reliability" and has "Scale: ALL VARIABLES" selected. The output window displays the following information:

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	15	100,0
Excluded ^a	0	,0
Total	15	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,862	9

El coeficiente de alfa de Cronbach para el instrumento prácticas sobre lactancia materna es igual a 0,862, indica alto nivel de confiabilidad del instrumento.

Los estadísticos descriptivos y la correlación elemento-total corregida es:

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PL_1	19,000	29,143	,590	,849
PL_2	19,000	29,429	,769	,830
PL_3	19,200	29,743	,722	,834
PL_4	19,467	31,267	,676	,841
PL_5	19,267	31,210	,576	,849
PL_6	19,200	28,600	,558	,856
PL_7	20,000	33,714	,383	,865
PL_8	18,800	31,886	,561	,850
PL_9	19,400	33,686	,651	,849

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
21,667	38,524	6,2068	9

Fuente: Base de datos en el Programa SPSS

ANEXO N° 08

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Hipótesis:

- **H₀** = No existe relación entre la consejería de enfermería con las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.
- **H₁** = Existe relación entre la consejería de enfermería con las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.

Sea $\alpha = 0,05$.

- **Prueba Estadística:** Chi cuadrado de independencia de factores

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

- **Distribución de la prueba estadística:** Cuando H_0 es verdadera, X^2 sigue una distribución aproximadamente X^2 con $(r-1)(c-1) = 1$ grados libertad.

- **Regla de decisión:** Se rechaza H_0 si el valor de X^2 es mayor o igual que 3.041.
- **Cálculo de la prueba estadística:**

Tabla de contingencia Consejería de Enfermería			Prácticas de lactancia materna		Total
			Inadecuado	Adecuado	
Consejería de Enfermería	Inefectivo	Recuento	20	9	29
		Frecuencia esperada	10,8	18,2	29,0
	Efectivo	Recuento	51	111	162
		Frecuencia esperada	60,2	101,8	162,0
	Total	Recuento	71	120	191
		Frecuencia esperada	71,0	120,0	191,0

Prueba de Chi-cuadrado

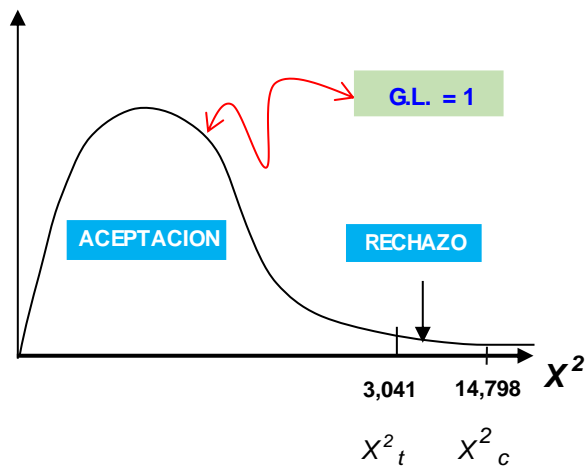
$X^2=14,798$

G.L.= 1

$p = 0,000 <$

$0,05$

- **Decisión estadística:** Se Rechaza H_0 porque 3,041 es menor que 14,798 y el valor p es $< 0,05$.



Conclusión:

Se concluye que H_0 es falsa, y que sí existe relación significativa entre la consejería de enfermería con las prácticas de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años del centro de salud Pocollay, Tacna 2017.

ANEXO 9

RESOLUCIÓN DE FACULTAD



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Académico Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana,
Odontología, Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°8069-2017-FACS/UNJBG
Tacna, 28 de diciembre del 2017

VISTO:

El Informe N° 255-2017-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS. Remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita designación de Asesor para el proyecto de tesis y, autorización para ejecución presentado por las Est. Lic. Erika Cristina Candia Huatuco y Est. Lic. María Elva Sánchez Artiaga, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la Resolución de Consejo Universitario N° 14127-2017-UN/JBG, se aprueba el Reglamento de Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, en el Capítulo III, Art. 07° la Tesis se desarrollará de manera individual o grupal (02 personas);

Que, las Est. Lic. Erika Cristina Candia Huatuco y Est. Lic. María Elva Sánchez Artiaga, de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Informe N° 255-2017-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON LAS PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD POCOLLAY, TACNA 2017**, presentado por las Est. Lic. Erika Cristina Candia Huatuco y Est. Lic. María Elva Sánchez Artiaga, alumnas de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Crecimiento y Desarrollo, de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. Victoria Nora Vela de Córdova

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora Dra. Victoria Nora Vela de Córdova, se procede a autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado.

De conformidad con el Art.70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N°30220, y en lo expuesto en la R.R.N°006-2015-UNJBG, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la Designación de la Dra. Victoria Nora Vela de Córdova, como Asesora del Proyecto de Tesis titulado: **CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA RELACIONADO CON LAS PRÁCTICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD POCOLLAY, TACNA 2017**, presentado por las Est. Lic. Erika Cristina Candia Huatuco y Est. Lic. María Elva Sánchez Artiaga, alumnas de la Segunda Especialidad Cuidado Enfermero en Crecimiento y Desarrollo de la Facultad Ciencias de la Salud

ART. 2°: Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por las Est. Lic. Erika Cristina Candia Huatuco y Est. Lic. María Elva Sánchez Artiaga, alumnas de la Segunda Especialidad-Enfermería, de la Facultad Ciencias de la Salud

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. María Dalila Salas de Cornejo
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Mgr. Verónica del Carmen Berrios Espejo
SECRETARÍA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distrib.: 2da Esp.Enferm, Arch.

IMT/mpm

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria-Central Telefónica 583000 Anexo2226 Casilla postal 316