

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Escuela de Posgrado**

**DOCTORADO EN EPIDEMIOLOGÍA**

**EFEECTO DEL PROGRAMA DIALACTA EN EL NIVEL DE  
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LA LACTANCIA  
MATERNA EN GESTANTES DEL CLAS CENTRO DE  
SALUD METROPOLITANO, TACNA - 2014**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**M.Sc. ROSARIO KARINA DEL CARPIO PEÑALOZA**

**Para optar el Grado Académico de:**

**DOCTORA EN EPIDEMIOLOGÍA**

**TACNA - PERÚ**

**2017**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Escuela de Posgrado

DOCTORADO EN EPIDEMIOLOGÍA

EFFECTO DEL PROGRAMA DIALACTA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y  
ACTITUDES HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN GESTANTES DEL  
CLAS CENTRO DE SALUD METROPOLITANO, TACNA – 2014

Tesis sustentada y aprobada el 10 de agosto del 2017; estando el Jurado  
calificador integrado por:


PRESIDENTE

:

  
.....  
Dra. Rina María Álvarez Becerra

SECRETARIO

:

  
.....  
Dra. Elena Cachicatari Vargas

MIEMBRO

:

  
.....  
Dr. Eduardo López Villanueva

ASESOR

:

  
.....  
Dr. Jaime Edgar Miranda Benavente

## **DEDICATORIA**

*A Dios, por haberme dado la vida,  
sabiduría e inspiración que me da día a  
día para realizar mis metas.*

## **AGRADECIMIENTO**

A todos y cada uno de los docentes de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann que me brindaron sus conocimientos, sus experiencias, por sus enseñanzas, su dedicación y su tiempo, ya que ellos hicieron que mi paso por esta universidad sea agradable.

A mis padres por la tolerancia, motivación y apoyo incondicional en mi desarrollo profesional.

A mis amigas, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos años estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este objetivo se haga realidad.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN .....	xiv
ABSTRACT .....	xv
RESUMO .....	xvi
INTRODUCCIÓN .....	01
 <b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Planteamiento del problema .....	06
1.1.1. Problema general .....	07
1.1.2 Problemas específicos .....	08
1.2 Objetivos.....	09
1.2.1. Objetivo general .....	09
1.2.2. Objetivos específicos .....	10
1.3 Hipótesis.....	11
1.3.1. Hipótesis General .....	11
1.3.2. Hipótesis Específicas .....	12
1.4 Justificación de la Investigación.....	14

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de la investigación .....	16
2.2. Base teórica .....	31
2.3. Enfoque educativo. Teoría social cognitiva de Bandura.....	34
2.4. Enfoque antropológico.....	41
2.5. Enfoque cultural .....	48
2.6. Programa Dialacta .....	56
2.7. Lactancia Materna .....	58
2.8. Conocimiento.....	75
2.9. Actitud .....	79
2.10. Definición de términos .....	83

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Diseño de la investigación.....	87
3.2. Población muestral .....	88
3.3. Instrumento de recolecta de datos .....	90
3.4. Variables de estudio y Operacionalización.....	99
3.5. Técnicas y métodos de recolección de datos.....	102
3.6. Procesamiento y análisis de datos .....	103

## **CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

4.1. Resultados .....	104
-----------------------	-----

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN**

DISCUSION .....	180
CONCLUSIONES .....	188
RECOMENDACIONES.....	192
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	193
ANEXOS .....	206

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes C.S Metropolitano 2014 .....	105
Tabla 2. Comparación de la media de los ítems del pretest actitud hacia la lactancia materna en las dimensiones cognitiva, afectiva y conativa en los grupos de gestantes, antes de la aplicación del estímulo, 2014.....	112
Tabla 3. Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, afectiva y conativa, antes de la aplicación del estímulo, 2014.....	115
Tabla 4. Comparación de la media de los ítems del postest actitud hacia la lactancia materna en las dimensiones cognitiva, afectiva y conativa en los grupos de gestantes, después de la aplicación del estímulo, 2014 .....	122
Tabla 5. Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, afectiva y conativa, después de la aplicación del estímulo, 2014.....	125

Tabla 6. Comparación de la media del test de conocimientos sobre lactancia materna del pretest y postest en los grupos de estudio de gestantes del C.S metropolitano, 2014.....	132
Tabla 7. Nivel de conocimientos sobre lactancia materna antes y después de la aplicación del estímulo.....	135
Tabla 8. Prueba de hipótesis .....	142
Tabla 9. Estadísticos de contraste pretest actitud dimensión cognitiva.....	144
Tabla 10. Prueba de normalidad.....	146
Tabla 11. Estadísticos de contraste pretest actitud.....	148
Tabla 12. Prueba de normalidad .....	150
Tabla 13. Estadísticos de contraste T de Student para muestras independientes .....	152
Tabla 14. Prueba de normalidad .....	154
Tabla 15. Estadísticos de contraste T de Student para muestras independientes.....	156
Tabla 16. Prueba de normalidad .....	158
Tabla 17. Estadísticos de contraste U de Mann Whitney .....	160
Tabla 18. Prueba de normalidad.....	162
Tabla 19. Estadísticos de contraste T de Student para muestras independientes .....	164

Tabla 20. Prueba de normalidad .....	166
Tabla 21. Estadísticos de contraste T de Student para muestras independientes .....	168
Tabla 22. Prueba de normalidad.....	170
Tabla 23. Estadísticos de contraste U de Mann Whitney .....	172
Tabla 24. Prueba de normalidad .....	174
Tabla 25. Estadísticos de contraste U de Mann-Whitney .....	176
Tabla 26. Prueba de normalidad.....	178
Tabla 27. Estadísticos de contraste U de Mann-Whitney .....	179

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Gestantes según edad, nivel de instrucción, ocupación y estado civil del C.S Metropolitano, por grupo según grupo etario, 2014 .....	108
Figura 2. Gestantes según edad, nivel de instrucción, ocupación y estado civil del C.S Metropolitano, por grupo según nivel de instrucción, 2014 .....	109
Figura 3. Gestantes según edad, nivel de instrucción, ocupación y estado civil del C.S Metropolitano, por grupo según ocupación, 2014.....	110
Figura 4. Gestantes según edad, nivel de instrucción, ocupación y estado civil del C.S Metropolitano, por grupo según estado civil, 2014 .....	111
Figura 5. Comparación de la media de los ítems del pretest actitud hacia la lactancia materna en las dimensiones cognitiva, afectiva y conativa en los grupos de estudio de gestantes del C.S metropolitano, 2014.....	114
Figura 6. Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, antes de la aplicación del estímulo, 2014 .....	119

Figura 7. Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva, antes de la aplicación del estímulo, 2014 .....	120
Figura 8. Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa, antes de la aplicación del estímulo, 2014 .....	121
Figura 9. Comparación de la media de los ítems del postest actitud hacia la lactancia materna en las dimensiones cognitiva, conativa y afectiva en los grupos de estudio de gestantes del C.S Metropolitano, después de la aplicación del estímulo, 2014 .....	123
Figura 10. Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, después de la aplicación del estímulo, 2014 .....	129
Figura 11. Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva, después de la aplicación del estímulo, 2014 .....	130
Figura 12. Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa, después de la aplicación del estímulo, 2014 .....	131

Figura 13. Comparación de la media del test de conocimientos sobre lactancia materna del pretest y posttest en los grupos de estudio de gestantes del C.S Metropolitano, 2014.....	134
Figura 14. Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según nivel de conocimientos sobre lactancia materna antes de la aplicación del estímulo, 2014 .....	139
Figura 15. Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según nivel de conocimientos sobre lactancia materna después de la aplicación del estímulo, 2014 .....	140

## RESUMEN

El presente estudio de investigación se realizó en el Clas Centro de salud Metropolitano 2014 -Tacna; es de tipo cuantitativo, cuasi experimental, grupos intactos, antes y después con grupo control, cuyo objetivo es Determinar el efecto del programa DIALACTA en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la Lactancia materna en gestantes del Clas Centro de Salud Metropolitano-2014. La muestra estuvo constituida por 60 gestantes de las cuales 30 fueron parte del grupo experimental y 30 el grupo control. Los instrumentos fueron un cuestionario sobre conocimientos y actitudes. Cuyo resultados fueron: Que no existe diferencias estadísticamente significativas, entre la actitud hacia la lactancia materna en las dimensiones cognitiva, afectiva y conativa antes de la aplicación del programa Dialacta, alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control ( $P:>0,05$ ). Existen diferencias significativas, entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, afectiva y conativa después de la aplicación del Programa Dialacta en las gestantes del grupo experimental y control

**Palabras Clave:** Programa Dialacta, conocimientos, actitudes.

## **ABSTRACT**

The present research study was conducted at the Clas Metropolitan Health Center 2014 -Tacna; Is a quantitative, quasi-experimental group, intact groups, before and after with a control group, whose objective is to determine the effect of the DIALACTA program on the level of knowledge and attitudes towards breastfeeding in pregnant women of the Clas Centro de Salud Metropolitano-2014. The sample consisted of 60 pregnant women, of whom 30 were part of the experimental group and 30 were the control group. The instruments were a questionnaire on knowledge and attitudes. Whose results were: There is no statistically significant difference between the attitude towards breastfeeding in the cognitive, affective and conative dimensions before the application of the Dialacta program, achieved by the pregnant women in the experimental and control group ( $P > 0.05$  ). There are significant differences between the attitude towards breastfeeding in the cognitive, affective and conative dimension after the application of the Dialacta Program in the pregnant women of the experimental and control group

**Keywosrs:** Dialacta program, knowledge, attitudes.

## RESUMO

Este estudo foi realizado no Metropolitan Centro de Saúde Clas - Tacna 2014; é, grupos intactas quasi-experimental antes e depois com o grupo controle quantitativo, que tem como objetivo determinar o efeito do programa DIALACTA no nível de conhecimento e atitudes em relação à amamentação em mulheres grávidas Clas Centro Metropolitan Saúde-2014. A amostra foi de 60 mulheres grávidas de 30 que faziam parte do grupo experimental e o grupo de 30 controle. Os instrumentos foram um questionário sobre conhecimentos e atitudes. Cujos resultados foram os seguintes: Isso não existe diferença estatisticamente significativa entre a atitude para amamentação em dimensões cognitivas, afectivas e conativas antes da implementação do programa Dialacta, atingido por mulheres grávidas no grupo experimental e de controle ( $P > 0,05$ ). Existem diferenças significativas entre atitudes em relação à amamentação na dimensão cognitiva, afetiva e conativa após a implementação do Programa Dialacta em mulheres grávidas no grupo experimental e controle

Palavras-chave: Programa Dialacta, conhecimentos, atitudes.

## INTRODUCCIÓN

La leche materna durante años ha sido el único recurso para la alimentación de los lactantes y aquellos que se han visto privados de ella han estado condenados a desaparecer.

Desde la pre-historia y aún mucho antes, se conoce que la leche materna es el alimento ideal para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño incluyendo el aspecto psicoafectivo. Se ha demostrado que la leche materna contiene los requerimientos nutricionales esenciales, en cantidades adecuadas, para que el lactante no necesite ingerir ningún otro alimento, ni siquiera agua.

La leche desde el punto de vista biológico posee las cantidades adecuadas de proteínas, carbohidratos y lípidos, además su arsenal inmunológico es insuperable ya que posee anticuerpos específicos y complemento C3 – C4. La leche materna es un alimento completo tanto en cantidad y calidad, siempre está disponible, libre de contaminación por bacterias, su temperatura es óptima, no presenta problemas de intolerancia, ni reactividad alérgica.

La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie. Como sistema para alimentar al niño en los primeros meses de vida, la leche materna ha probado su eficacia a lo largo de las generaciones y ha sido por ella que la humanidad ha subsistido. Durante las últimas décadas, el proceso de desarrollo ha producido importantes y múltiples alteraciones del medio, las cuales, a su vez, han afectado positiva o negativamente la salud de las personas.

En la actualidad, la lactancia materna exclusiva (LME) durante los seis primeros meses de vida, se considera un objetivo de salud pública, está relacionada con la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, en especial países en vías de desarrollo; además el Ministerio de Salud (MINSA, 2014) continúa promoviendo la práctica de la lactancia materna exclusiva, mediante estrategias preventivo – promocionales. Igualmente la lactancia materna exclusiva juega un rol fundamental como factor protector de trastornos a corto y largo plazo, protegiendo al lactante de infecciones, del síndrome metabólico y de enfermedades crónicas del adulto entre otras cosas. Pese a las campañas y objetivos propuestos por el Ministerio de Salud (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), no se han obtenido los resultados esperados; es decir, la LME no se ha mantenido en el tiempo como una práctica constante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) han recomendado la Lactancia Materna exclusiva hasta los seis meses de edad por haberse demostrado que es el alimento más completo, que puede recibir el niño y la niña debido a que contiene los elementos protectores y todos los nutrientes que necesita durante los primeros meses de vida; por tal razón la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. A esto se agrega que para la salud materna, la lactancia de forma exclusiva es un aporte fisiológico, porque culmina el ciclo reproductivo de la mujer, disminuye la pérdida sanguínea posparto, retarda el regreso de la fertilidad y reduce la incidencia de cáncer de ovario y útero.

El problema de investigación planteado fue ¿Cuál es el efecto programa DIALACTA en el nivel de conocimientos y actitudes hacia lactancia materna en gestantes del CLAS Centro de Salud Metropolitano en el año 2014?

El propósito se centró en determinar el efecto programa DIALACTA en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la lactancia materna en gestantes del CLAS Centro de Salud Metropolitano en el año 2014

Los objetivos específicos del presente trabajo son:

- Reconocer las características sociodemográficas de las gestantes objeto de estudio.
- Determinar la actitud hacia la lactancia materna en las dimensiones cognitiva, afectiva, conativa en el *pretest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.
- Identificar la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, afectiva, conativa del *postest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.
- Identificar las diferencias al comparar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control en el pre test y post test.

La hipótesis planteada fue: La aplicación del Programa DIALACTA determina diferencias significativas en el nivel de conocimientos y la actitud hacia la lactancia materna en las gestantes del grupo experimental a diferencia del grupo control.

Dichos objetivos se alcanzaron con el desarrollo del presente trabajo de investigación que está dividido de la siguiente manera:

El Capítulo I trata la descripción del problema de investigación, se plantea el problema a investigar, se formula los problemas de estudio y los objetivos de estudio. En el Capítulo II se aborda lo referente al marco teórico, se aborda antecedentes de estudio y base teórica. En el Capítulo III se explicita el marco metodológico el que comprende el diseño de la investigación, los criterios de inclusión y de exclusión, las variables de estudio, el procesamiento, el instrumento y el paquete estadístico empleado. En el Capítulo IV se expone los resultados de la investigación con análisis e interpretación y la discusión. Finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones, la bibliografía correspondiente y anexos.

# **CAPÍTULO I**

## **EI PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Extensas investigaciones sobre la biología de la leche humana y sobre los resultados en la salud asociados con la lactancia han establecido que la lactancia materna es más beneficiosa que la alimentación con fórmula. Los niños amamantados experimentan menos casos de enfermedades infecciosas y no infecciosas e infecciones respiratorias e infecciones óticas. Las madres que amamantan, experimentan menos sangrado postparto, un más temprano retorno al peso anterior al parto, y un riesgo reducido de padecer cáncer de ovario y cáncer de mama pre menopáusico (Paricio JM. 2004)

Sin embargo, se ha observado que las gestantes que acuden al centro de salud Metropolitano por diversas razones, influencia social, normas culturales, el trabajo de la madre, estudios, falsas creencias de algunas mujeres como pensar que la lactancia materna puede afectar su belleza, lleva a reemplazarla por la lactancia sustitutiva.

Esta situación se ha incrementado a la par que han aparecido en el mercado gran cantidad de productos industrializados que venden la idea

de ser sustitutos de la leche humana, tal situación ocasiona que la madre establezca la lactancia mixta provocando pobre producción o abolición de la secreción láctea. A esto se suma la práctica en algunos hospitales del uso de fórmulas, el contacto tardío entre la madre y su hijo, los cuales se consideran factores de riesgo para que ocurra la suplementación con fórmulas artificiales, que por no poseer los requerimientos inmunológicos adecuados, originan un aumento de las enfermedades diarreicas, alergias y afecciones respiratorias, entre otras muchas relacionadas con la ausencia de la leche humana. (Fuenmayor, J y Álvarez)

El personal de Salud brinda la información a la gestante sobre la importancia de la lactancia materna, y la orienta desde la consulta prenatal sobre los beneficios y la importancia que tiene la lactancia materna para el recién nacido, sin embargo, dicha orientación no resulta suficiente. En base a lo expuesto, esta investigación cobra relevancia en virtud que tiene como meta principal aplicar un Programa sobre Lactancia Materna, dirigido a las gestantes que acuden al centro de Salud Metropolitano.

### **1.1.1. Problema general**

¿Cuál es el efecto programa DIALACTA en el nivel de conocimientos y actitudes hacia lactancia materna en gestantes del CLAS Centro de Salud Metropolitano en el año 2014?

### 1.1.2. Problemas específicos

- a) ¿Existen diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva del *pretest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control?
- b) ¿Existen diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del *pretest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control?
- c) ¿Existen diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa del *pretest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control?
- d) ¿Existen diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva del *postest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control?
- e) ¿Existen diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del *postest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control?
- f) ¿Existen diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa del *postest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control?

- g) ¿Existen diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control en el *pretest*?
- h) ¿Existen diferencias al comparar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control en el *pretest*?
- i) Existen diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control en el *postest*?
- j) ¿Existen diferencias al comparar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control en el *postest*?

## **1.2. OBJETIVOS**

### **1.2.1. Objetivo general**

Determinar el efecto del programa DIALACTA en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la lactancia materna en gestantes del CLAS Centro de Salud Metropolitano en el año 2014.

### **1.2.2. Objetivos específicos**

- a. Determinar las diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva del pretest alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.
- b. Identificar las diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del *pretest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.
- c. Determinar las diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa del *pretest* alcanzado por los gestantes del grupo experimental y control.
- d. Identificar las diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva del *postest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.
- e. Precisar las diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del *postest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.

f. Identificar las diferencias al comparar la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa del *postest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.

g. Identificar las diferencias entre la actitud sobre lactancia materna alcanzada por las gestantes del grupo experimental y control en el *pretest*.

h. Establecer las diferencias al comparar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control en el *pretest*

i. Establecer las diferencias entre la actitud sobre lactancia materna alcanzada por las gestantes del grupo experimental y control en el *postest*.

j. Identificar las diferencias al comparar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control en el *postest*.

## **HIPÓTESIS**

### **1.3.1. Hipótesis general**

La aplicación del programa DIALACTA determina diferencias significativas en el nivel de conocimientos y la actitud hacia la lactancia materna en las gestantes del CLAS C.S Metropolitano en el año 2014 en el grupo experimental a diferencia del grupo control.

### **1.3.2. Hipótesis específicas**

- a) Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva del *pretest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.
- b) Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del *pretest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.
- c) Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa del *pretest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.
- d) Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva del *postest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.

- e) Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del *postest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.
- f) Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa del *postest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.
- g) Existen diferencias entre la actitud sobre lactancia materna alcanzada por las gestantes del grupo experimental y control en el *pretest*.
- h) Existen diferencias entre los conocimientos sobre lactancia materna alcanzada por las gestantes del grupo experimental y control en el *pretest*.
- i) Existen diferencias entre la actitud sobre lactancia materna alcanzada por las gestantes del grupo experimental y control en el *postest*.
- j) Existen diferencias entre los conocimientos sobre lactancia materna alcanzada por las gestantes del grupo experimental y control en el *postest*.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel mundial, sólo el 35 % de los lactantes de menos de seis meses reciben exclusivamente leche materna, y las prácticas de alimentación complementaria distan de ser idóneas, así mismo, en nuestro país el ministerio de salud señala en su último reporte de la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES, 2000) señala que los infantes de 0 a 1 y 2 a 3 meses de edad que recibían lactancia exclusiva ha disminuido del 79 y 67 por ciento al 76 y 60 por ciento, respectivamente. Si se profundiza en estos resultados, se observa que la lactancia Materna Exclusiva en las áreas rurales es la que con el paso de los años ha incrementado en mayor proporción, siendo la región de la selva, la que concentra un porcentaje mayor en LME. Sin embargo, en los ámbitos urbanos y de la Costa, los porcentajes no han variado significativamente donde la lactancia materna no sobrepasa el 68 %. La información disponible muestra que la Lactancia Materna como única fuente de alimentación proporciona un alimento que pueda brindar un óptimo crecimiento y desarrollo, así como una buena nutrición a los niños hasta los seis meses de edad, aun en condiciones poco favorables de las madres.

El estudio planteado ayudará, entre otros aspectos, a conocer que la etapa prenatal y los 2 primeros años de vida del niño son considerados

como una “ventana de oportunidad” para prevenir la mortalidad infantil atribuible a la desnutrición. Por ello, hay una gran necesidad de intervenir desde el embarazo y la lactancia, para lograr un óptimo estado de nutrición, crecimiento y desarrollo del niño, con impacto positivo a lo largo de su vida, con el objetivo de formar adultos más sanos y con mayor oportunidad de tener una vida exitosa y plena.

Este estudio mantiene relevancia social ya que la situación que se presentó es una problemática que se manifiesta a nivel nacional, y que a pesar, que existe buena inversión económica en difusión y estrategias para la promoción de la lactancia materna, se identificó que aún se sigue encontrando disminución en ésta. La investigación contribuirá con estrategias que puedan ser utilizadas para disminuir los efectos de la no lactancia en la salud del Recién nacido, con el propósito de promover la lactancia materna a las nuevas madres para lograr prolongar la alimentación del lactante desde el nacimiento hasta los primeros seis meses de edad de forma exclusiva y posteriormente como alimento complementario hasta los dos años.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Se ha localizado, investigaciones relacionadas con las variables de estudio:

**Carrasco, Karina y Col. Chile (2006).** *Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto a la lactancia materna exclusiva en madres de niños con 6 meses de vida, CESFAM Panguipulli noviembre – diciembre de 2006.*

Desarrolla el estudio en el cual la población estuvo constituida por 22 mujeres con hijos/as que cumplían 6 meses de vida, con antecedentes de Control de Niño Sano. Los resultados de conocimiento de las mujeres con respecto a la lactancia materna exclusiva, el 4,5 % tenía un “buen” nivel de conocimiento, 59,1 % un nivel conocimiento “suficiente” y 36,4 % un nivel de conocimiento “insuficiente”.

Con respecto a los conocimientos generales evaluados, el 81,8 % de las encuestadas sabe cuánto debe durar la lactancia materna exclusiva y el 95,5 % reconoce que el proceso de ablactación se inicia a los 6 meses de vida de el/la niño/a. Por otra parte. el 86,4 % de la población estudiada

identifica correctamente la definición de calostro, el 54,5 % conoce medidas para aumentar la producción de leche y el 50 % de las mujeres posee un buen conocimiento en relación a las medidas que permiten mantener las mamas sanas, destacando que el 81,8 % de ellas señala como una de estas medidas que el/la niño/a tome de forma correcta el pezón. Para evaluar la actitud de las mujeres frente a la LME se utilizó la escala de Likert, el 68,2 % de las mujeres tenía una actitud “muy favorable”, 27,3 % una actitud “favorable” y 4,5 % una actitud “desfavorable”. A pesar de esto, el 50 % de las mujeres no manifestó una postura clara ante la afirmación desfavorable para la LME: “Mientras se le dé alimento a el/la niño/a no tiene gran importancia si se hace con leche materna o artificial”, ya que sus respuestas fluctuaron entre “de acuerdo” e “indecisa”.

El 95,5 % de las mujeres poseía una actitud frente a la LME entre favorable y muy favorable, pero independiente de la actitud de la madre frente a este proceso, el destete fue más frecuente antes de los 6 meses. Aunque en el grupo con mejor actitud se observó un 23,3 % más de LME a los 6 meses, esta diferencia no es capaz de demostrar una relación clara entre estas variables. (Carrasco NK. 2006).

**Gamboa, Edna y otros (2008).** *Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con la lactancia Materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Departamento de Salud Pública. Universidad Industrial de Santander. Colombia.* El objetivo principal fue identificar conocimientos, actitudes, prácticas relacionadas con la Lactancia Materna en mujeres en edad fértil residentes del asentamiento las Marías del Municipio de Giron -2005. Conclusiones: los resultados de este estudio permitieron identificar los aspectos críticos en cuanto al manejo de las dificultades que se pueden presentar durante la lactancia materna y los aspectos que favorecen el abandono de esta práctica. Estos hallazgos hicieron parte del diagnóstico de la situación de salud realizado por el Departamento de salud pública y escuelas de nutrición y dieta, enfermería de la Universidad Industrial Santander y permitieron implementar estrategias de intervención para mitigar la problemática encontrada. Este estudio genera un alto impacto en la población de estudio dado que permitió la formulación y la ejecución de un programa de educación nutricional que fomentó la práctica de la lactancia materna en las mujeres residentes en este asentamiento, acciones que se llevaron a cabo de manera conjunta con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y justificaron la creación de un hogar FAMI (familia, mujer e infancia) por parte del Instituto en este asentamiento.

Y los resultados fueron: el 78,1 % de las participantes había tenido hijos, solo el 13 % tenían conocimientos sobre la forma correcta de amamantar, un 49 % no conocía los métodos de conservación de la leche materna. El 69,8 % de las participantes tienen actitud de apoyo cuando ve a una familia lactando. El tiempo promedio de lactancia materna fue de 5,7 meses. El alimento con el que mas inician la alimentación complementaria es el caldo (88 %).

**Glez, Aythamy. 2009. España. *Evaluación de la eficacia del programa amadrina a una primeriza en la promoción de la lactancia*** El objetivo de estudio es Determinar si un programa de intervención dirigido a aumentar la autoeficacia en madres primíparas es eficaz para mejorar la duración de la lactancia materna. Como conclusiones : En España las cifras de lactancia materna han aumentado en las últimas décadas hasta llegar a un 28 % a los 06 meses ,pero estos datos distan de las recomendaciones de la OMS, por lo que es necesario desarrollar intervenciones para mejorar las tasas. Presentamos un proyecto que pretende aumentar los niveles de autoeficacia a las madres primerizas, para mejorar las tasas de L.M. mediante un programa de apoyo individualizado proporcionado por una madre con experiencia (madrina) utilizando una plataforma web.

**Morán, Edith y Col. 2010. San Salvador.** Conocimientos en lactancia materna de las madres lactantes que asisten a control materno en la unidad de salud Barrios, Sibasi centro del departamento de San Salvador Abril- Septiembre 2010.

El objetivo del estudio fue Determinar la influencia de un Programa Educativo sobre Lactancia Materna dirigido a adolescentes embarazadas que asistieron a la consulta prenatal (obstetricia) del Centro de Salud “Lino Maradey” en el primer trimestre del año 2010. El grupo participante estuvo constituido por un total de 25 madres dentro de las conclusiones se mencionan que la Lactancia Materna es buena para su bebe cuando se da por seis meses seguidos, suficiente y debe ser frecuentemente.

En general las madres participantes tienen el conocimiento del concepto de lactancia materna y saben que contiene componentes que le ayudan a crecer sano a sus hijo o hijas. Las madres consideran que la Lactancia Materna le puede ayudar a que su hijo sea más inteligente, que obtenga buenas notas en la escuela, que no se enferme seguido, que sea sano y saludable, y que sea más alto. El personal de salud, participante que brinda consejería en Lactancia Materna en la Unidad de Salud Barrios tiene el conocimiento que Lactancia Materna exclusiva es dar de mamar al bebe en los primeros seis meses de vida, es dar solo pecho y no dar nada ni agua, el personal de salud le explica a las madres el valor nutritivo

de la lactancia materna en la consejería y les señala que la leche materna tiene compuestos o componentes que son importantes para su hijo o hija, y el período para ser Lactancia Materna exclusiva, les explican a las madres la relación de la ganancia de peso con lactancia materna mencionando que el bebe está creciendo bien porque le da de mamar, con ayuda de la grafica de crecimiento y que cada vez que viene a la unidad de salud su bebe tiene que ganar peso. Al relacionar el conocimiento de las madres participantes con el del personal de salud ambos grupos conocen el concepto de Lactancia Materna Exclusiva y los beneficios que ésta hará en los hijos o hijas de las madres lactantes. (Moran HE. 2010).

**Ruiz, Josefina y Col Venezuela, 2010** *Influencia de un programa Educativo sobre lactancia materna en adolescentes embarazadas IVSS “Lino Maradey” primer trimestre 2010.*

La muestra del estudio estuvo constituida por 30 adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta prenatal (obstetricia) del centro de salud, las cuales cumplieron con los criterios a evaluar, y bajo su consentimiento participaron en la investigación. El conocimiento de las adolescentes embarazadas sobre lactancia materna, mediante el pre-test,

el cual reportó que el 70,0 % poseían conocimiento calificativo como “Malo o Deficiente”, mientras que 23,3 % se ubicaron en el nivel “Bueno” y 6,7 % en el nivel “Regular”. Una vez aplicado el programa educativo mediante el post test, hubo un cambio significativo, donde se obtuvo que 66,7 % poseían conocimiento calificativo como “Bueno”, mientras que 26,6 % se ubicaron en el nivel “Malo o Deficiente” y 6,7 % en el nivel “Regular”. Las respuesta obtenidas en el pre-test y post-test fueron comparadas, dando como resultados un valor de “t” de student a 5,95 con un nivel significativo de  $p > 0,05$  ( $t: 5,95$   $p > 0,05$ ). Lo que admite que existen diferencia estadísticamente significativas entre el pre-test y post-test, interpretando que el cambio obtenido fue producido por la aplicación del programa educativo sobre lactancia materna. (Ruiz DE. 2010).

**Naranjo, Rosley. Riobamba-Ecuador.(2011).** *Diseño de un manual educativo en lactancia materna dirigido a las madres de los niños que asisten a la guardería estrellitas del mañana. Licto.2010-2011.* Conclusiones: en la investigación encontramos que la mayoría de las madres del grupo de estudio oscilan entre una edad de 15 a 20 años lo que concuerdan con la falta de conocimientos que se reflejan con respecto a la lactancia materna debido a que son madres a una corta edad. De la población de las madres de la guardería estrellitas del

mañana tienen una educación básica lo cual fue un elemento a considerar el diseño del manual. Se pudo establecer que la práctica de lactancia materna con respecto al acercamiento socio afectivo entre la madre y el hijo va a ser efectivo en su desarrollo psicoafectivo-psicomotor y en su crecimiento. De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se diseñó un manual para las madres puérperas, y a la vez puede ser útil para madres puérperas, y a la vez puede ser útil para madres gestantes ya que su contenido es básico y elemental el mismo que debe ser aplicado por educador/ capacitador.

**Martínez, Juan. España, (2012):** *Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido. Tesis doctoral. Universidad de Granada.* El objetivo general es Conocer la influencia que la asistencia a las sesiones de educación maternal puede tener para la obtención de mejores resultados en determinados aspectos relacionados con el proceso de embarazo, parto y puerperio en la línea del plan de humanización de la atención perinatal. El estudio concluyó que la falta de oferta de programa de educación maternal dentro de la cartera de servicios del centro sanitario fue el principal motivo para que las mujeres no realizaran el Programa de educación maternal. En los centros en los que se ofertaba esta actividad, el horario en el que se desarrollaba las

sesiones de educación maternal era el principal motivo por el que las mujeres no acudían al programa. La educación maternal no produjo que las mujeres hiciesen un uso del servicio de urgencia de obstetricia. La educación, maternal no tuvo influencia sobre el nivel de ansiedad preparto de la gestante. La realización de educación maternal por parte de la madre no tiene influencia sobre la adaptación del recién nacido en la vida intrauterina y se asocio con un menor riesgo de bajo peso del nacimiento. Las madres que participaron en el programa iniciaron con mayor frecuencia la lactancia materna de forma precoz y mantuvieron la lactancia materna exclusiva en mayor proporción hasta los dos meses de vida del recién nacido. La valoración de la utilidad y beneficio de la educación maternal es mayor en las mujeres que participaron en el programa. Las mujeres manifestaron que durante las clases de educación maternal había que tratar temas referentes al cuidado del R.N. las mujeres estaban bastante satisfechas.

**Loarte, Lorena, Loja Ecuador. 2015.** *Conocimientos y prácticas sobre posiciones durante la lactancia materna en madres que acuden al Programa de creciendo con nuestros hijos del Barrio San Francisco.* Conclusiones: indicaron que las únicas posiciones de amamantamiento conocidas por las madres fueron: posición sentada y acostada, cabe

recalcar que las posiciones para la lactancia materna están referidas desde la postura que adopta la madre y el niño, de forma similar las madres mantienen una buena práctica en cuanto a las posiciones conocidas por ellas la cual puede deberse a que brindan mayor comodidad en un 75 %. De igual, manera las madres conocen y observan prácticas adecuadas en cuanto al apego, colocación de la mano en forma de C y agarre del seno por parte del bebe.

### **En el ámbito nacional**

**Gamarra, Raquel y col. Lima, 2009.** *Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima.*

El estudio observacional descriptivo, cuanti cualitativo realizado en asentamientos Humanos del distrito de Villa María del Triunfo- Lima, La muestra estuvo formada por 158 madres de niños menores de 3 años residentes en la zona 2 del área de intervención del PDA 'El Salvador', en el distrito de Villa María del Triunfo. Los principales medidas de resultados Nivel de conocimientos, tipo de actitudes y percepciones sobre lactancia materna (LM), alimentación complementaria (AC) y alimentación durante una enfermedad. Se obtuvo el siguiente resultado el 81 % de

participantes mostró nivel de conocimientos alto, 65 % estuvo en total acuerdo con la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, 63 % estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. La mayoría percibía que la LM debía ser hasta dos años, porque ayuda a la formación de órganos y para que el niño crezca sano; la AC se inicia a los seis meses, porque ayuda a la formación del estómago, el niño tiene más apetito y la LM ya no es suficiente; el consumo de alimentos de origen animal, frutas y verduras debía ser diario; durante la diarrea se brindaría abundante líquidos y mayor frecuencia de alimentos y en menor cantidad. En conclusión, las madres presentaron nivel de conocimientos alto (81 %) y actitudes favorables (66,7 %) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello. Gamarra R, Porroa M, Quintana M. (2010)

**Meré Rosa y col Lima, 1997.** *Conocimientos sobre lactancia materna que poseen las primigestas que acuden al control prenatal del Hospital Nacional Docente madre niño San Bartolomé Mayo 1997.*

El estudio concluye que solo el 41 % de las encuestadas tienen conocimientos “adecuados” y el mayor porcentaje, es decir, el 59 % poseen conocimientos “inadecuados” sobre lactancia materna. En cuanto a la práctica de la lactancia materna, el 63 % tiene conocimientos

“adecuados” y el 37 % poseen conocimientos “inadecuados”. Siendo que el conocimiento inadecuado radica principalmente en la categoría 7, relacionada al conocimiento que tiene las primigestas con respecto a la lactancia materna y EDA que de las 68 encuestadas, el 60 % responde inadecuadamente, así mismo con respecto a la relación entre administración de medicamentos y producción de leche el 51 % tiene conocimientos inadecuados. En cuanto a la importancia de la lactancia materna el 44 % tiene conocimientos adecuados y el 56 % posee conocimientos inadecuado, siendo que el 82 % tiene conocimientos inadecuados en cuanto al incremento de producción de leche, el 79% de encuestadas, conoce inadecuadamente los beneficios de la lactancia materna para la madre y el 50 % posee conocimientos inadecuados sobre los beneficios de la lactancia materna para él bebe. (Mere HR. 1997).

**Casallo, Evelyn y Col. 2010.***Conocimientos y actitudes sobre lactancia Materna exclusiva en madres: Consultorio de CRED del Instituto nacional Materno Perinatal del 2010.*

Estudio descriptivo, transversal, realizado en el Instituto Materno Perinatal; en una población de 80 madres con hijos menores de 6 meses. Para la recolección de datos sobre conocimientos se empleó un

cuestionario de 15 preguntas y para las actitudes se utilizó la escala de Lickert con 18 proposiciones y cuatro alternativas de respuesta; cuyas conclusiones fueron que el 45 % de las madres presenta un nivel de conocimiento regular, el 31,3 % un nivel de conocimiento bajo y el 23,8 % un nivel de conocimiento alto. El 51,3 % de madres muestran actitudes de indiferencia hacia la lactancia materna exclusiva, un 28,8 % muestran actitud de rechazo y solo un 20 % actitudes de aceptación. (Casallo ME, 2010)

### **En el ámbito local**

**Huarachi, Roxana y Col. Tacna 2010.** *Factores de riesgo para la lactancia materna ineficaz en puérperas del Hospital de Apoyo Hipólito Unanue Tacna, diciembre 2010.*

La población estuvo conformada por 302 puérperas, encontrándose que las puérperas comprendidas entre los 20 a 34 años presentaron lactancia materna ineficaz con un 64,6 %, así mismo, las primíparas presentaron lactancia materna ineficaz con un 50,8 %. Un aspecto importante del estudio fue comprobar que todas las madres entrevistadas afirmaron conocer la importancia de la lactancia materna por que lo habían escuchado por medios de comunicación sin embargo el 100 % de madres con lactancia materna ineficaz y el 16,5 % con lactancia materna eficaz

manifestaron que no recibieron ningún tipo de capacitación por parte del personal de salud sobre la técnica adecuada de la lactancia. (Ancalli F, Quispe A, López E, Huarachi R. 2010)

**Hernández, Ricardo, Tacna 2012.** *Nivel de conocimientos sobre lactancia materna y su relación con factores epidemiológicos en madres con hijos de 2 a 6 meses de edad perteneciente a los centros de salud de la Micro red Metropolitana de Tacna.*

Estudio prospectivo, descriptivo y transversal el universo de estudio fueron todas las madres con hijos de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los C.S de la Micro red metropolitana 378 y una muestra de 100 madres. Se obtuvieron los siguientes resultados el 29 % tenían nivel de conocimiento bueno, 36 % regular y 35 % malo sobre lactancia materna.

**Espinoza, Veramendi y otros. (2012).** *Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa.* Cuyo objetivo fue: asociar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna de las madres con la frecuencia de D.A.I. en los últimos seis meses del niño menor de dos años. Conclusiones: se halló conocimientos de medio a bajo en 76,5 % de las madres encuestadas, actitudes neutras

en 58,8 % y favorables en 20,6 % y prácticas neutras en 64,7 % e inadecuadas en 23,5 %, no se encontró correlación entre estos. No se logró establecer ningún tipo de asociación estadísticamente significativa entre conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en diarreas agudas infecciosas.

**Quispe, Melissa, Oyola, Alfredo.** (2015) *Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva.* Conclusiones. El abandono de la lactancia materna exclusiva se observó en 69 (28,87 %) madres que tenían 23 a 54 años de edad en promedio mientras que aquellas que no abandonaron la lactancia materna exclusiva tenían un promedio de edad 24,85. Las creencias inadecuadas dar de lactar es doloroso, el biberón es la mejor forma de controlar la alimentación de mi bebe, y dar pecho daña mi imagen corporal, así como la discrepancia de las madres con las afirmaciones. La lactancia materna exclusiva es suficiente para satisfacer el hambre de mi bebe, y la lactancia materna exclusiva es suficiente para engordar a mi bebe, se asoció con mayor proporción de abandono de la lactancia materna exclusiva. Las creencias maternas inadecuadas sobre la lactancia materna están ligadas al abandono de la lactancia exclusiva.

## 2.2. BASE TEÓRICA

Los paradigmas en Salud Pública con la aparición de “ la estructura de las revoluciones científicas de Thomas Kuhn( 1987), se origina un debate sobre la presencia de los paradigmas en diferentes disciplinas científicas, y la epidemiología no es la excepción ; Thomas Kuhn defendió originalmente un paradigma como “una construcción simbólica del conocimiento”, además propuso el término matriz disciplinar “ conjunto de elementos ordenados en una disciplina profesional “, utilizando como ejemplo el método científico.

La discusión sobre paradigma en Salud Pública, origina recapitulación histórica sobre los modelos conceptuales, desde las concepciones mágicas- religiosas hasta los modelos ecológicos y socio médicos.

Susser (1996; 86; 668-73) en su discurso sobre el futuro de la epidemiología propuso *tres eras* de esta disciplina: la primera era la sanitarista siglo XVIII principios del siglo XIX. Basada en el paradigma del “Miasma” donde incluye una variante multicausal a la teoría miasmática. La era de las enfermedades infecciosas segunda mitad del siglo XIX principios del siglo XX basada en el paradigma del “germen”: agentes específicos se relaciona con enfermedades específicas y se desarrolla la

Teoría del germen. La era de las enfermedades crónicas segunda mitad del siglo XX. Después de la segunda guerra mundial empezaron a tomar auge padecimientos como el cáncer, enfermedades coronarias y gástricas, donde no se conocían los agentes etiológicos específicos, el principal aporte en esta era esta la incorporación de estudios sobre hábitos de vida, estilos de vida y comportamientos, que permitieron la identificación de factores de riesgo y grupos de riesgo tanto a nivel individual como poblacional.

Últimamente a mediados de los 90 se propuso un nuevo modelo “eco- epidemiológico”, que emerge como un análisis de eventos y de sus determinantes en diferentes niveles de organización: biológico, clínico y social (metáfora de la caja china (Arredondo 1993). Este modelo permitirá desarrollar un enfoque analítico y preventivo.

Un aspecto central del desarrollo de modelos teóricos y conceptuales en Salud Pública, es precisamente el desarrollo de marcos explicativos sobre las dimensiones poblacionales del proceso salud – enfermedad. Estos desarrollos han buscado establecer principios y redes de multicausalidad para el análisis poblacional de procesos patológicos (López y otros 1998).

## **ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO**

El modelo praxiológico por naturaleza incorpora la praxis como esencia de la conexión sujeto- objeto y conlleva la necesidad de ser participativo. Implica el realismo dialéctico, como base de ideas epidemiológicas emancipadoras. Coloca la relación dinámica objeto-sujeto como eje del conocimiento e inserta la praxis como sustento y condición de dicha relación y no como un elemento “externo”. El reflejo inductivo de la percepción, puro y directo, no existe, como tampoco las operaciones deductivas “a priori” pues ese objeto puro, “en sí”, y la subjetividad “a priori” son apenas abstracciones pobres, ya que el sujeto solo puede serlo en relación con lo que conoce, lleva siempre al sello del objeto, y las características del objeto contienen siempre elementos subjetivos, pues las experiencias perceptivas no están única y directamente determinada por las imágenes y estímulos de la naturaleza, sino que dependen de la cultura, de las estructuras simbólicas por cuya intermediación “leemos la realidad”. Es decir, aunque los objetos de la naturaleza existieron antes del surgimiento de la humanidad, sólo son objetos de conocimientos en cuanto están en relación con nosotros. (Markovic, 1972) por intermedio de nuestras estructuras simbólicas.

El modelo praxiológico establece, por consiguiente una ruptura epistemológica importante y necesaria para el pensamiento y la práctica

en la salud colectiva. Es así, porque desde esta óptica praxiológica, se busca conocer una realidad para transformarla integralmente.

### **2.3. ENFOQUE EDUCATIVO. TEORIA SOCIAL COGNITIVA DE BANDURA**

La autoeficacia ha sido ampliamente discutida en la literatura de la psicología social para explicar la teoría de la motivación y el aprendizaje. Este concepto ha sido adaptado a la psicología y las ciencias de la salud como un importante predictor de conductas de salud. (Kear, 2000). De hecho, frente a lo difícil que puede ser el motivar a la adopción de conductas que promueven la salud o el detener conductas nocivas para ésta, la autoeficacia ha mostrado consistentemente ser un factor de gran importancia (Bandura, 1997).

Concepto de autoeficacia: es el constructo, que fue introducido por Bandura (1977), representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva. De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta es tan regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) las expectativas de resultado, que se refiere a la

creencia que la conducta producirá determinados resultados y c) las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a las creencias que tiene una persona poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados ( Bandura ,1995).

De acuerdo a la teoría e investigación, la autoeficacia influye en cómo la gente siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo (Bandura 2001). Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas, en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para mismas y en su compromiso con estas metas (Bandura, 2001). Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico (Bandura 1997).

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Así por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos. Una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor

compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia.

La autoeficacia es tradicionalmente entendida como referida a un dominio o una tarea específica. Sin embargo algunos investigadores también han conceptualizado un sentido general de autoeficacia que se refiere a un sentido amplio y estable de competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes. Para la mayoría de aplicaciones (Bandura 1997-2001), plantea que la autoeficacia percibida debe ser conceptualizada de manera específica, no obstante la autoeficacia general puede explicar un amplio rango de conducta humana y resultados de afrontamiento cuando el contexto es menos específico. (Luszczynska ,2004).

La autoeficacia y conducta de salud: el constructo de autoeficacia ha sido aplicado a conductas tan diversas en distintos dominios de salud como : el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicios, baja de peso , y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud (Forsyth 1998). Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Grembowski, y otros 2005). En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos

con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. Además los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia. (Grembowski 1993).

De acuerdo al Modelo de Promoción de la Salud los Principales supuestos que reflejan las perspectivas de la ciencia conductual y destacan el papel activo del paciente para gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno. (Pender 1996) *principales supuestos:*

- Las personas buscar crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
- Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
- Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un

equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.

- Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
- Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda la complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.
- Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
- La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona- entorno es esencial para el cambio de conducta.

AFIRMACIONES TEÓRICAS: El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. De distinta manera a los modelos orientados a la evitación, que se basan en el miedo o la amenaza para la salud como motivación para la conducta sanitaria. El modelo tiene una competencia o un centro orientado al enfoque. La promoción de la salud

está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano (Pender 1996). Afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud y Pender (2002) presenta catorce afirmaciones teóricas:

- La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el efecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
- Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal.
- Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
- La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
- La eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
- El efecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del efecto positivo.

- Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
- Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él / ella modelan su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
- Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencia interpersonal que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
- Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.
- Cuanto mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud o lo largo del tiempo.
- El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en la que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.

- Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras, y por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.
- Las personas pueden modificar los conocimientos, el efecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud (Marriner Ann y otros 2007).

#### **2.4. ENFOQUE ANTROPOLÓGICO:**

La revisión de documentación es fundamental para comprender y contextualizar la información etnográfica y comprender la gran exégesis que existe sobre la representación y prácticas relacionadas con la lactancia. A diferencia de otros animales, en el ser humano la lactancia es una construcción social y, por tanto depende del aprendizaje, creencias, valores, normas y condicionantes socioculturales que evolucionan o involucionan al compas del los tiempos y de los individuos que lo viven y configuran.

Históricamente, la alimentación al pecho materno ha sido la única forma de garantizar la salud y supervivencia del Recién Nacido y su fracaso es una de las causas fundamentales de mortalidad infantil. El tema de la lactancia materna ha estado presente en los tratados de los grandes pensadores, filósofos, médicos e historiadores a lo largo de los siglos.

Uno de los temas relacionados con la lactancia materna mas estudiada desde las diferentes disciplinas ha sido el de las amas de crías o nodrizas, a través de los cuales podemos conocer ciertos patrones en las costumbres en distintos lugares y épocas.

Desde la edad media, todo tratado de portería y cuidados de la infancia se hablaba de los consejos sobre la lactancia y el asesoramiento acerca de la elección de la nodriza en los casos que era necesario. Bonells (1786) diserta sobre los beneficios y razones para que una mujer amamante a su hijo, reprendiendo a aquellos que ponen a sus hijos a criar con una nodriza sin razón.

Desde la segunda mitad del siglo XX la lactancia materna por ama o nodriza ha sido un tema objeto de estudio desde distintas ramas de las ciencias sociales. La gran importancia dada a las razones y consejos sobre la lactancia materna que sabios y eruditos, desde los tiempos de Aristóteles hacia la actualidad han empleado para justificar su conveniencia para la madre y para el hijo, seguramente, se encuentra en el pecho de gran cantidad de mujeres que se lo podían permitir, no querían dar el pecho; lo que nos demuestra el débil equilibrio entre lo natural y lo cultural de las actividades humanas.

Frecuentemente, se cita dentro de las culturas clásicas a las madres espartanas como ideal de maternidad y el hecho de que amamantaban a sus hijos independientemente de su rango y posición social. En la obra de grandes antropólogos culturales, las prácticas y creencias relacionadas con la lactancia materna no aparecen directamente como objeto o categorías de estudio. Margaret Mead (1973) fue la primera antropóloga que ofrece una reflexión etnográfica sobre las distintas pautas de crianza en sociedades primitivas de Nueva Guinea enumeradas en dichas comunidades y la forma en que los niños adquieren una forma de temperamentos o personalidad según la forma en que han sido socializados.

Desde los años noventa surge un gran interés por el estudio de la lactancia materna desde las perspectivas de las ciencias sociales, analizando la falta de amamantamiento en la construcción de la buena maternidad.

Aunque todas las sociedades han contemplado la lactancia materna como un hecho natural y necesario para la vida del recién nacido las prácticas sobre la misma han sido muy diferentes según los contextos socioculturales y temporales, siendo también variable el

significado e interpretación que el individuo da a dichas prácticas en un momento y circunstancias específicos, o lo que es lo mismo, según las representaciones sociales que existen en cada grupo, momentos y lugar.

La lactancia materna, como proceso determinado de la Biología y construido socioculturalmente, muestra varios ejes representaciones a través de los cuales se puede estudiar convergencias o divergencias ideológicos, religiosos, culturales y políticos que se interrelacionan e imbrican entre sí como son la fisiológica e importancia de la lactancia materna creencias y supersticiones relacionadas, momento en que si inicia la puesta al pecho, duración del amamantamiento, alimentación con leche de otra mujer, y la lactancia artificial como sustituto o complemento de la lactancia.

*Creencias y supersticiones relacionadas con la lactancia materna:*  
el temor a que alguna circunstancia pudiera afectar las posibilidades de la lactancia siempre ha estado presente como un riesgo potencial para el futuro del hijo hasta mediados del siglo XX, cuando se hizo posible la administración de leches de formula adaptando a los niños en los que por alguna razón no era posible la lactancia materna.

La mayoría de las sociedades y culturas ha utilizado prácticas y rituales para que la mujer que daba a luz tuviera leche suficiente para criar a su hijo. En muchos casos se relacionaban con creencias paganas como arrojar el calostro o hierbas bajo el colchón para que tuviera abundantemente leche (Martin 2009) o rituales religiosos como oraciones escritas e imágenes de la virgen o santos que se escondían en algún lugar de la casa.

Los mitos, costumbres y prácticas tradicionales relacionados con la lactancia son muy variables según el contexto socio histórico y cultural de cada época. Hasta épocas recientes se desconocían las consecuencias, ventajas o inconvenientes de algunas de estas prácticas relacionadas con la lactancia que habían sido transmitidas de generación en generación; en ocasiones al margen de los resultados fueran satisfactorios para la madre e hijo.

Al final del siglo XVIII Bonélls (1786) médico de la cámara de duques de Alba, aconsejaba poner al recién nacido al pecho a las pocas horas del parto e insistía sobre la importancia de que el niño tomara los calostros maternos pues existía la costumbre procedente de la medicina hipocrática, galénico, de no iniciar la lactancia hasta pasado dos o tres

días por considerar el calostro una leche mala que se debían evitar.( Hatin 1840) reputado Médico Francés aconsejaba que el recién nacido debía ponerse al pecho a las cinco o seis horas del parto y aprovechar el efecto laxante del calostro para expulsar el meconio y, por otra parte explicaba que la lactancia materna temprana era recomendable para moldear el pezón y favorecer la succión de leche (Frías 1946).

Actualmente, en la mayoría de las instituciones sanitarias se ha establecido el fomento e inicio precoz de la lactancia materna, por lo que solamente quedan al margen de estas medidas aquellos casos en que la madre no puedan o no quieran dar el pecho; así como los neonatos que por alguna razón no pueda ser puestos al pecho materno o deben ser alimentados a través de otros métodos.

Durante el embarazo muchas mujeres ponen grandes ilusiones en la lactancia materna, fijándose unas metas de gran exigencias, sintiéndose posteriormente decepcionadas cuando la expectativa no se cumplen como la falta de subida de leche, grietas en el pezón, mastitis y la falta de engorde del niño son las principales causas de fracaso en el inicio de la lactancia materna, el problema es que la mujer desde hace 20 años trabaja y esto no facilita la lactancia materna exclusiva y a la falta de

facilidades en sus lugares de trabajo . La importancia y el valor que la mujer y grupo familiar dan a la lactancia materna es un factor que predispone a favor o en contra de la misma. Mujeres jóvenes con nivel sociocultural bajo, suelen tener mayor tendencia a evitar la lactancia materna así como interrumpirla de forma precoz ya que la leche de biberón se percibe como una ventaja importante para el tándem madre-niño.

También existe el caso contrario, mantener a toda costa la lactancia materna ineficaz evitando darle leche de fórmula o alimentación complementaria aun cuando el desarrollo del bebé no es correcto y su salud puede estar en peligro. Esta circunstancia suele producirse dentro de grupos culturales donde se da una gran importancia a la lactancia materna y también en mujeres donde la lactancia natural es percibida e idealizada como factor indispensable para la buena maternidad (Rodríguez, 2015).

## **2.5. ENFOQUE CULTURAL:**

En el Perú se registran anualmente entre 1500 a 1800 mujeres fallecidas por problemas relacionados con embarazo, estas muertes ocurren en los departamentos con mayor pobreza como Huánuco, después de Puno, Ayacucho, Huancavelica y Cajamarca (DIRESA, 2008).

La mayoría de muertes es por hemorragia posparto en zona rural (MINSA, 2002).

Entre otros problemas, se debe tener en cuenta el deficiente sistema de referencia y contra referencia, el inadecuado trato e información al usuario, la poca adecuación cultural de la atención del parto y del recién nacido (CASTILLO, 2003) frente a esto datos es bueno reconocer la importancia de los elementos socio- culturales, de género, económicos y geográficos, que afectan a las familiar en dichas zonas y que dificultan la atención obstétrica en dichos niveles, las que conformaran la adecuación cultural tan necesaria en la atención obstétrica actual. Nuestro país se caracteriza por ser pluricultural, multiétnico y plurilingüe, depositario de 13 grupos lingüísticos y 60 grupos étnicos, permite que su riqueza y diversidad cultural origine todo un sistema de concepciones en torno al proceso de salud- enfermedad, incluyendo el embarazo, parto y puerperio.

En tal sentido, es necesario comprender y conocer las percepciones y costumbres de la población con la que estamos relacionados, como aquellas poblaciones ubicadas en las comunidades andinas y amazónicas (Mayca 2010).

Existen percepciones, conocimientos y prácticas relativas al embarazo, parto y puerperio que corresponden a una visión del mundo asociada con conceptos holísticos y atmosféricos (frio, calor) además de restricciones que se sustentan en narraciones y creencias relacionadas con la gestación, siendo la madre quien cumple con esas normas a fin de tener un parto feliz (Medina, 2006). Es necesaria la implementación estratégica del servicio para la atención de la gestante en zonas rurales fortaleciendo capacidades institucionales, adaptándolas a la cultura de los usuarios, incluyendo resolver complicaciones del embarazo parto y puerperio. Pero a su vez no es suficiente conocimiento de las costumbres de nuestras poblaciones, de alguna manera puede ayudar a estar en mejores condiciones de proponer modelos de servicios de salud más cercanos a la realidad cultural de las mujeres andinas (UNICEF, 2003. MINSA, 2005).

Es un tema fundamental el entendimiento del recurso humano de los temas de interculturalidad en salud (idoneidad, funcionalidad, entendimiento): es un tema fundamental, es claro no todo el equipo de un establecimiento, logra acceder a una capacitación o a material educativo relacionado con proceso de adecuación cultural. El personal necesita mayor información al respecto, pues no cuentan con facilidades de

capacitaciones externas y siendo necesario programas de comunidades saludables en el marco de la promoción de la salud.

Como es sabido, el concepto de adecuación cultural es reconocido por el personal de salud en la medida que entiende la necesidad de mejorar el empatía con la comunidad, brindarle una alternativa ajustada a sus propias necesidades y expectativas, es decir, un mayor acercamiento. Entendiendo que la comunidad merece un trato de acuerdo con su cultural y el proceso de adaptación es necesario para mejorar el entendimiento entre las culturas. Bajo estas perspectivas las madres durante el puerperio practican la lactancia desde muy temprano inmediatamente después del parto, con sus propias costumbres y el personal de salud debe valorar las costumbres de las comunidades. En Tacna la cultura que predomina es Aymara siendo las costumbres similares parecidas al de los quechuas en la zona alto andina.

La lactancia materna en las culturas aborígenes de nuestro país, en especial en las comunidades andinas, tiene un factor común, que es no solo el principal alimento en esta etapa temprana de la vida, sino que es el nexo, la continuidad desde la vida intrauterina hasta que el individuo es un ser medianamente independiente, presentado a la sociedad como

un miembro más, edad que varía según distintas comunidades entre los 2 y 3 años.

En la cultura inca la mujer embarazada era siempre un miembro muy activo de la comunidad hasta el momento del parto, sin embargo, en algunos aspectos se consideraba cierto grado mágico: ella podía robar la fecundidad de los campos cultivados: durante el embarazo efectuaba una serie de rituales para esperar el buen curso del mismo, invocaba a los dioses y multiplica sus ofrendas.

La alimentación del niño, en primer lugar, está basada en la lactancia materna exclusiva a libre demanda siendo este alimento recibido hasta los 2 años aproximadamente. A través de ella se estrecha el vínculo madre-hijo. Si una madre no tiene leche para la alimentación, la reemplaza otra madre de la comunidad, pues la lactancia tiene un sentido de independencia, el niño al buscar el pecho materno y encontrar al alimento inicia las bases de la futura independencia.

La alimentación para ellos tiene un rango estrictamente social primero de compartir con la madre y luego con el resto de la familia.

Alimentarse no solo es nutrición, era el primer acto social, del ser humano en compañía del adulto. (Frack, 2008).

También se debe mencionar sobre el uso de la medicina tradicional dentro de las familias y en especial en el cuidado del niño como la cura del huevo, la pasada del cuy, los rezos, el uso de las plantas como el hinojo, el agua de avena, los vendajes en todo el cuerpo a la madre púérpera y su cuidado durante 40 días, el uso del matico para mejorar los calambres. El papel del personal de salud debe ser de acompañamiento e incorporar al esposo o la pareja durante todo el proceso del parto, puerperio y de los primeros días de nacido para ayudar a la esposa y ser parte del nacimiento del niño o la niña.

La comunicación como vínculo importante que permite transmitir nuestros pensamientos y para esto debe responder a la idiosincrasia de la población como es el manejo del idioma quechua o Aymara. La comunicación no solamente se da por medio oral sino también de manera escrita, no siendo a veces comprendidas, el personal de salud debe dominar estas dos lenguas en la región.

En esto últimos tiempos las campañas de sensibilización y capacitación a la población están logrando cambiar de actitud a las madres ya que ellos

pueden aportar con ideas, elementos y trabajo y así se vea que la salud no solamente es tarea del sector salud sino también compartido.

De las percepciones culturales en el embarazo, parto y puerperio están influenciados por una serie de factores culturales que son respaldados por la tradición y la idiosincrasia de la población, los cuidados que se establecen deben ser cumplidos ya que si se infringen pueden acarrear consecuencias nefastas, incluso la muerte. Como por ejemplo el no uso de agujas para tejer porque si no nacería con el cordón umbilical en el cuello. Después del parto la madre es sometida a una serie de cuidados por parte de la familia o el esposo, a fin de evitar los sobrepartos, ello debe incluir cuidados alimenticios adecuados para la madre. También se establecen cuidados externos que pueden afectar a la madre, al tomar contacto con elementos contaminantes como el aire, la luz, el frío y el calor, para el efecto se toman las previsiones del caso en función a la temporalidad que establece la familia.(Mayca 2009).

En las sociedades actuales la lactancia materna sigue respondiendo a un hecho biológico pero inevitablemente está ligado a influencias sociales económicas y culturales. Actualmente se observa una declinación en el éxito de su implementación que no se ha logrado

revertir. Este hecho también se percibe en el Perú y, por ende en la población en las provincias. El principal motivo del abandono por las madres la lactancia materna es la percepción de que no se llenaba el niño; las madres actualmente trabajan se reincorporan al trabajo a los 02 meses de puerperio y el abandono es mayor.

Camargo y otros (2014) señala que los conocimientos deficientes que a su vez genera percepciones y creencias inadecuadas por parte de la madre sobre la lactancia materna influyen en el abandono de esta práctica en forma exclusiva durante los 06 primeros meses. La desconfianza en que la lactancia materna es un alimento que cubre todas las necesidades del niño hasta los seis meses de vida. Esto demuestra el inadecuado conocimiento sobre la importancia y beneficios de la leche materna en la nutrición a esta edad, que podría estar condicionada por intervenciones educativas ineficaces durante el parto o seguimiento del binomio madre- niño como parte de la consejería.

Los profesionales de la salud desempeñan un rol, importante para lograr la lactancia exitosa, basada en una técnica adecuada. Esto se refuerza al observar el vinculo entre el abandono de la lactancia y la creencia de que la lactancia materna es dolorosa, que podría estar

condicionada por un inadecuado amamantamiento que pudiera ocasionar lesiones en la madre (Rozas, 2014, Hernández 2008).

Además, está la creencia de que el biberón es la mejor forma de controlar la alimentación del lactante. A esto se suma la creencia de que el amamantamiento afecta la estética de la madre, otra motivación para dejar esta práctica, a pesar que se ha demostrado que ayuda a retornar al peso anterior al embarazo, junto con otros beneficios como la disminución del riesgo de diabetes tipo 2 , cáncer de mama y de ovario.( Girón Vargas,2009. González 2014).

## **2.6. PROGRAMA DIALACTA**

### **Definición del programa DIALACTA**

Estrategia pedagógica en la cual se organizan las actividades de enseñanza-aprendizaje que realiza el obstetra, a fin de facilitar la formación y el aprendizaje de las gestantes y se apoya en la formación teórica del obstetra (*Estrategias pedagógicas 2011*)

El título del programa DIALACTA, que se aplicó en el presente estudio, responde a un proceso de creación de una palabra – *DIALACTA* – que proviene de DIA vocablo diaria y LACTA vocablo de lactancia. La guía se diseñó en base a la experiencia del autor en el ámbito asistencial en salud y de la teoría pedagógica, a fin de elevar el nivel de conocimientos y

mejorar la actitud hacia la lactancia materna de las gestantes de Centro de Salud Metropolitano.

### **Contenidos del programa DIALACTA**

Para la estructuración de los contenidos, se tuvo en cuenta los principios del aprendizaje para organizar los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales, en unidades didácticas pertinentes con los objetivos de la materia y con la intencionalidad del currículo.

Asimismo, las secuencias didácticas (SD), “quedan configuradas por el orden en que se presentan las actividades a través de las cuales se lleva a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje” (Rodríguez, 2005), son realizadas por las gestantes para aprender los contenidos, para lo cual se valoró la pertinencia de cada una de ellas. Al respecto, en este proceso deben concretarse las siguientes interrogantes:

En la secuencia didáctica existen actividades:

- a. ¿Que nos permitan determinar los conocimientos previos que tiene cada gestante en relación con los nuevos contenidos de aprendizaje?
- b. Cuyos contenidos se plantean de forma que sean significativos y funcionales para las gestantes.
- c. ¿Que podamos inferir que son adecuados al nivel de desarrollo de cada gestante?

- d. ¿Que representen un reto abordable para la gestante, es decir que tengan en cuenta sus competencias actuales y las hagan avanzar con la ayuda necesaria, por consiguiente, que permitan crear zonas de desarrollo próximo e intervenir?
- e. ¿Que provoquen un conflicto cognitivo y promuevan la actividad mental de la gestante necesaria para que establezca relaciones entre los nuevos contenidos y los conocimientos previos?
- f. ¿Que fomenten una actitud favorable, es decir, que sean motivadores, en relación con el aprendizaje de los nuevos contenidos?
- g. ¿Que estimulen la autoestima y el auto concepto en relación con los aprendizajes que se proponen, es decir, que la gestante pueda sentir que en cierto grado ha aprendido, que su esfuerzo ha merecido la pena?
- h. ¿Que ayuden a la gestante a adquirir habilidades relacionadas con el aprender a aprender, que permitan cada vez más autonomía en sus aprendizajes? .

Los contenidos se estructuraron en seis sesiones: Sesión 1: lactancia materna, Sesión 2: cómo funciona la lactancia materna, Sesión 3: lactancia materna vínculo afectivo y desarrollo, Sesión 4

nutrición de la madre lactante, Sesión 5: iniciando la lactancia materna, Sesión 6: cuando el bebe crece alimentación complementaria.

## **2.7. LACTANCIA MATERNA**

### **Concepto**

La lactancia materna es la actividad neurofisiológica de producir la leche materna y su técnica adecuada para que se realice en forma óptima. (José Alberto Correa 2002.)

Es un fenómeno biocultural fundamental para la salud de niños y madres, tanto en países industriales como en desarrollo. La Asociación Española de Pediatría (AEP), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la multitud de sociedades científicas de todo el mundo la recomiendan como el método preferido de alimentación exclusiva en los 6 primeros meses de vida. APILAM, Servicio de Pediatría.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) señalan asimismo que "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños" (OMS, UNICEF 1989)

Así mismo, recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo

tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años. Organización Mundial de la Salud (2002).

### **Importancia de la Lactancia Materna**

Según la OMS y el UNICEF, a partir de los dos primeros años la lactancia materna debería mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. En nuestra cultura se tiende a considerar la lactancia materna como algo propio únicamente de bebés de pocas semanas o meses. Sin embargo, también se han descrito casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años. Los estudios antropológicos publicados concluyen que la franja natural de lactancia en bebés humanos se encuentra situada entre los dos años y medio y los siete (Asociación Española de Pediatría. 2008) Al respecto, la OMS recomienda alimentar a los lactantes exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, para que su crecimiento, desarrollo y salud sean óptimos. Posteriormente, los lactantes deberán recibir alimentos complementarios inocuos y nutricionalmente adecuados, y deberán continuar recibiendo leche materna hasta los dos años o más (OMS, 2009).

Igualmente, la lactancia materna exclusiva se ha relacionado con múltiples beneficios para el recién nacido tanto en sus primeros meses de edad, así como para su vida futura, de tal forma que esta práctica se está fomentando actualmente, además como un factor de protección para los problemas tan serios de salud actuales tales como la presencia de enfermedades infecciosas, inmunológicas, y otras patologías crónicas, incluyendo la obesidad, a pesar de que existen aún controversias en relación a lo último, debido al carácter multifactorial en su génesis. (Hurtado, 2006)

Si se tiene en cuenta que las actividades de promoción de salud constituyen un pilar básico en la atención primaria se hace necesario que la familia entienda que la lactancia natural no es responsabilidad sola de la madre, el padre debe darle apoyo, comprensión y estímulo para lograr que la lactancia sea exclusiva al menos hasta el cuarto mes de nacido el niño, lo cual favorecerá un adecuado crecimiento y desarrollo ya que contiene los nutrientes ideales para él, propicia defensas contra enfermedades, es la vacuna que el niño recibe de su propia madre; brinda cariño, protección, confianza y seguridad al bebé al estar en contacto directo con su madre.

(Estrada J 2010) Además, es un método anticonceptivo natural durante los primeros seis meses, siempre y cuando el amamantamiento se realice

con una frecuencia de 10 - 12 veces día y noche, y que la madre no presente período menstrual; la lactancia mantiene el peso adecuado de la madre, pero muchas veces estas tienden a adelgazar. Por tal razón, al dar de lactar deben de consumir alimentos más nutritivos, y no comida chatarra que es lo que más engorda. (OMS, 2009).

La lactancia materna protege al lactante contra enfermedades infecciosas y alergias. La leche materna contiene agentes que defienden directamente al lactante de las infecciones. (Ferraes, 1998)

### **Beneficios de la Lactancia Materna**

La lactancia tiene efectos benéficos para el recién nacido y su madre. Existen pocas contraindicaciones para suprimir la alimentación natural. En el neonato, el calostro facilita la eliminación del meconio porque aumenta el peristaltismo. Por su contenido de inmunoglobulina, le confiere protección al niño especialmente contra infecciones virales y bacterianas. La leche madura protege contra las diarreas por *E. Coli*. Por el alto contenido de -lactalbúmina, la leche materna es digerida con facilidad y la coagulación es menor por la proporción alta de suero – caseína. (Jaime botero 2006)

Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes.

Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos. (Manual de lactancia materna ).

La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

El prematuro mayor de 31 semanas y mayor de 1,500 a 1,700 gramos puede ser perfectamente bien nutrido por la lactancia exclusiva. Pero, el prematuro de menor edad gestacional y menor que estos pesos, requiere un suplemento de proteínas, calcio y fósforo, aun cuando la leche de estas madres contenga más proteínas. (Manual de lactancia materna chile)

Los beneficios para la salud de la madre o el bebé, así como sus beneficios en el ámbito familiar, económico o social, se usan a menudo como argumento para la promoción de la lactancia materna. La mayoría es de dominio público, pero se puede encontrar fácilmente información

más extensa en numerosas publicaciones asesoradas por profesionales así como en informes científicos y políticos, aquí mencionamos algunos beneficios para el niño y la madre.

- La leche materna favorece el vínculo afectivo entre la madre y el bebé. Además es un excelente nutriente que asegura el crecimiento y desarrollo sano de las niñas y niños, principalmente del sistema nervioso y del cerebro.
- Es imprescindible que durante los seis primeros meses de vida los lactantes sean alimentados exclusivamente con leche materna, así estará protegido de enfermedades como neumonía, otitis, gripes y alergias, reduciendo el riesgo de malnutrición. En adelante, para satisfacer sus necesidades nutricionales; los lactantes deberán recibir alimentos complementarios, sin abandonar la lactancia materna hasta los 24 meses de edad.
- La lactancia materna, durante los dos primeros años de vida del bebé, permite que triplique su peso y aumente su talla en un 50%, además de protegerlo contra enfermedades infecciosas. A largo plazo, potencia la capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar del niño o niña.

- La leche materna favorece el incremento en 6 puntos del coeficiente intelectual de los niños y niñas durante los primeros nueve meses de vida (MINSA).

### **Clasificación de la Lactancia Materna**

El abandono del amamantamiento, como forma habitual de alimentación de los lactantes, es un problema con importantes implicaciones personales, sociales y sanitarias. Su relevancia ha sido destacada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en diferentes declaraciones (OMS, 2002). La lactancia no solo es instinto, también comportamiento aprendido por imitación.

En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios.

**Lactancia materna exclusiva:** Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza.

Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

**Lactancia materna predominante:** Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el

lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

**Lactancia materna completa:** Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante.

**Alimentación complementaria:** Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.

**Lactancia de biberón:** Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana. (Carrasco, 2012)

### **Compromisos de Perú respecto a la Lactancia Materna**

A nivel internacional hay por lo menos tres políticas que se han utilizado como base para la planificación de iniciativas referentes a la lactancia materna, a saber:

#### **1. La Declaración de Innocenti**

Creada por la OMS y el UNICEF 1990 el gobierno de México firma esta declaración que determina la importancia del reforzamiento de una cultura de lactancia, lo cual requiere compromiso y apoyo para la movilización social de líderes con los conocimientos suficientes. Entre sus pautas están el asegurar que todos los establecimientos de salud que

tienen servicios de maternidad practiquen completamente *Los 10 pasos hacia una LM exitosa* a través de la *Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre*, con la cual se pretende evaluar los centros de cuidado y servicios maternos. Actualmente existen cerca de 20 mil instituciones u hospitales acreditados.

Así mismo, los principios y objetivos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, aseguran el uso adecuado de los sustitutos de leche materna partiendo de información confiable y a través de una adecuada comercialización y distribución. En 2005, la Declaración de Innocenti ratificó las acciones propuestas y necesarias para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En el 2005 se firma una nueva Declaración de Innocenti en Florencia. Teniendo en cuenta que la lactancia por sí sola puede salvar las vidas de 3 500 niños cada día; la protección, promoción y apoyo de la lactancia son medidas urgentes y necesarias para asegurar el logro de los Objetivos del Milenio para el 2015, recomendándose, entre otros, la revitalización de la IHAMN. Como resultado del interés y del insistente pedido de actualizar la Iniciativa, UNICEF, en coordinación con OMS, lleva a cabo la revisión de los documentos y materiales, que están ahora disponibles para su uso y en los cuales se basa este curso. (Carrasco Y, Conte D, Hernández K. 2012)

## **2. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño**

En el 2002 la Asamblea Mundial de la Salud y UNICEF respaldan la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.

Apoya la lactancia materna exclusiva por 6 meses, seguida de alimentación complementaria oportuna, adecuada, segura y apropiada, mientras continúa el amamantamiento por dos años y más. También apoya la nutrición materna y el apoyo social y comunitario.

- Aproximadamente 5 500 niños mueren cada día debido a malas prácticas de alimentación infantil. Además, muchos niños sufren efectos a largo plazo debido a malas prácticas de alimentación, incluyendo alteraciones del desarrollo, malnutrición, aumento de enfermedades infecciosas y de enfermedades crónicas. El aumento de las tasas de obesidad en niños también está relacionado con la falta de lactancia.

El mejoramiento de la alimentación del lactante y del niño es pertinente en todo el mundo. La Estrategia Mundial exige la implementación y el fortalecimiento de la IHAMN, la capacitación en lactancia en el currículo de entrenamiento del trabajador de salud y mejores datos sobre la lactancia materna.

- La Estrategia Mundial no reemplaza, sino que se suma a los programas existentes. Está apoyada por las políticas nacionales, leyes y programas que promueven, protegen y apoyan la lactancia y protege los derechos de las mujeres trabajadoras para la protección de la maternidad.

Basándose particularmente en la declaración antes mencionada se desarrolló ésta, atrayendo la atención mundial hacia el impacto que tienen las prácticas de alimentación en el estado nutricional, crecimiento y desarrollo, salud y sobrevivencia de los lactantes y niños pequeños, creando un medio ambiente que permita a madres, familias y cuidadores tomar decisiones informadas en pro de prácticas de alimentación más óptimas. (OMS, 2003)

### **3. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio para mejorar la salud materna e infantil, incluida la equidad de género y la justicia reproductiva como necesidades subyacentes**

La Cumbre del Milenio de la ONU celebrada en el año 2000 reunió a 189 Jefes de Estado y de Gobierno para trabajar conjuntamente en la construcción de los *ODM, para cumplirse antes de 2015*, donde Perú es uno de los países que se comprometió a reducir la mortalidad en niños menores de 5 años de edad (objetivo 4), reforzando la nutrición y, en especial, promoviendo la LME durante los primeros 6 meses de vida, y la

correcta alimentación complementaria hasta los 2 años de edad, lo cual reduciría la desnutrición pero también la prevalencia de neumonía y diarrea.<sup>29</sup> Por su parte, el objetivo 5 plantea mejorar la salud materna, reduciendo la mortalidad y logrando acceso a la salud reproductiva.

Organización Mundial de la Salud/UNICEF (2003)

### **Marco legal de la lactancia en Perú**

La *Ley General de Salud* que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley No 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público, por lo que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Entre las líneas de acción destacan la creación de un marco jurídico que favorezca la lactancia en diversos aspectos Naciones Unidas. (*Objetivos de Desarrollo del Milenio*. 2002) A continuación se describirán brevemente las normas relevantes al hablar de lactancia.

### **Decreto Supremo Nº 003-2002-PROMUDEH, que aprobó el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002-2012.**

El Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2012 es el documento marco de los programas, estrategias y acciones que comprometen a los ciudadanos y a las autoridades del Perú a garantizar los derechos de los niños y las niñas de 0 a 17 años de edad.

**RM. Nº 240-2000-SA./DM.(02/08/00) “Declarar la cuarta semana de Agosto de cada año, como Semana de la Lactancia Materna en el Perú”**

Con la finalidad de involucrar a un mayor número de personas e instituciones en las actividades relacionadas con la celebración de la Semana de la Lactancia Materna, es conveniente establecer la cuarta semana de agosto de cada año como “Semana de la Lactancia Materna en el Perú”.

**Decreto Supremo N° 066-2004-PCM, que aprobó la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004-2015.**

1. Con el Objetivo General: Prevenir los riesgos de deficiencias nutricionales y reducir los niveles de malnutrición, en especial en las familias con niños y niñas menores de cinco años y gestantes, y en aquellas en situación de mayor vulnerabilidad; promoviendo prácticas saludables de consumo alimentario e higiene, y asegurando una oferta sostenible y competitiva de alimentos de origen nacional.

**Resolución Ministerial N° 084-2005-MINSA, que aprobó la NT N° 024-2005-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica para la Prevención de la Transmisión Vertical (Madre-Niño) del VIH"**

"Sistema de Atención para la Disminución de la Transmisión Vertical del VIH y Manejo de la Gestante que vive con el VIH y del Niño con Exposición Perinatal"; Que a efecto de fortalecer los procesos de prevención, diagnóstico y manejo de casos de gestantes infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se ha elaborado la "Norma Técnica para la Prevención de la Transmisión Vertical (Madre-Niño) del VIH", cuyo objetivo general es reducir dicha transmisión mediante la detección temprana de la infección por el VIH en la mujer gestante,

administrando en forma oportuna el tratamiento profiláctico antiretroviral respectivo.

En el 2006 la 59 Asamblea Mundial de Salud insta a los Estados Miembros a reactivar la IHAMN para proteger y promover la lactancia materna, considerando que ha habido un retroceso en los hospitales y que las tasas de lactancia materna exclusiva en el mundo - de 38 % - son relativamente bajas.

En el Perú, en el 2006 se promulga un nuevo reglamento el Decreto Supremo N° 009-2006-MIMDES, dispone la ampliación de la hora de lactancia para madres trabajadoras en caso de nacimientos múltiples y la obligación de las Instituciones del Sector Público de implementar lactarios en donde laboren 20 o más mujeres en edad fértil (Ministerio de Salud, 2006).

Decreto Supremo N° 055-2007/PCM, que aprobó la Estrategia Nacional "CRECER" que tiene como objetivo reducir en 9 puntos porcentuales la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años para el 2011, con prioridad en menores de 3 años en situación de vulnerabilidad nutricional y pobreza, bajo el enfoque de derechos, protección del capital humano, desarrollo social y corresponsabilidad.

Resolución Ministerial N° 959-2006/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria N° 009-MINSA/DGPS-V.01: “Directiva Sanitaria para la Implementación de Lactarios en los Establecimientos y Dependencias del Ministerio de Salud”. (Ministerio de Salud, 2006).

### **Los diez pasos hacia una lactancia exitosa**

Una Declaración Conjunta de (OMS/UNICEF ,1989)

Cada establecimiento que provea servicios de maternidad y cuidado de los recién nacidos deberá:

1. Tener una política de lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal de salud de modo que pueda poner en práctica esa política.
3. Informar a las embarazadas los beneficios que ofrece la lactancia y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la primera media hora del nacimiento.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún cuando tengan que separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna sin ningún otro alimento o bebida, a menos que esté médicamente indicado.

7. Practicar el alojamiento conjunto - permitir a las madres y a los niños permanecer juntos – 24 horas al día.
8. Alentar el amamantamiento a libre demanda.
9. No dar chupones ni biberones a los niños alimentados a pecho.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo y referir a las madres a ellos, al alta del hospital o clínica. (documento técnico curso taller “promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño”)

### **Estrategias para la Promoción de la Lactancia Materna**

Las estrategias exitosas para promover la LME contemplan diversos factores:

- Tiempo: sabiendo que muchas mujeres toman la decisión de amamantar desde antes de dar a luz, gran parte de las intervenciones son realizadas en la etapa prenatal
- Apoyo de pares: el reforzamiento del apoyo a la lactancia por parte de pares y profesionales de la salud, ya sea de manera conjunta o por separado ( Organización Panamericana de Salud OPS, 2003)
- Educación: *Ho y Harold* argumentan que la educación tiene un impacto positivo en la lactancia.

La educación prenatal en lactancia se ha propuesto como una estrategia útil para reducir los problemas relacionados con la falta de apego, daño a los pezones, confusión y dolor al iniciar el amamantamiento. Sin embargo, la educación por sí sola no es suficiente para asegurar que una mujer inicie la lactancia y en algunos casos no se sabe a ciencia cierta si se debe a la estrategia educativa o a la predisposición de la madre hacia la lactancia.

De manera resumida, las intervenciones exitosas suelen componerse de los siguientes aspectos:

Intervención de manera temprana, educación perinatal y apoyo de pares y profesionales de salud. Las estrategias basadas en la modificación del comportamiento, incrementando la frecuencia y duración de la lactancia materna, pueden favorecer la producción de leche de manera indirecta, así como reducir la introducción de fórmulas lácteas. (Organización Panamericana de Salud OPS. 2003).

## **2.8. CONOCIMIENTO**

El conocimiento fue concebido ya desde la antigüedad de dos modos diferentes: bien como una imagen o representación mental del objeto conocido o bien como una proposición verdadera, dando lugar a distintas interpretaciones de sus características y valor a lo largo de la historia de

la filosofía. La epistemología es la rama de la filosofía que se ocupa del estudio del conocimiento (también llamada gnoseología o teoría del conocimiento).

De un modo general podemos entender por conocimiento todo saber que se puede justificar racionalmente y que es objetivo. En este sentido, distinguimos el conocimiento de la mera opinión, de la creencia, de la fe o de las ilusiones de la imaginación. (José María Fouce),

### **Clasificación del conocimiento:**

Por las formas en que es posible llegar al conocimiento este puede ser:

**Conocimiento empírico espontáneo.** Cuando surge como consecuencias de hechos inesperados o impensados, sin ninguna intencionalidad por parte del individuo, habitualmente no se justifica en experiencias anteriores y es cotejado en dependencia a la interpretación de cada persona. Por ejemplo, relacionado con la selección deportiva: un deportista que no posee las características determinantes para la práctica del deporte, incluso con los factores genéticos totalmente en su contra, y sin embargo, el entrenador lo conduce con éxito al alto rendimiento.

**Conocimiento empírico intencional.** Aquí se producen dos tipos de relaciones importantes. Una derivada de la aplicación de conocimientos

ya adquiridos por medio de la experiencia como quehacer laboral personal. Otra de la intencionalidad de obtener nuevos conocimientos o redescubrir los ya establecidos sin aplicar las vías científicas requeridas o sin haber llegado al establecimiento de la teoría explicativa que refleje la presencia de un nuevo conocimiento científico. (Fundamentos de la Investigación Científica y sus particularidades)

**Conocimiento científico.** Tiene como características: se obtiene mediante la aplicación del Método Científico; es más profundo que el empírico porque estudia las causas y da la explicación de los fenómenos. Tiene una forma sistémica de acercarse a la realidad; ofrece resultados de forma comprensible y comunicable; relaciona los hechos y los integra en sistemas.

El conocimiento científico requiere de la teoría científica como fundamento para producirlos, de recursos materiales y humanos para implantarlos.

En la Cultura Física como en otras ciencias, el conocimiento científico avanza y se desarrolla cada día más en el Deporte, la Educación Física, la Recreación y la Terapéutica; las teorías métodos, formas, herramientas, entre otras, han surgido en los últimos años a través de los resultados obtenidos en distintas investigaciones, tesis de maestría, doctorados y han aportado un caudal de conocimientos que sustentan la eficacia de su planificación y desarrollo.

Sobre los grados de nuestro conocimiento:

**Conocimiento intuitivo** Como todo nuestro conocimiento consiste, según se ha dicho, en la visión que tiene la mente de sus propias ideas, lo cual supone la mayor luz y certidumbre de que nosotros, con nuestras facultades, somos capaces en el camino del conocimiento, quizá no resulte inútil el considerar un poco los grados de esta evidencia. Porque si reflexionamos sobre nuestras maneras de pensar encontraremos que algunas veces la mente percibe el acuerdo o desacuerdo de dos ideas de un modo inmediato y por sí mismas, sin la intervención de ninguna otra: a esto pienso que se le puede llamar conocimiento intuitivo. Pues en estas ocasiones, la mente no se esfuerza en probar o en examinar, sino que percibe la verdad como el ojo la luz, solamente porque se dirige a ella. Así la mente percibe que lo blanco no es lo negro, que un círculo no es un triángulo, que tres son más que dos e igual a uno más dos. Las actitudes se componen de tres elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual). (Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds. 1997).

1. **Conocimiento demostrativo** El segundo grado de conocimiento es aquel en que la mente percibe el acuerdo o desacuerdo de cualquier idea, pero no inmediatamente. Aunque siempre que la mente percibe el

acuerdo o desacuerdo de cualquiera de sus ideas se produce un conocimiento cierto, sin embargo no siempre ocurre que la mente advierta ese acuerdo o desacuerdo, aun cuando sea descubrible. En este caso, la mente permanece en ignorancia o, al menos, no va más lejos de una conjetura probable. La razón por la que la mente no siempre puede percibir inmediatamente el acuerdo o desacuerdo de dos ideas es porque esas ideas, respecto a las cuales se inquiera su acuerdo o desacuerdo no pueden ser reunidas por ella para hacerlo patente. Entonces, en este caso, cuando la mente no puede reunir sus ideas por una comparación inmediata, para percibir su acuerdo o desacuerdo, o por una yuxtaposición o aplicación la una de la otra, se ve obligada mediante la intervención de otras ideas (de una o de más, según los casos) a descubrir el acuerdo o desacuerdo que busca; y a esto es a lo que llamamos raciocinar. Filosofía de John Locke

## **2.9. ACTITUD**

La actitud es el grado de inclinación hacia un objeto social determinado, dado por los sentimientos, pensamientos y comportamientos hacia el mismo. Es la predisposición positiva o negativa hacia algún objeto o alguien; es por ello que los humanos tenemos actitudes hacia muy diversos objetos o símbolos.

Las actitudes no son susceptibles de observación directa, sino que han de ser inferidas de las expresiones verbales, o de la conducta observada. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes. (<http://odiseo.com.mx/libros-resenas/2011>) Las personas utilizan constantemente el término "actitud" para referirse a cosas como el estado de ánimo que una persona suele manifestar o como su manera de tomarse las cosas. La definición con la que trabaja la psicología social es la siguiente: "Conjunto de creencias y de sentimientos que nos predisponen a comportarnos de una determinada manera frente a un determinado objeto".

Según la psicología, la actitud es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo. Las actitudes están patentadas por las reacciones repetidas de una persona. Este término tiene una aplicación particular en el estudio del carácter, como indicación innata o adquirida, relativamente estable, para sentir y actuar de una manera determinada.

### **Los componentes de las actitudes:**

Las actitudes se componen de tres elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual). (Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds. 1997).

**Componente cognitivo:** se refiere a las expresiones de pensamiento, concepciones y creencias, acerca del objeto actitudinal, en este caso, la Estadística. Incluye desde los procesos perceptivos simples, hasta los cognitivos más complejos. Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto.

**Componente afectivo o emocional:** está constituido por expresiones de sentimiento hacia el objeto de referencia. Recogería todas aquellas emociones y sentimientos que despierta la Estadística, y por ello son reacciones subjetivas positivas/negativas, acercamiento/huida, placer/dolor. Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto

produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo -. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos.

***Componente conductual o tendencial:*** aparece vinculado a las actuaciones en relación con el objeto de las actitudes. Son expresiones de acción o intención conductista/conductual y representan la tendencia a resolverse en la acción de una manera determinada. Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud - conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.

### **Medida de las actitudes**

Lo más frecuente es que los científicos sociales midan las actitudes de la misma forma que lo harían los investigadores de mercado o la gente

corriente, haciéndoles una serie de preguntas sobre sus creencias, a través de entrevistas o cuestionarios.

**Escala de Likert** contiene una lista de afirmaciones o actitudes utiliza un rango de 5 puntos: estar completamente de acuerdo, estar de acuerdo, no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, estar en desacuerdo y estar completamente en desacuerdo el sujeto indica el número o letra apropiado y a cada respuesta se le da un valor de punto, de 1 a 5 (o tantos como incluya la escala; el rango característico suele ir de 3 a 7) la calificación de la actitud de una persona es la suma de todas sus valoraciones.

**Diferencial semántico** se centra en el significado de cada palabra o concepto tiene para un individuo, pidiéndole que valore el concepto. (Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds. 1997)

## **2.10. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:**

**Ablactación:** Introducción de nuevos alimentos además de la leche materna para completar la alimentación del niño después del sexto (6) mes de vida. Aguayo, J. *et al.* (2004).

**Actitud** La actitud es la predisposición a responder abiertamente ante una situación en términos de aceptación o rechazo y la práctica es el ejercicio de la facultad. Gríos Dávila (2004)

**Calostro:** Es la leche de los primeros días que suceden al parto. Es amarillenta, transparente y espesa. Tiene alto contenido de proteínas y minerales por lo que es muy nutritivo y además posee anticuerpo y células en alta concentración que protege al lactante contra las infecciones. Aguayo, J. *et al.* (2004).

**Conocimientos:** El conocimiento funciona como un instrumento de cambio solamente si el individuo está listo para llevarlo a cabo; de manera que los conocimientos representan un incremento en la conciencia que surge ante un estímulo producido por la interacción con los demás y con el medio, además de aquellos productos de la instrucción formal .

**Destete:** Es el proceso por el cual la madre comienza a alimentar a su hijo con otra leche diferente a la materna, pero no necesariamente debe concluir en ese mismo momento la lactancia lo ideal es que sea gradual. (Romero Roy, M. *et al* 2006).

**Leche materna:** ha sido denominada la sangre blanca. Posee propiedades inmunológicas denominadas factores específicos (Ig A, Ig G, Ig M e Ig A) y factores inespecíficos (factores bifidus, lactoferrina, proteína fijadora de vitamina B 12, lisozima, componentes C3 y C4 del complemento, macrófagos, linfocitos T y B y leucocitos polimorfo nucleares entre otros). Estas características hacen de la leche humana una fuente primordial de defensa contra infecciones (José Alberto Correa 2002.)

**Lactancia materna exclusiva:** Alimentación del lactante con leche materna durante los primeros meses de vida sin la introducción de otro tipo de alimento líquido o sólido. (Talayero, P. et al. 2004).

**Lactancia materna complementaria:** Es cuando el lactante además de lactancia está recibiendo algunas comidas (se produce después del sexto mes). (Riaño, I. et al. 2004).

**Nutrientes:** Compuesto orgánico o elementos minerales que contienen los alimentos y que se metabolizan en el organismo. En general, los nutrientes se dividen en hidratos de carbono, proteínas, otros compuestos orgánicos, alcoholes, vitaminas y sales minerales. (Martínez, A. 2003)

**Posición correcta de amamantar:** Es la postura cómoda a la madre, que le permite con facilidad, iniciar el proceso de amamantar a su hijo.

**Promoción de la lactancia materna:** Conjunto de actividades encaminadas a fomentar entre las madres y el propio personal de salud la aceptación y práctica de la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los cuatro a seis meses de vida. (Lawrence, R. 2007).

**Vínculo afectivo madre-hijo:** El vínculo, según Marshall H.K. Klaus y John Kennell , es muy fuerte en el ser humano. Estos autores afirman que esta relación tiene dos características únicas: primero, antes del nacimiento del niño, este se gesta dentro del cuerpo de la madre y segundo, después del nacimiento ella refuerza ese vínculo asegurando la supervivencia del niño mientras que este es completamente dependiente de ella.

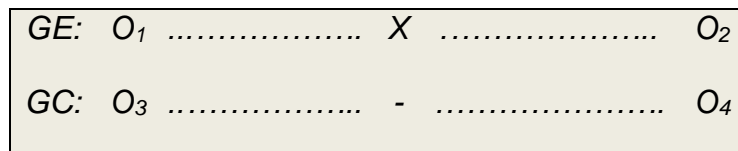
### CAPÍTULO III

#### MARCO METODOLÓGICO

##### 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Dado que el objetivo de la investigación es determinar el efecto de una variable sobre otra, el diseño seleccionado fue el cuasi experimental. (Hernández, Fernández & Baptista, 2000; Ander, 1995) (grupos intactos), antes y después con grupo control, llamado así porque se determinan los cambios que se producen en las actitudes y el nivel de conocimientos hacia la lactancia materna, a partir de la comparación entre el estado actual y el estado previsto después de la aplicación del Programa DIALACTA. Sólo el grupo experimental es sometido a la aplicación del estímulo. A ambos grupos se les aplicó el *pretest* y *el postet* para medir la actitud y los conocimientos hacia la lactancia materna.

El modelo del diseño fue:



Donde:

*GE* : Grupo experimental

*GC* : Grupo control

*X* : Variable experimental

- : Ausencia de estímulo

*O<sub>1</sub>* y *O<sub>3</sub>* : Es el pre test aplicado a ambos grupos

*O<sub>2</sub>* y *O<sub>4</sub>* : Es el pos test aplicado a ambos grupos

### **Tipo de investigación**

Se trata de un estudio de tipo aplicativo, representado por la aplicación de un programa DIALACTA con contenidos referidos a lactancia materna. Se evaluaron los conocimientos y la actitud de las gestantes hacia la lactancia materna

### **3.2. POBLACIÓN MUESTRAL**

#### **Población**

La población estuvo conformada por todas las gestantes que acuden al control prenatal (servicio de obstetricia) del C.S. Metropolitano.

## **Muestra**

La muestra estuvo constituida por 60 gestantes, de los cuales 30 formaron parte del grupo experimental y 30 que constituyeron el grupo control.

- **Criterios de inclusión:**
  - Gestantes que realizaron controles prenatales en el Centro de salud Metropolitano.
- **Criterios de exclusión:**
  - Gestantes que no deseen participar del estudio.
  - Gestantes que reciban tratamiento por alguna patología como por ejemplo: VIH (+), TBC.
- **Criterios de eliminación:**

Gestantes que no participaron de la aplicación del instrumento de medición en la fase pre o post y /o no cumplieron con el 70 % de asistencia a las sesiones de clase.
- **Tipo de muestreo**

El tipo de muestreo fue no probabilístico, intencional, con criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

### **3.3. INSTRUMENTO DE RECOLECTA DE DATOS**

#### **Proceso de construcción de los instrumentos**

Sin duda, que la elaboración y validación de los instrumentos es fundamental, pues contribuye a la validez interna y externa de los resultados del estudio. En tal sentido, debido a que no se contaba con un cuestionario validado para recoger la información sobre conocimientos y actitud hacia la lactancia materna, fue necesario construirlos, basándose en la teoría sobre la variable. Posteriormente, se impuso el rigor metodológico para la construcción, validación y fiabilidad.

El proceso seguido para la construcción de los instrumentos, básicamente se concretó en los siguientes pasos:

- a) Plan previo, para describir el rasgo, actitud o contenido a medir (revisión de bibliografía).
- b) Preparación del instrumento: i) Redacción de los reactivos y de las respuestas, los que debían ser estructuradas o cerradas ii) Preparación de las claves y/o valoración.
- c) Se determinó la forma de aplicación, la cual debía ser por escrito.
- d) Obtención de los datos de una muestra piloto.
- e) Análisis de los resultados y de los *ítems*: i) Análisis de la estructura y otras consideraciones en la selección de los reactivos, ii) estimación

de la fiabilidad mediante el Coeficiente *Alfa de Cronbach*, iii)

Selección definitiva de los reactivos.

- f) Análisis complementario en función de la pertinencia de los instrumentos respecto a los objetivos de la investigación.
- g) Se valoró la extensión final de cada instrumento, los que se presentarían en cinco carillas impresas, con un encabezado, seguida de las instrucciones donde se explica los objetivos, el tipo de información que se solicita y la motivación para que el encuestado responda las preguntas. Asimismo, se consideró consignar la garantía de confidencialidad. En el primer apartado se consignó los datos demográficos como edad, instrucción, ocupación y estado civil.

- **Test de conocimientos sobre lactancia materna**

- a) **Descripción:** el test está compuesto de 40 ítems y está diseñado para ser auto administrado. La categoría de respuestas es dicotómica: sí y no.

- b) **Validación del test de conocimientos :**

En cuanto a la validación, según Lucero & Meza (2003) en un contexto educativo, “La evaluación de los aprendizajes implica reflexión y análisis sobre qué y cómo aprenden los gestantes”. En

tal sentido, la evaluación se realiza en diferentes momentos del proceso de enseñanza aprendizaje, al inicio se denomina evaluación diagnóstica o inicial, cuando se realiza durante el proceso se le llama evaluación procesual y si se realiza al concluir se trata de una evaluación sumativa o final.

Para evaluar los conocimientos se utilizó un *test* con el que se realizó un diagnóstico inicial, como instrumento de recolección de datos, en el plano cognitivo. El test fue elaborado por el investigador, lo que llevó necesariamente a controlar su validez y confiabilidad. Se verificó a partir de los resultados de dos procesos:

- c) **Validación por expertos (relevancia y representatividad del test)** a los que les hizo llegar el instrumento para que pudieran evaluar la pertinencia, claridad y suficiencia de cada ítem respecto a los objetivos de la investigación. En esta fase se contó con el apoyo del Dr. Alberto Cáceres Huambo de la Unidad de Posgrado de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Asimismo, de la Dra. Rina Álvarez de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

En esta fase, se modificó la redacción de algunos ítems en cuanto al orden gramatical y se incluyó *ítems* que representaran el dominio de estudio.

d) **El segundo proceso, consistió en realizar una prueba piloto**, para estimar su fiabilidad referida a la precisión con que el test mide lo que pretende medir, en una población determinada y en las condiciones normales de aplicación (Anastasi, Anne. 1998).

**e) Fiabilidad:**

Las condiciones normales de aplicación se refieren a las condiciones especificadas en el manual del test. La falta de confiabilidad de un test psicométrico está en relación con la intervención del error. Se considera que el error es cualquier efecto irrelevante para los fines o resultados de la medición que influye sobre la falta de confiabilidad de tal medición. Noroña, D. (2012) El error es de dos tipos: a) Error constante (sistemático), que se produce cuando las mediciones que se obtienen con una escala son sistemáticamente mayores o menores que lo que realmente deben ser. b) Error causal (al azar o no sistemático), que se produce cuando las medidas son alternativamente mayores o menores de lo que realmente deben ser. Este último tipo de error interviene cuando se afecta la confiabilidad

de un test psicométrico. Este error tiene que ver con la salud, fatiga, motivación, tensión emocional, fluctuaciones de la memoria, condiciones externas de luz, humedad, ventilación, calor, distracción por problemas del momento, familiaridad con la prueba, que presenta el examinado al momento de dar el test.

Se aplicó el test a 40 gestantes del centro de salud Metropolitano. Con los resultados de la prueba piloto se determinó la consistencia interna del instrumento , a partir del cálculo del coeficiente de correlación Pearson ítem – total, lo que permitió perfeccionar el instrumento y estimar la fiabilidad a través del coeficiente *Alpha de Cronbach* , que en este caso fue de 0,73 ( Anexo 4 ).

### **Baremación del test de conocimientos sobre lactancia materna**

#### **a) Test de conocimientos sobre lactancia materna (*pretest*) :**

<b>Categorías</b>	<b>Punto de corte</b>
Deficiente	≤20
Regular	21- 30
Bueno	31- 40

## b) Escala de *Lickert* para medir la actitud hacia la lactancia materna

- **Descripción:** la escala está compuesta por treinta y cinco (35) reactivos y está diseñado para ser autoadministrado, de los cuales del 1 al 12 corresponden a la dimensión afectivo; del ítem 13 al 25 a la dimensión cognitivo y del ítem 26 a 35 a la dimensión conativa.

Cada reactivo consta de cinco categorías de respuesta:

- a) Totalmente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- d) En desacuerdo
- e) Totalmente en desacuerdo

Los ítems que expresan una actitud positiva, la máxima puntuación correspondió al máximo acuerdo, *contrario sensu*, los ítems formulados como actitudes negativas la máxima puntuación se atribuyó al máximo desacuerdo.

Para validar y estimar la fiabilidad para la Escala de actitud hacia la lactancia materna, se siguieron dos procesos:

- **Validación:** Se contó con la ayuda de dos expertos: Dr. Alberto Cáceres Huambo, de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa y de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann

se contó con el apoyo de la Dra. Rina Alvarez Becerra, a ellos, se les hizo llegar la escala de Actitud hacia la lactancia materna y una hoja de evaluación estructurada, respecto a la suficiencia, claridad y pertinencia de los *ítems* para lograr el objetivo de la investigación. Se reformularon varios *ítems* a sugerencia de los expertos, por carecer de claridad en la redacción.

- **Fiabilidad:** para estimar la fiabilidad de la Escala de Lickert, para medir la actitud hacia la lactancia materna, se aplicó la escala a 40 gestantes y se calculó los coeficientes de correlación Pearson ítem –total, para depurar el instrumento y estimar la fiabilidad a través del coeficiente Alpha de Cronbach. Los *ítems* cuyos coeficientes de correlación ítem – total arrojan valores menores a 0,35 fueron desechados o reformulados, ya que según Cohen – Manion (1990) correlaciones a partir de 0,35, son estadísticamente significativas más allá del nivel del 1 %, en razón a que una baja correlación entre el ítem y el puntaje total puede deberse a diversas causas, ya sea de mala redacción del ítem o que el mismo no sirve para medir lo que se desea medir. Se tuvo en consideración, que la depuración o reformulación de los *ítems* tiene como propósito aumentar el coeficiente de fiabilidad del

instrumento. El coeficiente de fiabilidad *Alfa de Cronbach* obtenido para la escala de Actitud hacia la lactancia materna fue de 0,72 (Anexo 3).

- **Baremación de la Escala de actitud hacia la lactancia materna:** teniendo en cuenta que la puntuación directa que ha obtenido cada gestante en la escala de actitud no es directamente interpretable si no la referimos a los contenidos incluidos en el test o al rendimiento de las restantes gestantes que comparten el grupo normativo. En tal sentido, el segundo criterio se tomó de base para interpretar la puntuación directa de los resultados obtenidos, para lo cual se baremó los resultados, para lo cual se asignó a cada puntuación directa un valor numérico (en una determinada escala) que informa sobre la posición que ocupa la puntuación directa (y por tanto la gestante que la obtiene) en relación con las que obtienen las gestantes que integran el grupo normativo, donde se bareman las pruebas.
- Entre las múltiples opciones para baremar un test, tenemos las siguientes:
  - a) Centiles o percentiles
  - b) Puntuaciones típicas: estándares, normalizadas, escalas T y D, estatinos o eneatisos. En el caso particular, se utilizaron los

estaninos, que representan una escala con media 5 y una desviación típica 2.

Puntos de corte según baremo utilizado para la variable actitud hacia la lactancia materna para la puntuación total y según dimensiones:

**PRETEST:**

**Actitud hacia la lactancia materna (Dimensión cognitiva) del pretest:**

<b>Categorías</b>	<b>Punto de corte</b>
Actitud hacia la lactancia materna desfavorable	13-26
Actitud hacia la lactancia materna poco favorable	27-39
Actitud hacia la lactancia materna favorable	40-75

**Actitud hacia la lactancia materna (Dimensión afectiva) del pretest:**

<b>Categorías</b>	<b>Punto de corte</b>
Actitud hacia la lactancia materna desfavorable	12-24
Actitud hacia la lactancia materna poco favorable	25-36
Actitud hacia la lactancia materna favorable	37-60

**Actitud hacia la lactancia materna (Dimensión conativa) del pretest**

<b>Categorías</b>	<b>Punto de corte</b>
-------------------	-----------------------

Actitud hacia la lactancia materna desfavorable	10-20
Actitud hacia la lactancia materna poco favorable	21-30
Actitud hacia la lactancia materna favorable	31-50

### 3.4. VARIABLES DE ESTUDIO Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- **Variable independiente:** Programa DIALACTA
- **Definición conceptual:** Programa DIALACTA basado en los criterios de prescritos por el Ministerio de Salud del Perú.
- **Definición operacional:** aplicación del Programa DIALACTA a través de sesiones teórico-prácticos:

**SESION 1** Lactancia Materna

**SESION 2** Como funciona la lactancia materna

**SESION 3** Lactancia materna vínculo afectivo y desarrollo

**SESION 4** Nutrición de la madre lactante

**SESION 5** Iniciando la lactancia materna

**SESION 6** Cuando el bebe crece alimentación complementaria

**Variable dependiente:** Conocimiento sobre lactancia materna.

**Definición conceptual:** Test de conocimientos que mide conocimientos sobre lactancia materna.

**Definición operacional:** Resultado de un test de conocimientos, que se categoriza como bueno, regular y deficiente.

**Variable dependiente:** Actitud hacia la lactancia materna.

- **Definición conceptual:** Predisposición a reaccionar frente a la lactancia materna con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad, que implica valencia o dirección e intensidad como una gradación de la valencia.
- **Definición operacional:** Suma total y por dimensiones cognitiva, afectiva y conativa, de una escala que expresan el mismo rasgo o actitud, que indica dónde se encuentra o cuánto tiene la gestante de la variable actitud hacia la lactancia materna que se pretende medir.

## Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>  <b>Programa DIALACTA</b>	Sesión I Sesión II Sesión III Sesión IV Sesión V Sesión VI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aplica</li> <li>• No se aplica</li> </ul>	Nominal
<b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>  <b>Conocimiento sobre lactancia materna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lactancia Materna.</li> <li>• Vínculo afectivo y desarrollo.</li> <li>• Nutrición de la madre lactante.</li> <li>• Alimentación complementaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficiente</li> <li>• Regular</li> <li>• Bueno</li> </ul>	Ordinal
<b>Actitudes sobre lactancia materna</b>	<p><b>Dimensión cognitiva:</b> Creencias sobre lactancia materna.</p> <p><b>Dimensión afectiva:</b> sentimientos en relación a la lactancia materna.</p> <p><b>Dimensión conativa:</b> intención, deseo o aprobación respecto a la lactancia materna</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desfavorable</li> <li>• Poco favorable</li> <li>• Favorable</li> </ul>	Ordinal
<b>VARIABLES ALEATORIAS</b>			
Edad	Años	Grupo etareo	Razón
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos civiles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Conviviente</li> <li>• Otro</li> </ul>	Nominal
Nivel Instrucción	Nivel educativo alcanzado por la madre hasta el momento de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Superior no Universitario</li> <li>• Superior Universitario</li> </ul>	Nominal
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra actividad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiante</li> <li>• Comerciante</li> <li>• Empleado publico</li> <li>• Ama de casa</li> </ul>	Nominal

### 3.5. TÉCNICA Y MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Técnica:** Las técnicas utilizadas fueron las siguientes:

**Técnica documental:** revisión documental para recopilar información sobre las teorías que sustentan el estudio del fenómeno.

**Técnicas de campo:**

**a) Encuesta:** como técnica destinada a “obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador.

Para ello, a diferencia de la entrevista se utiliza un listado de preguntas escritas, que se entregan a los sujetos de estudio, a fin de que las contesten igualmente por escrito.” El listado se denomina cuestionario. Se utilizó un cuestionario tipo Lickert para medir la actitud hacia la lactancia materna.

**b) Test:** técnica actitud derivada de la entrevista y la encuesta, tiene como objeto “lograr información sobre rasgos definidos de la personalidad, la conducta o determinados comportamientos y características individuales o colectivas de la persona”<sup>74</sup>. Se utilizó un test para medir los conocimientos de las gestantes sobre lactancia materna.

- **Procedimiento**

a. Se eligen los grupos de estudio.

b. Se evalúa a los grupos (experimental y control).

- c. Se aplica el estímulo.
- d. Se procedió a evaluar ambos grupos.
- e. Se realizan las comparaciones de los resultados en cuanto al nivel de conocimiento y la actitud hacia la lactancia materna, en base a los resultados de la prueba *postest* del grupo experimental y del grupo control.

- **Método**

Se recurrió al método científico para el desarrollo *in extenso* de la investigación; el método hipotético deductivo ya que se parte de ocho hipótesis básicas y se deduce luego sus consecuencias y el método de la encuesta para la recolección de datos (Terrones, 2007).

### **3.6.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

El procesamiento de los datos se automatizó con la utilización del software estadístico SPSS versión 18. Para el análisis univariado se utilizó tablas de frecuencias y para el análisis de bivariado se utilizó tablas de contingencia. Para el contraste de la hipótesis se recurrió a la prueba estadística de Chi cuadrado y T de *Student* para muestras independientes para distribuciones normales y U de Mann Whitney para distribuciones que no siguen una distribución normal. (Martinez – Gonzales, M., De Irala, J. & Faulin, F. 2001)

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL**

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados.

**Tabla 1**

*Características Sociodemográficas de las gestantes C.S Metropolitano 2014*

Características	Total =60	Grupo Experimental =30		Grupo Control =30		( P )
		N	%	N	%	
<b>Grupo Etéreo</b>						
17 – 23	17	9	30,00	8	26,67	
24 – 29	16	10	33,33	6	20,00	2,150†
30 – 35	16	6	20,00	10	33,33	(0,542)
36 - 44	11	5	16,67	6	20,00	
<b>Nivel Instrucción</b>						
Primaria	4	2	6,67	2	6,67	
Secundaria	25	11	36,67	14	46,67	1,198†
Superior no Universitario	22	13	43,33	9	30,00	(0,753)
Superior Universitario	9	4	13,33	5	16,67	
<b>Ocupación</b>						
Estudiante	12	5	16,67	7	23,35	
Comerciante	9	8	26,67	1	3,32	7,479†
Empleada	4	1	3,32	3	10,00	(0,113)
Ama de casa	29	14	46,67	15	50,00	
Otro	6	2	6,67	4	13,33	
<b>Estado civil</b>						
Soltera	18	8	26,67	10	33,33	0,722†
Casada	8	5	16,66	3	10,00	(0,697)
Conviviente	34	17	56,67	17	56,67	

†: Prueba X<sup>2</sup>

Fuente: Cuestionario

## Interpretación

Según se observa en la Tabla 1 y en las Figuras 1, 2, 3 y 4 que en el grupo experimental el 33,3 % de las gestantes se encuentran comprendidos entre las edades de 24 y 29 años, con el 30,00 % entre 17 y 23 años, un 20,00 % con edades entre 30 y 35 años de edad y finalmente el porcentaje menor es el comprendido entre 36 y 44 años con un 16,66 %. En el grupo control, de igual manera la mayoría con un 33,33 % tienen edades entre 30 y 35, seguido de un 26,67 % tienen entre 17 y 23 años y el porcentaje menor es del 20,00 % entre las edades de 24 y 29 años y de 36 y 44 años respectivamente. Con la prueba estadística de *Chi cuadrado* de homogeneidad se tiene que la probabilidad de obtener un valor 2,150 o mayor con 2 grados de libertad es  $p = 0,542$  Por tanto, el valor es no estadísticamente significativo, pues es mayor que 0,05. En consecuencia, ambos grupos son similares para variable grupo etareo.

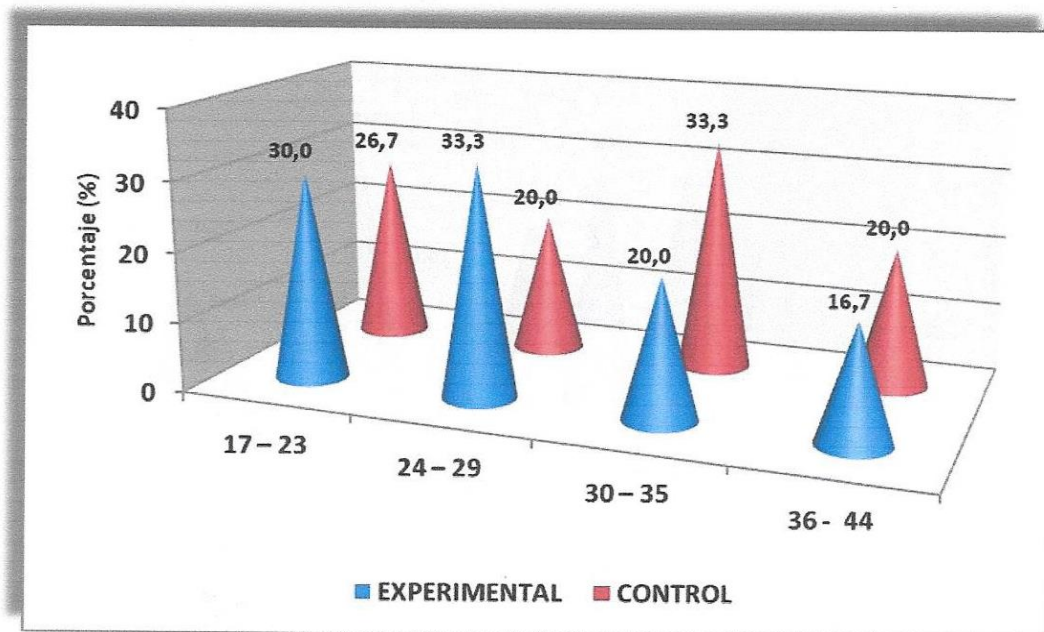
Respecto al nivel de instrucción, se evidencia que en el grupo experimental el 43,33 % se encuentra en el Superior no universitario, y el 36,67 % posee secundaria el 13,33 % superior universitario y el porcentaje menor es el de 6,67 % con nivel primario. En el grupo control el 46,67 % tiene nivel secundario, seguido del 30,00 % con superior no universitario y el 16,67 % superior universitario y el porcentaje menor

corresponde al nivel primario con 6,67 %.La prueba estadística de Chi cuadrado de Homogeneidad arrojó un valor de 1,198 con una probabilidad de 0,753 mayor a 0,05, por lo que se afirma que los grupos son similares respecto a la variable nivel de instrucción.

En cuanto a la ocupación, en el grupo experimental 46,67 % es ama de casa; el 26,67 % es comerciante, el 16,67 % gestantes; el porcentaje menor de 3,33 % es empleada y en el grupo control. 50 % es ama de casa; el 23,35% es estudiante, 10,00 % empleada y el 3,33 % es comerciante.

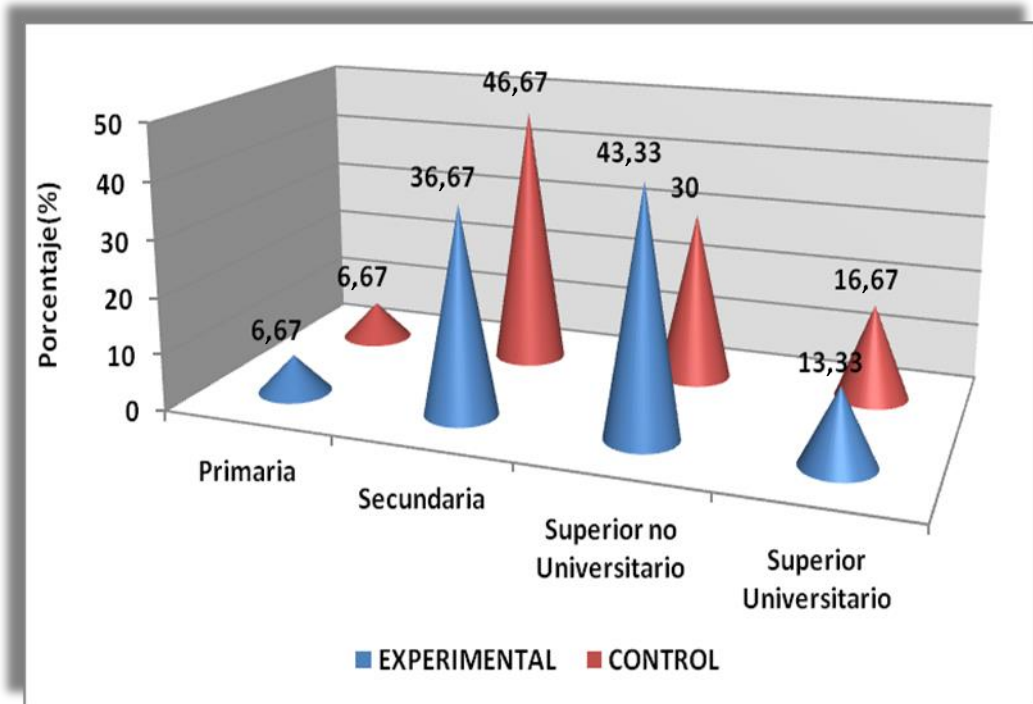
La prueba estadística de Chi cuadrado de Homogeneidad arrojó un valor de 7,479 con una probabilidad de 0,113 mayor a 0,05, por lo que se afirma que los grupos son similares respecto a la variable estado ocupación.

Respecto al estado civil, se evidencia que en el grupo experimental el mayor porcentaje 56,67 % tenía un estado civil conviviente, obteniéndose el mismo porcentaje en el grupo control. La prueba estadística de Chi cuadrado de Homogeneidad arrojó un valor de 0,722 con una probabilidad de 0,697 mayor a 0,05, por lo que se afirma que los grupos son similares respecto a la variable estado civil.



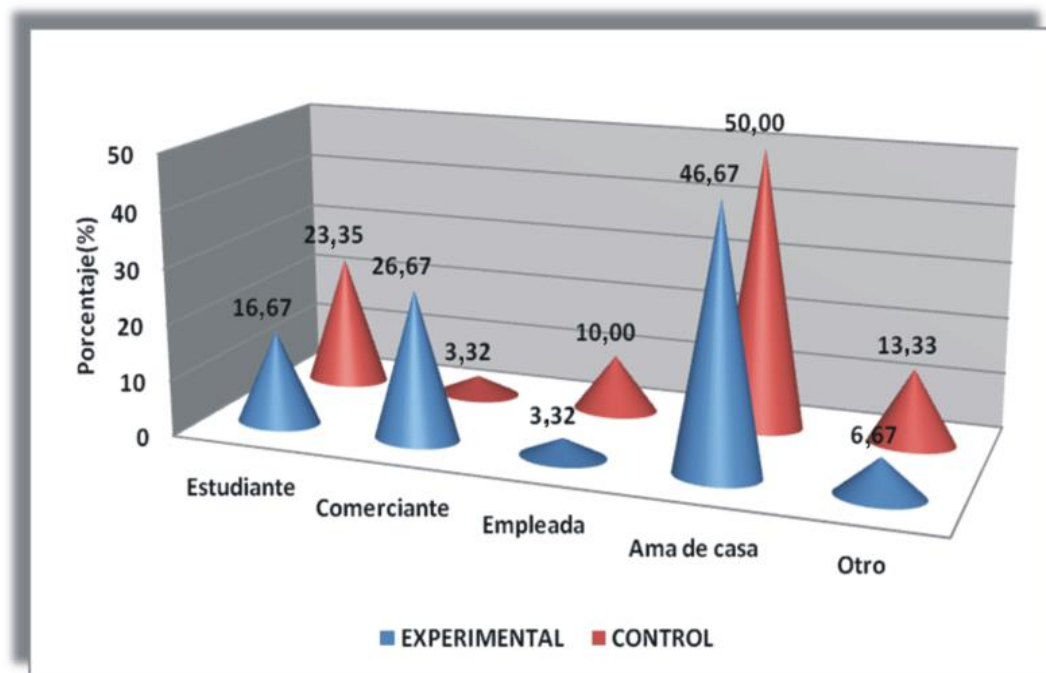
Fuente: Tabla 1

Figura 1: Gestantes según edad, nivel de instrucción, ocupación y estado civil del C.S Metropolitano, por grupo según grupo etario, 2014



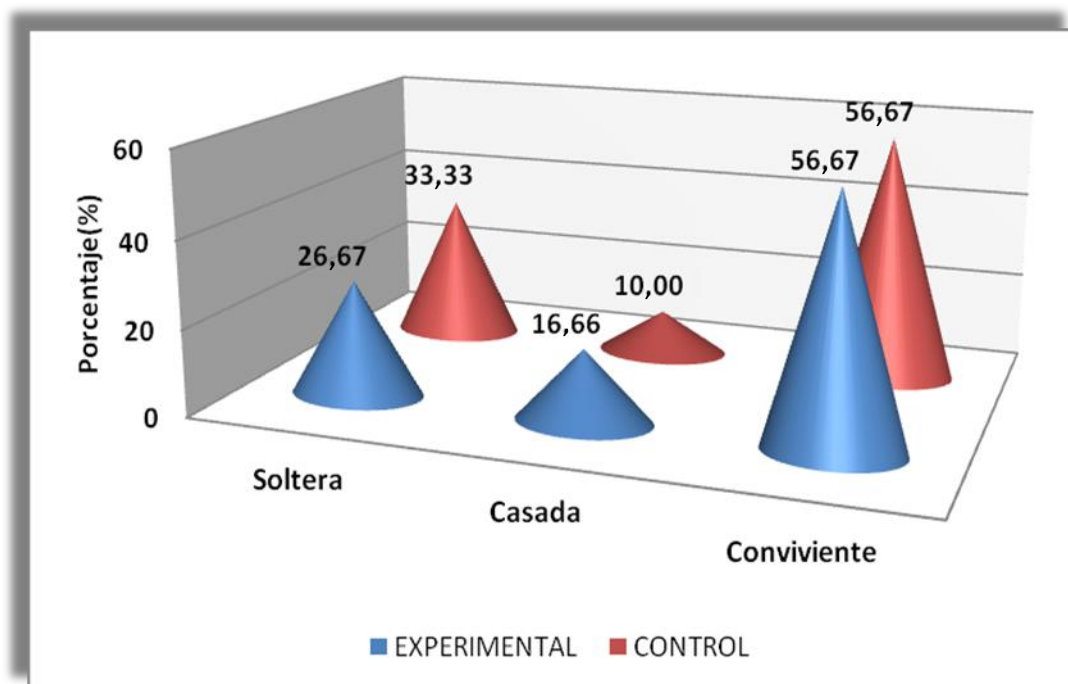
Fuente: Tabla 1

Figura 2: Gestantes según edad, nivel de instrucción, ocupación y estado civil del C.S Metropolitano, por grupo según nivel de instrucción, 2014



Fuente: Tabla 1

Figura 3: Gestantes según edad, nivel de instrucción, ocupación y estado civil del C.S Metropolitano, por grupo según ocupación, 2014



Fuente: Tabla 1

Figura 4: Gestantes según edad, nivel de instrucción, ocupación y estado civil del C.S Metropolitano, por grupo según estado civil, 2014

**4.2. COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS EN LA EVALUACIÓN  
PRETEST DE LA ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA,  
ANTES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DIALACTA**

**Tabla 2**

*Comparación de la media de los ítems del pretest actitud hacia la lactancia materna en las dimensiones cognitiva, afectiva y conativa en los grupos de gestantes, antes de la aplicación del estímulo, 2014*

Actitud hacia la lactancia materna	Grupo Experimental =30		Grupo Control=30	
	$\bar{x}$	DT	$\bar{x}$	DT
<b>Pretest</b>				
<b>Actitud</b>	100,90	<b>19,17</b>	104,20	<b>14,12</b>
<b>Dimensión cognitiva</b>	41,30	<b>10,75</b>	39,73	<b>8,17</b>
<b>Dimensión afectiva</b>	28,77	<b>8,76</b>	33,27	<b>6,83</b>
<b>Dimensión conativa</b>	30,83	<b>5,98</b>	31,20	<b>4,91</b>

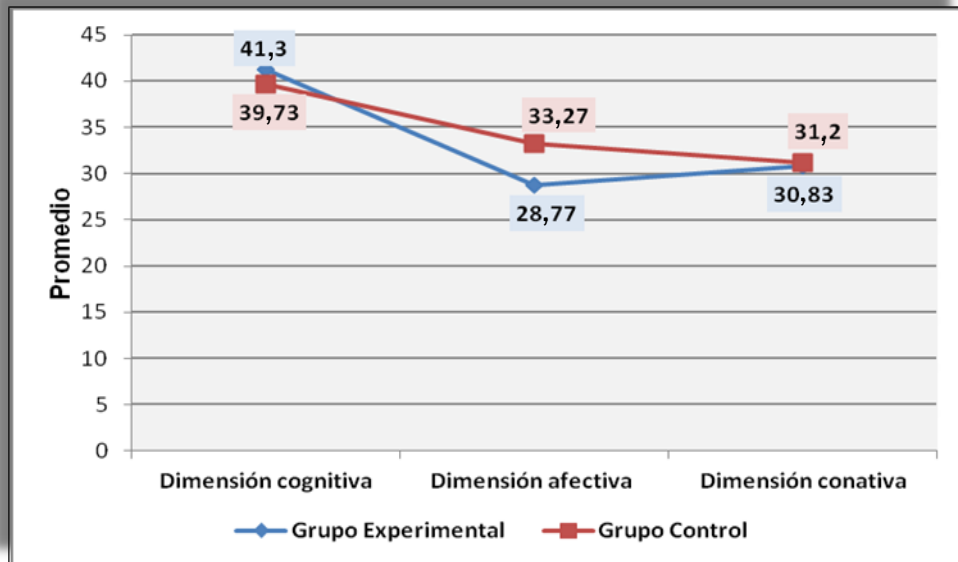
Fuente: Escala de actitud

## Interpretación

Se observa en la Tabla 2 y en la Figura 5, que el promedio del *pretest* en la Escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva en el *pretest* para el grupo experimental es de 41,30 y de 39,73 para el grupo control y con una desviación estándar de 10,75 y de 8,17 respectivamente. Se aprecia que existe una mayor dispersión de los datos en el grupo experimental.

En cuanto a la dimensión afectiva, las medias también fueron bastante cercanas, ya que en el grupo experimental fue de 28,77 y en el control la media fue de 33,27, con una desviación típica de 6,83 y 8,76 respectivamente. Igualmente, se apreció una mayor dispersión en el grupo control.

En relación a la dimensión conativa, las medias, son prácticamente similares ya que en el grupo experimental fue de 30,83 y en el grupo de control de 31,20. La desviación típica fue de 5,98 y de 4,91 respectivamente, cabe subrayar que también se encontró una mayor dispersión de los datos en el grupo experimental.



Fuente: Tabla 2

Figura 5: Comparación de la media de los ítems del *pretest* actitud hacia la lactancia materna en las dimensiones cognitiva, afectiva y conativa en los grupos de estudio de gestantes del C.S. Metropolitano, 2014

**Tabla 3**

*Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, afectiva y conativa, antes de la aplicación del estímulo, 2014*

Actitud	Total =60	Grupo Experimental =30		Grupo Control=30		Prueba ( P )
		Nº	%	Nº	%	
<b>Dimensión cognitiva</b>						
Desfavorable	3	2	6,67	1	3,33	1,273 †
Poco favorable	24	10	33,33	14	46,67	(0,529)
Favorable	33	18	60,00	15	50,00	
<b>Dimensión afectiva</b>						
Desfavorable	14	10	33,33	4	13,33	4,821†
Poco favorable	30	15	50,00	15	50,00	(0,090)
Favorable	16	5	16,67	11	36,67	
<b>Dimensión conativa</b>						
Desfavorable	2	2	6,67	0	0,00	2,133 †
Poco favorable	30	14	46,67	16	53,33	(0,344)
Favorable	28	14	46,67	14	46,67	

†: Prueba  $X^2$

Fuente: Escala de actitud

### **Interpretación:**

Se observa en la Tabla 3 y en las Figuras, 6, 7 y 8, la actitud hacia la lactancia materna desfavorable, poco favorable y favorable en el grupo experimental y control en el *pretest*, antes de la aplicación del estímulo.

Se aprecia en la dimensión cognitiva, que en el grupo experimental más de la mitad (60,00 %) presentó una actitud favorable hacia la lactancia materna, la tercera parte (33,33 %) una actitud poco favorable y prácticamente la décima parte (6,67 %) una actitud desfavorable. En el grupo control, las cifras son similares para la categoría favorable (50,00 %), además, se aprecia que casi la cuarta parte (46,67 %) presentan una actitud poco favorable y la diferencia (3,33 %) una actitud favorable. Se aplicó la prueba de  $X^2$  cuadrado de homogeneidad, con la cual se obtuvo un valor de 1,273 y una probabilidad de 0,529 ( $P \Rightarrow 0,05$ ), por lo que se afirma que los grupos son equivalentes o similares para la variable dimensión afectiva.

Para la dimensión afectiva, en el grupo experimental la mayor proporción (50,00 %) corresponde a las respuestas que se ubican en la categoría poco favorable, por debajo de la cuarta parte (16,67 %) presentan una actitud favorable y otra proporción (33,33 %) una actitud desfavorable. En el grupo control, igualmente la mayor proporción se

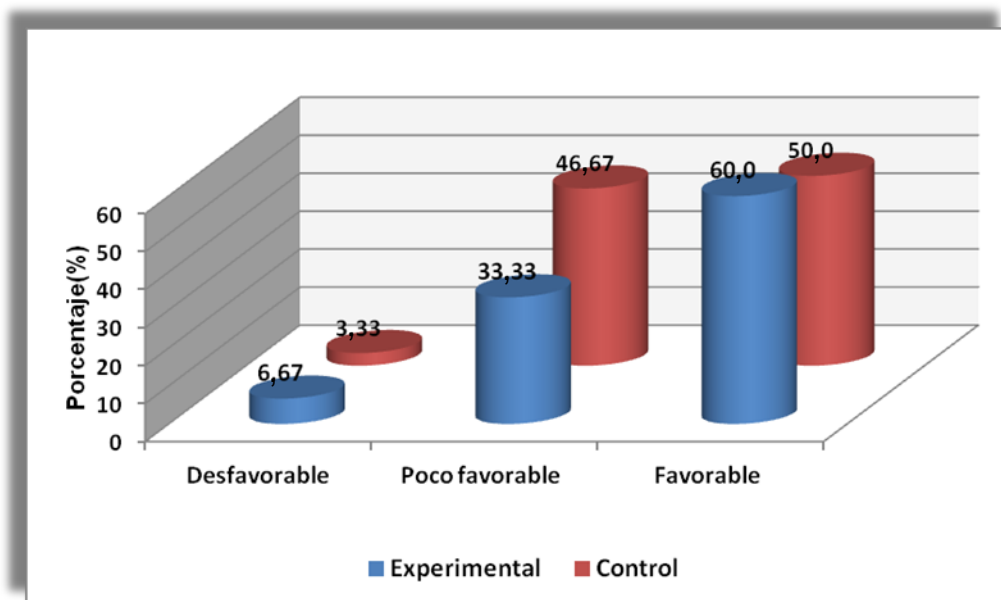
encuentra en la categoría poco favorable (50,00 %) un poco más de la cuarta parte (36,67 %) presentan una actitud favorable y la diferencia (13,33 %) una actitud desfavorable. De modo similar que para la dimensión afectiva, la prueba de  $X^2$  cuadrada arroja un valor de 4,821 y una probabilidad de 0,090 mayor a 0,05, en consecuencia, se puede afirmar que los grupos son similares respecto a la variable dimensión afectiva.

Respecto a la dimensión conativa, en el grupo experimental, se halló que la mitad de los encuestados se encuentran en la categoría de favorable (46,67 %), y el 46,67 % presentan una actitud poco favorable, mientras que el porcentaje restante 6,67 % tiene una actitud desfavorable. En el grupo control, igualmente la mayor proporción se encuentra en la categoría favorable (46,67 %) y la diferencia (53,33 %) una actitud poco favorable y categoría desfavorable 0 %. A pesar de las diferencias numéricas y porcentuales, la prueba de  $X^2$  cuadrado arroja un valor de 2,133 y una probabilidad de 0,344 mayor a 0,05, por lo que se afirma que ambos grupos también son similares o equivalentes para la variable dimensión conativa.

Los resultados encontrados permiten confirmar que los grupos seleccionados para formar parte del estudio, son equivalentes o similares

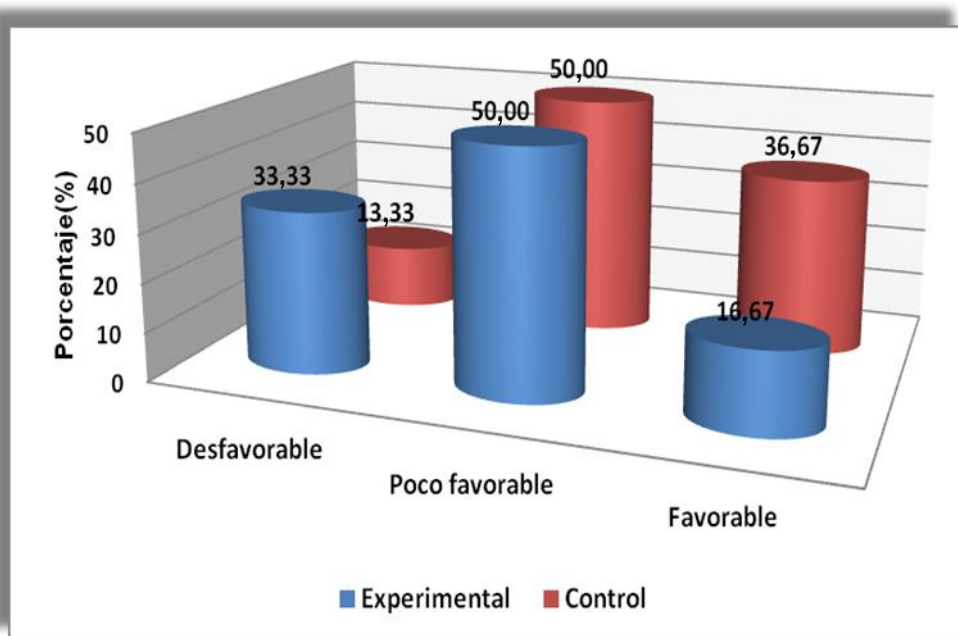
respecto a la actitud que presentan respecto a la lactancia materna, ya que la probabilidad en los tres casos es superior a 0,05, lo que indica que tanto el grupo experimental como el grupo control, tienen idéntica distribución para las dimensiones cognitiva, afectiva y conativa de la variable actitud hacia la lactancia materna.

Asimismo, se aprecia que la actitud mayormente es poco favorable y desfavorable tanto en el grupo experimental como en el control, siendo las diferencias observadas no significativas estadísticamente.



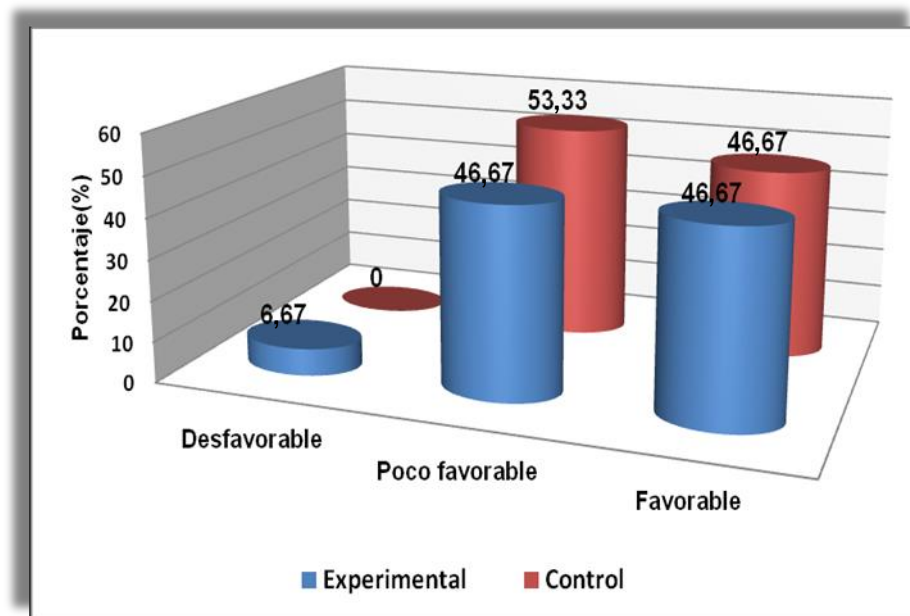
Fuente: Tabla 3

Figura 6: Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, antes de la aplicación del estímulo, 2014



Fuente: Tabla 3

Figura 7: Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva, antes de la aplicación del estímulo, 2014



Fuente: Tabla 3

Figura 8: Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa, antes de la aplicación del estímulo, 2014

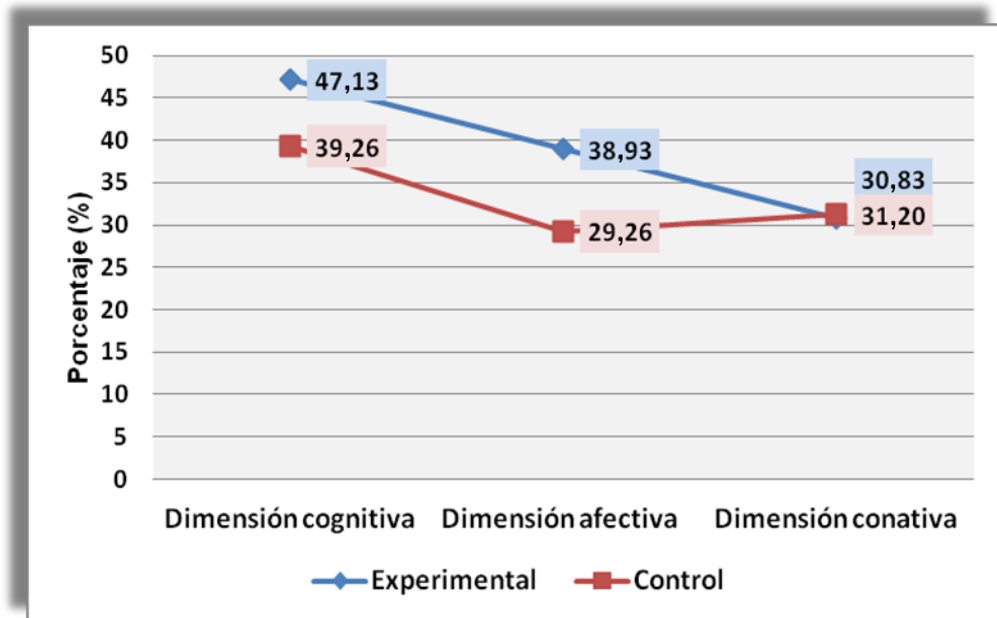
**4.3. COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS EN LA EVALUACIÓN  
POSTEST DE LA ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA,  
DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DIALACTA**

**Tabla 4**

*Comparación de la media de los ítems del posttest actitud hacia la lactancia materna en las dimensiones cognitiva, afectiva y conativa en los grupos de gestantes, después de la aplicación del estímulo, 2014*

Actitud hacia la lactancia	Grupo Experimental =30		Grupo Control=30	
	$\bar{x}$	DT	$\bar{x}$	DT
<b>Pretest</b>				
<b>Actitud</b>	120,20	<b>20,23</b>	97,30	<b>8,15</b>
<b>Dimensión cognitiva</b>	47,13	<b>6,50</b>	39,26	<b>5,06</b>
<b>Dimensión afectiva</b>	38,93	<b>9,40</b>	29,26	<b>5,24</b>
<b>Dimensión conativa</b>	30,83	<b>5,98</b>	31,20	<b>4,91</b>

Fuente: Escala de actitud



Fuente: Tabla 4

Figura 9: Comparación de la media de los ítems del *postest* actitud hacia la lactancia materna en las dimensiones cognitiva, conativa y afectiva en los grupos de estudio de gestantes del C.S Metropolitano, después de la aplicación del estímulo, 2014

## **Interpretación**

Se aprecia en la Tabla 4 y en la Figura 9, las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de actitud hacia la lactancia materna en las gestantes de ambos grupos, después de la aplicación del Programa experimental.

Se tiene que el promedio para la dimensión cognitiva para el grupo experimental fue de 47,13 % mientras que para el grupo control se observó un promedio menor con 39,26 %. El promedio para el primer grupo se incrementó casi ocho unidades.

Para la dimensión afectiva, igualmente se observa un promedio mayor en el grupo experimental con 38,93 % y en el grupo control fue de 29,26 %. De igual forma, el incremento fue de nueve unidades.

En cuanto a la dimensión conativa, también se apreció un incremento en la puntuación media que obtuvo el grupo experimental con 30,83 % a diferencia del grupo control que obtuvo un promedio de 31,20 %. Cabe resaltar que el incremento es mínimo.

Se subraya que en las tres dimensiones de la variable actitud hacia la lactancia materna, el grupo experimental registró un incremento, a diferencia del grupo control. Sin embargo, en la dimensión conativa, la diferencia es más estrecha que en las dimensiones cognitiva y afectiva.

**Tabla 5**

*Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, afectiva y conativa, después de la aplicación del estímulo, 2014*

Actitud	Total =60	Grupo Experimental =30		Grupo Control=30		Prueba  ( P )
		Nº	%	Nº	%	
<b>Dimensión cognitiva</b>						
Desfavorable	1	0	0,00	1	3,33	
Poco favorable	17	3	10,00	14	46,67	11,546 †
Favorable	42	27	90,00	15	50,00	(0,003)
<b>Dimensión afectiva</b>						
Desfavorable	7	1	3,33	6	20,00	
Poco favorable	31	11	36,67	20	66,67	15,093 †
Favorable	22	18	60,00	4	13,33	(0,001)
<b>Dimensión conativa</b>						
Desfavorable	2	2	6,66	0	0,00	
Poco favorable	30	14	46,67	16	53,33	2,133 †
Favorable	28	14	46,67	14	46,67	(0,344)

†: Prueba  $\chi^2$

Fuente: Escala de actitud

### **Interpretación:**

Se aprecia en la Tabla 5 y en las Figuras 10, 11 y 12, la actitud que presentan las gestantes de los grupos de estudios hacia la lactancia materna en las tres dimensiones cognitiva, afectiva y conativa, después de la aplicación del estímulo.

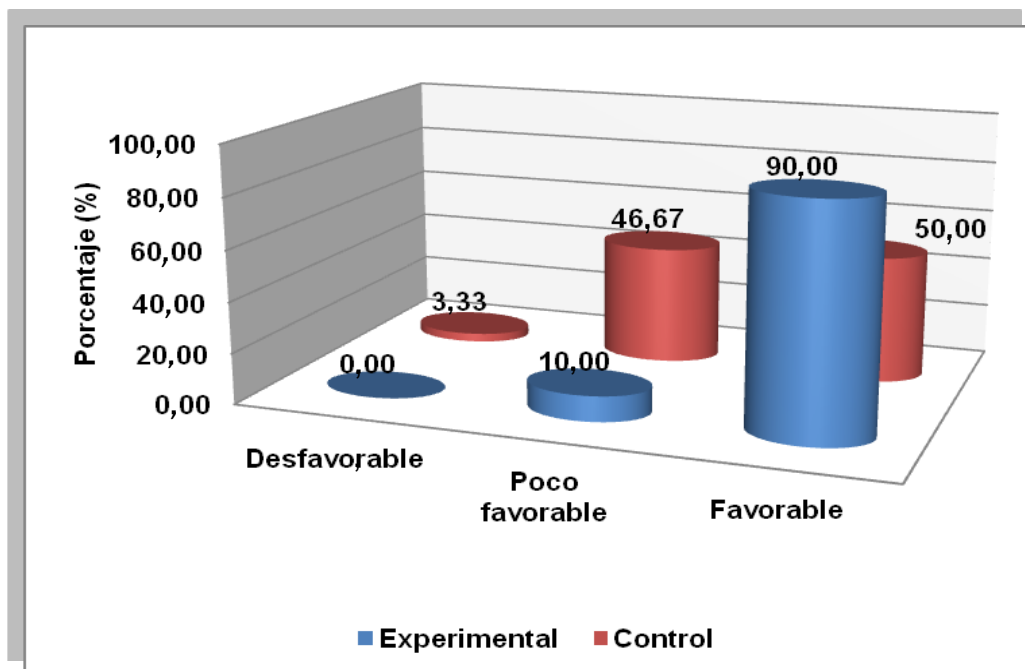
Se aprecia en el grupo experimental para la **dimensión cognitiva**, que la mayoría de los gestantes se ubican en la categoría *favorable* (90,00 %), el porcentaje restante (10,00 %) se ubicó en la *categoría poco favorable*. Comparativamente, se tiene que en el grupo control, igualmente la mayoría se ubicó con la categoría *favorable* (50,00 %) y una proporción no menos despreciable, ya que representa más de la tercera parte ( 46,67 %) presenta una *actitud poco favorable*, en contraste, menos de la décima parte de los gestantes del grupo control (3,33 %) presentan una *actitud desfavorable* hacia la lactancia materna. Al aplicar la prueba  $X^2$  cuadrada de homogeneidad, se encontró un p valor menor a 0,05, lo que permite afirmar que las diferencias son significativas, y por tanto, los grupos son diferentes respecto a la variable actitud en la dimensión afectiva.

En cuanto a la **dimensión afectiva**, se tiene que en el grupo experimental, prácticamente casi las dos terceras partes (60,00 %)

presentan una *actitud favorable*; mientras que casi la tercera parte (36,67 %) declaran una *actitud poco favorable* hacia la lactancia materna, sólo 1 gestante (3,33 %) presentaron una *actitud desfavorable*, después de la aplicación del estímulo. Asimismo, en el grupo control, se encontró que la mayor proporción se encuentra en la categoría actitud poco favorable (66,67 %); casi la tercera parte (20,00 %) presentó una *actitud desfavorable* y 4 gestantes (13,33%) exhibió una actitud favorable hacia la lactancia materna. La prueba  $X^2$  cuadrada de homogeneidad, arrojó un p valor menor a 0,05, lo que permite afirmar que las diferencias son significativas, y por tanto, los grupos son diferentes respecto a la variable actitud en la dimensión afectiva.

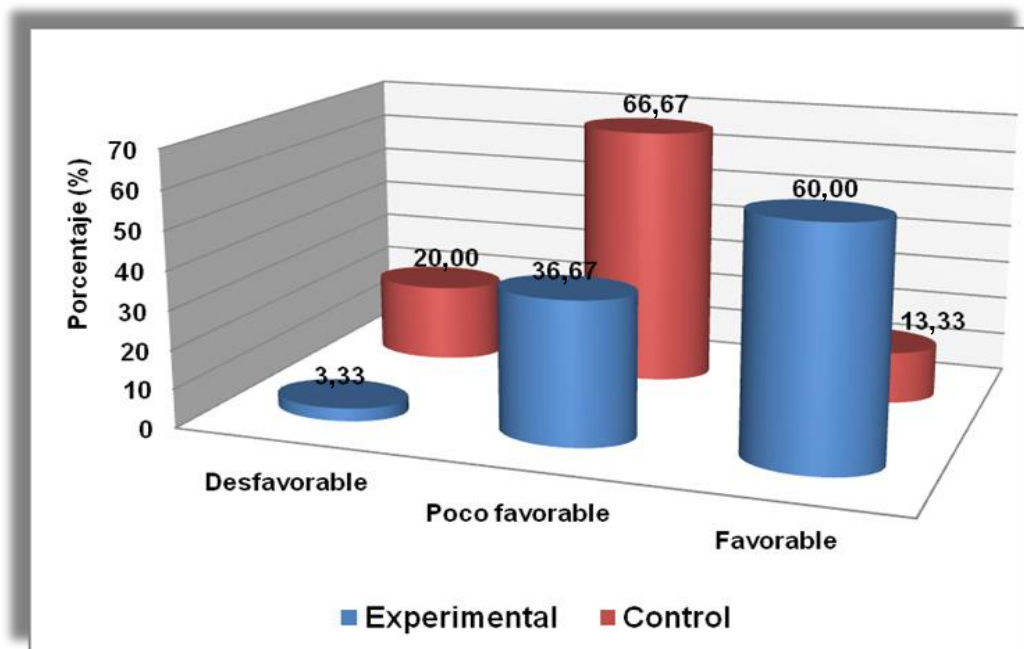
En relación a la **dimensión conativa**, se encuentra que en el grupo experimental la mayoría de los gestantes declararon una *actitud poco favorable* (53,33 %) hacia la lactancia materna, sin embargo, más de la tercera parte (46,67 %) presentó una *actitud favorable* y de otro lado, dos gestantes (6,67 %) se ubicaron en la categoría de *actitud desfavorable* hacia la lactancia materna después de la aplicación del estímulo. Si se comparan los resultados con los hallados en el grupo control, se tiene que la mayoría presenta una actitud poco favorable (53,33 %), sin embargo, más de la tercera parte (46,67 %) una actitud favorable y ninguna

gestante presentó una *actitud desfavorable* (0 %) hacia la lactancia materna en la dimensión conativa. Cabe resaltar , que los resultados para la prueba  $X^2$  cuadrada de homogeneidad, arrojaron un p valor de 0,344 , mayor a 0,05, lo que permite afirmar que las diferencias no son significativas, y por tanto, los grupos experimental y control, son similares respecto a la variable actitud en la dimensión conativa.



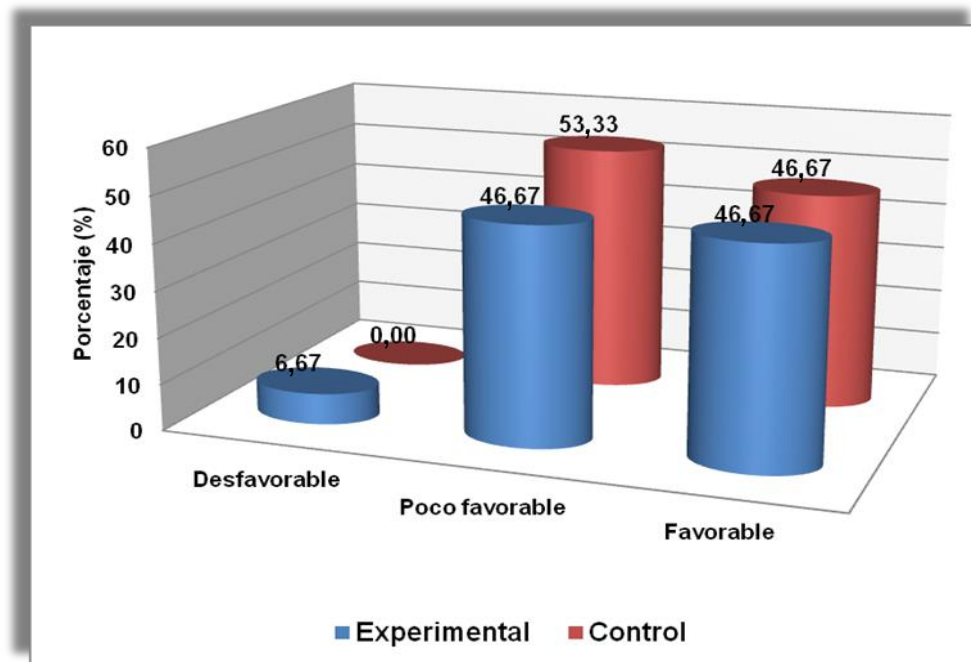
Fuente: Tabla 5

Figura 10: Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, después de la aplicación del estímulo, 2014



Fuente: Tabla 5

Figura 11: Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva, después de la aplicación del estímulo, 2014



Fuente: Tabla 5

Figura 12: Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa, después de la aplicación del estímulo, 2014

**4.4. COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS EN LA EVALUACIÓN  
PRETEST Y POSTEST DE LOS RESULTADOS DEL TEST DE  
CONOCIMIENTOS, ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN  
DEL PROGRAMA DIALACTA**

**Tabla 6**

*Comparación de la media del test de conocimientos sobre lactancia materna del pretest y posttest en los grupos de estudio de gestantes del C.S. Metropolitano, 2014*

	Grupo Experimental =30		Grupo Control=30	
	$\bar{x}$	DT	$\bar{x}$	DT
<b>Pretest</b>	19,16	4,29	16,76	3,87
<b>Posttest</b>	24,20	8,12	16,60	2,89

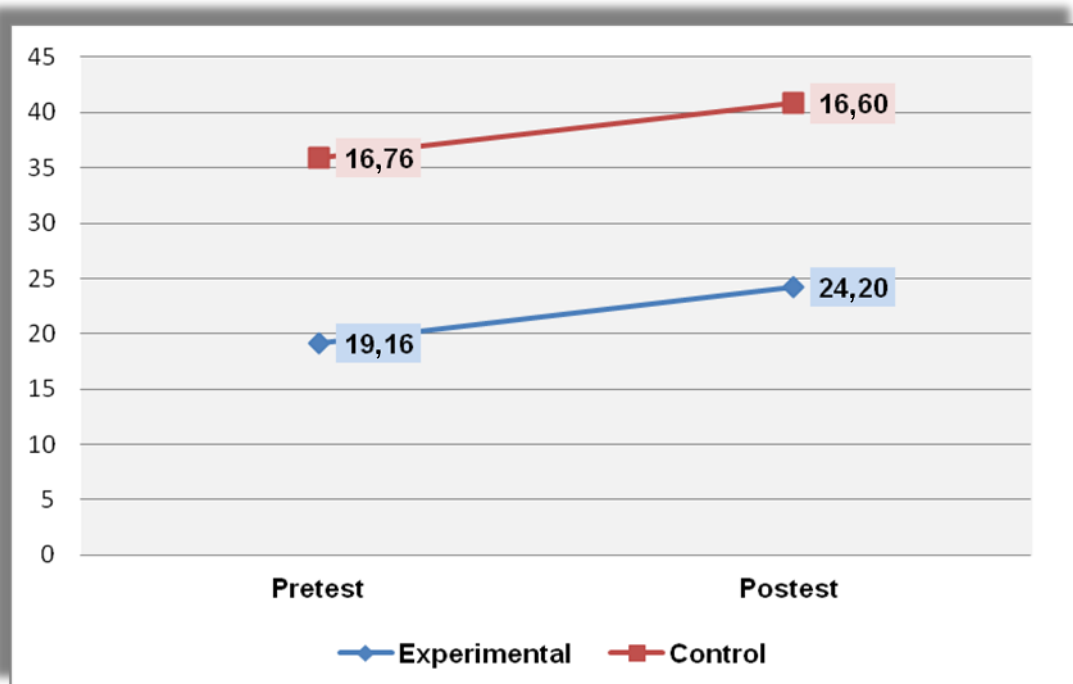
Fuente: Escala de actitud

## **Interpretación**

Se observa en la Tabla 6 y en la Figura 13, la media aritmética que los grupos de estudio alcanzaron en el *pretest* y en el *postest* de conocimientos.

Se aprecia que en el *pretest* el grupo experimental presentó una media de 19,16 y en el grupo control la media fue de 16,76 cifras similares, lo que permite deducir que ambos grupos son equivalentes antes de la aplicación del estímulo.

De otro lado, en el *postest* se encontró para el grupo experimental una media de 24,20 y en el grupo control la media fue de 16,60, apreciándose una diferencia a favor del grupo experimental.



Fuente: Tabla 6

Figura 13: Comparación de la media del test de conocimientos sobre lactancia materna del *pretest* y *posttest* en los grupos de estudio de gestantes del C.S Metropolitano, 2014

**Tabla 7**

*Nivel de conocimientos sobre lactancia materna antes y después de la aplicación del estímulo*

Nivel	Total =60	Grupo Experimental =30		Grupo Control=30		Prueba ( P )
		Nº	%	Nº	%	
<b>Pretest</b>						
Deficiente	42	17	56,67	25	83,33	5,079 †
Regular	18	13	43,33	5	16,67	(0,024)
<b>Postest</b>						
Deficiente	39	12	40,00	27	90,00	17,538 †
Regular	13	10	33,33	3	10,00	(0,007)
Bueno	8	8	26,67	0	0,00	

†: Prueba  $X^2$

Fuente: Escala de conocimiento

### **Interpretación:**

Se aprecia en la Tabla 7 y en las Figuras 14 y 15, el nivel de conocimientos sobre lactancia materna de las gestantes que participaron en el estudio antes y después de la aplicación del estímulo.

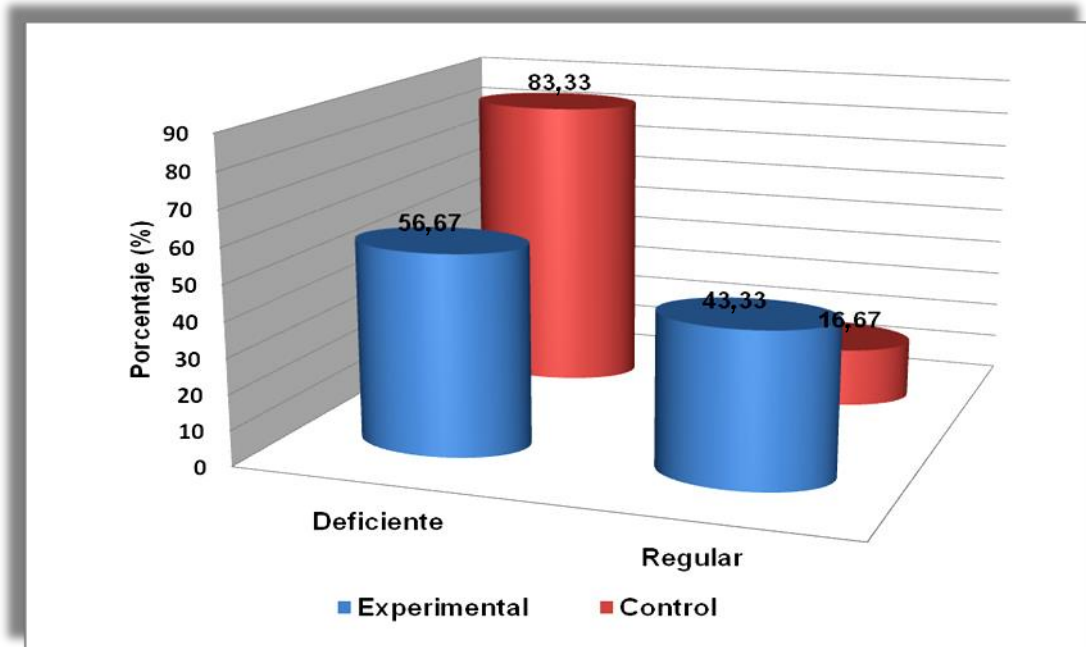
Se observa que el grupo experimental en cuanto a los resultados en el *pretest*, más de la mitad de las gestantes presentan un nivel de conocimientos sobre lactancia materna deficiente (56,67 %), y casi la mitad (43,33 %) tienen un nivel regular. Comparativamente, el grupo control presenta semejanzas, en cuanto la mayor proporción de gestantes presentaron un nivel deficiente de conocimientos (83,33 %), y la diferencia (16,67 %) presentó un nivel de conocimientos regular. La prueba de Chi cuadrado de homogeneidad, arroja un valor de 5,079 con una probabilidad de 0,024 (menor a 0,05), en tal sentido, se afirma que ambos grupos son diferentes respecto a la variable nivel de conocimientos sobre lactancia materna.

En cuanto a los resultados del *postest*, se aprecia que en el grupo experimental, a diferencia del *pretest*, casi la tercera parte de las gestantes presentaron un nivel de conocimiento bueno (26,77 %) casi la mitad (40,00 %) un nivel deficiente, y la tercera parte un nivel de conocimientos deficiente (33,33 %). Al compulsar los resultados con el grupo control, la gran mayoría de las gestantes (90,00 %) presentaron un nivel deficiente, y el porcentaje restante presentaron un nivel regular de conocimientos (10,00 %), y ninguna gestante presentó un nivel bueno (0%). Las diferencias son significativas, ya que al aplicar la prueba de  $X^2$  cuadrada de homogeneidad, se encontró un p valor menor a 0,05, lo que permite afirmar que las diferencias son significativas, y por tanto, los grupos son realmente diferentes respecto a la variable nivel de conocimientos sobre lactancia materna.

Al analizar los resultados, se aprecia que el grupo experimental en el *pretest* mayoritariamente se ubicaba en las categorías regular y deficiente, situación que cambia en el *postest*, ya que los porcentajes más altos se encuentran en las categorías regular y bueno, lo que permite afirmar que las diferencias se deben al estímulo aplicado. En el caso del grupo control, en el *pretest* las gestantes presentaron mayormente un

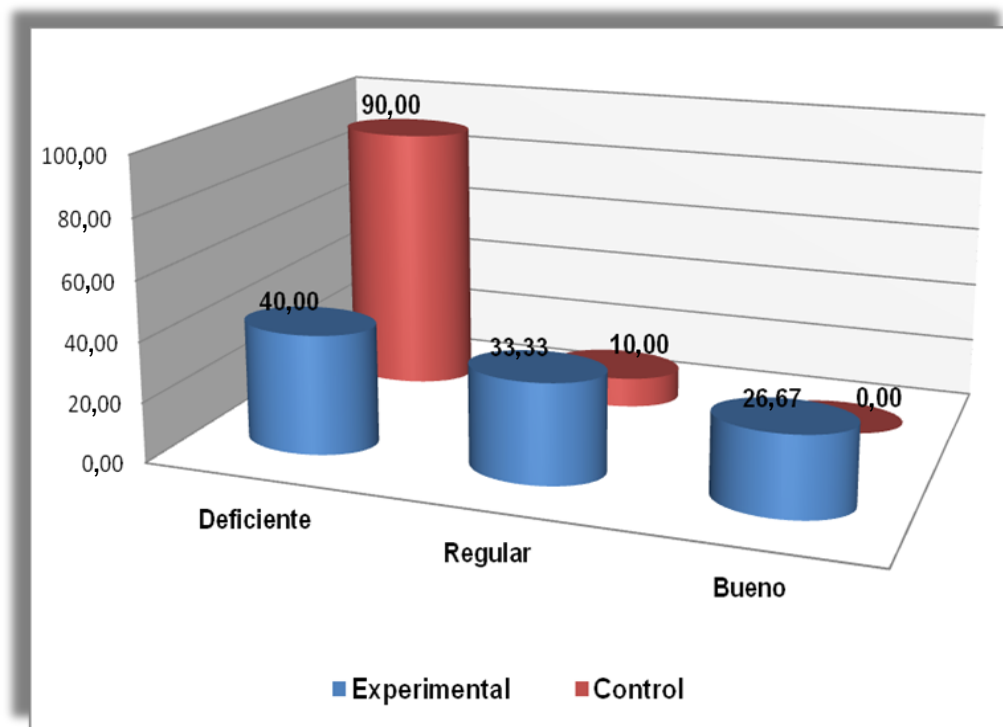
nivel deficiente y regular, en el *postest* se ubican en un nivel regular y deficiente.

Cabe resaltar que debido a la aplicación del estímulo en el grupo experimental, el número de gestantes que presentaron un nivel deficiente disminuyó (De 17 pasaron a 12 gestantes). Sin embargo, en el grupo control se observa que de 25 gestantes en el *pretest* pasan a esta categoría 27 en el *postest*.



Fuente: Tabla 7

Figura 14: Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según nivel de conocimientos sobre lactancia materna antes de la aplicación del estímulo, 2014.



Fuente: Tabla 7

Figura 15: Gestantes del C.S Metropolitano, por grupo de estudio según nivel de conocimientos sobre lactancia materna después de la aplicación del estímulo, 2014

## 4.5. PRUEBA DE HIPÓTESIS

### 4.5.1. Primera hipótesis específica

**Hi:** Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva del *pretest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.

Antes de comparar las medias, se verificó si las puntuaciones en el grupo experimental y en el control, provienen de poblaciones normales, para lo cual se utilizó la prueba de *Kolmogorov – Smirnov* con la modificación de *Lilliefors* y la prueba de *Shapiro – Wilks*, cuya hipótesis nula es la normalidad de la población.

**H<sub>0</sub>:** El conjunto de datos siguen una distribución normal.

**H<sub>1</sub>:** El conjunto de datos no siguen una distribución normal.

Este test se basa en evaluar un estadístico:

$$D_n = \left| F_n(x) - F(x) \right|$$

$F_n(x)$ : es la distribución empírica

$F(x)$ : es la distribución teórica, que en este caso es la normal

Si el valor del estadístico supera un determinado valor, que depende del nivel de significación con el que uno quiera rechazar la hipótesis nula, que en este caso es de 5 %, se puede decir que esa colección de datos no se distribuye según una distribución normal

**Tabla 8**

*Prueba de normalidad*

Grupo	Test de Normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Experimental	0,202	30	0,003	0,910	30	0,015
Control	0,131	30	0,200*	0,949	30	0,159

\*Este es un límite inferior de la significación verdadera.\*

a. Lilliefors Significance Correction

Según se observa en la Tabla 8, los puntajes obtenidos para la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, el valor de la probabilidad es inferior a 0,05 en el caso del grupo control cuando se aplica el test de *Kolmogorov- Smirnov* , mientras que el uso de la prueba de *Shapiro –Wilk* evidencia que para el grupo experimental la probabilidad es menor a 0,05 , lo que permite afirmar que los puntajes no provienen de poblaciones normales.

En tal sentido, no se cumple el supuesto de normalidad, lo que no permitió aplicar la prueba de T Student para contrastar la hipótesis.

Sin embargo, se utilizó la prueba no paramétrica de *U de Mann - Whitney*, la cual permite “determinar si dos grupos proceden de poblaciones con idéntica distribución de una variable aleatoria” (Salafranca, Núñez, Jiménez, Miralles, Serra & Solanas, 2000,101).

Las hipótesis estadísticas para la primera hipótesis específica son:

**Hipótesis Nula**  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva del pretest en el grupo experimental no difieren al del grupo control.

$$H_0 : E_{\text{precognitivo}} = C_{\text{precognitivo}}$$

**Hipótesis Alternativa (H<sub>1</sub>)**  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva del pretest en el grupo experimental difieren al del grupo control.

$$H_0 : E_{\text{C}_{\text{precognitivo}}} \neq C_{\text{C}_{\text{precognitivo}}}$$

**Tabla 9***Estadísticos de contraste pretest actitud dimensión cognitiva*

Puntajes del <i>pretest</i> para la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva	
<i>Mann-Whitney U</i>	351,500
<i>Wilcoxon W</i>	816,500
Z	-1,458
Asymp. Sig. (2-tailed)	<b>0,145</b>
a. Grouping Variable: grupo	

En la Tabla 9 se aprecia que el p – valor o nivel de significación asociado al estadístico de prueba de *U de Mann – Whitney* (Sig bilateral =0,145) es mayor que 0,05, entonces, al nivel de significancia del 5 % resulta razonable no rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ). En tal sentido, el grupo experimental y el grupo control poseen una distribución similar de la variable actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, antes de la aplicación del estímulo.

#### 4.5.2. Segunda hipótesis específica

**Hi:** Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del pretest alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.

Antes de comparar las medias, se verificó si las puntuaciones en el grupo experimental y en el control, provienen de poblaciones normales, para lo cual se utilizó la prueba de *Kolmogorov – Smirnov* con la modificación de Lilliefors y la prueba de *Shapiro – Wilks*, cuya hipótesis nula es la normalidad de la población.

**H<sub>0</sub>:** El conjunto de datos siguen una distribución normal.

**H<sub>1</sub>:** El conjunto de datos no siguen una distribución normal.

Este test se basa en evaluar un estadístico:

$$D_n = \left| F_n(x) - F(x) \right|$$

$F_n(x)$ : es la distribución empírica

$F(x)$ : es la distribución teórica, que en este caso es la normal

Si el valor del estadístico supera un determinado valor, que depende del nivel de significación con el que uno quiera rechazar la hipótesis nula, que en este caso es de 5 %, se puede decir que esa colección de datos no se distribuye según una distribución normal

**Tabla 10**

*Prueba de normalidad*

Grupo	Test de Normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Experimental	0,261	30	0,0	0,800	30	0,0
Control	0,268	30	0,0	0,790	30	0,0

a. Lilliefors Significance Correction

Según se observa en la Tabla 10, los puntajes obtenidos para la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva, el valor de la probabilidad es inferior a 0,05 en el caso del grupo control cuando se aplica el test de *Kolmogorov- Smirnov* , mientras que el uso de la prueba de *Shapiro –Wilk* evidencia que para el grupo experimental la probabilidad es menor a 0,05 , lo que permite afirmar que los puntajes no provienen de poblaciones normales.

En tal sentido, no se cumple el supuesto de normalidad, lo que no permitió aplicar la prueba de T Student para contrastar la hipótesis. Sin embargo, se utilizó la prueba no paramétrica de *U de Mann - Whitney*, la cual permite “determinar si dos grupos proceden de poblaciones con

idéntica distribución de una variable aleatoria” (Salafranca, Núñez, Jiménez, Miralles, Serra & Solanas, 2000,101).

Las hipótesis estadísticas para la segunda hipótesis específica son:

**Hipótesis Nula  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del pretest en el grupo experimental no difieren al del grupo control.**

**$H_0 : E_{\text{preafectivo}} = C_{\text{preafectivo}}$**

**Hipótesis Alternativa ( $H_1$ )  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del pretest en el grupo experimental difieren al del grupo control.**

**$H_0 : E_{\text{preafectivo}} \neq C_{\text{preafectivo}}$**

**Tabla 11**

*Estadísticos de contraste pretest actitud*

Puntajes del pretest para la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva	
<i>Mann-Whitney U</i>	315,000
<i>Wilcoxon W</i>	780,000
Z	-2,173
Asymp. Sig. (2- tailed)	<b>0,030</b>
a. Grouping Variable: grupo	

Según se observa en la Tabla 11, el p – valor o nivel de significación asociado al estadístico de prueba de *U de Mann – Whitney* (Sig bilateral =0,030) es menor que 0,05, entonces, al nivel de significancia del 5 % resulta razonable rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ), se afirma que los dos grupos poseen una distribución similar de la variable actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva, antes de la aplicación del estímulo.

### 4.5.3. Tercera hipótesis específica

**Hi:** Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa del *pretest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.

Antes de comparar las medias, se verificó si las puntuaciones en el grupo experimental y en el control, provienen de poblaciones normales, para lo cual se utilizó la prueba de *Kolmogorov – Smirnov* con la modificación de *Lilliefors* y la prueba de *Shapiro – Wilks*, cuya hipótesis nula es la normalidad de la población.

**H<sub>0</sub>:** El conjunto de datos siguen una distribución normal.

**H<sub>1</sub>:** El conjunto de datos no siguen una distribución normal.

Este test se basa en evaluar un estadístico:

$$D_n = \left| F_n(x) - F(x) \right|$$

$F_n(x)$ : es la distribución empírica

$F(x)$ : es la distribución teórica, que en este caso es la normal

Si el valor del estadístico supera un determinado valor, que depende del nivel de significación con el que uno quiera rechazar la hipótesis nula, que en este caso es de 5 %, se puede decir que esa colección de datos no se distribuye según una distribución normal

**Tabla 12**

*Prueba de normalidad*

Grupo	Test de Normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Experimental	0,113	30	0,200*	0,974	30	0,645
Control	0,130	30	0,200*	0,954	30	0,219

Este es un límite inferior de la significación verdadera.\*

a. Lilliefors Significance Correction

Según se observa en la Tabla 12, los puntajes obtenidos para la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, el valor de la probabilidad es superior a 0,05 en el caso del grupo control cuando se aplica el test de *Kolmogorov- Smirnov* al igual que cuando se usa la prueba de *Shapiro –Wilk* . En consecuencia, se afirma que los puntajes provienen de poblaciones normales.

Se cumple el supuesto de normalidad, por lo que se utilizó el estadístico de *T Student* para contrastar la hipótesis. (Salafranca, Núñez, Jiménez, Miralles, Serra & Solanas, 2000, 101).

Las hipótesis estadísticas para la tercera hipótesis específica son:

**Hipótesis Nula**  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa del *pretest* en el grupo experimental no difieren al del grupo control.

$$H_0 \equiv \mu_{\text{preconativa}} = \mu_{\text{preconativa}}$$

**Hipótesis Alternativa ( $H_1$ )**  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa del *pretest* en el grupo experimental difieren al del grupo control.

$$H_0 \equiv \mu_{\text{preconativa}} \neq \mu_{\text{preconativa}}$$

**Tabla 13***Estadísticos de contraste T de Student para muestras independientes*

	Test Levene		T para muestras independientes						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95 % Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Varianzas iguales	1,58	0,21	-2,59	58	0,796	-0,36667	1,41461	-3,19831	2,46498
Varianzas diferentes			-2,59	55,877	0,796	-0,36667	1,41461	-3,20060	2,46727

Se aprecia en la Tabla 13, que el p – valor o nivel de significación asociado al estadístico de prueba de Levene si se asume varianzas iguales es de 0,213 mayor a 0,05, por lo que se eligió la prueba *T de Student* cuando se asumen varianzas diferentes. El p\_valor para *T de student* es 0,796, mayor a 0,05, lo que significa que no existen diferencias significativas entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa entre los gestantes del grupo experimental y del grupo control.

#### 4.5.4. Cuarta hipótesis específica

**Hi: Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva del *posttest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.**

Verificación de la normalidad de los datos:

**H<sub>0</sub>:** El conjunto de datos siguen una distribución normal.

**H<sub>1</sub>:** El conjunto de datos no siguen una distribución normal.

Este test se basa en evaluar un estadístico:

$$D_n = | F_n(x) - F(x) |$$

$F_n(x)$ : es la distribución empírica

$F(x)$ : es la distribución teórica, que en este caso es la normal

**Tabla 14**

*Prueba de normalidad*

Grupo	Test de Normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Experimental	0,105	30	0,200*	0,953	30	0,201
Control	0,127	30	0,200*	0,958	30	0,272

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

Según se observa en la Tabla 14, los puntajes obtenidos para la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, el valor de la probabilidad es superior a 0,05 en el caso del grupo control cuando se aplica el test de *Kolmogorov- Smirnov* al igual que cuando se usa la prueba de *Shapiro –Wilk*. En consecuencia, se afirma que los puntajes provienen de poblaciones normales.

Se cumple el supuesto de normalidad, por lo que se utilizó el estadístico de *T Student* para contrastar la hipótesis. (Salafranca, Núñez, Jiménez, Miralles, Serra & Solanas, 2000, 101).

Las hipótesis estadísticas para la cuarta hipótesis específica son:

**Hipótesis Nula**  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa del *postest* en el grupo experimental no difieren al del grupo control.

$H_0 \equiv \mu_{\text{postcognitiva}} = \mu_{\text{postcognitiva}}$

**Hipótesis Alternativa ( $H_1$ )**  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa del *postest* en el grupo experimental difieren al del grupo control.

$H_0 \mu_{\text{postcognitiva}} \neq \mu_{\text{postcognitiva}}$

**Tabla 15***Estadísticos de contraste T de Student para muestras independientes*

	Test Levene		T para muestras independientes						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Varianzas iguales	1,670	0,201	5,229	58	0,000	7,86667	1,50453	4,85503	10,87830
Varianzas diferentes			5,229	54,727	0,000	7,86667	1,50453	4,85519	10,88214

Según se aprecia en la Tabla 15, el p – valor o nivel de significación asociado al estadístico de prueba de Levene si se asume varianzas iguales es de 0,201, es decir, mayor a 0,05, por lo que se eligió la prueba *T de Student* cuando se asumen varianzas iguales. El p\_valor para la *T de student* para muestras independientes es de 0,001 (< 0,05), lo que significa que existen diferencias significativas entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva entre las gestantes del grupo experimental y del grupo control, después de la aplicación del programa.

#### 4.5.5. Quinta hipótesis específica

**Hi: Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del *postest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.**

Verificación de la normalidad de los datos:

**H<sub>0</sub>:** El conjunto de datos siguen una distribución normal.

**H<sub>1</sub>:** El conjunto de datos no siguen una distribución normal.

Este test se basa en evaluar un estadístico:

$$D_n = | F_n(x) - F(x) |$$

$F_n(x)$ : es la distribución empírica

$F(x)$ : es la distribución teórica, que en este caso es la normal

**Tabla 16**

Prueba de normalidad

Grupo	Test de Normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Experimental	0,188	30	0,008*	0,876	30	0,002
Control	0,201	30	0,003	0,929	30	0,045

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

Se aprecia en la Tabla 16, que cuando se aplica el test de *Kolmogorov- Smirnov* y el de *Shapiro –Wilk* , el valor de la probabilidad es inferior a 0,05 en el caso del grupo control lo que evidencia que los datos obtenidos para la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva en el *postest* no siguen una distribución normal, por lo que se aplicó la prueba no paramétrica de *U de Mann-Whitney*.

**Hipótesis Nula  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del postest en el grupo experimental no difieren al del grupo control.**

**$H_0 : E_{\text{postafectivo}} = C_{\text{postafectivo}}$**

**Hipótesis Alternativa ( $H_1$ )  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del postest en el grupo experimental difieren al del grupo control.**

**$H_0 : E_{\text{postafectivo}} \neq C_{\text{postafectivo}}$**

**Tabla 17:**

**Estadísticos de contraste *U de Mann Whitney***

	Puntajes del postest para la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva
<i>Mann-Whitney U</i>	177,500
<i>Wilcoxon W</i>	642,500
Z	-4,036
<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>	<b>0,000</b>
a. Grouping Variable: grupo	

En la Tabla 17, se aprecia que el p – valor o nivel de significación asociado al estadístico de prueba de *U de Mann – Whitney* ( Sig bilateral =0,001) es menor que 0,05, entonces, al nivel de significancia del 5 % resulta razonable rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) . En tal sentido, se afirma que existen diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en cuanto a actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva, después de la aplicación del estímulo.

#### 4.5.6. Sexta hipótesis específica

**Hi: Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa del *posttest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.**

Verificación de la normalidad de los datos:

**H<sub>0</sub>:** El conjunto de datos siguen una distribución normal.

**H<sub>1</sub>:** El conjunto de datos no siguen una distribución normal.

Este test se basa en evaluar un estadístico:

$$D_n = | F_n(x) - F(x) |$$

$F_n(x)$ : es la distribución empírica

$F(x)$ : es la distribución teórica, que en este caso es la normal

**Tabla 18**

*Prueba de normalidad*

Grupo	Test de Normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Experimental	0,113	30	0,200*	0,974	30	0,645
Control	0,127	30	0,200*	0,954	30	0,219

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

Según se observa en la Tabla 18, los puntajes obtenidos para la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa, el valor de la probabilidad es superior a 0,05 en el caso del grupo control cuando se aplica el test de *Kolmogorov- Smirnov* al igual que cuando se usa la prueba de *Shapiro –Wilk*. En consecuencia, se afirma que los puntajes provienen de poblaciones normales.

Se cumple el supuesto de normalidad, por lo que se utilizó el estadístico de *T Student* para contrastar la hipótesis. (Salafranca, Núñez, Jiménez, Miralles, Serra & Solanas, 2000, 101). Las hipótesis estadísticas para la sexta hipótesis específica son:

**Hipótesis Nula  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del posttest en el grupo experimental no difieren al del grupo control.**

**$H_0 : E_{\text{postconativo}} = C_{\text{postconativo}}$**

**Hipótesis Alternativa ( $H_1$ )  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del posttest en el grupo experimental difieren al del grupo control.**

**$H_0 : E_{\text{postconativo}} \neq C_{\text{postconativo}}$**

**Tabla 19***Estadísticos de contraste T de Student para muestras independientes*

	<i>Test Levene</i>		<i>T para muestras independientes</i>						
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>	<i>Mean Difference</i>	<i>Std. Error Difference</i>	<i>95% Confidence Interval of the Difference</i>	
								<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Varianzas iguales	1,58	0,213	-0,259	58	0,796	-,36667	1,41461	-,319831	2,46498
Varianzas diferentes			-0,259	55,877	0,796	-,36667	1,41461	-3,20060	2,46727

Se aprecia en la Tabla 19, que el p – valor o nivel de significación asociado al estadístico de prueba de Levene si se asume varianzas iguales es de 0,213 menor a 0,05, por lo que se eligió la prueba *T de Student* cuando se asumen varianzas diferentes. El p\_valor para *T de student* es 0,796, mayor a 0,05, lo que significa que no existen diferencias significativas entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa entre los gestantes del grupo experimental y del grupo control.

#### 4.5.7. Séptima hipótesis específica

**Hi:** Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control en el *pretest*.

Verificación de la normalidad de los datos:

**H<sub>0</sub>:** El conjunto de datos siguen una distribución normal.

**H<sub>1</sub>:** El conjunto de datos no siguen una distribución normal.

Este test se basa en evaluar un estadístico:

$$D_n = |F_n(x) - F(x)|$$

$F_n(x)$ : es la distribución empírica

$F(x)$ : es la distribución teórica, que en este caso es la normal

**Tabla 20**

*Prueba de normalidad*

Grupo	Test de Normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Experimental	0,085	30	0,200*	0,978	30	0,768
Control	0,124	30	0,200*	0,943	30	0,111

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

Según se observa en la Tabla 20, los puntajes obtenidos para la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, el valor de la probabilidad es superior a 0,05 en el caso del grupo control cuando se aplica el test de *Kolmogorov- Smirnov* al igual que cuando se usa la prueba de *Shapiro –Wilk*. En consecuencia, se afirma que los puntajes provienen de poblaciones normales.

Se cumple el supuesto de normalidad, por lo que se utilizó el estadístico de *T Student* para contrastar la hipótesis. (Salafranca, Núñez, Jiménez, Miralles, Serra & Solanas, 2000, 101).

Las hipótesis estadísticas para la séptima hipótesis específica son:

Hipótesis Nula  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna del *pretest* en el grupo experimental no difieren al del grupo control.

$$H_0 \equiv E_{\text{pretest actitud}} = \mu_{\text{pretest actitud}}$$

Hipótesis Alternativa ( $H_1$ )  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna del *pretest* en el grupo experimental difieren al del grupo control.

$$H_0 \equiv \mu_{\text{pretest actitud}} \neq \mu_{\text{pretest actitud}}$$

**Tabla 21***Estadísticos de contraste T de Student para muestras independientes*

	<i>Test Levene</i>		<i>T para muestras independientes</i>						
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>Sig. (2-tailed)</i>	<i>Mean Difference</i>	<i>Std. Error Difference</i>	<i>95% Confidence Interval of the Difference</i>	
								<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Varianzas iguales	4,568	0,037	-7,59	58	0,451	-3,30000	4,34774	-12,00295	5,40295
Varianzas diferentes			-7,59	53,306	0,451	-3,30000	4,34774	-12,01930	5,41930

Se aprecia en la Tabla 21, que el p – valor o nivel de significación asociado al estadístico de prueba de Levene si se asume varianzas iguales es de 0,037 menor a 0,05, por lo que se eligió la prueba *T de Student* cuando se asumen varianzas diferentes. El p\_valor para *T de student* es 0,451 mayor a 0,05, lo que significa que no existen diferencias significativas entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa entre los gestantes del grupo experimental y del grupo control.

#### 4.5.8. Octava hipótesis específica

**Hi: Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del *postest* alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control.**

Verificación de la normalidad de los datos:

**H<sub>0</sub>:** El conjunto de datos siguen una distribución normal.

**H<sub>1</sub>:** El conjunto de datos no siguen una distribución normal.

Este test se basa en evaluar un estadístico:

$$D_n = | F_n(x) - F(x) |$$

$F_n(x)$ : es la distribución empírica

$F(x)$ : es la distribución teórica, que en este caso es la normal

**Tabla 22**

*Prueba de normalidad*

Grupo	Test de Normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Experimental	0,188	30	0,008*	0,876	30	0,002
Control	0,201	30	0,003	0,929	30	0,045

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

Se aprecia en la Tabla 22, que cuando se aplica el test de *Kolmogorov- Smirnov* y el de *Shapiro –Wilk* , el valor de la probabilidad es inferior a 0,05 en el caso del grupo control lo que evidencia que los datos obtenidos para la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva en el *postest* no siguen una distribución normal, por lo que se aplicó la prueba no paramétrica de *U de Mann-Whitney*.

Hipótesis Nula  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del posttest en el grupo experimental no difieren al del grupo control.

$$H_0 : E_{\text{postafectivo}} = C_{\text{postafectivo}}$$

Hipótesis Alternativa ( $H_1$ )  $\equiv$  los puntajes en la escala de actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva del posttest en el grupo experimental difieren al del grupo control.

$$H_0 : E_{\text{postafectivo}} \neq C_{\text{postafectivo}}$$

**Tabla 23***Estadísticos de contraste U de Mann Whitney*

	Puntajes del postest para la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva
<i>Mann-Whitney U</i>	177,500
<i>Wilcoxon W</i>	642,500
<i>Z</i>	-4,036
<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>	<b>0,000</b>
a. Grouping Variable: grupo	

En la Tabla 23 se aprecia que el p – valor o nivel de significación asociado al estadístico de prueba de *U de Mann – Whitney* ( Sig bilateral =0,001) es menor que 0,05, entonces, al nivel de significancia del 5 % resulta razonable rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) . En tal sentido, se afirma que existen diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en cuanto actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva, después de la aplicación del estímulo.

#### 4.5.9. Novena hipótesis específica

**Hi: Existen diferencias entre la actitud hacia la lactancia materna alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control en el *postest*.**

Verificación de la normalidad de los datos:

**H<sub>0</sub>:** El conjunto de datos siguen una distribución normal.

**H<sub>1</sub>:** El conjunto de datos no siguen una distribución normal.

Este test se basa en evaluar un estadístico:

$$D_n = | F_n(x) - F(x) |$$

$F_n(x)$ : es la distribución empírica

$F(x)$ : es la distribución teórica, que en este caso es la normal

**Tabla 24***Prueba de normalidad*

Grupo	Test de Normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Experimental	0,179	30	0,015	0,891	30	0,005
Control	0,101	30	0,200	0,976	30	0,723

Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Lilliefors Significance Correction

Se aprecia en la Tabla 24, que el valor P, cuando se aplica el test de *Kolmogorov- Smirnov* y el test de *Shapiro –Wilk* para los valores del *postest* de conocimientos sobre lactancia materna, son menores a 0,05, lo que permite afirmar que las distribuciones no cumplen el supuesto de normalidad requerido para aplicar la prueba de *T de Student* para dos muestras independientes, por lo que se aplicó la prueba no paramétrica de *U de Mann-Whitney* para el contraste de la hipótesis.

Las hipótesis estadísticas para la octava hipótesis específica son:

**Hipótesis Nula**  $\equiv$  los puntajes en la prueba de conocimientos sobre lactancia materna en el *postest* en el grupo experimental no difieren al del grupo control.

**H<sub>0</sub>** :  $E_{\text{postest actitud}} = C_{\text{postest actitud}}$

**Hipótesis Alternativa (H<sub>1</sub>)**  $\equiv$  los puntajes en la prueba de conocimientos sobre lactancia materna en el *postest* en el grupo experimental difieren al del grupo control.

**H<sub>0</sub>** :  $E_{\text{postest actitud}} \neq C_{\text{postest actitud}}$

**Tabla 25**

*Estadísticos de contraste U de Mann-Whitney*

	Puntajes del postest para la actitud hacia la lactancia materna – postest actitud
<i>Mann-Whitney U</i>	180,500
<i>Wilcoxon W</i>	645,500
<i>Z</i>	-3,987
<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>	0,000

a. Grouping Variable: grupo experimental y control

En la Tabla 25 se observa que el p – valor o nivel de significación asociado al estadístico de prueba de *U de Mann – Whitney* (Sig bilateral =0,000) es menor que 0,05, entonces, al nivel de significancia del 5 % resulta razonable rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) . En tal sentido, se afirma que existen diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en cuanto a la variable actitud después de la aplicación del estímulo.

#### 4.5.10 Decima hipótesis específica

**Hi: Existen diferencias entre el conocimiento sobre lactancia materna alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control en el *postest*.**

Verificación de la normalidad de los datos:

**H<sub>0</sub>:** El conjunto de datos siguen una distribución normal.

**H<sub>1</sub>:** El conjunto de datos no siguen una distribución normal.

Este test se basa en evaluar un estadístico:

$$D_n = | F_n(x) - F(x) |$$

$F_n(x)$ : es la distribución empírica

$F(x)$ : es la distribución teórica, que en este caso es la normal

**Tabla 26***Prueba de normalidad*

Grupo	Test de Normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Experimental	0,139	30	0,144	0,930	30	0,049
Control	0,176	30	0,018	0,947	30	0,145

a. Lilliefors Significance Correction

Se aprecia en la Tabla 26, que el valor P, cuando se aplica el test de *Kolmogorov- Smirnov* y el test de *Shapiro –Wilk* para los valores del *postest* de conocimientos sobre lactancia materna, son menores a 0,05, lo que permite afirmar que las distribuciones no cumplen el supuesto de normalidad requerido para aplicar la prueba de *T de Student* para dos muestras independientes, por lo que se aplicó la prueba no paramétrica de *U de Mann-Whitney* para el contraste de la hipótesis.

**Tabla 27***Estadísticos de contraste U de Mann-Whitney*

	Puntajes del postest para la actitud hacia la lactancia materna – postest conocimientos
<i>Mann-Whitney U</i>	222,000
<i>Wilcoxon W</i>	687,000
<i>Z</i>	-3,380
<i>Asymp. Sig. (2-tailed)</i>	0,001
a. Grouping Variable: grupo experimental y control	

En la Tabla 27, se observa que el p – valor o nivel de significación asociado al estadístico de prueba de *U de Mann – Whitney* (Sig bilateral =0,001) es menor que 0,05, entonces, al nivel de significancia del 5 % resulta razonable rechazar la hipótesis nula ( $H_0$ ) En tal sentido, se afirma que existen diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en cuanto a la variable conocimientos después de la aplicación del estímulo.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

Basados en los resultados sobre las características socio demográficas : edad, ocupación, estado civil, educación coinciden con la investigación de Huarachi y col (2010) con Factores de riesgo para la lactancia materna ineficaz en puérperas del Hospital de apoyo Hipólito Unanue de Tacna coinciden con las edades comprendidas de las puérperas de 20 34 años.

De igual manera Martínez (2012) en su investigación impacto del Programa de Educación Maternal sobre la madre y el recién nacido. Tesis doctoral. Universidad de Granada concluye que el nivel de ingresos, estudio, nacionalidad son factores que predisponen a realizar educación maternal.

Por otra parte, se encuentra que antes de la aplicación del estímulo, la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva en ambos grupos (el 89,29 % de las gestantes del experimental y el 82,35 % de grupo control) mayormente fue de poco favorable a desfavorable.

En sociedades actuales la lactancia materna sigue respondiendo a un hecho biológico inevitablemente, está ligado a influencias sociales, económicas y culturales. Este hecho también se percibe en el Perú, por ende en las provincias. Uno de los motivos de abandono por las madres la lactancia materna es la percepción de que no se llenaba el niño; las madres activamente trabajan y se incorporan al trabajo a los 2 meses y el abandono se incrementa (Camargo 2014), señala que los conocimientos deficientes que a su vez genera percepciones y creencias inadecuadas por parte de la madre sobre la Lactancia Materna influye en el abandono de esta práctica en forma exclusiva durante los 06 primeros meses. La desconfianza en que la lactancia materna es un alimento que cubre todas las necesidades del niño hasta los 06 meses de vida. Esto demuestra el inadecuado conocimiento sobre la importancia de los beneficios de la Lactancia Materna en la nutrición a esta edad, que podría estar condicionado por las intervenciones educativas ineficaces durante el embarazo, parto y puerperio o seguimiento de la madre como parte de la consejería. La antropología y la salud pública según Martínez Ortiz (2012) señala que la antropología social estudia la salud y la enfermedad, favorece el conocimiento de los riesgos y los mecanismos de producción de la enfermedad así como el contexto y la cultura que los rodea, lo que permite actuar sobre ella con la educación para la salud.

Los programas de intervención educativa son factibles desde el punto de vista legal, político, económico, organizativo, ético y sociocultural y para ello debe tenerse en cuenta los valores, creencias y actitudes, de la población en general y de las madres en particular y si estos responden a la necesidad sentida por las poblaciones y si son suficientemente flexibles como para asumir la diversidad sociocultural.

En tal sentido, después de la aplicación del programa dialacta (tabla 4 y 5), las gestantes del grupo experimental comparten un mismo sentido en cuanto a la actitud hacia la lactancia materna en dos dimensiones (cognitivo, afectivo) apreciándose un incremento significativo en la puntuación ( $P=>0,05$ ), lo que abana evidencia a favor de la efectividad de la guía educativa, sin embargo, cabe mencionar que no hay un cambio significativo en la dimensión conativa.

Gles (2009) concluye en que en España las cifras de lactancia natural han aumentado en las últimas décadas hasta llegar a un 28 % a los 06 meses, pero estos datos distan de las recomendaciones de la OMS, por lo que es necesario desarrollar intervenciones para mejorar las tasas. Se presenta un proyecto que pretende aumentar los niveles de autoeficacia a las madres primerizas, para mejorar las tasas de lactancia materna

mediante un programa de apoyo individualizado proporcionando por una madre con experiencia (madrina), utilizando una plataforma web.

El constructo de autoeficacia, que fue introducido por Bandura (1977) representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva (Bandura 1982). De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían motivados en tres tipos de expectativas de situaciones de resultados y las expectativas de autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que permiten obtener resultados deseadas (Bandura 1995).

De acuerdo a la teoría e investigación la autoeficacia influye como la gente siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociada a depresión, ansiedad y desempeño (Bandura 2001).

La educación para la salud se articula dentro de la perspectiva de la salud pública. Realización de modelo epidemiológicos no solo con criterios biomédicos, sino dentro de una perspectiva social y cultural, otro aspecto importante es incorporar a la población objeto de estudio en el programa de educación para la salud; teniendo en cuenta las prioridades de ambos colectivos.

Las consecuencias teóricas de los resultados, son congruentes con las perspectivas teóricas psicológicas y sociológicas que fundamentan la formación de las actitudes, la primera explica que “las actitudes son gustos, preferencias e inclinaciones, aversiones, que se derivan de las experiencias personales y la segunda, las conciben como producto de la interacción social y como valores y actitudes socialmente compartidos; ya que muchas de las actitudes básicas del ser humano provienen de su experiencia personal, directa y temprana, que proporciona condiciones para la formación de actitudes positivas o negativas con carácter de estabilidad y bajo este enfoque añade el conocimiento tiene un papel preponderante en el desarrollo y el cambio de las actitudes (Arenas, 2009), en este caso, al conocimiento que aportaron los contenidos (referida no solo a la información acumulada, sino que también comprende aquel conocimiento que el estudiante construye en la interacción con la realidad y a partir de su propia experiencia) de la guía educativa ambiental propiciaron las condiciones para cambiar las actitudes hacia la lactancia materna en las gestantes del grupo experimental, más aún cuando se observa un incremento de los conocimientos de éstos a diferencia del grupo control. Las situaciones educativas favorecieron ideas contradictorias respecto a las creencias, opiniones ideas, sentimientos e intención hacia la lactancia materna, lo

que sin duda, causó malestar en las gestantes y consecuentemente motivó el ajuste de las actitudes con las acciones, ya que según Ferstinger (1957) y Tribodeau y Aranson (1992) citado por Coon (2005, 512) los seres humanos “necesitamos congruencia en nuestros pensamientos, percepciones e imagen propia” en cuanto se producen antagonismos se produce una disonancia cognoscitiva, llamada teoría de la disonancia cognoscitiva, que explica el cambio de la actitud frente a un referente específico, aunque según esta teoría “también se tiende a rechazar la nueva información que contradiga nuestras ideas” (Coon, 2005, 512) explicando por la cantidad de disonancia que experimentamos.

Ruiz, Josefina (2010) quienes realizaron la Investigación, Influencia de un programa educativo sobre la lactancia materna del adolescente embarazada “Lino Maraday “ primer trimestre 2010, donde concluye que las respuestas obtenidas en el pre- test y post-test fueron comparadas, dando como resultados un valor de T de student 5,95 con un nivel significativo de  $T > 0,05$  lo que admite que existe diferencias estadísticamente significativas entre el pre y pos-test, interpretando que el cambio obtenido fue por la aplicación del programa educativo sobre la Lactancia Materna.

También coinciden con la Investigación de Naranjo (2011). Diseño de una manual educativo en lactancia Materna dirigido a las madres de los niños que asisten a la guardería estrellitas del mañana concluye que son madres entre las edades de 15 a 20 años con falta de conocimientos sobre la L.M. Coinciden con Martínez (2012) con la investigación Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la madre y el RN. Tesis doctoral de la Universidad de Granada. Concluyendo que las madres que realizaron educación maternal iniciaron con mayor frecuencia la lactancia materna de forma precoz y mantuvieron la lactancia materna exclusiva en mayor proporción hasta los dos meses de vida al RN. Como se puede apreciar difiere con la investigación de Gamarra y col. (2009) Conocimientos, Actitudes y Percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años de los asentamientos humanos del Distrito Villa María del Triunfo Lima, que el 81 % de participantes mostró un nivel de conocimientos alto, 65 % estuvo en total de acuerdo con la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, y la mayoría perciben que la lactancia materna debía ser hasta los dos años y el 63 % estaba de acuerdo con las prácticas adecuadas en alimentación complementaria.

A sí mismo, se puede apreciar que, los resultados de la investigación de Hernández (2012). Nivel de conocimientos sobre lactancia materna y su

relación con factores epidemiológicos de madres con hijos de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los centro de salud de la micro red Metropolitano de Tacna, de una muestra de 100 madres se obtuvieron los siguientes resultados, el 29 % tienen un nivel de conocimientos bueno, el 36 % regular y el 35 % malo sobre lactancia materna. Dichos resultados se asemejan con los resultados de conocimiento del pos-test del grupo experimental.

## **CONCLUSIONES**

### **Primera**

No existen diferencias estadísticamente significativas, entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva, antes de la aplicación del programa DIALACTA, alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control (P: >0,05).

### **Segunda**

No existen diferencias estadísticamente significativas, entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva antes de la aplicación del programa DIALACTA, alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control (P: >0,05).

### **Tercera**

No existen diferencias estadísticamente significativas, entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa antes de la aplicación del programa DIALACTA, alcanzado por las gestantes del grupo experimental y control (P: >0,05).

#### **Cuarta**

Existen diferencias significativas, entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión cognitiva después de la aplicación del programa DIALACTA en la que las gestantes del grupo experimental, presentan una puntuación más alta respecto al grupo control (P: < 0,05).

#### **Quinta**

Existen diferencias significativas, entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión afectiva después de la aplicación del programa DIALACTA en la que las gestantes del grupo experimental, presentan una puntuación más alta respecto al grupo control (P: < 0,05).

#### **Sexta**

Existen diferencias significativas, entre la actitud hacia la lactancia materna en la dimensión conativa después de la aplicación del programa DIALACTA en la que las gestantes del grupo experimental, presentan una puntuación más alta respecto al grupo control (P: < 0,05).

#### **Séptima**

No existen diferencias estadísticamente significativas entre la actitud sobre lactancia materna alcanzadas por las gestantes del grupo

experimental y control en el *pretest*, ante de la aplicación del programa DIALACTA (P: > 0,05).

### **Octava**

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los conocimientos sobre lactancia materna alcanzada por las gestantes del grupo experimental y control en el *pretest*, ante de la aplicación del programa DIALACTA (P: > 0,05).

### **Novena**

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la actitud sobre lactancia materna alcanzadas por las gestantes del grupo experimental y control en el *pretest*, ante de la aplicación del programa DIALACTA (P: < 0,05).

### **Decima**

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los conocimientos sobre lactancia materna alcanzado por los gestantes del grupo experimental quienes presentan una puntuación más alta respecto al grupo control en el *postest*, después de la aplicación del programa DIALACTA ( P: < 0,05).

### **Onceava**

La aplicación del programa DIALACTA tiene un efecto positivo en el nivel de conocimientos y la actitud hacia la lactancia materna en el grupo experimental, cuyas puntuaciones se elevan respecto al grupo control, diferencia que es significativa a un nivel de confianza del 95 % con una probabilidad menor a 0,05.

## **RECOMENDACIONES**

### **Primera**

Propiciar una política pública para fortalecer la actividad laboral de las madres lactantes a través de las facilidades para continuar con la lactancia materna no solo de una hora.

### **Segunda**

Los programas de educación para la mejora de la lactancia materna debe considerar la Supervisión, Monitoreo y evaluación del presente para medir el aprendizaje y retroalimentar mejorando y evitando el abandono de la Lactancia Materna en las madres lactantes.

### **Tercera**

Como propuesta Estratégica Pedagógica la lactancia materna debe estar acompañada por una madrina experta en el tema con experiencia como las multíparas y pueda dar a conocer sus costumbres y conocimientos que logró a través de parto y puerperio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A B Asociación Española de Pediatría. (2008) Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Aguayo, J. et al. (2004). *Lactancia Materna guía para profesionales*, Madrid: Ergon.
- Anastasi, Anne. (1998). *Tests Psicológicos*. México: Prentice Hall.p.42-60.
- Arredondo A. (1933). Modelos Conceptuales en Salud Pública. Cuad.med.soc. de Chile 34:29-36.
- Ancalli F, Quispe A, López E, Huarachi R. (2010) Factores de Riesgo para la Lactancia Materna Ineficaz en Puérperas del HAHUT Diciembre Rev Méd Bas. 2012; 6(1):19-21
- APILAM, (2003) Servicio de Pediatría [Sede Web].España: APILAM, Servicio de Pediatría; Recuperado de <http://www.e-lactancia.org>.
- Bandura,A (1982) Self-efficacy mechanism in human agency American Psychologist 2 122-147.
- Bandura (1997) Self Efficacy: The exercise of control. New York; Freeman.

Bandura (1995) Self – efficacy in changins soccioties, New York, Cambridge university Press.

Bandura (2001) Guía para la construcción de escalas de autoeficacia evaluar [http:// www.revistaevauar. Com.ar/effguidespanish](http://www.revistaevauar.com.ar/effguidespanish). Http.

Breilh. Jaime. (2009) Epidemiologia Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad 3era. Edición Lugar Editorial.pag.148-149.

Botero, Jaime (2006) Obstetricia y Ginecología 7ma. Edición Colombia Bogotá.

Camargo FA, Latorre JF, Porras JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. Hacia la Promoción de la Salud. 2011 [citado 14 Nov 2014];16(1):56-72. Disponible en:[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16\(1\)\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista16(1)_5.pdf)

Carrasco NK. (2006) Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto a la lactancia Materna exclusiva en madres de niños con 6 meses de vida. (Tesis de maestría inédita) Universidad Austral de Chile; 69p.

Carrasco Y, Conte D, Hernández K. (2012) Lactancia Materna Exclusiva, Módulo II [Monografía en Internet]. República de Panamá: Ministerio de Salud de Panamá; [acceso 3 de setiembre de 2012]. Disponible en:

Carrasco, Karina. Corbalán Karina.(2007). Valparaíso Chile. Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños /as con 06 meses de vida CESFAM PANGUIPULLI. Noviembre-diciembre 2006.

Casallo ME, (2010) Conocimientos y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres consultorio de CRED del Instituto Nacional Materno Perinatal Universidad Privada Norbert Wiener Perú 2010. 64 p.

Comisión Europea, Ministerio de Sanidad y Consumo, Organización Mundial de la Salud, IRCSS, UNICEF. (2004) Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y ayuda de Lactancia en Europa: plan estratégico. [monografía en Internet]: Comisión Europea; recuperado de:<http://www.vialactea.org/files/Plan%20estrat%C3%A9gico%20LM%20Europa.pdf>

Diane E. Papalia y Sally Wendkos Olds.(1997) Psicología Editorial Mc Graw –Hill 1997, México.

Diseño e implementación de la batería del test D.R.N.S. para el mejoramiento de los procesos de selección en los aspirantes al bachillerato técnico del *SECAP-CERFIN Quito* recuperado de

[www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1070/1/T-UCE-0007-4.pdf](http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1070/1/T-UCE-0007-4.pdf) documento técnico curso taller “promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño” recuperado de: [http://www.unicef.org/peru/spanish/Libro\\_promocion\\_y\\_apoyo\\_a\\_lactancia.pdf](http://www.unicef.org/peru/spanish/Libro_promocion_y_apoyo_a_lactancia.pdf)

Doll R, Hill. (1964). Mortality in relation to smoking. ten years of observations on British, doctors. Brit Med J. 1399-1410.

Dr. C. Ramón Pentón López. en la Cultura Física. Autores: Dra. C. Maria Elena Guardo García. Dr. C. Ramón Pentón López. Recuperado de <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/libros/index/assoc/HASH6cb4.dir/doc.pdf> [Consulta 12.05.14].

Estrada J, Amargós J, Reyes B, Guevara A. Intervención educativa sobre lactancia materna. Revista Archivo Médico de Camagüey [revista en Internet] 2010 [acceso 10 de marzo de 2013]; Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000200009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000200009&script=sci_arttext).

*Estrategias pedagógicas* (2011) Universidad de Antioquía Recuperado en [http://docencia.udea.edu.co/educacion/lectura\\_escritura/estrategias.html](http://docencia.udea.edu.co/educacion/lectura_escritura/estrategias.html).

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú - Encuesta

Demográfica y de Salud Familiar 2000 (ENDES – PERU 2000).

Mayo, 2001.

<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR120/10Chapter10.pdf>

Espinoza, Veramendi y otros. (2012) Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa. Facultad de Medicina. Universidad Nacional mayor de san Marcos Lima-Perú.

Ferráez M. (1998) Lactancia Materna. 1 ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana, S.A;

Filosofía de John Locke Ensayo sobre el entendimiento humano Locke (1632-1704)

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/pdf/RM084-2005.pdf>

Fuenmayor, J y Álvarez, T. Relactancia método exitoso para reinducir el amamantamiento en madres que abandonaron la lactancia natural. An Venez Nutr. [en Línea]. Recuperado de <http://www.scielo.org>. [SETIEMBRE, 2013].

Fundamentos de la Investigación Científica y sus particularidades.

- Gamarra R, Porroa M, Quintana M. (2010) Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima An Fac med. 71(3):179-83.
- Gríos Dávila (2004) conocimientos y actitudes de la población adolescente hacia la lactancia materna para direccionar las acciones estrategias de promoción de la lactancia natural” (tesis de maestría inédita) universidad estatal.
- Gomez, Carmen (2009). Programa de intervención educativa como promoción de la lactancia materna en adolescentes. Universidad de la Laguna.
- González MA. La Lactancia y la madre. Médicas UIS. 2012 [citado 14 Nov 2014];25(1):55-62. Disponible en: <http://www.medicasuis.org/anteriores/volumen25/doc7.pdf>
- Hernández, R.; Fernández, C.; & Baptista, P. (2000) *Metodología de la investigación científica*. Edit. McGraw Hill / Interamericana, México D.F.
- Hernández MT, Lasarte JJ, Lozano MJ, Aguayo J, Díaz NM. 2008. Lactancia materna dolorosa: estrategias de tratamiento para el pediatra. Acta Pediatr Esp. 2008 [citado 14 Nov 2014];66(10):504-509. Disponible

en: [http://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/SecciNutri/66%20\(10\)\\_Noviembre%202008.pdf](http://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/SecciNutri/66%20(10)_Noviembre%202008.pdf) .

Huamán, H. (2005) *Manual de Técnicas de investigación. Conceptos y Aplicaciones* ,2da ed. Edit. IPLADEES S.A.C., Lima.

Hurtado J, Sotelo N, Williams C, García M. Lactancia Materna Exclusiva, Encuesta a 400 madres en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. Medigraphic, Literatura Biomédica [revista en Internet] 2006 [consultado 7 setiembre de 2012]; 23(1): [5 páginas]. Recuperadode:<http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2006/bis061d.pdf>.

José Alberto Corre V Ricardo posada Juan Fernando Gómez (2002) fundamentos de pediatría generalidades y neonatología tomo I 2da edición Colombia Medellín.

José María Fouce, (2001).Licenciado en Filosofía por la Universidad de Paris I, Panthéon-Sorbonne, y por la Universidad Central de Barcelona, 2001 [En línea] Recuperado de <http://www.webdianoia.com/glosario/display.php?action=view&id=363&from=action=search%7Cby=I>[Consulta 12.04.14].Lactancia materna microred metropolitana tesis.

Kultn T. (1982). Estructura de las Revoluciones Científicas Cap 03. Editorial nacional España; 509-33 pp.

- Lawrence, R. (2007). *La lactancia materna: Una guía para la profesión médica*. Madrid: Elsevier.
- Loarte, Lorena (2015). *Conocimientos y prácticas sobre posiciones durante la lactancia materna en madres que acuden al programa de creciendo con nuestros hijos del barrio San Francisco*. Loja Ecuador.
- López-Moreno (1998). La hipótesis de la comprensión de la morbilidad: un ejemplo de desarrollo teórico en Epidemiología. *Salud Pública Mex.* 442-49.
- Lucero, I. & Meza, S. (2009) *Validación de instrumentos para medir conocimientos* [En línea] Disponible en [www1.unne.edu.ar/cyt/2002/09-Educacion/D-027.pd](http://www1.unne.edu.ar/cyt/2002/09-Educacion/D-027.pd)[Consulta 23.07.14].
- Manual de lactancia materna Chile crece contigo (2009) [http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/manual\\_lactancia\\_materna.pdf](http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/manual_lactancia_materna.pdf).
- Martínez –Gonzales, M., De Irala, J. & Faulin, F. (2001) *Bioestadística Amigable*, Edit. Díaz de Santos, Madrid.
- Martínez , Juan. (2012). *Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la madre y el recién nacido*. Universidad de Granada –

departamento de medicina preventiva y salud pública. Tesis doctoral.

Martínez, A. (2003). Fundamentos Teórico Prácticos de Nutrición y Dietética. España: Mc Graw Hill- Interamericana.

Marcovic, Mihailo (1972). Dialéctica de la praxis, Buenos Aires, Amorrortu editores.

MAYCA, JULIO. ( 2009). *Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco*. REV. PERU Med. y Salud Pública 2009; 26 ( 2 ) 145-160. Universidad Cayetano Heredia.

Mere HR. (1997). Conocimientos sobre lactancia materna que poseen las primigestas que acuden al control prenatal del Hospital Nacional Docente madre niño San Bartolomé. (Tesis de maestría) Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Perú, 44p.

Ministerio de Salud. Reglamento de Alimentación Infantil, D.S. N° 009-2006-SA (16/06/14). MINSA, 2006.  
<http://www.minsa.gob.pe/normaslegales/2006/DS0092006-SA.pdf>

Moran HE. (2010) Conocimientos en lactancia Materna de las madres lactantes que asisten a control materno en la unidad de salud Barrios (tesis maestría inédita). Universidad del salvador San

salvador 104 p. Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. (2002) Recuperado de...

Naranjo, Rosley. (2011). Diseño de un manual educativo en lactancia materna dirigido a las madres de los niños que asisten a la guardería estrellitas del mañana. Licto 2010-2011. Tesis de licenciada- Facultad de salud pública. Escuela superior Politécnica de Chimborazo.

Noroña, D. (2012). *Diseño e implementación de la batería del test D.R.N.S. para el mejoramiento de los procesos de selección en los aspirantes al bachillerato técnico del SECAP-CERFIN Quito*  
Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1070/1/T-UCE-0007-4.pdf>

OMS, UNICEF (1989) Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad  
Organización Mundial de la Salud; Ginebra  
Recuperado de [http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/Presentaci%C3%B3n\\_libro.pdf](http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/Presentaci%C3%B3n_libro.pdf).

Organización Mundial de la Salud (2002) Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Organización Mundial de la Salud; Ginebra: Recuperado de

[http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2002). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; recuperado de [Recuperado de: http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf).

Organización Mundial de la Salud (2009). Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte 1. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. Organización Mundial de la Salud,

Organización Mundial de la Salud [sede Web]: Elena; 2009 Lactancia materna exclusiva. Recuperado de: [http://www.who.int/elena/titles/exclusive\\_breastfeeding/es/index.html](http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/index.html) Organización Mundial de la Salud/UNICEF (2003) Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Recuperado de: [http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf).

Organización Panamericana de Salud (OPS) (2003) *Comunicación en Salud, teorías, modelos y prácticas* Recuperado de:

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/comunsocial/part1.pdf>.

Organización Panamericana de Salud (OPS). 2003. *Teorías de cambio de comportamiento*.

Paricio JM. (2004) Aspectos históricos de la alimentación al seno materno lactancia materna guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Ediciones Ergon.

QUISPE, Melissa. OYOLA, Alfredo. (2015). Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista cubana de salud pública* 2015. 41(4) 582-592. Facultad de Enfermería Sal Luis Gonzaga de ICA-PERU.

Romero Roy, M. *et al.* (2006). El destete natural. *Rev. Médica Medicina Natural*. España.

Rozas MR. (2014). Problemas tempranos en las mamas durante la lactancia. Medidas de prevención y tratamiento. *Matronas Prof.* 2006 [citado 14 Nov 2014];7(4):25-7. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32947/1/576318.pdf>

Ruiz De. (2010). Influencia de un programa educativo sobre Lactancia materna en Adolescentes embarazadas. Universidad De Oriente Venezuela; .86p.

Rodríguez Gasca, Rita. Revista Antropológica Experimental. Nº15 texto 407-429. Issn= 1578-4282. Universidad de Jaén.

Schellhorn, Cecilia. (1997).Lactancia Materna. Universidad Católica de Chile, 3era. Edición

Talayero, P. et al. (2004). Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. Lactancia Materna: Guía para profesionales (pp.7-24).Madrid: Ergon.

Terrones, E. (1998) *Diccionario de investigación Científica Perú*: Editorial A. F. A. Editores S.A

Terrones, E. (2007) *Diccionario de investigación Científica Perú*: Editorial A. F. A. Editores S.A. Martínez –Gonzales, M.

Vela Quico Alejandro (2007) La investigación científica guía académica

# **ANEXOS**

## ANEXO 1 CUESTIONARIO

### Datos Demográficos.

Instrucciones: marque con una equis (X) en el paréntesis la alternativa que se ajusta a su situación personal.

1. **Edad:** .....

#### 2 Nivel de instrucción:

- a. Primaria ( )
- b. Secundaria ( )
- c. Sup. No universitario ( )
- d. Sup. Universitario ( )
- e. Sin instrucción ( )

#### 3 Ocupación:

- a. Estudiante ( )
- b. Comerciante ( )
- c. Empleada ( )
- d. Ama de casa ( )
- e. Otro ( )

#### 4 Estado civil:

- a. Soltera ( )
- b. Casada ( )
- c. Conviviente ( )
- d. Divorciada ( )
- e. Separada ( )

*Instrucciones:* A continuación se le presenta una serie de enunciados acerca de la lactancia materna. Por favor marque con una equis (X) la alternativa que corresponda con su opinión.

N°	ITEM	SI	NO
1	En su parte externa el seno está formado por la areola y el pezón		
2	La mama en su interior está formada por lóbulos mamarios y células alveolares encargadas de producir leche		
3	La prolactina es una hormona que estimula la producción de la leche materna		
4	La oxitocina es una hormona que ayuda a la expulsión de la leche materna hacia la boca del niño(a)		
5	La oxitocina es una hormona que se encuentra circulando en la sangre		
6	El calostro es la primera leche de color amarillento que segrega el seno materno durante los primeros 2 a 3 días		
7	La segunda leche secretada se llama leche de transición		
8	La leche de transición es secretada entre el 5to y 6to día después del parto		
9	La leche de transición es de color azulosa		
10	La última leche secretada por el seno materno se llama madura		
11	La leche madura es secretada a partir de los 15 días después del parto hasta los 6 meses de vida		
12	La leche madura es líquida y más acuosa		
13	La lactancia materna exclusiva previene el embarazo		
14	La Lactancia materna ayuda al útero a volver a su estado normal después del parto.		
15	Dar de lactar ayuda a crear lazos de amor con el recién nacido.		
16	Dando la lactancia materna exclusiva protege al niño de infecciones respiratorias (resfríos) digestiva (diarrea)		
17	Para que el pecho produzca más leche más leche se debe tomar abundantes líquidos y alimentarse bien		
18	El bebé que es alimentado con lactancia materna aumento de peso adecuadamente		
19	La madre que da de lactar generalmente se lava las manos antes de iniciar la lactancia		
20	Al dar de lactar se debe comenzar por el pecho que en la mamada anterior el recién nacido tomó al último		
21	Para dar de lactar se coloca la mano en forma de C para tomar el pecho cuando se amamanta		
22	Cuando el niño abre la boca la madre debe introducir el pezón y la areola en la boca del niño para lograr un mejor agarre.		

N°	ITEM	SI	NO
23	Cuando el niño abre la boca la madre debe introducir el pezón en la boca del niño para lograr un mejor agarre		
24	Se recomienda dar de lactar a su hijo cuando está sentada.		
25	La madre debe tocar con su pezón la mejilla del niño o la comisura labial para estimularlo a succionar		
26	La posición semisentada es la más recomendada para dar leche, cuando se ha realizado una cesárea.		
27	Deben dejarse las mamas al aire libre para que no estén húmedas y así evitar la aparición de fisuras y reproducción de bacterias.		
28	La mastitis se manifiesta por que la madre suspende la lactancia materna		
29	En el absceso de mama se presenta expulsión de pus.		
30	La alimentación complementara se inicia a partir de los 6 meses		
31	La extracción manual de leche debe ser realizada en situaciones especiales como Hospitalización del niño o la madre, madre que trabaja o niños prematuros que por cualquier motivo pueden no pueden succionar directamente al pecho.		
32	La leche extraída manualmente le proporciona al niño los mismos requerimientos nutricionales, que cuando lo amamanta directamente al seno		
33	La leche materna es de fácil digestión para el niño		
34	La leche materna proporciona los nutrientes suficientes lactantes		
35	La lactancia materna crea una relación de confianza y protección entre la madre y el niño		
36	El tamaño del pecho o mama influye en la cantidad de leche que produce la madre.		
37	El niño(a) antes de los 4 o 6 meses de vida además de la leche materna se le debe administrar agua o jugo		
38	La Vinculación afectiva entre madre e hijo disminuye con la lactancia materna.		
39	La madre puede alimentar a su hijo a cualquier hora y en cualquier lugar con la lactancia materna		
40	Las proteínas de la leche materna causan alergias en el recién nacido.		

**ACTITUD:**

*Instrucciones:* A continuación se le presenta una serie de enunciados referentes a lactancia materna. Por favor marque con X la alternativa que corresponda con su opinión.

Nº	ITEM	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1	Debo evitar la lactancia materna si me siento cansada	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
2	La lactancia materna fortalece el vínculo afectivo	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
3	Tengo confianza en que puedo dar de lactar a mi hijo a pesar de las dificultades que se presenten	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
4	Me alimento bien para producir suficiente leche para que mi hijo crezca sano y feliz	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
5	Darle lactancia materna ayuda a su desarrollo	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
6	Considero conveniente alimentar de forma complementaria con leche materna hasta los dos años de vida	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
7	Creo que dando de lactar demuestras todo el cariño a mi bebe	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
8	Dar de lactar no trae ningún beneficio a la madre al contrario es un trabajo muy agotador	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
9	Disfruto dándole de lactar a mi bebe	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
10	Tengo temor de darle de lactar a mi bebe	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
11	Al dar de lactar fortalece los lazos de amor en mi familia	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
12	Me siento feliz al pensar que daré de lactar a mi bebe	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
13	Considero que la leche materna no protege al bebe contra las infecciones	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
14	Lo mejor es dar de lactar a mi bebe lo antes posible una vez que nazca	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
15	Dar de lactar ayuda al crecimiento y desarrollo de mi bebe y evita las enfermedades	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
16	Debo probar la introducción de alimentos distintos a la leche antes de los seis meses de vida	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
17	La alimentación con leche artificial es más limpia	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
18	Considero que los recién nacidos requieren de suplementos de vitaminas y minerales que se pueden encontrar en las leches artificiales	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

Nº	ITEM	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
19	Prefiero dar leche de fórmula que leche materna	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
20	La lactancia materna es más una presión social que un deseo materno	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
21	La mujer que dar de lactar debe ser apoyada en el trabajo para dicha actividad	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
22	Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO O	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
23	Considero que visualmente es feo ver una mujer dando de lactar	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
24	Dándole leche artificial al debe se evita los problemas que la lactancia puede ocasionar a las mamas	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
25	La alimentación con leche artificial demanda menos tiempo	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
26	Si mi bebe es alimentado con leche materna tiende a ser más seguro e inteligente a medida que crece	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DESACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
27	Continuo con la lactancia materna aunque me genere molestia	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
28	Puedo dar de lactar a mi hijo aunque tenga molestias y dolor en los senos	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
29	Considero que toda mujer, salvo muy escasas excepciones, pueden dar de lactar satisfactoriamente a su bebe	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
30	Si parecen heridas en los pezones lo mejor es dejar de dar pecho, sino estas no sanaran	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
31	Lo más conveniente es alimentar con pecho materno y cuando la madre se sienta cansara hacerlo con leche artificial.	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
32	Dando leche artificial es la única forma de que la familia ayude con el cuidado del bebe.	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
33	Mientras se le de alimento al niño no tiene gran importancia si se hace con leche artificial.	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
34	Considero correcto que mi bebe reciba solo leche materna durante los primeros 6 meses.	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
35	Se puede dar de lactar por las mañanas y formula por las noches para que la madre descanse	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DEACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO

## ANEXO 2

### ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**INSTITUCION:** UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN -  
ESCUELA DE POSGRADO.

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:** MGR. ROSARIO KARINA DEL CARPIO  
PEÑALOZA.

**TITULO:** “EFECTO DEL PROGRAMA DIALACTA EN EL NIVEL DE  
CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LACTANCIA MATERNA EN GESTANTES  
DEL CLAS CENTRO DE SALUD METROPOLITANO, TACNA – 2014”

Se me ha solicitado participar de una investigación que pretende estudiar el nivel de conocimiento y actitudes hacia la lactancia materna para lo cual debo de participar del programa DIALACTA que se realizara en el Centro de Salud Metropolitano.

Al participar de este estudio, yo estoy de acuerdo con que se me realice un cuestionario pre test y post test.

Con mi firma certifico que:

1. Acepto libremente de participar de este proyecto, en mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad de los testimonios realizados.
2. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
3. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzado u obligado.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: .....

FECHA: .....

---

FIRMA PARTICIPANTE  
DNI:

### ANEXO 3

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,72	35

#### KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,490
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1034,801
	gl	595
	Sig.	0,000

**Varianza total explicada**

Componente	Autov alores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,023	11,494	11,494	4,023	11,494	11,494
2	3,452	9,863	21,357	3,452	9,863	21,357
3	2,662	7,605	28,962	2,662	7,605	28,962
4	2,246	6,416	35,378	2,246	6,416	35,378
5	2,122	6,064	41,442	2,122	6,064	41,442
6	1,914	5,470	46,912	1,914	5,470	46,912
7	1,719	4,913	51,825	1,719	4,913	51,825
8	1,620	4,628	56,453	1,620	4,628	56,453
9	1,343	3,837	60,290	1,343	3,837	60,290
10	1,199	3,426	63,716	1,199	3,426	63,716
11	1,129	3,227	66,943	1,129	3,227	66,943
12	1,092	3,119	70,061	1,092	3,119	70,061
13	1,020	2,914	72,975	1,020	2,914	72,975
14	1,001	2,861	75,836	1,001	2,861	75,836
15	,837	2,391	78,228			
16	,774	2,211	80,439			
17	,719	2,056	82,494			
18	,676	1,932	84,426			
19	,639	1,826	86,252			
20	,624	1,783	88,035			
21	,538	1,537	89,572			
22	,469	1,339	90,911			
23	,441	1,261	92,172			
24	,379	1,084	93,256			
25	,346	,990	94,246			
26	,334	,954	95,200			
27	,287	,821	96,021			
28	,258	,737	96,758			
29	,233	,665	97,423			
30	,210	,600	98,023			
31	,202	,577	98,600			
32	,162	,463	99,063			
33	,132	,377	99,440			
34	,106	,302	99,742			
35	,090	,258	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

## ANEXO 4

### CONOCIMIENTO ANALISIS FACTORIAL

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,73	40

### KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0556
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	2611,685
	gl	780
	Sig.	0000

EL KMO ES SIGNIFICATIVO, POR LO QUE EL ANALISIS FACTORIAL ES ADECUADO PARA LA VALIDACION DEL COSNTRUCTO

**Varianza total explicada**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,515	16,286	16,286	6,515	16,286	16,286
2	4,481	11,202	27,489	4,481	11,202	27,489
3	3,438	8,596	36,084	3,438	8,596	36,084
4	2,873	7,182	43,266	2,873	7,182	43,266
5	2,691	6,727	49,994	2,691	6,727	49,994
6	2,589	6,473	56,467	2,589	6,473	56,467
7	2,234	5,585	62,052	2,234	5,585	62,052
8	1,795	4,487	66,539	1,795	4,487	66,539
9	1,608	4,021	70,560	1,608	4,021	70,560
10	1,349	3,371	73,931	1,349	3,371	73,931
11	1,226	3,065	76,996	1,226	3,065	76,996
12	1,097	2,743	79,738	1,097	2,743	79,738
13	1,022	2,555	82,293	1,022	2,555	82,293
14	,835	2,089	84,382			
15	,776	1,939	86,321			
16	,721	1,802	88,123			
17	,663	1,658	89,780			
18	,567	1,416	91,197			
19	,490	1,225	92,421			
20	,373	,932	93,353			
21	,351	,877	94,230			
22	,280	,700	94,931			
23	,257	,641	95,572			
24	,248	,620	96,192			
25	,212	,530	96,722			
26	,188	,471	97,193			
27	,174	,435	97,628			
28	,143	,358	97,986			
29	,134	,335	98,321			
30	,117	,293	98,614			
31	,105	,261	98,876			
32	,089	,223	99,098			
33	,084	,211	99,309			
34	,077	,193	99,501			
35	,058	,144	99,645			
36	,043	,108	99,753			
37	,031	,077	99,830			
38	,030	,076	99,906			
39	,026	,065	99,971			
40	,012	,029	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

# **PROGRAMA DIALACTA**

## PRESENTACION

La leche materna posee una serie de nutrientes esenciales como, vitaminas y ácidos grasos que no se hallan en ningún otro alimento de origen animal o vegetal.

El cerebro se desarrolla casi completamente durante los dos primeros años de vida y los nutrientes de la leche materna son indispensables para el desarrollo cerebral en esta etapa; el aminoácido denominado *taurina* es fundamental para dicho desarrollo. Además, la leche materna tiene capacidad de inmunización, por lo que protege, previene y combate infecciones como la diarrea y la neumonía. <sup>1</sup>

El niño que recibe lactancia materna, es el modelo de referencia que hay que seguir para evaluar el crecimiento, desarrollo y estado de salud de los niños la leche de la madre tiene un impacto beneficioso para la salud del niño, en el crecimiento y desarrollo, en la inmunidad, en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales.

La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF recomiendan que todos los niños reciban lactancia exclusiva a partir del nacimiento durante los primeros 6 meses de vida, y que continúen con la lactancia materna junto con alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida y posteriormente. Sin embargo, la mayoría de los países comienzan a dar a sus bebés comidas y bebidas artificiales antes de los 4 meses y dejan la lactancia materna mucho tiempo antes de que el niño tenga 2 años. Las razones comunes que influyen son: que las madres creen que no producen suficiente leche, o que tienen alguna otra dificultad para lactar. En ocasiones se trata de que la madre tenga un empleo fuera de su casa y desconoce cómo dar de lactar al mismo tiempo que continúa trabajando.

Es razonable pensar que el período del embarazo es un momento muy adecuado para informar a las madres sobre las ventajas de la lactancia materna (y, por tanto, permitir una decisión fundamentada sobre el tipo de alimentación que quieren dar a su bebé) y para instruir las sobre cómo llevarla a cabo con éxito, si deciden dar de lactar.

El propósito de este programa es contribuir a capacitar en habilidades en lactancia materna, y hacerle posible ofrecer a las madres el apoyo y el ánimo que necesitan para amamantar satisfactoriamente.

El Programa está diseñado para que las gestantes participen en él puedan acudir a todas las sesiones ésta sería la opción preferente la posibilidad de trabajo grupal y de cambio en los conocimientos, actitudes y conductas de los participantes, se incrementará con

El Programa DIALACTA, comprende 6 Sesiones Específicas: "Lactancia materna"; " Como funciona la lactancia materna"; "Lactancia materna vínculo afectivo y desarrollo"; " Nutrición de la madre lactante"; "Iniciando la lactancia materna", "Cuando el bebe crece alimentación complementaria". Cada, sesión tiene aproximadamente dos horas de duración.

El Programa está diseñado para que las gestantes participen en él puedan acudir a todas las sesiones ésta sería la opción preferente la posibilidad de trabajo grupal y de cambio en los conocimientos, actitudes y conductas de los participantes, se incrementará con la asistencia regular de estos.

## ÍNDICE

CONTENIDO	Página
-----------	--------

PRESENTACIÓN

2

SESIONES

5

1.	LACTANCIA MATERNA	6
2.	COMO FUNCIONA LA LACTANCIA MATERNA	12
3.	LACTANCIA MATERNA VÍNCULO AFECTIVO Y DESARROLLO	21
4.	NUTRICIÓN DE LA MADRE LACTANTE	30
5.	INICIANDO LA LACTANCIA MATERNA	35
6.	CUANDO EL BEBE CRECE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	42
7.	BIBLIOGRAFÍA	45

## PROGRAMA DIALACTA

### FINALIDAD

- Contribuir a reducir la morbilidad perinatal mejorando la técnica de la lactancia materna.

### OBJETIVO

- Aplicar el proceso de enseñanza aprendizaje a través de sesiones sobre la importancia de la lactancia materna en las gestantes para mejorar el desarrollo y crecimiento de los lactantes.

### III METODOLOGÍA:

#### DE LA ORGANIZACIÓN:

- Profesional obstetra uniformado debidamente identificado.
- La captación de gestantes se realizara a través de los consultorios prenatales.
- Se otorgara a cada gestante una tarjeta de identificación, asistencia y controles especiales.
- Las sesiones se brindan semanalmente.
- Cada sesión tiene una duración de dos horas.
- La actividad se realiza a través de sesiones teóricas- prácticas.

# SESIÓN I

## LACTANCIA MATERNA

### 1. OBJETIVO:

- Sensibilizar a las gestantes sobre la importancia de la lactancia materna.

### 2. TEMAS

- PRESENTACION DEL PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA
- DEFINICION E IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

### PRESENTACION DEL PROGRAMA:

- La recepción de la gestante y su pareja debe ser en forma cálida, el profesional se presentara por su nombre, se sugiere el uso de ropa clara, crear un ambiente de familiaridad y privacidad par dar confianza a la gestante.
- Este programa es exclusivo para gestantes.
- Las sesiones se realizan semanalmente con 2 horas de duración

### DEFINICION

La Lactancia Materna en forma exclusiva (LME) es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida.

## **IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA**

La **LECHE MATERNA** tiene múltiples ventajas tanto para el bebé, la madre, la familia y la sociedad (ambiente).

### **PARA EL BEBÉ:**

- Es el mejor alimento porque tiene todo lo que él necesita, incluyendo el agua, y en las cantidades correctas.
- Favorece la liberación de la hormona de crecimiento y un óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico.
- Protege frente a gran número de enfermedades: infecciones digestivas, infecciones respiratorias ( bronquitis, neumonía, otitis, etc.). La leche materna tapiza el intestino del bebé protegiéndolo frente a los patógenos.
- Disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunológico: alergias (dermatitis atópica, asma), enfermedades crónicas intestinales.
- Previene enfermedades en la edad adulta: diabetes, hipercolesterolemia, coronariopatías, cáncer.
- Se relaciona con la inteligencia cognitiva y emocional. Dar de lactar transmite al
- bebé seguridad afectiva y esto repercute en su autoestima y en su empatía hacia las necesidades de las demás personas en el futuro.

**PARA LA MADRE:**

- Satisfacción emocional.
- Ayuda a la recuperación después del parto.
- El estímulo hormonal hace que el útero se contraiga más rápidamente (entortos), disminuye la pérdida de sangre en los días posteriores al parto y mejora la posible anemia. (falta de hierro en la sangre).
- Favorece la recuperación del peso y la silueta.
- Ayuda a prevenir algunos tipos de cáncer (pechos y ovarios).
- Funciona como método anticonceptivo (si se da lactancia exclusiva hasta los seis meses durante el día y la noche, siempre y cuando no aparezca sangrado).
- La mamá que da pecho sale a la calle con menos carga y así puede atender mejor a sus hijos.
- Reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional.<sup>3</sup>



**PARA AMBOS:**



El amamantamiento desarrolla un estrecho vínculo afectivo materno filial, proporcionando al bebé consuelo, cariño, compañía y seguridad, y ayudando a la madre en su crecimiento personal.

La elección de la lactancia materna supone un considerable ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo derivado del precio que no se habrá de pagar por la leche artificial y accesorios como biberones, sino también del menor consumo en consultas médicas, ingresos hospitalarios y medicamentos que se ha demostrado en los bebés alimentados con leche materna.

**PARA LA FAMILIA:**

La lactancia materna ayuda a que la familia sea más feliz y unida porque:

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

**PARA LA SOCIEDAD:**

- Menos enfermedades y muertes (en niños recién nacidos y pequeños).
- Contribuye al cuidado del planeta disminuyendo la huella ecológica: no genera residuos y es sostenible.
- La madre no interrumpirá la lactancia al realizar otras labores (buscar agua, leña y hervir el agua).
- Mayor ahorro en el país debido a menos gastos en salud y en Medicamentos.
- Mejor desarrollo intelectual del niño lográndose a futuro aumento de la productividad del País.

**TECNICAS—METODOS**

- EXPOSITIVA
- PARTICIPATIVA
- DINAMICA

**MATERIALES**

- PAPELOGRAFOS
- PLUMONES
- CINTA

**TIEMPO DURACION**

20 MINUTOS

**CONFORMAR GRUPOS DE TRABAJO:**

El cual deberá realizar una dinámica de presentación y así mismo resolver las siguientes interrogantes de acuerdo a lo tratado en la sesión posteriormente cada grupo de trabajo expondrá sus comentarios

CARTILLA

**POR QUE ES IMPORTANTE LA LACTANCIA MATERNA**

**PARA LA MADRE**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARA EL BEBE**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## SESIÓN II

### COMO FUNCIONA LA LACTANCIA MATERNA

#### 1. OBJETIVO:

- Identificar las variaciones de la composición de la leche materna y su relación con la fisiología del niño.

#### 2. TEMAS

##### ANATOMIA DE LA MAMA Y FISILOGIA DE LA LACTANCIA MATERNA

##### COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA

##### ANATOMIA DE LA MAMA

La mama está conformada por la glándula mamaria, la cual alcanza su máxima capacidad funcional durante la lactancia.

La forma de las mamas es variable según características individuales, genéticas y raciales, y en la misma mujer, de acuerdo a la edad y a la paridad.

Tanto el tamaño como la forma dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que éste constituye la mayor parte de la masa de la mama.

La base de la mama se extiende desde la 2ª hasta la 6ª costilla y desde el borde externo del esternón hasta la línea axilar media. La parte superior externa se extiende hacia la axila.

##### AREOLA

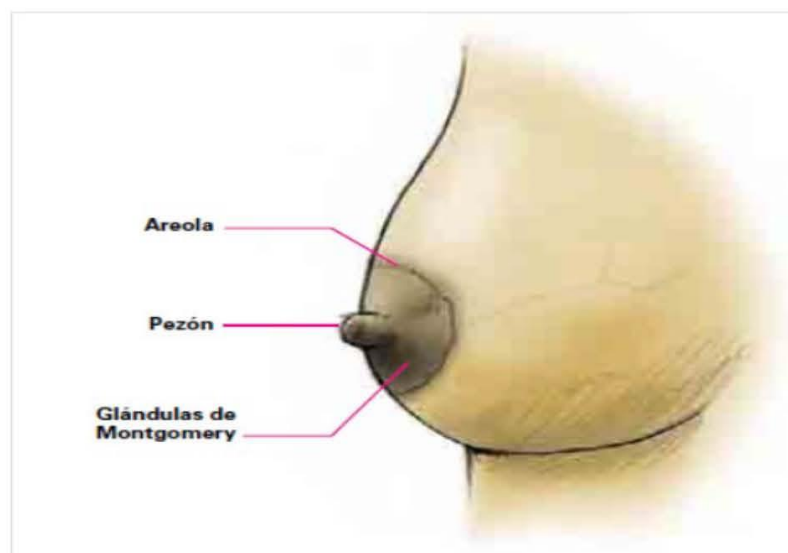
Es la parte más oscura alrededor del pezón. En la mujer adulta mide de 3 a 5 cm de diámetro. Durante el embarazo se oscurece aun mas, para hacerse más visible cuando el bebe empiece a lactar. El niño o niña debe tomar parte

## PEZON

Aproximadamente en el centro de la cara superficial de la mama, por donde sale la leche a través de 15 o 20 pequeños agujeros en la nulípara está en relación con el cuarto espacio intercostal. Su forma y tamaño varía entre las mujeres y puede ser pequeño, grande, plano, umbilicado, invertido.

## GLANDULAS DE MONTGOMERY

Son los bultitos que se encuentran en la areola. Estas glándulas producen un líquido aceitoso que mantiene los pezones suaves y limpios. Además tiene un olor que atrae el niño o niña al pezón. Tener pechos grandes o pequeños no tiene nada que ver con la producción de la leche.



### **ALVEOLOS**

Es donde se produce la leche. Con cada mamada estos se contraen para sacar la leche.

### **CONDUCTOS LACTIFEROS**

Son los que conducen la leche de los alveolos a los senos lactíferos. Continuamente la leche baja por ellos.

### **SENOS LACTIFEROS**

Los senos lactíferos quedan debajo de la areola; es allí donde se almacena la leche. Por eso es importante que el niño o niña abarque parte de la areola para exprimir la leche.

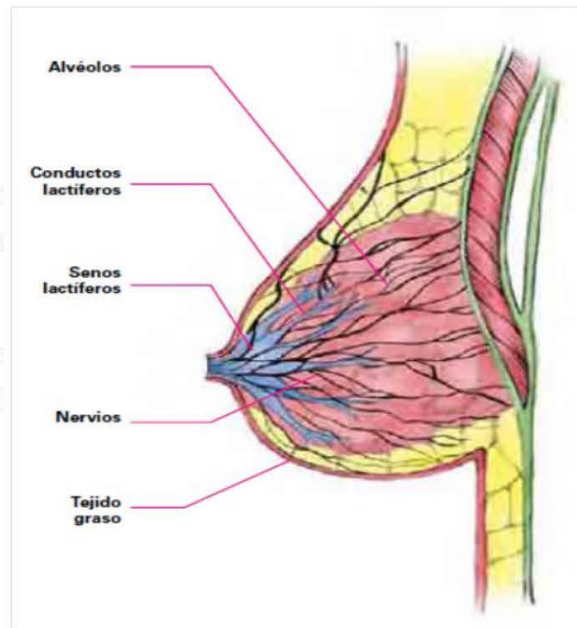
### **NERVIOS**

Son los que mandan la orden al cerebro de hacer mas leche en los alveolos.

También transmiten la orden al cerebro para hacer salir del pecho

### **TEJIDO GRASO**

Envuelve todo el seno y le sirve de colchón protector. Algunas mujeres tienen más grasa en los pechos que otras. Por eso las mujeres tienen diferentes tamaños de pechos. Tener senos grandes o pequeños no afecta la producción de la leche.<sup>4</sup>



### FISIOLOGIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Cuando el niño o niña mama bien, la lengua y la boca estimulan el pezón.

Entonces los nervios del pezón mandan el mensaje al cerebro de la madre de que el niño o niña quiere leche.

El cerebro responde y ordena la producción de una sustancia llamada prolactina. La prolactina hace que la leche se comience a formar en los alvéolos.

Entre más mama el niño o niña más leche produce la madre.

Para que la leche baje de los alvéolos al pezón, el cerebro hace producir otra sustancia que se llama oxitocina. A veces la madre puede sentir la bajada.

Si el niño o niña no mama bien, la madre no recibe el estímulo adecuado y no produce suficiente leche.<sup>3</sup>



Entre más mama o lacta el niño o la niña, más leche produce la madre

## COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA

Se puede producir desde las 12-16 semanas de embarazo y continúa en los primeros días después del parto. Es un líquido espeso, viscoso y de color claro a amarillento. Su volumen es de 10 a 100 cc por día (promedio 30 cc), de 2 a 14 cc por mamada, ideal para el pequeño tamaño del estómago del recién nacido y para sus riñones inmaduros que no pueden manejar gran volumen de líquido.

Su principal función es protectora – tapiza la superficie del intestino para evitar la adherencia de los patógenos. Si se da agua o alimentos artificiales, algo de ese ‘tapiz’ puede salirse, permitiendo a los agentes infecciosos ingresar al bebé.

El calostro ayuda a establecer la flora bífida (no patógena) en el intestino del bebé, evitando la instalación de bacterias patógenas.

Es particularmente rico en inmunoglobulina A secretora, factores inmunológicos (como lactoferrina, lisozima, interleucina-10) leucocitos, especialmente polimorfonucleares, factores de crecimiento y otros.

*El calostro es el primer alimento perfecto para el recién nacido.*

*Es la primera inmunización contra muchas bacterias y virus.*

Se distinguen: la leche de pre término, el calostro, la leche de transición y la leche madura.

### **LA LECHE DE TRANSICIÓN**

Es la leche que se produce después del calostro, hasta los 10 ó 14 días posteriores al parto. Se caracteriza por un progresivo aumento del volumen, del contenido calórico total y de la concentración de lactosa, grasas y vitaminas hidrosolubles, mientras disminuye la concentración de proteínas y vitaminas liposolubles.

Su volumen llega, aproximadamente, a 500 cc/día al quinto día.

### **LA LECHE MATERNA MADURA**

El volumen de la leche madura depende de la demanda del bebé. En general el volumen aumenta progresivamente hasta, aproximadamente, 700 cc/día a los 30 días del parto y 800 cc/día a los 6 meses de lactancia materna exclusiva con límites entre 550 y 1 150 cc/día. Si la madre tiene gemelos, producirá leche suficiente para ambos.

*La leche madura contiene todos los nutrientes que el bebé necesita para su crecimiento óptimo durante los primeros 6 meses, además de sustancias que ayudan a la digestión, al desarrollo y que lo protegen contra las infecciones.*

### LA LECHE DE PRETÉRMINO

La leche de la madre que da a luz antes de las 37 semanas de gestación, tiene más proteínas, lípidos, calorías, más altos niveles de algunos minerales incluyendo hierro, sodio, cloro, potasio, calcio, magnesio y zinc, que la leche madura, así como más propiedades inmunes, haciéndola apropiada para las necesidades del prematuro. Esta variación persiste por 3 a 4 semanas.

*La leche de la madre es apropiada para su propio bebé, especialmente si es prematuro, ya que se adapta a las necesidades del lactante.*

### COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA MADURA

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas.<sup>5</sup>

#### TECNICAS—METODOS

- EXPOSITIVA
- PARTICIPATIVA
- DINAMICA
- AUDIOVISUAL
- TALLER

## **MATERIALES**

- Un globo mediano para cada participante ( use globos de color claro, como blanco, amarillo o rosado. Evite los colores oscuros .
- Plumones indelebles.

## **TIEMPO DURACION**

- 40 MINUTOS

## **CONFORMAR GRUPOS DE TRABAJO:**

- Que las gestantes inflen sus globos hasta el tamaño de una mama. Esta instrucción usualmente motiva preguntas sobre cuál es el tamaño normal del pecho, ¡lo que es una gran oportunidad para discutir la anatomía mamaria! Reconociendo la anatomía externa de la mama y con el plumón dibujar parte de la anatomía interna. Anude el extremo del globo en forma segura.

CARTILLA

**POR QUE ES IMPORTANTE LA LACTANCIA MATERNA**

CONTENIDO	IMPORTANCIA
<b>LECHE TRANSICION</b>	1. _____ _____
<b>LECHE MADURA</b>	2. _____ _____
<b>LECHE DE TERMINO</b>	3. _____ _____

## SESIÓN III

### LACTANCIA MATERNA VÍNCULO AFECTIVO Y DESARROLLO

#### 1. OBJETIVO:

- Fortalecer el vínculo materno a través de la Lactancia conociendo los beneficios del apego materno para el desarrollo del niño.

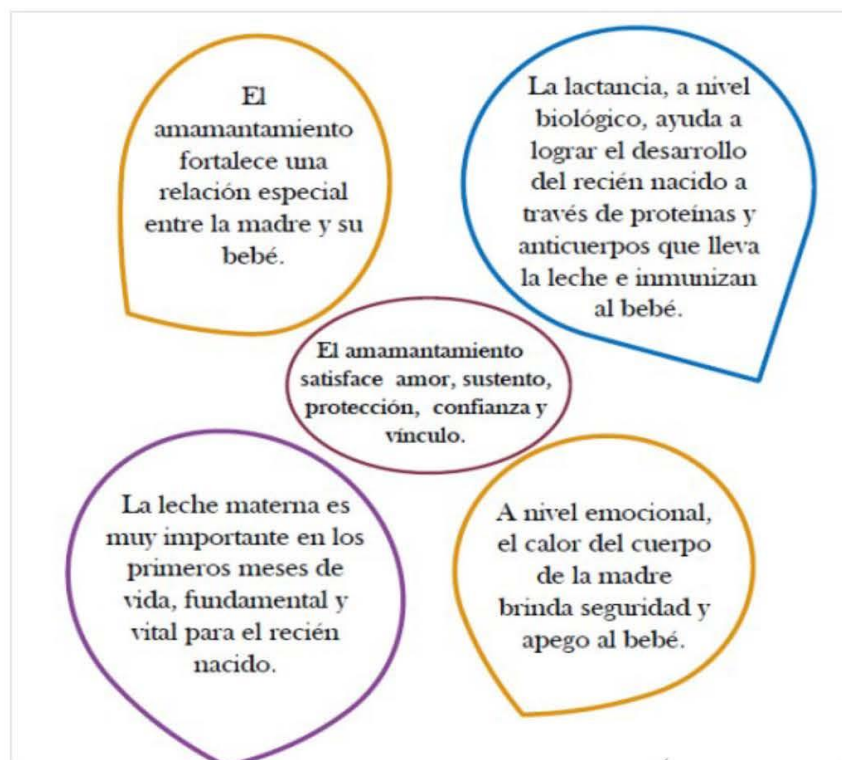
#### VINCULO AFECTIVO

La lactancia materna ayuda a la madre y a su bebé a formar una relación afectiva estrecha, la cual hace que las madres se sientan profundamente satisfechas emocionalmente. El contacto estrecho inmediatamente después del parto ayuda a que esta relación se desarrolle. A este proceso se le llama vínculo afectivo.

*Los bebés* lloran menos y posiblemente se desarrollen más rápido cuando permanecen cerca de sus madres y son amamantados inmediatamente después de nacer.

*Las madres* que amamantan reaccionan ante las necesidades y mensajes de sus bebés de una manera más afectuosa. Se quejan menos de las mamadas nocturnas y de la atención que el bebé requiere. Algunos estudios sugieren que la lactancia puede ayudar a un mejor desarrollo intelectual. Bebés con bajo peso al nacer alimentados con leche materna durante las primeras semanas de vida obtienen puntajes más altos en los exámenes de inteligencia hechos unos años más tarde, que los bebés de características similares alimentados artificialmente.

Algunos estudios sugieren que la lactancia puede ayudar a un mejor desarrollo intelectual. Bebés con bajo peso al nacer alimentados con leche materna durante las primeras semanas de vida obtienen puntajes más altos en los exámenes de inteligencia hechos unos años más tarde, que los bebés de características similares alimentados artificialmente.



## **Fases de la formación del apego**

### **a.- Preconcepcional**

La alimentación, los cuidados y afecto que recibe un niño(a) son factores que definen las relaciones afectivas que ellos tendrán con sus propios hijos(as). Resulta significativo que las niñas que reciben pecho, tienen más probabilidades de dar pecho a sus hijos más adelante. El deseo de un hijo(a) surge por vez primera durante los años preescolares, y se observa en los juegos en que niños y niñas imitan roles maternos y paternos en que reproducen la experiencia de su propia crianza, e inician la práctica de lo que serán sus propias conductas.

### **b.- Prenatal**

- Primer Trimestre, confirmación y aceptación del embarazo.
- Segundo Trimestre, indicios de un ser separado evidenciado en el crecimiento uterino, cambios corporales, percepción de movimientos fetales y auge del bebé imaginario.
- Tercer trimestre, personificación del bebé, anticipación de conductas de maternas, incluida la forma de alimentar al futuro bebé y preparaciones concretas para el nacimiento y llegada del bebé.

**d.- Desarrollo del proceso de vinculación Postnatal**

Entre 0 y 3 meses el bebé expresa su competencia relacional orientando la mirada, siguiendo la persona con los ojos, dejando de llorar al escuchar la voz, percibir el rostro conocido o percatarse de su proximidad a través del olor. A partir de los 3 meses focaliza claramente las señales hacia la(s) figura(s) de apego a las que sonríe largamente.

A partir de los 6 meses intenta mantener la proximidad de la figura de apego a través de los medios que su desarrollo psicomotor le permite. Comienza a protestar frente a la separación y aparecen las reacciones de prudencia y temor frente a los extraños.

A partir de los 12 meses, se consolida un tipo determinado de vínculo de apego seguro / inseguro.

El contacto constante de la madre con su hijo o hija desde el momento que nace facilita la buena lactancia

### **Apego prenatal**

La vinculación de una madre y de un padre con su bebé debuta idealmente con el deseo de hijo y se cristaliza a partir de la confirmación del embarazo. Durante el embarazo los padres vivencian la gestación del bebé real, feto percibido sensorialmente y objeto de observación del equipo médico, y la gestación del bebé imaginario, telón de proyección de la vida psíquica parental impregnado de significado relacional actual y pasado.

### **Indicadores de apego prenatal**

- Historia del embarazo.
- Tonalidad afectiva de los progenitores.
- Periodicidad de los controles del embarazo.
- Indicadores psicofisiológicos.
- Cuidados durante el embarazo.
- Percepción de movimientos fetales.
- Presencia de bebé imaginario o sueños con el bebé.
- Diálogos sensoriales o imaginarios con el bebé in útero.
- Preparativos para recibir al bebé.

### **Nacimiento y puerperio inmediato**

El nacimiento constituye un espacio clave en la orientación del proceso de vinculación extrauterina madre-bebé hacia el tipo de vínculo deseable, el vínculo de apego seguro.

La perinatalidad es una transición de estado para la madre y el bebé que culmina en un cambio de estado fisiológico, psicológico y de rol social en el punto crítico del nacimiento. El contacto piel a piel inmediato, brinda el espacio de transición que permite el inicio del reconocimiento recíproco de sus protagonistas en un tiempo emocional que es propio a cada familia. El bebé dispone desde el nacimiento de competencias sensoriales e interactivas para vincularse y promover conductas maternas, así, los primeros 40-60 minutos de vida, el recién nacido permanece en vigilia calma, ávido sensorialmente, buscando ser acogido en el ambiente extrauterino que le permitirá seguir desarrollándose.

La puérpera se haya especialmente predispuesta para compartir emocionalmente con su bebé y aprender las conductas maternas adecuadas tales como, entregar cuidados físicos y afecto que posibilita el contacto con el bebé y tienen mayor probabilidad de efectividad en la medida que se les brinde apoyo personalizado y formativo.

### **Contacto piel a piel, apego y lactancia**

El cambio de estado confiere a la madre, al recién nacido y al padre el máximo de sensibilidad para que se activen las conductas de vinculación inscritas en el programa genético de los mamíferos. El contacto piel a piel inmediato, cuando el recién nacido emerge a la vida extrauterina, es el activador de excelencia de la puesta en marcha de las conductas de maternaje. Existe una conexión interesante entre el imprinting olfativo, el contacto piel a piel y el éxito de la lactancia.

**El contacto piel a piel estimula la secreción de glándulas mamarias y sudoríparas activando la impronta olfativa de la díada madre-bebé.**

El bebé cuyo olfato se ha desarrollado in útero, reconoce el olor de la leche de la madre tempranamente y la madre que tiene la oportunidad de vivenciar el contacto piel a piel reconoce a su bebé por el olor.

**El olfato de la madre aumenta su sensibilidad en el período perinatal gracias al aumento de las células del bulbo olfatorio, y tiene su auge en el puerperio inmediato**, para comenzar a declinar a partir de la segunda semana de vida. El bebé recién nacido pocas veces va a succionar, y lo más importante en este primer encuentro es el contacto sensorial. En el caso en que no hubo contacto piel a piel temprano, no hay ese reconocimiento olfativo.

El contacto piel a piel posibilita el reconocimiento a través de todos los sentidos, conectando íntimamente tacto, olores, sonidos y miradas que impulsan la circulación de afectos. El contacto corporal es fundamental para fomentar buenos apegos y lactancia. Además de activar las conductas de vinculación, facilita la lactancia aumentando la prolactina y la oxitocina que son las hormonas responsables de la producción y secreción láctea, libera endorfinas, hormonas de la familia de los opiáceos dando sentimientos placenteros y disminuyendo el dolor y el estrés.

Por el contrario, **la separación neonatal se correlaciona significativamente con disminución de la lactancia y con trastornos de vinculación.**

El bebé transita por un período altamente sensible a las experiencias sensoriales y afectivas. **Las “vivencias” que esas experiencias despierten en él, constituyen el “material” con que construirá sus relaciones interpersonales, y la tipología que finalmente ellas adquieran, dependerá en gran medida de esos eventos primarios.**

Así, las interacciones tempranas van configurando la experiencia subjetiva de la relación interpersonal del bebé y la representación cerebral correspondiente a dicha experiencia.

Todas las sensorialidades visual-táctil-auditiva olfativa se van inscribiendo e integrándose en el cerebro del bebé, para reconocer la figura de apego y se van inscribiendo en el cerebro de la madre para reconocer a su hijo(a). No es casual que la distancia focal del recién nacido, corresponda a la distancia ojo a ojo que permite el encuentro visual con la madre, mientras lo amamanta cobijándolo en sus brazos. En situaciones clínicas que no permitan el contacto piel a piel, es imprescindible activar el apego materno con los otros canales sensoriales, tales como la información acerca del recién nacido y la descripción del bebé. El rol del padre en la transmisión de información es fundamental.

## **Contacto piel y lactancia**

El poder del contacto piel a piel inmediato y extendido ha sido documentado en varios estudios, a partir de los cuales la UNICEF implementó los “Hospitales Amigos del Niño y la Madre” y el Programa de Lactancia Materna. En la maternidad del Hospital Barros Luco Trudeau, el beneficio del contacto piel a piel inmediato antes del alumbramiento se puede observar a partir del año 1993 y se mantiene hasta la fecha.<sup>6</sup>

### TECNICAS—METODOS

- EXPOSITIVA
- PARTICIPATIVA
- DINAMICA
- AUDIOVISUAL
- ENSEÑANZA GRAFICA

## SESIÓN IV

### NUTRICION DE LA MADRE LACTANTE

#### 1. OBJETIVO:

- Proporcionar información sobre la importancia de la alimentación nutritiva de la madre durante la lactancia.

#### 2. TEMAS:

- NUTRICION Y LACTANCIA

#### NUTRICION DURANTE LA LACTANCIA

Las necesidades de energía de macro nutrientes como proteínas, grasas y carbohidratos, y micronutrientes como las vitaminas y minerales, se incrementan durante la gestación y en el periodo de lactancia, por que el organismo necesita satisfacer las demandas, el metabolismo y deposito, tanto de la madre como la de su bebe, condición indispensable para proteger la salud de la madre y el niño, y la protección del ser humano durante todas las etapas de su vida.

Los requerimientos de nutrientes de la mujer que da de lactar son mayores incluso a los requerimientos durante la etapa de gestación, aunque parte de ellos se obtienen de depósitos acumulados durante el embarazo. Una madre que da de lactar debe producir un promedio de 800ml de leche al día, esta leche proviene de la grasa acumulada durante el embarazo y de una cantidad extra de 500 Kcal al día que la madre debe consumir a fin de no afectar su

Uno de los nutrientes críticos en la dieta de las embarazadas es el ácido docosahexaenoico (DHA), ácido graso de la familia omega-3, que es esencial para el desarrollo del cerebro y la visión en las primeras etapas de la vida.

El efecto beneficioso de una ingesta adecuada de productos lácteos y por lo tanto de calcio se observa en todo el ciclo de vida de la mujer. Las cantidades consumidas en la infancia y adolescencia determinan la masa ósea máxima de que se dispondrá en el resto de la vida y será uno de los factores determinantes de la susceptibilidad al desarrollo de osteoporosis y sus consecuencias.

No es necesario retirar ningún alimento de la dieta casi todos los alimentos pueden modificar el sabor de la leche, sobre todo los que contienen sustancias volátiles ajo, cebolla, apio, col etc. Esto, en principio, no es malo para tu bebé porque así se acostumbra a probar nuevos sabores y facilitará la introducción de los alimentos sólidos. Si observas que cuando comes algún alimento concreto tu hijo/a rechaza el pecho o tiene más cólicos de lo normal, intenta evitarlo durante un tiempo.

Durante la Lactancia se debe tener en cuenta lo siguiente:

- La mujer que da de lactar debe comer cinco veces al día: tres comidas principales (desayuno, almuerzo, cena) y dos refrigerios.
- Incluir al menos, una porción de cualquier carne, huevo o queso al día.
- Importancia del consumo de alimentos rico en hierro (carnes rojas, vísceras, "sangrecita", etc.), ácido fólico (carnes rojas, vísceras, verduras de hojas verdes, cereales), calcio, vitamina A y zinc.
- Importancia del consumo de frutas y verduras fuentes de vitamina A, vitamina C y fibra.

- Se encuentran en alimentos como la papaya, mango, plátano de isla, zapallo y hortalizas de hoja verde oscuro, naranja, mandarina, limón, maracuyá, tomate, cereales de granos enteros, productos integrales, frutas y verduras.
- Reducir la ingesta de sal; se limita uno de los factores de riesgo que favorecen el desarrollo y mantención de la hipertensión arterial.
- Tomar 6 a 8 vasos de agua al día. El agua es el componente esencial del organismo, se necesita para los procesos de digestión, absorción y excreción. transporta los nutrientes, desechos metabólicos y regula la temperatura del cuerpo.
- Asegurar la suplementación con hierro y ácido fólico hasta dos meses después del parto.

## LACTANCIA Y SUSTANCIAS TOXICAS

- **El alcohol** tomado ocasionalmente –aperitivo, vino o cerveza en la comida– tiene escaso efecto sobre el bebé, ya que se elimina en pequeña cantidad a través de la leche. Puedes dar de mamar pasadas dos o tres horas.
- Sin embargo, un consumo excesivo, además de dificultar la salida de la leche, es perjudicial para tu salud y la de tu bebé.
- **El café** tomado con moderación carece de efectos sobre el bebé. No obstante, si
- observas que está más nervioso o duerme menos de lo normal, reduce tu consumo diario de café y otros estimulantes: té, mate, chocolates, refrescos de cola, etc.
- **El fumar es perjudicial para tu salud y la de tu bebé.** El mayor peligro es el humo, por lo que es necesario evitar la exposición del bebé (y niños/as de cualquier edad) al humo del tabaco, que **nadie fume dentro de la casa**. Está comprobado que los hijos y las hijas de madres y padres fumadores padecen más problemas respiratorios (otitis, sinusitis, bronquiolitis, asma...) por la exposición al humo. Si das el pecho es conveniente que no fumes <sup>7</sup>

#### TECNICAS—METODOS

- EXPOSITIVA
- PARTICIPATIVA
- DINAMICA
- AUDIOVISUAL
- ENSEÑANZA GRAFICA

#### MATERIALES

- DIVERSOS TIPOS DE ALIMENTOS COCIDOS  
(HIGADO,POLLO,ATUN,ESPINACA, ZANAHORIA, LENTEJAS,  
ARROZ,PALLARES,)
- PLATOS Y UTENSILIOS DE COCINA
- MANDIL Y GORRO
- PLUMONES

#### TIEMPO DURACION

- 40 MINUTOS

#### **CONFORMAR GRUPOS DE TRABAJO:**

Que las gestantes realicen la preparación de un plato nutritivo para el almuerzo con los alimentos disponibles tomando en cuenta lo aprendido en la sesión posteriormente explicaran el beneficio nutritivo del plato preparado

## SESIÓN V

### INICIANDO LA LACTANCIA MATERNA

#### 1. OBJETIVO :

- Explicar los pasos clave para la posición adecuada del bebé para una lactancia exitosa y las diferentes posiciones de la madre durante el amamantamiento.

#### 2. TEMAS :

- **TECNICAS DE LACTANCIA MATERNA**
- **EXTRACCION MANUAL DE LA LECHE MATERNA**

#### **Posición para el amamantamiento**

##### **Posición de la Madre**

- Hay muchas posiciones que una madre puede usar – por ejemplo, sentada en el suelo o en una silla, echada, de pie o caminando. La madre debe estar cómoda:
  - Con la espalda apoyada, si está sentada o echada.
  - Con los pies apoyados, si está sentada, de modo que no cuelguen o estén incómodos.
  - Sosteniendo el pecho, si es necesario.

##### **Posición del Bebé (demostrarla con una muñeca)**

- **Posición**, significa la manera en que la madre sostiene al bebé para ayudarlo a agarrarse bien al pecho. Si el bebé está en mala posición, usted puede ayudar a la madre a poner al bebé de modo que él agarre mejor el pecho.

• **Agarre**, que se refiere al acoplamiento de la boca del bebé al pecho. Si el bebé tiene un buen agarre, y está succionando eficazmente, no interfiere con la manera cómo está lactando. Dígale a la madre qué puntos clave observa usted, para reforzar su confianza y su capacidad para evaluar cómo va la lactancia.

posiciones que dificulten la lactancia, principalmente en recién nacidos.

- El bebé puede estar también en diferentes posiciones, tales como a lo largo del brazo de la madre, debajo del brazo de ella o a lo largo de su costado (paralelo). Cualquiera que sea la posición, se usan los mismos 4 puntos clave para ayudar al bebé a estar cómodo. El cuerpo del bebé necesita estar:
  - **alineado**, con el oído, el hombro y la cadera en una línea recta, de modo que el cuello no esté torcido ni flexionado hacia delante;
  - **muy cerca** al cuerpo de la madre, de modo que el bebé sea aproximado al pecho y no el pecho acercado al bebé;-
  - con la cabeza y los hombros sostenidos y, si es recién nacido, todo el cuerpo
- Sostenido** o apoyado
- **frente** al pecho, con la nariz del bebé apuntando hacia el pezón cuando se aproxima al pecho (el labio superior del bebé debe estar por debajo del pezón).

*La cabeza y el cuerpo del bebé deben estar alineados, muy cerca y frente al cuerpo de la madre y apoyados o sostenidos.*

### **Posición echada de costado**

El cuerpo del bebé está a lo largo y frente al de la madre.

Tenga cuidado de que la nariz del bebé esté a la altura del pezón de la madre y que el bebé no necesite flexionar el cuello para alcanzar el pecho.

Esta posición ayuda a la madre a descansar y resulta cómoda después de una cesárea. La madre puede ponerse almohadas en la espalda o entre las piernas.

### **Posición de cuna (clásica)**

Se sostiene al bebé sobre el antebrazo del mismo lado que el pecho del que va a mamar; la madre sostiene el pecho con la mano opuesta. El brazo inferior del bebé abrazando a la madre por el costado, no entre el pecho del bebé y la madre.

Tenga cuidado de que la cabeza del bebé no esté tan lejos en la curva del brazo de la madre, que jale el pecho hacia un lado haciendo difícil mantenerse agarrado al pecho.

La madre estará más cómoda si eleva al bebé con almohadas, que soporten el peso del bebé, o si ella coloca los pies en un taburete y cruza la pierna.

Es la posición más usada después de los primeros días.

### **Posición cruzada (o de cuna cruzada o inversa)**

Se sostiene la cabeza del bebé con la mano del lado opuesto al pecho que va a mamar; el cuerpo del bebé se apoya sobre el antebrazo. La madre sostiene el pecho con la mano del mismo lado.

La madre tiene buen control de la cabeza y del cuerpo del bebé de modo que puede ser útil también cuando está aprendiendo a amamantar.

Tenga cuidado de que la cabeza del bebé no esté demasiado apretada que impida el movimiento.

*La posición de cuna cruzada es útil para bebés que no tienen buen control de la cabeza, como bebés pequeños, prematuros o enfermos.*

### **Posición bajo el brazo (de pelota de fútbol o de sandía)**

Se sostiene la cabeza del bebé con la mano del lado del pecho del que va a mamar; el cuerpo del bebé se apoya sobre una almohada y queda debajo del brazo del mismo lado que va a mamar.<sup>5</sup>

## Algunas posiciones para amamantar bien

Lo importante es que la madre esté cómoda. La buena posición ayuda a mantener una buena producción de leche, evita el cansancio y que se le lastimen los pezones.



**Posición acostada**  
Es la posición más cómoda después del parto y durante la siesta o por la noche



**Posición sentada**  
Apoye la espalda sobre un buen respaldo para estar lo más cómoda posible



**Posición de sandía**  
Es una buena posición para después de una Cesárea y para amamantar gemelos

Hay otras posiciones para amamantar bien. La madre debe buscar la que sea de mayor comodidad para ella

## EXTRACCIÓN DE LA LECHE MATERNA

(Técnica de Marmet)

Hay diversas circunstancias en las que la mujer puede necesitar sacarse la leche:

- ✓ Si el bebé ha de permanecer separado de su madre por ser prematuro o estar enfermo.
- ✓ Para aliviar la ingurgitación mamaria.
- ✓ Cuando la madre se incorpore al trabajo.

La extracción de leche puede hacerse de forma manual o con una bomba extractora. Antes de manipular el pecho es importante lavarse siempre las manos; sin embargo no es necesario lavar el pecho antes de la extracción, es suficiente con la ducha habitual.

Tanto si se va a extraer la leche de forma manual como con bomba, se debe primero preparar el pecho para facilitar la extracción, estimulando la bajada la leche. Para ello se deben seguir tres pasos: masajear, frotar y sacudir.

**1. Masajear.** El masaje se realiza oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos se va cambiando hacia otra zona del seno

**2. Frotar** el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar con este movimiento desde la parte de fuera del pecho hacia el pezón, por todo el alrededor.

**3. Sacudir** ambos pechos suavemente inclinándose hacia delante.

### **Extracción manual**

1. Se coloca el pulgar y los dedos índice y medio formando una letra "C" a unos 3 ó 4 cm por detrás del pezón (no tiene que coincidir forzosamente con el final de la areola).

Evite que el pecho descance sobre la mano como si ésta fuera una taza.

2. Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Para pechos grandes o caídos, conviene levantarlos antes de empujar.
3. Hay que rodar los dedos y el pulgar hacia el pezón, del modo en que se imprimen en un papel las huellas digitales (que ruedan pero que no se deslicen.)
4. Repita rítmicamente para vaciar los depósitos (coloque los dedos, empujándolos hacia adentro, ruédelos.)
5. Rote la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Utilice ambas manos en cada pecho.

#### **PROBLEMAS MÁS COMUNES DURANTE LA LACTANCIA:**

##### **PEZONES PLANOS O INVERTIDOS:**

No hay que preparar los pezones con ningún tratamiento de “fortalecimiento”, pero sí hay que informar y asesorar a la mujer de que podrá dar el pecho si lo desea, comenzando con un inicio precoz cuando el pecho esté aún blando, antes de la subida de la leche para que el bebé aprenda a agarrarse.

##### **GRIETAS DEL PEZÓN:**

La lactancia no duele y si la mujer dice que siente dolor desde el principio de la succión se debe revisar la posible causa. El dolor de la grieta aparece cuando el niño coge el pecho y cede o se alivia mucho cuando lo suelta.

##### **MASTITIS:**

La mujer suele presentar fiebre elevada, con sintomatología gripal y suele afectar a un solo pecho; el diagnóstico debe basarse en la clínica y en la búsqueda del microorganismo causante y administrar tratamiento antibiótico. El niño puede mamar a pesar de que la madre esté tomando antibióticos.

##### **RECHAZO DEL PECHO**

El niño “no quiere el pecho”; y la madre suele tener la sensación de que el niño “la rechaza a ella” o que su “leche no es buena o suficiente”; la diferencia entre una y otra situación son más sutiles.

El rechazo del pecho suele ser algo más habitual y mantenido, el bebé suele rechazar un solo pecho y ocurrir desde el inicio, aunque puede aparecer en cualquier momento.

Algunos factores que se han relacionado son: la mala postura, el retorno de la menstruación, cambios en el sabor de la leche por algún alimento, bebida o fármaco ingerido por la madre, cambios en el perfume o jabón de la madre, ansiedad materna, obstrucción nasal, etc.

#### **TECNICAS – METODOS**

- EXPOSITIVA
- PARTICIPATIVA
- DINAMICA
- AUDIOVISUAL
- ENSEÑANZA GRAFICA

#### **MATERIALES**

- DIVERSOS TIPOS DE ALIMENTOS COCIDOS  
(HIGADO,POLLO,ATUN,ESPINACA, ZANAHORIA, PAPA, LENTE-  
JA,ARROZ,PALLARES,
- PLATOS UTENSILIOS DE COCINA
- MANDIL Y GORRO
- PLUMONES

#### **TIEMPO DURACION**

40 MINUTOS

#### **CONFORMAR GRUPOS DE TRABAJO:**

Que las gestantes realicen la preparación de un plato nutritivo para el almuerzo con los alimentos disponibles tomando en cuenta lo aprendido en la sesión posteriormente explicaran el beneficio nutritivo del plato preparado.

## SESIÓN VI

### CUANDO EL BEBE CRECE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

#### 1. OBJETIVO :

- Promover la alimentación complementaria y la continuación de la lactancia ,materna.

#### 2. TEMAS :

- LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 12 MESES
- ALIMENTACIÓN DEL NIÑO O NIÑA ENFERMA

A partir de los 6 meses de edad, cuando se comienza a dar otros alimentos cada familia tiene sus creencias sobre cómo alimentar a los niños y niñas pequeñas. Durante esta época la salud de los niños y niñas peligra por las infecciones y diarreas que los pueden atacar si no se tienen precauciones de limpieza.

También se pueden enfermar si no se les da a menudo suficientes alimentos nutritivos. La alimentación complementaria se ofrece a los bebés lactantes a partir de los 6 meses para complementar (**en ningún caso sustituir**) la leche materna con más energía y nutrientes. Durante todo el primer año la leche materna sigue siendo el **principal** alimento del bebé.

Se aconseja elegir alimentos que la madre come habitualmente, preferiblemente ecológicos. Comenzar con raciones pequeñas y aumentar la cantidad, textura y variedad a medida que el bebé crece y continuar ofreciendo el pecho con frecuencia. Dar de comer sin forzar, atendiendo a las señales de hambre y saciedad, despacio y con paciencia (es normal que al principio rechacen).

### **CANTIDAD DE COMIDA**

Un niño o niña entre los 6 y 7 meses está creciendo rápidamente y en pocos meses comenzará a caminar.

Por eso, un niño o niña necesita más comida de lo que usted piensa. Sin embargo, el estómago del niño o niña es todavía muy pequeño y no le cabe toda la comida que necesita de una vez. Después de cada comida dale pecho todas las veces que el niño quiera por lo menos hasta los dos años.

### **FRECUENCIA**

Cada niño o niña es diferente y la cantidad de comidas y lactadas que toman pueden variar. Después de probar los primeros purés es necesario aumentarle gradualmente la comida a 3 cucharadas por la mañana, 3 al mediodía y 3 cucharadas por la tarde, después de darle el pecho.

### **CONSISTENCIA**

Los alimentos espesos en puré son las mejores comidas para los niños o niñas de esta edad porque tienen nutrientes concentrados. Los juguitos y calditos toman espacio en el estómago del niño pero no los alimentan tanto como los purés.

Para que los purés sean suaves y para que los niños o niñas no se atoren, es bueno mezclarles media cucharadita de crema, aceite o aguacate. La madre no debe preocuparse porque les caiga mal, estos alimentos son excelentes para los niños o niñas y les dan energía.

El alimento más seguro y saludable es el que se le da al niño o niña inmediatamente después de haberlo preparado.

Hay que tener cuidado, porque algunos alimentos después de una hora pueden dañarse.

*Las comidas complementan,  
no sustituyen la lactancia materna*

## ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO ENFERMO

Muchas madres dejan de dar alimento a los niños o niñas cuando se enferman, porque están desganados y es difícil darles comida. Algunas madres piensan que la diarrea se empeora si le continúan dando el pecho.

Algunos niños o niñas cuando están enfermos prefieren tomar solamente leche materna. Hay que seguir dándole el pecho y ojalá aumentar la cantidad de lactadas diarias.

La leche materna lo ayuda a mejorarse de las diarreas y catarros.

Hay que continuar dándole de comer los mismos purés o comidas en pequeñas cantidades más frecuentemente.

Puré de papas, coladas, sopitas espesas, frijoles machacados y colados con arroz o fideos, sopitas de pan con leche materna.

Si el niño o niña está desganado, con **mucha paciencia** debe darle de tomar y de comer de a poquitos, esperando unos minutos antes de darle otra cucharada.



Para resistir la enfermedad, el niño o niña debe tomar más leche materna. Para que se recupere, debe dársele de comer con más frecuencia

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Fax 511-447-0370 Parque Melitón Porras 350 [www.unicef.org/peru](http://www.unicef.org/peru)
2. Modulo II "Lactancia materna exclusiva" *Panamá, Rep. de Panamá* 2012 <http://www.medicos.cr/web/documentos/boletines/BOLETIN%20080113/LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA.pdf>
3. Manual original: UNICEF Honduras Adaptación UNICEF Ecuador 2012 © UNICEF, 2012 [www.unicef.org.ec](http://www.unicef.org.ec)
4. Anatomía Humana. Latarjet, Ruiz Lizard, 4º edición, Tomo II, Editorial Panamericana. Año 2005.
5. documento técnico curso taller "promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño" Primera Edición, 2009  
Página web: [www.unicef.org/peru](http://www.unicef.org/peru) Página web: [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)
6. Chile Crece Contigo: <http://www.chilecrececontigo.cl>  
Manual de Lactancia Materna Ministerio de Salud Resolución Exenta No 109 del 2 de marzo de 2010 Subsecretaría de Salud Pública Departamento de Asesoría Jurídica ISBN: 978-956-8823-94-8
7. Instituto Nacional de Salud (Perú) Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materno infantil: documento técnico. / Elaborado por Instituto Nacional de Salud. -- Lima:  
Instituto Nacional de Salud ; Ministerio de Salud, 2010. 44 p.

## DIRECCIONES WEB DE IMÁGENES

Carátula

<http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-peru-ocupa-primer-puesto-lactancia-materna-exclusiva-520190.aspx>

Sesiones

<https://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>