

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN GESTANTES DEL HOSPITAL LA
CALETA DE CHIMBOTE, AÑO 2015.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTOR:

ODALISS IRACEMA SALCEDO APARICIO

ASESOR:

MGTR. AMELIA NELLY SOLÍS VILLANUEVA

CHIMBOTE-PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. María Lucía Villanueva Vásquez

Presidente

Mgtr. Carmen Rosa Aguirre Espinoza

Secretaria

Mgtr. Melva Raquel Loyola Rodríguez

Miembro

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por colmarme de bendiciones, fortaleza y dones que hoy hacen posible la realización de este sueño. A mi familia y todas aquellas personas, por sus consejos, apoyo, ánimo y compañía, por estar conmigo en los momentos más difíciles de mi vida.

A la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, por aceptarme en su seno científico, a mis docentes por sus enseñanzas y su guía, que hacen que pueda finalmente graduarme como una feliz profesional.

De igual manera agradecer a mi asesora de Investigación y de Tesis de Grado, Mgtr. Nelly Solís Villanueva, por sus conocimientos, orientaciones y motivación que han sido fundamentales en el desarrollo de esta tesis y también en mi formación como investigador.

DEDICATORIA

A mi madre, abuela y toda mi familia que siempre me apoyó a lo largo de este camino y creyó en mi capacidad. A mis amados sobrinos Isabella y Lucas, por estar conmigo, por sus risas, su inocencia y sus travesuras que le dieron un toque de felicidad a mi vida.

A esas personas que me brindaron una verdadera amistad. A ustedes queridas amigas Milagros, Mónica, Cecilia, Senovia y Andrea, con todo mi cariño, siempre estarán presentes en mí, aunque tomemos diferentes caminos.

RESUMEN

La presente tesis, tuvo como **objetivo:** Determinar los conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en gestantes del Hospital La Caleta de Chimbote durante el período Setiembre – Octubre del 2015. **Metodología:** Se centró en un estudio de diseño no experimental, transversal de una sola casilla, de tipo descriptivo y nivel cuantitativo. La población estudiada consta de 170 gestantes, con una muestra conformada por 130 gestantes y muestreo no probabilístico por cuotas, a quienes se aplicó un cuestionario validado estructurado de preguntas cerradas. **Resultados:** Reportan que la mayoría de gestantes (90,8%) no tienen un conocimiento global sobre lactancia materna exclusiva, y en contraste una minoría (9,2%) sí mostró conocimiento. **Conclusión:** Las gestantes entrevistadas del Hospital La Caleta de Chimbote, en su mayoría desconocen sobre lactancia materna exclusiva, situación que amerita profundizar el estudio para relacionar el conocimiento con las prácticas y actitudes.

Palabras clave: *Conocimientos. Gestantes. Lactancia materna exclusiva.*

ABSTRACT

This thesis, had as general **objective:** to determine the knowledge about exclusive breastfeeding in pregnant of the Hospital La Caleta of Chimbote during the period September - October 2015. **Methodology:** It focuses on a study of not experimental design, cohort cross one box, descriptive, and quantitative level. The population is constituted by 170 pregnant, with a simple of 130 pregnant and non-probability quota sampling, to a validated structured questionnaire of closed questions it was applied. **Results:** report that the majority of pregnant (90.8%) did not have a comprehensive knowledge about exclusive breastfeeding, and in contrast to a minority (9.2%) did show knowledge. **Conclusion:** Pregnant women interviewed at the Hospital La Caleta of Chimbote, mostly unaware about exclusive breastfeeding, a situation that warrants further study to relate the knowledge with practices and attitudes.

Keywords: *Exclusive breastfeeding. Knowledge. Pregnant.*

CONTENIDO

Título.....	i
Hoja de firma del jurado	ii
Hoja de agradecimiento	iii
Hoja de dedicatoria	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Contenido.....	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
I. Introducción.....	11
II. Revisión de literatura	16
II.1. Antecedentes.....	16
II.2. Bases teóricas	19
II.2.1. Bases teóricas del conocimiento.....	19
II.2.2. Anatomía de la mama	20
II.2.3. Fisiología de la lactancia materna	22
II.2.4. Tipos de leche materna	26
II.2.5. Composición de la leche materna.....	28
II.2.6. Ventajas de la LME	35
II.2.7. Técnicas de amamantamiento.....	40
II.2.8. . Extracción de la leche materna.....	44
II.2.9. Conservación de la leche materna	45
II.2.10. Cuidados especiales de la madre durante la LM	46
II.2.11 Posibles complicaciones de la LM	50
III. Metodología	53
III.1. Diseño de la investigación.....	53
III.2. Población y muestra	53
III.3. Técnicas e instrumentos	57
IV. Resultados	62
IV.1. Resultados	62
IV.2. Análisis de resultados.....	79

V. Conclusiones	88
VI. Aspectos Complementarios	90
VII. Referencias bibliográficas	96
VIII. Anexos	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Conocimiento global sobre lactancia materna exclusiva en gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	62
Tabla 2	Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva por indicadores en gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	63
Tabla 3	Respuestas de las gestantes sobre lactancia materna exclusiva - Hospital Lactancia materna exclusiva según respuestas de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	66
Tabla 4	Respuestas de las gestantes sobre la duración de la lactancia materna - Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	67
Tabla 5	Respuestas de las gestantes sobre el inicio de la lactancia materna - Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	68
Tabla 6	Respuestas de las gestantes sobre frecuencia de la lactancia materna - Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	69
Tabla 7	Respuestas de las gestantes sobre la extracción y almacenamiento de la leche materna - Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	70
Tabla 8	Respuestas de las gestantes sobre la importancia de la lactancia materna - Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	71
Tabla 9	Respuestas de las gestantes sobre los beneficios de la lactancia materna - Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	72
Tabla 10	Respuestas de las gestantes sobre la técnica de amamantamiento - Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	73
Tabla 11	Respuestas de las gestantes sobre los cuidados maternos durante la lactancia materna - Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	74
Tabla 12	Información sobre lactancia materna exclusiva recibida por las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	75
Tabla 13	Características sociodemográficas de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	76
Tabla 14	Características reproductivas de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, 2015.	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico circular del conocimiento global sobre lactancia materna exclusiva en gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.	90
Figura 2	Gráfico de barras de información sobre lactancia materna exclusiva recibida por las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.	90
Figura 3	Gráfico circular de personal de salud que impartió la información sobre lactancia materna exclusiva recibida por las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.	91
Figura 4	Gráfico de barras de satisfacción respecto a la información sobre lactancia materna exclusiva recibida por las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.	91
Figura 5	Gráfico circular de edad de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.	92
Figura 6	Gráfico circular de estado civil de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.	92
Figura 7	Gráfico de barras de grado de instrucción de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.	93
Figura 8	Gráfico circular de ocupación de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.	93
Figura 9	Gráfico circular de lugar de procedencia de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.	94
Figura 10	Gráfico circular de establecimiento de salud de origen por Microred de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.	94
Figura 11	Gráfico circular de características reproductivas de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.	95

I. Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) señalan que la LME (lactancia materna exclusiva) es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para los niños. La práctica óptima de LM (lactancia materna) tiene tal importancia que permitiría salvar la vida de unos 800 000 menores de 5 años todos los años ⁽¹⁾ ⁽²⁾. El Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente de la OMS, refiere que la malnutrición es responsable de una tercera parte de los 8,8 millones de muertes registradas anualmente entre los niños menores de cinco años; y que más de dos tercios de las muertes por esta causa, a menudo asociadas a prácticas de alimentación inapropiadas, como la lactancia artificial o la administración prematura e inadecuada de alimentos complementarios, se producen en los primeros meses de vida ⁽³⁾.

La LM se recomienda como modo exclusivo e imprescindible de alimentación durante los 6 primeros meses de vida, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces. Y en el Perú se toman estas recomendaciones, que también señalan que el mantenimiento debe ampliarse hasta los 2 años o más, hasta que la madre o su hijo lo permitan, sin poner un tiempo fijo para ello ⁽¹⁾.

En el Perú, según la ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) 2014, el 68,4% de los niños y niñas menores de seis meses es alimentado de manera exclusiva con leche materna. El uso del biberón en niños y niñas representó el 29,1% entre los niños y niñas menores de 6 meses. Según la información por área de residencia y por región natural, a lo largo del período 2009-2014, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue mayor entre niñas y niños del área rural (5.1 meses) que en la urbana (4.2 meses), lo cual indica que hay un estancamiento en la cobertura de la LME ⁽⁴⁾.

A pesar de ser claramente reconocido que la LM es el alimento idóneo y necesario para el niño, ya que facilita un óptimo crecimiento y desarrollo, lo protege de diarreas, infecciones respiratorias y alergias, además de favorecer el vínculo madre-hijo; existe un escaso o nulo conocimiento de los beneficios que esta proporciona, sobre todo en las madres primerizas y adolescentes, lo que se traduce en una disminución de la práctica de la LME ⁽²⁾.

Entre otras causas del destete precoz o el uso de lactancia artificial se tiene la imposibilidad de succionar adecuadamente por una técnica deficiente, problemas en la mama, no dar el pecho a la hora adecuada por las tareas del hogar o el trabajo ⁽²⁾. Así mismo, las creencias y estereotipos sociales dificultan la frecuencia del amamantamiento. En la actualidad es común que las familias reciban imágenes de biberones en la publicidad o en las muñecas infantiles y es poco común encontrar imágenes orientadas a la LM, fortaleciendo el estereotipo negativo sobre el amamantamiento ⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

En Chimbote, hay aún brechas sin resolver; al centrarse en una realidad concreta, se puede resaltar que en el Hospital La Caleta de Chimbote, un establecimiento de mediana complejidad, nivel II-2, se atienden 170 gestantes mensualmente, pese a las actividades realizadas de promoción de la LME, a través de charlas y el programa de psicoprofilaxis obstétrica, aún se evidencian problemas relacionados con desnutrición infantil a causa del destete precoz o incursión en lactancia artificial ⁽⁷⁾.

Esta situación pone de manifiesto un velo de incertidumbre sobre el conocimiento en LME de las gestantes chimbotanas, quienes en su mayoría confluyen al Hospital la Caleta, y se hace necesario contar con un estudio que refleje la realidad

de esta problemática, con la finalidad de impulsar intervenciones educativas que resulten en un aumento de conocimiento y consecuentes actitudes y práctica de la LME.

Todo lo expuesto me conlleva al planteamiento de la siguiente interrogante ***¿Qué conocimientos sobre lactancia materna exclusiva tienen las gestantes del Hospital La Caleta de Chimbote durante el período Septiembre - Octubre 2015?*** Para dar respuesta al problema se plantea como objetivo general: Determinar los conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en gestantes del Hospital La Caleta de Chimbote durante el período Septiembre - Octubre 2015. Así mismo para lograr este objetivo, se plantean los siguientes objetivos específicos: Determinar el conocimiento global sobre LM, determinar el conocimiento sobre LME, sobre la duración, el inicio y la frecuencia de la LM, sobre la extracción y almacenamiento de leche materna, sobre la importancia y los beneficios de la LM, sobre las técnicas de amamantamiento, y sobre los cuidados generales durante la LM en gestantes del Hospital La Caleta de Chimbote durante el período Septiembre - Octubre 2015.

El presente estudio se justifica dado que son mundialmente reconocidos por instituciones como la OMS y el UNICEF, los beneficios de la LME, no sólo para el niño, a un corto y largo plazo, sino para la madre, familia y sociedad; así pues, el abandono de la lactancia materna es un factor de riesgo para el incremento de la frecuencia de enfermedades durante el primer año de vida; y siendo los conocimientos, las creencias y actitudes, elementos determinantes en el destete precoz o la lactancia artificial; es necesario identificar cuanto saben las gestantes sobre la LME, pues esto servirá para entender las características su práctica. Siendo Hospital “La Caleta”, un establecimiento de salud con alta demanda de atención del embarazo, es fundamental

identificar más claramente los factores que subyacen al comportamiento de las madres, aumentando así la probabilidad de influir en las nuevas decisiones y prácticas de estas sobre la lactancia materna.

Este estudio está orientado contribuir al diseño de estrategias que mejoren no sólo los conocimientos y ejercicio de amamantamiento exclusivo, sino también la calidad de atención en los centros de salud del norte del País y la educación sobre la importancia de la Promoción y Educación en LM, en las universidades de dicho nivel. La investigación tiene un propósito científico ulterior, el de seguir investigando en la promoción de la LM, ya que se considera el entendimiento de los determinantes mentales y sociales de las prácticas de salud, como un requerimiento básico para el desarrollo exitoso de intervenciones educativas orientadas a predisponer, facilitar o reforzar esta conducta saludable.

El estudio es de diseño no experimental, transversal de una sola casilla, de tipo descriptivo y nivel cuantitativo. La población estudiada estuvo constituida por 170 gestantes. La muestra la conformaron 130 gestantes, por muestreo no probabilístico por cuotas, para la obtención de datos se utilizó la técnica de la entrevista y se aplicó un cuestionario validado estructurado de preguntas cerradas. Este estudio se desarrolló en los meses de Septiembre a Octubre del 2015, el instrumento se aplicó en el Hospital La Caleta, en cumplimiento del marco ético, previa firma de consentimiento informado.

Los resultados se presentan respondiendo a los objetivos planteados, en primer orden se analiza el conocimiento global y se identifica los reactivos que menos conocen las gestantes del Hospital La Caleta, así mismo se detallan los factores socioculturales más relevantes de las gestantes.

La tesis está estructurada en V capítulos, cuyo contenido se describe a continuación. En el capítulo I la introducción, donde se centra el planteamiento del problema y se define los objetivos, así también se justifica la investigación y se describe la metodología utilizada. En el capítulo II se recopila la revisión de la literatura, dividida en los antecedentes previos de la investigación y las bases teóricas. En el capítulo III se desarrolla la metodología utilizada, donde se describe el diseño de la investigación, la población y muestra estudiada, además de la técnica, el instrumento empleado y el plan de análisis, de tal manera que sirva de ayuda para replicas posteriores.

En el capítulo IV se desarrollan los resultados obtenidos en la investigación, por medio de tablas, siguiendo el orden de los objetivos planteados, desarrollándose luego el análisis de los mismos. En el capítulo V, se describen las conclusiones a las que se llega luego del análisis. Finalmente se incluyen aspectos conceptuales pertinentes, las referencias bibliográficas según las normas de Vancouver y anexos.

II. Revisión de la literatura

II.1. Antecedentes

II.1.1. Estudios extranjeros.

Estudios realizados en madres adolescentes en el 2011, uno por **Monsalve et al** ⁽⁸⁾ en Chile, reportan que un 52,08% conoce la frecuencia con la cual debe alimentar al niño, un 95,83% conoce las posiciones para acoplar al niño al pecho; un 86% considera que debe alimentar al RN (recién nacido) con leche materna de forma exclusiva y continuarla hasta los 6 meses, sin embargo un 36% considera que debe dar agüitas o té de anís al niño y suspender la LM cuando el niño presenta cólicos. En Venezuela, **Alvins y Briceño** ⁽⁹⁾, obtuvieron que el 60% de las madres adolescentes tienen conocimiento sobre la LME, el 66,25% conoce sobre los beneficios fisiológicos, psicológicos y económicos de la LM; y el 61,66% conocen sobre la técnica de amamantamiento.

Mientras que **Galindo** ⁽¹⁰⁾ en Guatemala, reporta que un 82,05% de las madres encuestadas cree que debe optar por la LME. Sin embargo un 53% cree que debe dar agua además de la LM que el niño recibe para poder calmar la sed.

Estudios realizados en puérperas en el 2013 revelan resultados importantes, así se observa el estudio de **Paredes** ⁽¹¹⁾ en Ecuador, en su estudio de acuerdo a grupos etáreos en puérperas, que un 38% de adolescentes desconoce sobre LM en forma global, seguido de las madres de 18- 25 años con un 29%, en menor porcentaje pacientes de 26 -35 años, un 22% y mayores de 35 años un 11%. Así mismo, en México **Gerónimo et al** ⁽¹²⁾, encontraron en cuanto al nivel de conocimiento en LM en puérperas que 67.3% fue regular, el 24% alto y el 8,7% fue bajo.

Resultados más impactantes, en estudios realizados a madres, los reportan **Pahuara** ⁽¹³⁾, en Argentina 2013, quien obtuvo como resultado de su estudio que el 73,3% de las madres adolescentes desconoce la LME. El 63,3% no cree que haya influencias sobre la salud según el tipo de alimentación artificial o natural. Para la defensa contra enfermedades y para disminuir el riesgo de exposición a gérmenes, el 53,3% considera más adecuada a la LM. Al salir de casa y dejar al bebé al cuidado de otra persona, solo un 26,7% considera la opción de la extracción de leche materna y alimentarlo a partir de la misma. Del mismo modo, en Colombia, **Borre et al** ⁽¹⁴⁾, en el 2014, reportaron que de las 90 madres encuestadas el 85.6% posee conocimientos adecuados sobre LME. Sin embargo el 51,1% no tiene idea de la técnica de amamantamiento adecuada.

II.1.2. Estudios nacionales

Mientras que en el 2011, en Loreto, **Cardama** ⁽¹⁵⁾, reporta en su estudio, que un 57,5% de mujeres en edad fértil tienen conocimiento sobre LME, el 66,6% tiene conocimiento sobre el inicio de la LM, y un 55,3% sobre la duración, el 52,3% conoce sobre la importancia de la lactancia y un 50% sobre los beneficios. También se obtuvo que un 50% conoce sobre la extracción de la leche materna. Por otro lado, en Lima **Mini et al** ⁽¹⁶⁾, reportaron que el 61% de las madres encuestadas obtuvo un nivel de conocimiento medio sobre LME. Sin embargo sólo el 31% tenía conocimientos sobre la técnica correcta de amamantar. El 54,9% inició la LM inmediatamente después del parto.

León ⁽¹⁷⁾ en el 2012, en Lima, obtuvo como resultado en su estudio, que de las madres encuestadas el 62% tienen nivel de conocimiento medio, 20% nivel bajo y el 18 % de las madres nivel alto. Según la dimensión de conceptos generales de la LME

el 78% tienen nivel de conocimiento medio, 14% nivel bajo y el 8 % de las madres nivel alto; mientras que para la dimensión de conocimientos sobre beneficios de la LM el 68% alcanzó el nivel medio, 22% el nivel bajo y el 10% alto.

Estudios más recientes, uno de ellos realizado en Chiclayo, por **Delgado y Nombera** ⁽¹⁸⁾ en el 2013, reportó como resultado que el 48,4% de madres adolescentes encuestadas presentaron un nivel medio de conocimientos en LM y solo 10,5% nivel alto. Una situación similar reportó **García** ⁽¹⁹⁾ en su estudio en Lima, 2015, en el que obtuvo como resultados un nivel de conocimientos medio en el 51,7% de las madres encuestadas, bajo en el 41,7% y alto en el 6,7%.

II.1.3. Estudios locales

En Chimbote, **Huamayalli** ⁽²⁰⁾ en el 2012, reportó como resultado que un 78,7% de las primigestas encuestadas no tienen un conocimiento global sobre LM. El 66% de primigestas conocen sobre la definición de la LME; 53,2% desconocen la duración de la LME; 66% sabe en qué momento se inicia la LM y 55% conoce sobre la frecuencia de la mamada. El 80,9% desconoce que la leche materna se extrae manualmente; así mismo 74,5% no sabe el almacenamiento de la leche materna. 51,1% desconoce que la LM es importante para el bebé; 86,2% no sabe que el VIH es una contraindicación para brindar LM; por otro lado 59,6% desconoce los beneficios de ésta para él bebé. El 66% conocen la posición adecuadamente para el amamantamiento.

II.2. Bases teóricas

II.2.1. Bases teóricas de conocimiento.

El conocimiento son datos concretos que poseen las personas para tomar una decisión consciente ante una situación determinada. Científicamente, es estudiado por la epistemología, definida como la “teoría del conocimiento”; etimológicamente, su raíz madre deriva del griego episteme, ciencia, pues por extensión se acepta que ella es la base de todo conocimiento. Al conocimiento se le caracteriza siguiendo el medio con que se le aprende; así, al conocer obtenido por la experiencia se le llama conocimiento empírico y al que procede de la razón, conocimiento racional. Ambas son etapas o formas válidas para conocer⁽²¹⁾. Así, **Piaget**, nos dice que este aprendizaje tiene lugar en la formación mental de la persona, desde el nacimiento hasta la madurez. Sin embargo, **Vygotsky**, refiere que el conocimiento no sólo se construye de modo individual como propuso Piaget, sino mediante la interacción con otros^{(22) (23)}.

El hombre sigue su avance y para mejor comprender su circunstancia explora una manera nueva de conocer. A esta perspectiva la llama investigación; su objetivo, explicar cada cosa o hecho que sucede en su alrededor para determinar los principios o leyes que gobiernan su mundo y acciones, estudiando hechos poco conocidos, insuficientemente explicados o carentes de información aceptada. La búsqueda de solución para esas, y otras, incógnitas es el campo de lo que por consenso se denomina investigación científica⁽²¹⁾.

II.2.2. Anatomía de la mama.

Las mamas están constituidas por las glándulas mamarias, la piel y tejido conjuntivo asociado. Las glándulas mamarias se desarrollan dentro de la mama durante el embarazo, permanecen activas en la lactancia y se atrofian cuando la mujer deja de amamantar. Son glándulas exocrinas de origen ectodérmico. Consisten en una serie de conductos y lóbulos secretores asociados que convergen para formar de 15-20 conductos galactóforos o lactíferos, que desembocan en el pezón ^{(24) (25)}.

Todas las mamas difieren de tamaño de una mujer a otra, y en la misma mujer según la época de su vida; su tamaño está determinado por la cantidad de tejido adiposo y no tiene relación con la cantidad de leche que la glándula mamaria pueda producir; por tanto, todo pecho es apto para amamantar, no importa el tamaño o la forma ^{(24) (25)} ⁽²⁶⁾.

En la mujer adulta, la mama tiene forma de una eminencia semiesférica con su parte plana adaptada a la pared de ambos lados de la región esternal, ocupando longitudinalmente el intervalo comprendido entre la 2^o-7^o costilla y lateralmente desde la línea paraesternal hasta la línea axilar anterior ^{(24) (25) (26)}.

El tejido adiposo está atravesado por unos cordones de tejido conectivo, desde la capa profunda de la dermis a la hora anterior de la fascia superficial que envuelve la glándula, llamados ligamentos de Cooper o ligamentos suspensorios de la mama, que le dan soporte ^{(24) (25) (26)}. En mujeres no lactantes, el componente predominante de la mama es grasa, mientras que en mujeres en período de lactancia es más abundante el tejido glandular ⁽²⁶⁾.

1) *Pezón.*

Es una eminencia de aspecto papilar, ubicado en la porción más prominente de la cara convexa de la mama, de superficie rugosa y con pequeñas depresiones que representan la zona de desembocadura independiente de 12-20 conductos galactóforos (24) (25) (26).

2) *Areola.*

Rodea al pezón, es la zona cutánea anular que está formada por tejido eréctil. Difiere de la piel por ser más delgada y pigmentada. En el embarazo, aumenta el depósito de melanina, por lo que se oscurece aún más, para una mejor localización por el bebé. No descansa sobre tejido adiposo sino sobre el músculo areolar o de Sappey, cuyas fibras se contraen como respuesta al frío, el tacto y la excitación sexual, arrugando la piel y produciendo la erección del pezón, actuando también como esfínteres controlando la salida de la leche (24) (25) (26).

3) *Tubérculos de Morgagni.*

Glándulas sebáceas que se presentan como prominencias sobre la areola. Producen sustancias protectoras y lubricantes para la piel. Cuando la mujer está amamantando protegen al pezón del resquebramiento y las cuarteaduras (24) (25) (26).

4) *Lóbulos mamarios.*

Son unidades glandulares independientes, de 15-20, organizados radialmente en torno al pezón. Cada lóbulo está dividido en un número variable de lobulillos, cada uno de los cuales consta de un sistema de conductos alveolares (24) (25) (26).

5) *Conducto lactífero.*

Drena cada lóbulo a través de un orificio independiente sobre el pezón. Antes de la apertura en superficie, forma una dilatación llamado seno lactífero ^{(24) (25) (26)}.

II.2.3. Fisiología de la lactancia materna

1) *Crecimiento mamario.*

Las mamas comienzan a desarrollarse durante la pubertad, este desarrollo está estimulado por los estrógenos, además de favorecer en ella el depósito de grasas, que aumenta el volumen mamario. Durante el embarazo la cantidad de hormonas se incrementa, pues se requieren numerosas hormonas para el desarrollo mamario completo. En general, los estrógenos regulan la proliferación de los conductos mamaros y, la progesterona, el desarrollo de los lóbulos. Así mismo la concentración de prolactina se eleva, lo cual tiene como resultado un crecimiento lobuloalveolar completo ^{(27) (28)}.

2) *Producción de la leche materna.*

a. *Inicio de la secreción de leche después del parto.*

El crecimiento de las glándulas mamarias se da como respuesta a la alta concentración circulante de estrógenos, progesterona, prolactina y, quizá, gonadotropina coriónica humana ⁽²⁷⁾. Luego de la expulsión de la placenta durante el parto, la concentración de estrógenos y progesterona circulantes desciende de forma repentina, lo que estimula la lactancia. La prolactina y los estrógenos son sinérgicos para el crecimiento mamario, pero juntos antagonizan el efecto generador de leche de la prolactina en la glándula mamaria ⁽²⁷⁾. La succión no sólo despierta la liberación refleja de oxitocina y la eyección de leche, sino también mantiene y aumenta la secreción de leche puesto que estimula la secreción de prolactina ⁽²⁷⁾.

b. Reflejo de secreción de la leche o reflejo de la prolactina.

La secreción de leche es estimulada por la prolactina, producida en la adenohipófisis, cuando llega la orden a través de los nervios provenientes del pezón y la areola estimulada por el niño al mamar, o al realizar la extracción manual u ordeño manualmente o con una máquina de extracción mecánica ⁽²⁷⁾.

La concentración en sangre de la prolactina experimenta una elevación constante desde la 5 semana del embarazo hasta el nacimiento, momento en el que alcanza una concentración 10 a 20 veces mayor que en la mujer normal no embarazada. Su secreción aumenta en el curso del embarazo y alcanza su punto máximo en el momento del parto. Posteriormente, la concentración plasmática desciende hasta alcanzar la concentración de la no embarazada en unos ocho días ^{(27) (28)}.

Sin embargo, cada vez que la madre amamanta al niño, las señales nerviosas que viajan desde los pezones al hipotálamo producen una «oleada» de prolactina, cuya secreción aumenta 10-20 veces sobre su valor normal y que dura alrededor de 1 h. Esta prolactina, a su vez, actúa sobre las mamas y estas mantienen la secreción láctea en sus alvéolos con destino a los períodos de lactancia siguientes. Si esta oleada de prolactina falta o es bloqueada por una lesión hipotalámica o hipofisaria, o si la lactancia al pecho no continúa, las mamas perderán su capacidad de producir leche en un plazo de alrededor de 1 semana. Sin embargo, la producción de leche podrá continuar durante varios años si el niño sigue succionando, aunque en condiciones normales la cuantía de la formación de leche desciende de forma considerable pasados 7 a 9 meses ^{(26) (27)}

El líquido que la mama secreta en los primeros días anteriores y posteriores al parto se llama calostro y contiene básicamente las mismas concentraciones de proteínas y de lactosa que la leche, pero carece de grasa ^{(26) (27) (28)}.

La cantidad de leche disponible dependerá de la demanda de ésta, a través de la succión que el infante ejerza. Los senos producirán tanta leche como el infante lo pida. Los pechos femeninos producirán la cantidad adicional de leche que requiere un niño hambriento o sediento, o un par de gemelos, hasta que ambos queden satisfechos; pero para que esto suceda hay que dejarlos mamar cada vez que ellos quieran, día y noche, por el tiempo que quieran, es decir brindar una lactancia a libre demanda; y además hay que facilitar las cosas para que ello sea posible ^{(26) (27) (28)}.

c. Reflejo de salida de la leche o reflejo de eyección.

La leche se secreta de forma continua, es vertida en los alvéolos mamarios, pero no pasa con facilidad al sistema ductal y por tanto el flujo no es continuo. Para que el niño reciba la leche ha de ser expulsada a través de un proceso en el que interviene la oxitocina ^{(26) (28)}.

En la primera succión, al principio el niño no obtiene casi nada de leche. En primer lugar los impulsos sensitivos de la succión deben transmitirse por los nervios somáticos desde los pezones a la medula espinal materna y luego al hipotálamo, donde producen señales que provocan la secreción de oxitocina por la neurohipófisis, a la par de la prolactina en la adenohipófisis. La oxitocina es transportada por sangre a las mamas y allí hace que se contraigan las células mioepiteliales alrededor de los alvéolos, exprimiendo la leche y forzando su paso a los conductos. Entre 30 segundos y 1 min después que el niño empiece a succionar, la leche comienza a fluir ^{(26) (28)}.

La succión de una mama produce el flujo de leche no sólo en esa mama, sino también en la otra. Es interesante el hecho de que a menudo señales emocionales, al llegar al hipotálamo, son capaces de producir la eyección de la leche, como caricias de la madre a niño, o el llanto de este, bastará que piense en su hijo para que la leche fluya generosamente. Por el contrario, muchos factores psicógenos o estimulación simpática de todo el cuerpo pueden inhibir la secreción de oxitocina y, por tanto, reducir la secreción láctea ⁽²⁶⁾ ⁽²⁸⁾.

d. Adaptaciones fisiológicas y metabólicas maternas.

Aseguran la cantidad y calidad de la leche producida durante la lactancia. Estas son:

- Suspensión de la ovulación, evita la pérdida de sangre y hierro, y además una nueva gestación.
- Retención de agua a través de hormonas antidiuréticas (OT), esto mantiene el equilibrio osmótico de la leche.
- Utilización de la reserva de grasa acumulada a lo largo del embarazo, compensa el gasto energético durante la lactancia.
- Mejor aprovechamiento de macro y micronutrientes proporcionados por la dieta.
- Producción adecuada de leche materna, en cualquier situación de la madre, a costa de sus propios tejidos.
- Adecuación de los estados de sueño y vigilia de la madre al del niño ⁽³²⁾.

e. Reflejos que favorecen la lactancia vinculados con el niño.

- Reflejo de búsqueda del pezón y de apertura de la boca.- Este permite que el niño voltee la cabeza y abra la boca automáticamente apenas algo roza sus mejillas o labios. Al abrir la boca, la lengua se posiciona en el piso de esta.

- Reflejo de protrusión lingual.- Este permite que el niño adelante la lengua y la ubique en los rodetes maxilares envolviendo al pezón y parte de la areola.
- Reflejo de succión.- Le permite al niño efectuar movimientos linguomandibulares para succionar el pecho.
- Reflejo de deglución.- Permite al niño deglutir de forma refleja, una vez el alimento líquido llega al límite del paladar duro-blando.
- Reflejo de extrusión.- Permite al niño expulsar cualquier alimento no líquido, o no tenga el sabor u olor de la leche. Cabe mencionar la agudeza sensorial, que es la capacidad que posee el niño de distinguir el olor de su madre, el sabor de su leche, el tono de su voz, la calidad del contacto y la imagen de su rostro.
- Reflejo neurohormonal del hambre.- Este se manifiesta con inquietud y actitud corporal característica, con la intensificación del reflejo de búsqueda del pezón y el llanto.
- Reflejo hormonal de saciedad.- Permite al niño dejar de succionar cuando se siente saciado ⁽³²⁾.

II.2.4. Tipos de leche materna

1) Pre-calostro.

Secreción mamaria producida durante el tercer trimestre de gestación, compuesta por plasma, sodio, cloro, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina y algo de lactosa ⁽²⁹⁾.

2) *Calostro.*

En la parte final del embarazo, los ácinos y los conductos mamarios se distienden con el calostro, que contiene cantidades similares a las de la leche materna en cuanto a lactosa, una mayor cantidad de proteínas, pero sólo dos terceras partes de su grasa. Tiene consistencia acuosa delgada y es de color amarillento nebuloso, debido a la alta concentración de beta carotenos. Su volumen puede variar entre 2 a 20 ml por toma en los 3 primeros días. La cantidad de calostro secretada al día es casi un 1% del volumen de leche secretada más adelante, pero ya que los lactantes nacen con exceso de agua en el cuerpo y bastante grasa, no requieren una ingesta elevada de calorías o líquido. Lo que quiere decir que es suficiente ⁽²⁶⁾. Las funciones del calostro son:

- Es rico en inmunoglobulinas, especialmente IgA secretoria y lactoferrina que dificultan el anclaje de los gérmenes enteropatógenos; lo que protege al lactante de gastroenteritis.
- Facilita el establecimiento precoz de la flora intestinal con predominio de bifidobacterias en el tracto digestivo. Contiene un factor de crecimiento esencial para el *Lactobacillus bífidus*, y es el primer medio de cultivo en la luz intestinal estéril del recién nacido. También Facilita la expulsión del meconio.
- Es rico en anticuerpos, que pueden proteger contra bacterias y virus presentes en el canal del parto, o asociados con otros contactos humanos.
- Inhibe la formación de IgE, que es la principal implicada en las reacciones alérgicas ⁽²⁶⁾ ⁽³²⁾.

3) *Leche de transición.*

Se produce entre el 4 y 15 día posparto. Se observa un aumento del volumen progresivo hasta llegar alrededor de 600- 700 ml/día entre el 8 y 15 día posparto ⁽²⁹⁾.

4) *Leche madura.*

Se produce a continuación de la leche de transición. Se secreta en promedio alrededor de 700-900 ml/día durante los 6 meses posteriores al parto para luego descender a 500 ml/día durante los 6 meses siguientes. Los principales componentes de la leche materna son: proteínas, agua, lactosa, grasa, minerales y vitaminas. Su pH es de 7 (neutro) y su aporte energético está entre 70 a 76 Kcal/dl (100ml o 3.5 onzas) ⁽²⁹⁾.

II.2.5. Composición de la leche materna

La leche humana va cambiando su composición química desde el parto, calostro, leche de transición, leche madura. La leche de madre a término o prematuro. Incluso varía en el curso de una sola toma. Por ejemplo, al final de un episodio de amamantamiento hay menos lactosa y proteínas en la leche, pero seis veces más grasa de la que había al inicio ⁽²⁶⁾.

1) *Pre calostro.*

Es un exudado del plasma producido en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de gestación. Este es producido para los bebés prematuros, contiene una combinación de nutrientes apropiados para ellos, es rica en proteínas, nitrógeno, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro; con bajas concentraciones de lactosa ⁽²⁶⁾.

2) *Calostro.*

La composición del calostro es diferente de la composición de la leche madura. Tienen más calostro las madres que anteriormente han dado el pecho. Es secretado hasta 5-7 días después del parto. El volumen total depende del número de tomas, puede variar de 2 a 20 mL/día en los tres primeros días; a medida que el bebé succiona, aumenta hasta 580 mL/día hacia el sexto día. Esta cantidad es suficiente para cubrir las necesidades del recién nacido por lo que no es necesario complementar con fórmulas lácteas. Las concentraciones de sodio, potasio, y cloro, así como las proteínas (97% en forma de IgA), vitaminas liposolubles, factor de crecimiento y minerales son más abundantes que en la leche de transición o madura. Las concentraciones de grasa, lactosa y vitaminas hidrosolubles se encuentran en menores cantidades ⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾.

El calostro es rico en vitaminas liposolubles (E, A). Al tercer día el nivel de Vit. A puede ser el triple que en la leche madura, protege y previene la afectación ocular. La Vit. E es dos o tres veces mayor que en la leche madura. Los niveles de Vit. C, hierro y aminoácidos, son los adecuados y superiores a los de la madre ⁽³⁰⁾ ⁽³¹⁾.

Las proteínas brindan protección frente al crecimiento de bacterias patógenas como la E. Coli. Proteínas como la lactoferrina y la transferrina, captan y camuflan, ambas dos átomos de hierro y así impiden la proliferación de bacterias patógenas que necesitan hierro para proliferar ⁽²⁸⁾ ⁽³⁰⁾.

La leche aporta mecanismos de protección importantes frente a infecciones. Existen múltiples tipos de anticuerpos y otros agentes antiinfecciosos, además de leucocitos, incluyendo neutrófilos y macrófagos, algunos de los cuales son nocivos para las bacterias que podrían causar graves infecciones en el recién nacido. Son

particularmente importantes los anticuerpos y macrófagos dirigidos contra la bacteria *Echerichia Coli*, que a menudo causa diarreas mortales en los recién nacidos ^{(28) (29)}.

Cuando se usa la leche de vaca en recién nacidos, sus agentes protectores tienen escaso valor, pues son destruidos en el interior del organismo ⁽²⁹⁾. Las inmunoglobulinas o anticuerpos de la madre pasan al bebé a través del calostro. Sin embargo no le dejan inmunidad permanente, le protegen hasta que empieza a madurar su sistema inmunitario, hacia los tres años ^{(28) (29)}.

3) *Leche de transición.*

Se produce después del calostro y dura entre cinco y diez días. Eleva progresivamente sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas, debido a que se diluyen por el incremento de su volumen, que puede alcanzar los 660mL/día hacia el día 15 postparto. Toma un color blanco debido a la emulsificación de las grasas y presencia de caseinato de Ca ⁽²⁹⁾.

4) *Leche madura.*

Comienza a producirse a partir del 15° día postparto hasta que cese la lactancia. Su volumen promedio es de 750 mL/día, pero puede llegar hasta 1,200 mL/día en madres con embarazo múltiple ⁽²⁹⁾.

a. *Agua.*

Es el componente más abundante de la leche (87%) y cubre los requerimientos del bebé, por lo que no son necesarios líquidos suplementarios incluso en climas calurosos y secos ⁽²⁹⁾.

b. Energía.

La leche materna aporta 670 a 700 kcal/L, en su mayoría a través de los hidratos de carbono y las grasas ⁽²⁹⁾.

c. Lípidos.

Constituyen la principal fuente de energía. Su volumen difiere de 1 a 7g/dl. Se absorben perfectamente en el intestino, contribuyen con el 50% de las calorías, aportan ácidos grasos esenciales y favorecen el desarrollo del cerebro, del sistema nervioso y de la vista. También contribuyen a la absorción del calcio y fósforo, aporta colesterol, requerido en la proliferación de neuronas y mielinización de células gliales. Además contiene lipasa, una enzima que mejora la digestión de grasas por el lactante ^{(29) (32)}.

No obstante existen variables que modifican las concentraciones de grasas en la leche humana, tales como el momento del día, siendo sus concentraciones elevadas por las tardes; así también el momento de la tetada, pues después de 10min de succión se incrementa de 1.5-2% a 5-6%. Así mismo hay variaciones individuales, una adecuada ingesta de grasas por la madre, obesidad, mayor volumen de leche producida, etc. ⁽²⁹⁾.

d. Proteínas.

La leche humana madura contiene aproximadamente 8.2 – 9g de proteína /mL, aunque esta composición cambia en relación al progreso de la lactancia ⁽²⁹⁾. La α -lactoalbúmina es la proteína de suero más abundante (37%), actúa como factor en la biosíntesis de la lactosa, tiene baja alergenicidad, debido a su peso molecular mucho menor que el de la β -lactoglobulina contenido en la leche de vaca y fórmulas infantiles. La lactoferrina representa el 27% de seroproteínas, esta se une al hierro y mejora su

transporte y absorción en el intestino; y tiene además un efecto bacteriostático sobre el crecimiento de microorganismos ⁽²⁹⁾ ⁽³²⁾.

La trascendencia protectora de la leche materna a nivel de mucosas como la boca, la nariz y el oído del lactante se debe a la IgA, ya que en esta etapa la secreción de esta por el lactante es insuficiente ⁽³²⁾. La caseína, β -caseína y K-caseína de la leche materna contribuye al transporte de Ca, P y aminoácidos, son mejor digeridas que la α -caseína de la leche de vaca ⁽²⁹⁾. La lisozima constituye un factor antimicrobiano que favorece a la mantención de la flora intestinal del lactante y tiene propiedades antiinflamatorias ⁽³²⁾.

e. Vitaminas.

- Vitamina B12 y B9: Se encuentran combinadas con una proteína y así impiden que las bacterias proliferen, pues estas precisan ambas vitaminas para su desarrollo.
- Vitamina A: Protege y previene de la afectación ocular.
- Vitamina E: Previene la anemia hemolítica y ayuda a proteger los pulmones y la retina de las lesiones oxidantes inducidas.
- Vitamina K: Se absorbe eficazmente y previene hemorragias, sin embargo no es óptima en la leche materna, por lo que debe aplicarse a todo recién nacido 1mg vía IM en dosis única.
- Vitamina C: Es la más abundante junto a la niacina. La leche humana contiene 43 mg/100ml frente a la leche de vaca con 21 mg/100ml ⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾.

f. Carbohidratos.

Aportan energía al SNC. La lactosa es el principal glúcido, está presente en elevadas concentraciones (6,8 g/100ml en la leche materna). Su función es específica para el crecimiento del recién nacido. Facilita la absorción del calcio y hierro y favorece el desarrollo de la flora intestinal por las bifidobacterias e impide el crecimiento de bacterias patógenas ya que es acidificante, también facilita la absorción de calcio. Es una fuente accesible de galactosa, que es esencial para la producción de galactolípidos, indispensables para el desarrollo del sistema nervioso central. La leche materna tiene además más de 50 oligosacáridos que funcionan como factores de crecimiento de Bifidobacterias, falsos receptores para bacterias patógenas de la vía aérea contra H. influenza y N. catharralis y en la vía urinaria e intestinal, contra E. Coli⁽²⁹⁾ ⁽³²⁾. Los oligosacáridos tienen una concentración 10 veces superior que en la de vaca. Se unen a los microorganismos y les impiden que se adhieran a la superficie de las mucosas⁽³¹⁾.

g. Enzimas.

La lisozima es la enzima más abundante y tiene como función primordial el desarrollo y mantenimiento de la flora intestinal del bebé. Esta enzima contiene propiedades anti-inflamatorias, está presente en un 40% en la leche y su contenido es 300 veces superior al de la leche de vaca⁽³⁰⁾.

h. Hormonas.

Los niveles de prolactina son altos en los primeros días después del parto, y bajan luego, desarrolla los linfocitos T y B promoviendo la diferenciación del tejido linfoide intestinal. El cortisol, tiroxina, insulina y factores de crecimiento, maduran el intestino y desarrollan mecanismos de defensa⁽²⁹⁾.

i. Minerales.

La baja concentración de sodio es importante y contribuye a una carga osmolar renal escasa, por lo que es improbable que necesite agua adicional en la mayor parte de las situaciones ⁽²⁹⁾. La relación calcio/fósforo es de 1.2-2; lo que es útil en la absorción hasta de 75% del calcio ⁽²⁹⁾. Aunque la concentración de la mayoría de los minerales no se afecta significativamente por la dieta, el calcio aumenta su concentración cuando sus reservas son mayores, por lo contrario, cuando la ingesta de calcio es baja, el contenido de este en la leche materna no desciende. Esto se debe a la capacidad del esqueleto materno para acumular calcio. Durante este período las madres pueden llegar a movilizar hasta un 2% del calcio esquelético a lo largo de 100 días de lactancia. Cuando la ingesta no es suficiente, se compromete el tejido óseo materno para proveer calcio y poder soportar el crecimiento fetal y la producción de leche materna ^{(32) (33)}.

En cuanto al hierro su contenido es bajo y su absorción es favorable. En la leche de mujer hay una mayor concentración de lactosa y de vitamina C que facilita su absorción. Se absorbe entre 45 y 75% de su contenido total, mientras que la leche de vaca sólo es de 10%. Las reservas de hierro duran hasta los 6 meses ⁽²⁹⁾.

j. Oligoelementos.

Encontramos el zinc, que participa en la activación de enzimas, el flúor, que a pesar de su baja cantidad, es útil para evitar caries; lo que se hace evidente al comparar a los niños alimentados al pecho con los alimentados con biberón. Y también el magnesio, este mantiene un equilibrio estable con el calcio para prevenir hipocalcemia en el recién nacido ⁽²⁹⁾.

II.2.6. Ventajas de la lactancia materna exclusiva

1) Ventajas de la lactancia materna para el niño.

Hay evidencia científica de disminución de la incidencia y gravedad de gran número de enfermedades agudas y crónicas de los niños amamantados, y de presentarse, que sean menos graves. El inicio temprano de la LM protege al RN de infecciones y reduce la mortalidad neonatal, así pues reduce en un 36% el riesgo de muerte súbita del lactante. Siendo así que la LM es la forma más eficaz para asegurar la supervivencia infantil, además de un crecimiento y desarrollo saludable ⁽²⁾⁽³⁴⁾.

a. Protección frente a infecciones.

Los niños alimentados con LM presentan menos diarreas, infecciones respiratorias, otitis medias, infecciones urinarias, infecciones invasivas, intestinales y enterocolitis necrotizante. Mediante la transferencia de anticuerpos y linfocitos aumenta la respuesta inmunitaria tras la vacunación y estimula activamente el sistema inmunitario del lactante, lo que explica por qué la LM disminuye el riesgo de enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunitarias o la enfermedad de Crohn, diabetes mellitus o cáncer ⁽²⁶⁾. Las hospitalizaciones por infecciones en general se reducen un 30% durante los meses que el bebé es alimentado con leche materna ⁽³⁵⁾.

Se digiere y absorbe fácilmente, el calostro y la leche materna tienen un efecto laxante que ayuda a limpiar el intestino neonatal de meconio, también reduce la incidencia y grado de ictericia en neonatos al limpiar la bilis y bilirrubina del cuerpo. Promueve la colonización del intestino neonatal con bacterias benéficas y suministra anticuerpos que lo protegen contra la infección por bacterias patógenas ⁽²⁶⁾.

- **Lactancia materna y enfermedad diarreica.**

En bebés alimentados con LM, se reduce un 64% las infecciones gastrointestinales. Un estudio en el 2010, mostró una reducción del 77% en enterocolitis necrotizante del prematuro en pretérminos alimentados con LM de forma exclusiva. Además los episodios de vómito y hospitalizaciones relacionadas con la diarrea se reducen en un 64% y 53% respectivamente ⁽³⁴⁾.

- **Lactancia Materna e infecciones respiratorias.**

La disminución de distres respiratorio en niños alimentados al pecho ha sido observada en diversos estudios, en especial las infecciones relacionadas con el virus respiratorio sincitial, donde se reduce un 74% en lactantes alimentados con LME a los 4 meses de edad. Así como una disminución en el riesgo de hospitalización por infecciones de las vías respiratorias bajas en un 72% ⁽³⁴⁾.

- **Lactancia Materna y otitis media.**

Diversos estudios han explicado la disminución de la frecuencia observada de otitis media en lactantes alimentados al pecho como el resultado del efecto de la postura durante la alimentación que dificulta el reflejo de alimento a oído medio a través de la trompa de Eustaquio, pero además se podrían dar razones microbiológicas al observarse tasas de colonización por H. influenzae no tipable, neumococo y moraxella inferiores en los lactantes alimentados al pecho. Esta reducción en el riesgo es de un 23%, si la lactancia es exclusiva, y un 50% si se mantiene más de 3 meses ⁽³⁴⁾.

- **Lactancia Materna y alergias.**

La lactancia materna exclusiva por 3-4 meses, disminuye la incidencia de asma, dermatitis atópica y eccema en un 27% ⁽³⁵⁾.

b. Desarrollo cognitivo.

Muchos estudios en la literatura médica y psicológica han examinado la relación entre la LM y el desarrollo intelectual, estos han comunicado un efecto positivo, sobre su desarrollo, habilidades motoras y el lenguaje ⁽³⁶⁾.

c. Enfermedades a largo plazo.

Los niños alimentados con LM son menos propensos a presentar leucemia infantil, probabilidad que disminuye de un 15-19%. También menos propensos a desarrollar asma durante la infancia en bebés alimentados con lactancia materna exclusiva; con una disminución en el riesgo de un 27% ⁽³⁴⁾.

Estudios demuestran que aquellos que recibieron LM, en su vida adulta suelen tener menores menor riesgo de hipertensión, menores concentraciones de colesterol; al igual que se evidencia menores tasas de sobrepeso, obesidad y diabetes tipo 2 ⁽⁴⁾. También hay datos que indican un nivel cognitivo más elevado, comprobado con mejores resultados en las pruebas de neurocognitivas en la vida adulta ⁽³⁴⁾.

d. Beneficios psicológicos.

Muchos estudios han comprobado que el bebé al nacer se siente uno solo con su madre, y es por eso la importancia del contacto piel a piel y en comienzo de la lactancia durante su primera hora de vida.

El vínculo afectivo madre-hijo o apego, fortalecido con la lactancia, ha demostrado ser responsable de la salud emocional de los niños, éstos son más seguros, con mayor confianza, más sociables y con mejor personalidad. Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refiere como muy satisfactoria en todos los aspectos, pues proporciona no sólo alimento sino consuelo, ternura y comunicación entre madre e hijo ⁽³⁷⁾.

2) Ventajas de la lactancia materna para la madre.

a. Recuperación uterina postparto y disminución del sangrado.

La succión del pecho en las dos primeras horas tras el parto produce liberación de Oxitocina, hormona que actúa sobre la matriz provocando su contracción. Esto facilita el cierre de los capilares rotos al desprenderse la placenta y disminuye el sangrado posterior al parto. Las sucesivas descargas de Oxitocina en la toma siguiente producen nuevas contracciones del útero (entuetos), con lo que éste recupera más pronto el tono y tamaño anteriores ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾.

b. Mejora de la anemia y aumento de reservas de hierro.

El cierre precoz del lecho vascular de la placenta disminuye el sangrado puerperal, contribuyendo a la recuperación de la anemia del embarazo. Además, durante varios meses, la acción de la lactancia sobre el eje hipotálamo-hipófisis ovarios, inhibe la ovulación, por lo que no hay menstruación, lo que contribuye a un importante ahorro de hierro ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾.

c. Pérdida de peso y recuperación de la silueta.

Una mujer que alimenta al pecho a su bebé, produce, con el tiempo, 1.5 litros de leche al día; las mujeres con embarazos múltiples aún más. La lactancia impone una gran exigencia metabólica. Es equivalente a perder 50g de grasa, 100g de lactosa y 2-3g de fosfato de calcio al día. La producción de leche supone un gasto energético, para el cual el organismo de la madre gestante se ha ido preparando por anticipado. A lo largo de las semanas o meses que se mantenga la LM se irán consumiendo estas reservas, hasta lograr recuperar el peso previo al embarazo ⁽³⁴⁾.

d. Metabolismo del calcio.

Las mujeres que dan el pecho mucho tiempo ven disminuida la probabilidad de sufrir fracturas de cadera o de columna vertebral en la postmenopausia ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾.

e. Disminución del riesgo de cáncer.

Se reduce el riesgo de cáncer de ovario y de cáncer de mama en la mujer premenopáusicas. La lactancia prolonga la duración de la anovulación postparto y ayuda a las madres a espaciar los embarazos ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾.

3) Ventajas de la lactancia materna para la sociedad.

a. Beneficio social.

Los niños alimentados con LME enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de la vida y por ello disminuye el absentismo laboral de los padres al no tenerse que quedar a cuidar a su hijo enfermo y también se consumen menos recursos sanitarios ⁽³¹⁾.

b. Beneficio medioambiental.

La lactancia materna es una forma de disminuir la cantidad de residuos generada en las familias (botes de fórmula adaptada, biberones, tetinas, etc.). La leche de madre es una de las pocas actividades del hombre en las que el impacto medioambiental es nulo, no genera residuos y además proporciona todos los beneficios descritos anteriormente en relación con la salud del niño y de la madre ⁽³¹⁾.

c. Beneficios económicos.

La lactancia es más económica que la alimentación con biberón, que comprende los costos de la fórmula, o la leche de vaca, los biberones y los chupones al igual que el combustible necesario para la esterilización ⁽³¹⁾.

II.2.7. Técnicas de amamantamiento

Para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón-areola ⁽³⁴⁾.

1) Pasos.

- a. La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre su falda, apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo. Sostiene la mama con los dedos en forma de “C” ⁽³⁴⁾.
- b. La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Así su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (por que este queda a nivel del paladar blando) y no provoca dolor ⁽³⁴⁾.
- c. El niño enfrenta a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola ⁽³⁴⁾.

2) Tamaño y forma de los pezones.

Todas las mujeres están capacitadas para amamantar a sus hijos e hijas. También pueden aquellas mujeres que tienen los pezones planos o invertidos porque la succión se realiza haciendo “ventosa”, aunque sí es cierto que se necesita más práctica y paciencia ⁽³⁴⁾.

Recomendaciones:

- Antes de amamantar estimular los pezones, friccionándolos con los dedos índice y pulgar durante unos minutos. También se puede aplicar frío ⁽³⁴⁾.
- Antes de colocar al bebé poner la mano con forma de “C” y tira de la areola hacia atrás para que salga el pezón. Repetir este estímulo varias veces al día ⁽³⁴⁾.
- También se puede extraer la leche materna del pezón usando una jeringuilla de 10ml de plástico (sin la aguja). Cortar toda la boquilla de la jeringa y cambia el émbolo de lado. De esta forma se puede apoyar sobre el pezón la parte más ancha y suave de la jeringa y hacer succión con el émbolo. Hacerlo 30-60 segundos y repítelo varias veces al día ⁽³⁴⁾.

3) *Horario y duración del amamantamiento.*

Se acepta actualmente el horario autorregulado o libre demanda. Cuando se sigue un horario rígido y el niño tiene que aguardar hasta que sea la hora de mamar, es probable que no se adapte bien, en ocasiones tiene mucha hambre y se siente inquieto lo cual interfiere con el proceso. Alimentar al niño según lo demande no implica que el recién nacido deba permanecer largos períodos sin ingerir alimento. La mayor parte de los niños que se alimentan al seno materno desean hacerlo cada dos o tres horas ⁽¹⁾.

La succión frecuente estimula la producción de leche, asegura el consumo adecuado y satisface las necesidades de succión del niño ⁽³⁴⁾. Cuando la limitación es grande ejemplo uno o dos minutos en cada seno cada vez, el reflejo de bajada de la leche no tiene oportunidad de producirse antes de retirarlo del seno ⁽³⁴⁾.

4) Posiciones para amamantar

La posición para amamantar al bebé es fundamental para evitar problemas dolores en el pezón, congestión mamaria e incluso suministro inadecuado de leche. Amamantar es una técnica que se adquiere con la práctica, requiere de tiempo y paciencia por parte de la madre. Los días más críticos son los seis o siete después del parto y conviene que la primera toma se dé dentro de la primera hora después del nacimiento ⁽³⁴⁾.

La estancia en la que se dará la lactancia ha de ser cómoda, silenciosa, pacífica. Lo ideal es dar el pecho a demanda, es decir, cuando el bebé tenga hambre, suele ser de 8 a 12 tomas cada 24 horas (incluyendo la noche), así se evitan problemas de congestión mamaria. El problema de tener un horario rígido y espaciado de lactancia es que el bebé puede succionar con mucha fuerza (por el hambre) y dañar al pezón ⁽³⁴⁾.

Una vez terminada la toma, exprimir el pecho para que salga un poco de leche, masajear suavemente el pezón y dejarlo secar al aire (nunca directamente al sol) ⁽³⁴⁾. Hay diversas posiciones para amamantar, recomendadas en función del estado de la madre, pero todas tienen en común los siguientes pasos:

- Acercar el bebé al pecho, no el pecho al bebé ⁽³⁴⁾.
- El oído, el hombro y la cadera del bebé han de estar alineados ⁽³⁴⁾.
- Sujetar el pecho con la mano de tal forma que el pulgar quede encima y el resto de los dedos por debajo, separados considerablemente de la areola ⁽³⁴⁾.

- Hacer cosquillas con el dedo meñique o con el pezón en el labio inferior del bebé y en cuanto abra la boca (similar a un bostezo) introducir el pezón en la boca. Los labios han de rodear la areola ⁽³⁴⁾.
- La nariz del bebé ha de tocar el pecho pero sin presionar para dejarle respirar libremente ⁽³⁴⁾.
- Se nota que está succionando porque siente un tirón rítmico en el pecho. No debe doler ⁽³⁴⁾.
- Para retirar al bebé del pecho, se debe quitar el vacío que se produce por la succión, para ello se debe introducir el meñique por la comisura de la boca, entre las encías ⁽³⁴⁾.
- Una vez terminado, se debe ayudar al bebé a que expulse el aire que ha tragado mientras succionaba, para ello, hay que colocarlo en posición vertical, apoyado entre el pecho y el hombro y presionar suavemente la espalda, dándole ligeros golpecitos ⁽³⁴⁾.

a. Posición de cuna.

Sentada cómodamente se recuesta al bebé sobre el brazo, con la cabeza sobre la doblez del codo y estómago con estómago. El antebrazo del bebé debajo del brazo de la madre ⁽³⁴⁾.

b. Posición de fútbol americano

Sentada cómodamente se sostiene la cabeza y el cuello del bebé con la mano, de tal forma que las piernas y el tronco queden por debajo del brazo. Esta posición está

recomendada en partos por cesáreas, en pechos grandes y en bebés pequeños o nerviosos ⁽³⁴⁾.

c. Posición recostada

Tumbada cómodamente, recostar al bebé paralelo, estómago con estómago. Esta posición está recomendada en partos por cesárea, en situaciones donde no se puede permanecer sentada durante mucho tiempo (por episiotomía o por hemorroides) y cuando la madre está muy cansada ⁽³⁴⁾.

II.2.8. Extracción de la leche materna

1) Procedimiento.

En primer lugar, se vaciarán los conductos de salida de las mamas, botando la primera leche que se extraiga, ya que esta puede contener grandes cantidades de gérmenes. Los biberones o las partes de la bomba que entrarán en contacto con la leche tienen que hervirse o esterilizarse ⁽³⁸⁾.

Se utilizará un nuevo recipiente cada vez que se extraiga mediante una bomba de leche y se le pondrá una etiqueta señalando la fecha y hora en que se extrajo la leche. Nunca se deberá rellenar con otra leche un recipiente que este medio lleno y se debe tener en cuenta el tiempo de conservación y la temperatura ⁽³⁸⁾.

2) Métodos

Como norma habitual empezar con un lavado de manos. Darse un masaje en el pecho y tener a mano aquello que puedes necesitar como son:

- Sacaleches, si optas por esta opción.
- Recipiente de plástico bien lavado (no utilices de vidrio, ya que las defensas de tu leche se quedan adheridas a las paredes del vidrio y no se aprovechan).
- Nevera portátil con hielo ⁽³⁸⁾.

II.2.9. Conservación de la leche materna

Cuando se usa para alimentar al niño se debe de recolectar y almacenar con escrupulosa limpieza de la mama, el pezón y los utensilios que se empleen. El mejor uso de la leche humana es fresca, pero puede almacenarse hasta los seis meses en un congelador a una temperatura de -18°C ⁽³⁸⁾.

Si se coloca en un lugar fresco y limpio puede ser consumida dentro de las primeras 8 hora después de extraída; en el refrigerador se puede guardar hasta 48 horas, pero se debe sacar una hora antes de entibiarla ⁽³⁸⁾. La leche congelada se debe apartar del congelador 24 horas antes de entibiarla y usarse en las 24 horas que siguen. Esta leche se debe conservar en recipiente de vidrio o plástico duro estéril y se calienta durante cinco a diez minutos en baño de maría ⁽³⁸⁾.

II.2.10. Cuidados especiales de la madre durante la LM

1) Dieta de la mujer durante la lactancia.

No hace falta una dieta especial. No es necesario contar las calorías que se toman al día. Basta una dieta sana, variada, completa, es decir con:

- Abundantes frutas y verduras frescas ⁽³⁹⁾.
- Cantidad moderada de carbohidratos complejos (pan, arroz, pasta, patatas, legumbres) ⁽³⁹⁾.
- Un par de porciones diarias de proteínas animales (carne, pescado, huevo) ⁽³⁹⁾.
- Cantidad reducida de grasa total y azúcares refinados ⁽³⁹⁾.
- Leche y derivados: basta con el equivalente a 500-700 ml. diarios. Pueden tomarse productos desnatados ⁽³⁹⁾.

- **Bebidas:** agua y zumos naturales. Evitar: refrescos (tienen exceso de azúcares) y bebidas estimulantes (colas, café, té), pues la cafeína pasa a leche y el resultado será un bebé inquieto durante varias horas ⁽³⁹⁾.

No hay más que seguir las sensaciones corporales de hambre y sed para alimentarse bien. No conviene comer dulces ni picar entre horas. Si se tiene hambre fuera de hora, se debe recurrir a la fruta ⁽³⁹⁾.

No hay alimentos prohibidos. No está demostrado que tomar ajo, cebolla, coliflor, espárragos o mariscos haya afectado negativamente al bebé. Solamente, si se sospecha que éste sea muy sensible a los cambios de sabor de la leche, se puede probar a suprimir ese alimento en concreto ⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾.

Es muy llamativa la sed que se tiene justo al empezar a amamantar (a veces coincide con la subida de la leche). Conviene recordarlo y tener a mano leche, agua o jugo ⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾. Algunos casos especiales:

- **Mujeres con intolerancia a la leche.** Pueden tomar otros alimentos que contienen calcio como son los boquerones y sardinas (que se comen con espinas), las legumbres y frutos secos, o bien, un suplemento.
- **Mujeres diabéticas.** Están acostumbradas a cuidar su alimentación. Probablemente necesiten menos dosis de insulina.
- **Mujeres vegetarianas estrictas.** Deben asegurarse un aporte de vitaminas del Grupo B y de hierro, que suelen ser escasos en ese tipo de dietas, para que sus bebés no tengan carencias.
- **Mujeres alérgicas a alimentos.** Tienen ahora dos motivos para evitarlos: por ellas y por sus hijos ⁽³⁹⁾⁽⁴⁰⁾.

2) *Cuidado de los pezones.*

- Usar solamente agua, no use jabón para lavar los pezones.
- Usar un detergente suave y sin olor para lavar los ajustadores y la ropa.
- Usar un ajustador cómodo y que no le apriete.
- Usar muy poco las cremas para el pecho y solamente cuando los pezones están secos o partidos. Se recomienda la crema de lanolina purificada. Esto es sano para el bebé y no tiene que ser removido antes de alimentar.
- En vez de usar la crema para el pecho, exprese un poco de leche sobre el pezón después de alimentar y permite que se seque. La leche materna tiene propiedades curativas.
- Dejar las hojas del ajustador abajo o vaya sin ajustador para que el aire circule alrededor del pezón.
- La leche que queda en torno al pezón después de que el niño se alimenta, debe dejarse se ha comprobado que alivia el dolor y ayuda a la cicatrización.
- No es aconsejable usar recubrimientos de plástico dentro del sostén porque retienen la humedad.
- Si existe fuga de leche en especial los primeros días después que baja se debe de utilizar algo absorbente como un pañuelo limpio para mantener el pezón seco, se evitará manchar la ropa.

- No se aconseja el uso de ungüentos y cremas frecuentemente en el pezón, de utilizarse su composición química debe ser segura para la madre y el niño.
- Si la madre posee piel seca y se necesita aplicar alguna sustancia, esta debe ser utilizada después del amamantamiento en pequeñas cantidades y se frota bien para evitar obstrucción de los conductos del pezón y de la areola y la circulación de aire.

3) Ropa de la madre durante la lactancia.

Como los pechos han aumentado de tamaño en el embarazo y con la subida de la leche, suele ser más comfortable usar un sujetador amplio, preferiblemente de fibra natural (algodón) ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾.

Es recomendable que los tirantes sean anchos. Si la copa es abatible, que pueda abrirse con una sola mano. Por comodidad, se recomiendan las prendas amplias, abiertas por delante o que puedan subirse desde la cintura, utiliza sujetadores de lactancia y camisas o jerséis con abertura delantera ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾.

4) Ejercicio físico y lactancia materna

Ninguno está prohibido. Las mujeres deportistas pueden reanudar sus entrenamientos en cuanto lo deseen. Para proteger el pecho, es suficiente un sujetador firme y cómodo. El puerperio es buen momento para dar largos paseos con el bebé, lo que favorece la circulación de la sangre en las piernas y activa el corazón. Nadar no está contraindicado, excepto que el agua esté demasiado fría ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾.

5) *Vida sexual durante la lactancia materna*

Las relaciones sexuales se pueden reanudar tan pronto como la mujer tenga deseo de ello. Es normal que la vagina tarde unas semanas en recuperarse, sobre todo si se hizo una episiotomía. Es posible recurrir a otras prácticas sexuales que no incluyan la penetración vaginal ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾. Algunas mujeres observan una disminución en su deseo sexual. Se debe por una parte, a que la mente de la madre está muy ocupada en atender y adaptarse a las necesidades de su bebé y por otra, a que durante la lactancia, la vagina está más seca, debido a las hormonas, lo que se puede solucionar con un lubricante ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾.

6) *Anticoncepción y lactancia materna*

Durante milenios, la LM ha sido el único medio para espaciar los hijos. Cuando la LM empezó a decaer y aún no había anticonceptivos, las mujeres tenían los hijos muy seguidos. Empezó a dudarse de su eficacia ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾.

Sin embargo, la eficacia de la LME como método anticonceptivo es similar a la del preservativo, con determinadas condiciones:

- Que el bebé tenga menos de 6 meses de vida.
- Que la madre aún no tenga la menstruación.
- Que el bebé tome sólo leche materna.
- Que el bebé haga una o varias tomas durante la noche de forma que no pasen 6 horas seguidas sin que el bebé mame ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾.

Si alguna de ellas no se da, habrá que recurrir a otro método:

- Preservativos: cómodos, sencillos, baratos, seguros. No interfieren con la lactancia.

- D.I.U: se pueden colocar después de 6 semanas post parto. No interfieren con la lactancia.
- Píldoras hormonales: pueden disminuir la producción de leche. Preferibles las de dosis bajas (mini píldoras) ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾.

7) Medicación durante la lactancia

Casi todos los medicamentos para enfermedades comunes son compatibles con la lactancia. Hay unos cuantos que están contraindicados como los medicamentos antimitóticos o anti tiroideos ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾.

II.2.11. Posibles complicaciones de la lactancia materna

1) Dolor en el pezón.

Durante las primeras semanas de lactancia es muy frecuente la sensación de quemazón en el pezón ⁽⁴¹⁾. Esto puede deberse a:

- Posición incorrecta del bebé durante la succión, se soluciona cambiándole de posición.
- Liberación incorrecta del pezón al terminar de succionar: se evita introduciendo un dedo en la comisura de la boca del bebé para quitar el vacío que se produce al amamantar.
- Cuidado inadecuado del pezón: la piel seca o húmeda en exceso puede causar dolor. Se debe prestar especial atención a los sujetadores, han de ser de tela transpirable para que no aumenten la sudoración y para que no impidan la evaporación. Ciertos jabones y cremas hidratantes pueden

causar más sequedad en el mismo, la lanolina, el aceite de oliva o la misma leche materna sirve para cuidar al pezón seco ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾.

2) Grietas en el pezón.

Aparecen cuando el bebé, al mamar, coge el pezón con las encías o cuando el tiempo de succión es excesivo ⁽³⁴⁾. Para aliviar el dolor y tratar las grietas se recomienda aplicar un poco de leche cubriendo el pezón y la areola y dejarlo que se seque al aire. Este remedio es muy eficaz ya que la leche tiene componentes antiinfecciosos y antiinflamatorios. También existen cremas antigrietas compuestas por vitaminas A y D ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾.

3) Pezón plano o invertido.

El problema de tener el pezón plano, invertido o incluso retraído provoca una alimentación inadecuada del bebé ya que no puede agarrarlo adecuadamente ni succionar ⁽³⁴⁾. Si el pezón puede mantenerse erecto con un ligero masaje, se recomienda estirar con suavidad justo antes de dar de mamar. Si por el contrario, el pezón está retraído, existen unas pezoneras de silicona para poder alimentar al bebé con el pecho ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾.

4) Ingurgitación mamaria.

Consiste en la congestión de los vasos sanguíneos de la mama. Provoca que el pezón no pueda protruirse y el bebé no pueda agarrarlo para succionar, esto lleva a un vaciamiento mamario incompleto y a un aumento del dolor mamario ⁽³⁴⁾.

Para prevenir la ingurgitación se recomienda:

- Vaciar las mamas frecuentemente (de 8 a 10 veces cada 24 horas) ⁽³⁴⁾.

- Controlar la ingesta de líquidos hasta que se normalice la producción y las tomas
- Evitar darle al bebé agua o complementos de leche artificial para fomentar el correcto vaciamiento mamario (34).
- Si por alguna razón ha de saltarse una toma, se recomienda extraer la leche manualmente para prevenir la congestión (34).

5) *Suministro inadecuado de leche.*

Se llama agalactia o hipogalactia a la falta real de producción de leche materna debido a un problema glandular. No es un problema muy frecuente ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾. El reflejo de producción de leche es el correcto vaciado de las mamas y la succión por parte del bebé. El dolor, el estrés y la ansiedad pueden interferir en este reflejo y retener la leche dentro de las glándulas mamarias ⁽³⁴⁾. Influyen en la producción de la leche la correcta nutrición materna, la ingesta adecuada de líquidos y el descanso materno ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾.

6) *Mastitis.*

La mastitis es una infección de la mama producida por diversos motivos entre los que se encuentran situaciones de estrés, congestión mamaria, pezones con fisuras, etc. Los síntomas son parecidos a los de la gripe: fiebre, mal estar general, dolor muscular, dolor en el pecho, etc. Se recomienda acudir al especialista ya que, en ocasiones, se necesita un tratamiento antibiótico ⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾.

7) *Candidiasis oral.*

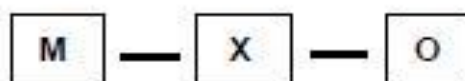
Es un hongo levaduriforme que forma parte de la flora habitual de la boca, pero en situaciones especiales (por ejemplo en tratamientos con antibióticos) puede colonizar la membrana bucal y producir lesiones en la boca y en la lengua ⁽⁴³⁾.

III. METODOLOGÍA

III.1. Diseño de la investigación

El estudio fue de tipo descriptivo, nivel cuantitativo no experimental. El diseño fue descriptivo simple de una casilla de cohorte transversal.

Esquema:



M: Gestantes atendidas.

X: Nivel de conocimiento.

O: Representa lo que se observa.

III.2. Población y muestra

Población

La constituyen 170 gestantes que acuden a consulta externa por consultorio de obstetricia del Hospital La Caleta.

Muestra

Se trabajó con una muestra constituida por 130 gestantes.

III.2.1. Criterios de inclusión y exclusión para el estudio

Criterios de inclusión:

- Gestantes independientemente de la EG.
- Gestantes independientemente de la paridad.
- Gestantes que sepan comunicarse verbalmente.

- Gestantes que hablen castellano.
- Gestantes atendidas mínimamente 2 veces en el Hospital La Caleta.
- Gestantes sin complicaciones.
- Gestantes que hayan aceptado voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Mujeres no gestantes.
- Gestantes con trastornos mentales.
- Gestantes con problemas para comunicarse.
- Gestantes con habilidades diferentes.
- Gestantes con complicaciones.
- Gestantes no atendidas o con sólo una atención en el Hospital La Caleta.
- Gestantes que no aceptaron participar en el estudio.

III.3. Definición y operacionalización de variables e indicadores

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIO DE MEDICIÓN	INDICADOR DE CALIFICACIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
CONOCIMIENTO EN LACTANCIA MATERNA.	Grado de información en lactancia materna.	Conocimiento de LME.	Responde correctamente sobre LME.	CUALITATIVA	NOMINAL	Durante los primeros 6m de vida del bebé, Ud. debe alimentarlo con:	Solamente leche materna.	INSTRUMENTO
		Conocimiento sobre duración de la lactancia materna.	Responde acertadamente el tiempo de duración de la LM.			¿Hasta qué edad debe amamantar a su bebé?	Hasta los dos años o más.	
		Conocimiento del inicio de la lactancia materna.	Responde correctamente cuanto tiempo después del nacimiento se debe iniciar la LM.			¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna a su bebé?	Durante la primera hora después del parto.	
		Conocimiento de la frecuencia de la mamada.	Responde acertadamente el intervalo de tiempo entre cada mamada.			¿Cada qué tiempo debe amamantar a su bebé?	Cada vez que él lo pida, máximo cada 3 horas.	
		Conocimiento de la extracción y almacenamiento de la leche materna.	Responde correctamente el tipo de lactancia que debe brindar a su bebé si trabajara o cuando estuviera fuera de casa y el tiempo de duración de la leche materna extraída.			¿Qué haría si su bebé duerme por más de tres horas?	Lo despierto le doy pecho.	
		Conocimiento de la importancia de la lactancia materna.	Responde acertadamente la principal razón para dar de lactar, que acción tomaría en caso tuviera diarrea y qué caso está contraindicada la LM.			Si Ud. trabajara o estuviera fuera de casa ¿Cómo sería alimentado su bebé?	Tendría que darle leche materna extraída.	
						¿Cuánto tiempo dura la leche materna extraída a T° ambiente?	Hasta 8 horas.	
						¿Cuál es la alimentación más completa y adecuada para el niño < de 6 m.	Sólo leche materna.	
						¿Qué haría si su bebé < de 6m tuviera diarrea?	Le daría de lactar con mayor frecuencia.	
						¿Qué madres no pueden dar de lactar a su bebé?	Madres con VIH/SIDA.	

		Conocimiento de los beneficios de la lactancia materna.	Responder correctamente acerca de los beneficios de la LM.		¿Cuál no es un beneficio de la lactancia materna?	Contiene casi todos los nutrientes que el bebé necesita.	
		Conocimiento de la técnica de amamantamiento.	Responde correctamente sobre la técnica de LM		Marque la gráfica correcta en que se muestra la posición de cómo amamantar a su bebé.	Gráfica correcta.	
					Marque la gráfica correcta de cómo colocar la boca de su bebé a su pecho durante la lactancia.	Gráfica correcta.	
					¿Cómo se reinicia una nueva tetada?	Reiniciaría por la mama que no estuve amamantando anteriormente.	
					¿Qué debe hacer para interrumpir la succión?	Introducir un dedo en la boquita del bebé para que suelte el pezón.	
		Conocimiento de los cuidados durante la lactancia.	Responde correctamente sobre los cuidados durante la LM.		¿Durante la lactancia debe consumir alimentos variados y saludables?	VERDADERO	
					¿Durante la lactancia nunca debe consumir alimentos o bebidas frías?	FALSO	
					¿Durante la lactancia debe evitar el café, cigarrillos y el alcohol, y antes de consumir algún medicamento, consultarlo con un doctor?	VERDADERO	
					Además de la LM como método anticonceptivo, puede usar preservativo, DIU o píldoras e inyectables de sólo progesterona.	VERDADERO	

III.4. Técnica e instrumento

Técnica

Con la finalidad de obtener información sin modificar el entorno de la muestra y alterar las variables en estudio se utilizó la encuesta como técnica de recolección de datos.

Instrumento

Se utilizó un instrumento de medición confeccionado por Ferro My Flores, el cual fue validado y adaptado a la realidad local. Para medir el conocimiento se utilizó un cuestionario formado por 27 preguntas, con respuestas con opciones múltiple y de respuesta directa, realizadas de manera agrupada según indicadores, dicho cuestionario contiene 9 indicadores; (1) sobre conocimiento de la LME; (2) relacionado a la duración de la LM; (3) sobre el momento de inicio de la LM; (4) sobre frecuencia de la mamada; (5) acerca de extracción y almacenamiento de la leche materna, (6) sobre la importancia de la LME (7) sobre los beneficios de la LM, (8) respecto a la técnica de amamantamiento y por último (9) acerca de los cuidados durante la lactancia.

Cada ítem tiene valor de 1 punto, con un puntaje máximo de 18 puntos y un mínimo de 0 puntos (Anexo 1). El tiempo que se dio para responder el cuestionario fue de 30 minutos y se aplicó durante el periodo de Septiembre a Octubre del 2015.

- **Conoce:** puntaje igual o mayor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra.
- **Desconoce:** puntaje menor al valor del percentil 75° de los datos de la muestra.

El instrumento para medir los conocimientos sobre LME ha sido validado en su contenido por jueces expertos y los ítems cumplen con los criterios establecidos

para su validación. La Prueba tiene un índice de confiabilidad Alpha de Crombach igual a 0.65; siendo su confiabilidad moderada (Anexo 01).

III.4.1. Plan de análisis

Para el análisis de los resultados se empleó la Bioestadística, los datos fueron codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010, luego transferidos a una matriz y guardados en archivos. El análisis descriptivo de cada variable se realizó utilizando el software PASWStatistics para Windows versión 18.0. Asimismo, se utilizó estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana.

Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizó tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose en tablas, gráficos estadísticos y gráficas circulares.

III.6. Matriz de consistencia

CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN GESTANTES DEL HOSPITAL LA CALETA – CHIMBOTE, 2015.

ENUNCIADO	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES
<p>¿Qué conocimientos sobre lactancia materna exclusiva tienen las gestantes del Hospital La Caleta de Chimbote durante el período Septiembre - Octubre 2015?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar los conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en gestantes del Hospital La Caleta de Chimbote durante el período Septiembre - Octubre 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS Determinar el conocimiento global sobre lactancia materna, el conocimiento sobre la importancia, inicio, frecuencia, beneficios, las técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento de leche materna y sobre los cuidados generales durante la lactancia materna en gestantes del Hospital La Caleta de Chimbote durante el período Septiembre - Octubre 2015.</p>	<p>La mayoría de gestantes no tienen un conocimiento global sobre lactancia materna exclusiva.</p>	<p>Conocimiento</p>

METODOLOGÍA			
TIPO, NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTO	PLAN DE ANÁLISIS
<p>Tipo descriptivo, nivel cuantitativo no experimental.</p> <p>El diseño fue descriptivo simple de una casilla de cohorte transversal.</p>	<p>La población la constituyen 170 gestantes.</p> <p>La muestra estuvo compuesta por 130 gestantes.</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento:</p> <p>Para medir el conocimiento se utilizó un cuestionario formado por 27 preguntas, con respuestas con opciones múltiple y de respuesta directa, realizadas de manera agrupada según indicadores, dicha encuesta contiene 9 indicadores; (1) sobre conocimiento de la lactancia materna exclusiva; (2) relacionado a la duración de la LME; (3) sobre el momento de inicio de la lactancia materna; (4) sobre frecuencia de la mamada; (5) acerca de extracción y almacenamiento de la leche materna,(6) sobre la importancia de la Lactancia Materna Exclusiva(7) sobre los beneficios de la lactancia materna, (8) respecto a la técnica de amamantamiento y por último (9) acerca de los cuidados durante la lactancia.</p>	<p>Para el análisis de los resultados se empleó la Bioestadística, los datos fueron codificados e ingresados en una hoja de cálculo del programa Office Excel 2010, luego transferidos a una matriz y guardados en archivos. El análisis descriptivo de cada variable se realizó utilizando el software PASWStatistics para Windows versión 18.0. Asimismo, se utilizó estadígrafos o indicadores numéricos de localización: media aritmética o promedio y mediana.</p> <p>Para la presentación de los resultados obtenidos se utilizó tablas estadísticas de distribución de frecuencia, de doble entrada, con frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales, presentándose gráficos estadísticos: histogramas y gráficas circulares.</p>

III.3.2. Principios éticos

Se entrevistó a cada participante utilizando el formulario, aplicado por el investigador. Antes de cada encuesta se explicó a las gestantes los objetivos de la investigación y su participación voluntaria en ella, solicitando su consentimiento para proceder a la entrevista (Anexo 1). La encuesta se realizó en el Hospital La Caleta, en un ambiente previamente preparado, sin la presencia de terceras personas que hubieran podido afectar la información recolectada.

En todo momento de la investigación se tuvo en cuenta los Principios Éticos para la Investigación Médica en seres humanos:

- Se informó los objetivos y propósitos de la investigación científica de manera clara y precisa, absolviendo todas las preguntas y dudas acerca de la misma.
- Se garantizó la confiabilidad de la información.
- Se respetó los derechos humanos: derechos individuales, a la integridad física, mental y sobre su personalidad y derecho a la intimidad.
- La participación fue voluntaria e informada y no coaccionada.
- Se informó el derecho de abstenerse a participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin riesgo a represalia.

IV. RESULTADOS

IV.1. Resultados

Tabla 1

**CONOCIMIENTO GLOBAL SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
GESTANTES DEL HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE, 2015.**

CONOCIMIENTO GLOBAL	N°	%
CONOCE	12	9,2
DESCONOCE	118	90,8
TOTAL	130	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

La tabla 1 muestra el conocimiento global sobre lactancia materna exclusiva de las gestantes del Hospital La Caleta, la que pone en evidencia que el 90,8% del colectivo explorado respondieron erróneamente a la mayoría de los 9 indicadores explorados como: *conocimiento de la lactancia materna exclusiva, duración de la LME, inicio de la lactancia materna; frecuencia de la mamada; extracción y almacenamiento de la leche materna, importancia de la LME, beneficios de la lactancia materna, técnica de amamantamiento y cuidados durante la lactancia*. Por otro lado, sólo el 9,2% conoce sobre LME.

Tabla 2

**CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA POR
INDICADORES EN GESTANTES DEL HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE,
2015.**

INDICADOR	CONOCE		DESCONOCE	
	N°	%	N°	%
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA				
Sabe que debe alimentar a su bebé sólo con leche materna durante sus primeros 6 meses de vida.	104	80,0	26	20,0
Sabe sobre el calostro y su importancia.	27	20,8	103	79,2
Conoce cuando debe comenzar a alimentar a su bebé con alimentos sólidos.	81	62,3	49	37,7
DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA				
Conoce hasta que edad debe dar el pecho a su bebé.	46	35,4	84	64,6
INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA				
Conoce cuando debe iniciar a amamantar a su bebé.	38	29,2	92	70,8
FRECUENCIA DE LA MAMADA				
Conoce cada cuanto tiempo alimentar a su bebé.	67	51,5	63	48,5
Sabe qué hacer su bebé duerme por más de tres horas.	122	93,8	8	6,2
EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA				
Sabe cómo alimentar a su bebé si trabajara o estuviera fuera de casa.	35	26,9	95	73,1
Conoce el tiempo de duración de la leche extraída a temperatura ambiente.	12	9,2	118	90,8
IMPORTANCIA DE LA LME				
Conoce la razón principal por la que debería amamantar a su bebé de forma exclusiva.	118	90,8	12	9,2
Sabe qué hacer si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea.	117	90,0	13	10,0
Sabe en qué caso las madres no deben alimentar a su bebé con LM.	130	100,0	0	0,0
BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA				
Sabe cuáles son los beneficios de la LM.	65	50,0	65	50,0

Continúa...

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

Tabla 2

**CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA POR
INDICADORES EN GESTANTES DEL HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE,
2015.**

INDICADOR	Conclusión			
	CONOCE		DESCONOCE	
	N°	%	N°	%
TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO				
Conoce la posición correcta de cómo debe amamantar a su bebé.	117	90,0	13	10,0
Conoce cómo debe colocar la boca de su bebé al pecho para amamantar.	114	87,7	16	12,3
Sabe por cuál de las mamas debe empezar a amamantar a su bebé en una nueva tetada.	67	51,5	63	48,5
Sabe qué hacer para interrumpir la succión.	34	26,2	96	73,8
CUIDADOS DURANTE LA LACTANCIA MATERNA				
Sabe que debe consumir alimentos variados y saludables.	129	99,2	1	0,8
Sabe que los alimentos y bebidas frías no afectan la temperatura de su leche.	33	25,4	97	74,6
Sabe que debe evitar el café, los cigarrillos y el alcohol; y antes de consumir cualquier medicamento, debe consultarlo con un médico.	129	99,2	1	0,8
Sabe que tipos de MAC puede usar mientras durante los primeros 6 meses de lactancia.	79	60,8	51	39,2

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

La tabla 2, en cuanto a conocimientos sobre LME, muestra que la mayoría (80%) de gestantes encuestadas saben que deben alimentar a su bebé con LME durante sus primeros 6m de vida, no obstante, la gran mayoría (79,2%) no tiene ningún conocimiento acerca del calostro, mientras el 62,3% sabe cuándo comenzar a introducir alimentos sólidos a la dieta del bebé. Sin embargo, al explorar el conocimiento sobre la duración de la LM, se evidencia que el 64,6% la desconoce que debería durar hasta los 2 años o más. Sin embargo, el 70,8% desconoce que la LM debería iniciarse durante la 1ra hora después del parto.

Acerca de la frecuencia de la mamada, se puede observar que la mayoría (51,5%) sabe que debería ser a libre demanda, sin embargo un porcentaje muy elevado (48,5%) no

lo sabe. No obstante, el 93,8% sabe que no debe dejar que duerma por más de 3 horas para ser amamantado. Acerca del conocimiento sobre extracción y almacenamiento de la leche materna, la mayoría (73,1%) desconoce sobre la opción de alimentar a su bebé con leche materna extraída cuando esté lejos del hogar y un porcentaje aún más elevado y alarmante (90,8%) desconoce totalmente sobre la duración de la leche materna extraída a T° ambiente.

En cuanto al conocimiento sobre la importancia de la LM, se hace evidente que la gran mayoría de las gestantes conoce la razón principal por la que debe recurrir a ella, sobre el efecto de la LM contra las diarreas, y que está absolutamente contraindicada en madres con VIH/SIDA en un 90,8%, 90% y 100% respectivamente. Sin embargo únicamente la mitad de ellas conoce sobre los principales beneficios de la LME.

Respecto a los conocimientos sobre la técnica de amamantamiento, se hace evidente que la mayoría conoce la posición correcta de amamantamiento y conoce cómo colocar el pecho a la boca del bebé en un 90 y 87,7% respectivamente, sin embargo sólo poco más de la mitad (51,5%) conoce por cuál de las mamas empezaría a amamantar nuevamente y un menor porcentaje aún (26,2%) sabe qué hacer para interrumpir la succión.

El último indicador estudiado, cuidados durante la LM, evidencia que la gran mayoría (99,2%) de gestantes conoce la dieta y las principales acciones que debería evitar durante la LM. Sin embargo un muy elevado porcentaje desconoce que las bebidas o alimentos fríos no afectan la T° de la leche materna (74,6%), y mucho más preocupante, el 39,2% no sabe que no debería emplear MAC hormonales con estrógenos por su acción en la disminución de la producción de leche y acortamiento del período de lactancia.

Tabla 3

**RESPUESTAS DE LAS GESTANTES SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA - HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE, 2015.**

REACTIVO	N°	%
Durante los primeros 6 meses de vida del bebé, debe alimentarlo con:		
a) Leche materna + agüita de anís	18	13,9
b) Sólo leche materna	104	80,0
c) Leche materna + leche artificial	8	6,2
TOTAL	130	100,0
Es falso respecto al calostro:		
a) Es segregado por las mamas a fines del embarazo y primeros días post parto.	8	6,2
b) Líquido blanquecino segregado a partir de las 3 sem post parto.	27	20,8
c) Es bueno para el bebé.	0	0,0
d) No sabe	95	73,1
TOTAL	130	100,0
La madre debe iniciar la alimentación con alimentos sólidos a su bebé a los:		
a) A los 4 meses	46	35,4
b) A los 5 meses	0	0,0
c) A los 6 meses	81	62,3
d) A los 7 meses	3	2,3
TOTAL	130	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

La tabla 3 muestra que la mayoría de gestantes encuestadas (80,0%) considera que debe alimentar a su bebé menor de 6m. solamente con leche materna, mientras que un 13,9% refiere que debe añadirle agüitas para calmar su sed, y el 6.2% restante manifiesta que deberían hacerlo con lactancia mixta. En cuanto al calostro, la mayoría (73,1%) no conoce su significado, el 6,2% erró, confundiéndolo con leche materna madura, mientras que sólo el 6,2% sabe la diferencia entre este y la leche madura. En cuanto al inicio de la inclusión de alimentos sólidos al infante, la mayoría (62,3%) refiere que debe hacerse a los 6 meses de edad, un porcentaje importante consideró que a los 4 meses de edad y el porcentaje restante (2,3%) manifestó que a los 7 meses.

Tabla 4

RESPUESTAS DE LAS GESTANTES SOBRE LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA - HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE, 2015.

REACTIVO	N°	%
La madre debe dar pecho al bebé hasta:		
a) Los 6 meses.	22	16,9
b) Los 12 meses.	62	47,7
c) Los dos años o más.	46	35,4
TOTAL	130	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

La tabla 4 hace evidente que la mayoría de gestantes encuestadas (47,7%) considera que debería retirarle la lactancia a su hijo a los 12 meses de edad, el 35,4% sostiene que a los dos años o más y un porcentaje significativo 16,9% manifiesta que el amamantamiento debería durar sólo hasta los 6 meses de edad.

Tabla 5

**RESPUESTAS DE LAS GESTANTES SOBRE EL INICIO DE LA LACTANCIA
MATERNA - HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE, 2015.**

REACTIVO	N°	%
La lactancia materna debe iniciar:		
a) Durante la 1ra hora de nacido.	38	29,2
b) A las 4 horas de nacido.	7	5,4
c) A las 24 horas de nacido	2	1,5
d) Cuando el bebé lllore de hambre por 1ra vez.	83	63,8
TOTAL	130	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

En la **tabla 5** se observa que la mayoría de la muestra encuestada considera que la lactancia materna debería iniciar con el primer llanto de hambre del bebé, sólo un 29,2% conoce que debería iniciarse durante la 1ra hora después del parto, mientras que el 5,4% y 1,5% restante consideran que a las 4 y 24 horas después del nacimiento respectivamente.

Tabla 6

**RESPUESTAS DE LAS GESTANTES SOBRE FRECUENCIA DE LA
LACTANCIA MATERNA - HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE, 2015.**

REACTIVO	N°	%
El intervalo entre tetadas debe ser de:		
a) Cada 2 horas.	58	44,6
b) Cada vez que el bebé lo pida, máximo cada 3 horas.	67	51,5
c) Cada 4 horas.	5	3,9
TOTAL	130	100,0
Acción a tomar en caso de que su bebé duerma más de 3 horas:		
a) Dejo que siga durmiendo.	0	0,0
b) Lo despierto y le doy biberón.	2	1,5
c) Lo despierto y le doy pecho.	122	93,9
d) Sólo despertarlo.	6	4,6
TOTAL	130	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

La tabla 6 muestra que de la totalidad de la población encuestada, la mayoría (51,5%) de gestantes sabe que debe alimentar a su bebé a libre demanda, el 44,6% considera que debería usar un horario fijo, de dos horas para cada tetada, mientras que el 3,9% sostiene que debería hacerlo en un intervalo mucho mayor, en un horario de cada 4 horas. Respecto a la acción que tomarían en caso de que su bebé durmiera por más de 3 horas, la gran mayoría (93,9%) considera que debería despertarlo y darle el pecho, mientras que el 4,6% y 1,5% manifiestan desconocimiento al referir que no lo despertarían o lo harían y pero le darían biberón respectivamente.

Tabla 7

**RESPUESTAS DE LAS GESTANTES SOBRE LA EXTRACCIÓN Y
ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA - HOSPITAL LA CALETA-
CHIMBOTE, 2015.**

REACTIVO	N°	%
Tipo de alimentación al que recurriría si Ud. trabajara o estuviera fuera de casa:		
a) Tendría que darle leche artificial.	45	34,6
b) Le daría leche materna mientras esté con él y leche artificial cuando no.	50	38,5
c) Tendría que darle leche materna extraída.	35	26,9
TOTAL	130	100,0
La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:		
a) Hasta 1 hora.	12	9,2
b) Hasta 8 horas.	11	8,5
c) No sabe.	107	82,3
TOTAL	130	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

La tabla 7 muestra que la gran mayoría de encuestadas (72,1%) desconoce sobre la extracción de la leche materna, de ellas un 34,6% recurrirían a la lactancia artificial si estuvieran fuera de casa y un 38,5% a la lactancia mixta, mientras que sólo un 26,9% sabe que debería alimentarlo con leche materna extraída. Así mismo, al explorar el conocimiento de la duración de la leche materna extraída a T° ambiente, se evidencia que la gran mayoría (82,3%) lo desconoce, el 9,2% considera erradamente que duraría hasta 1 hora y sólo el 8,5% conoce el tiempo de duración.

Tabla 8

**RESPUESTAS DE LAS GESTANTES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA
LACTANCIA MATERNA - HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE, 2015.**

REACTIVO	N°	%
La alimentación más completa y adecuada para el niño durante los primeros seis meses:		
a) Sólo leche materna.	118	90,8
b) La leche artificial.	1	0,8
c) Leche materna + leche artificial.	1	0,8
d) Leche materna más agüitas.	10	7,7
TOTAL	130	100,0
Si su bebé menor de seis meses tuviera diarrea:		
a) Le suspende la lactancia materna.	4	3,1
b) Le da panetela y otras agüitas.	6	4,6
c) Le da lactancia materna más suero oral.	3	2,3
d) Le daría pecho con mayor frecuencia.	117	90,0
TOTAL	130	100,0
Madres no deben dar de lactar a su bebé:		
a) Madres que tienen tos.	0	0,0
b) Madres con VIH/SIDA.	130	100,0
c) Madres que lavan mucha ropa.	0	0,0
TOTAL	130	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

La tabla 8 hace evidente que la gran mayoría (90,8%) de gestantes encuestadas sabe que la lactancia materna exclusiva es el mejor tipo de alimentación para su bebé menor de 6m, un 7,7% considera que lo sería la leche materna más agüitas, mientras que el restante considera la lactancia artificial y lactancia mixta en un 0,8% en ambos casos. Por otra parte, el 90% considera el aumento de la frecuencia en el amamantamiento como un método eficaz para combatir la diarrea en los bebés menores de 6 m. En cuanto a las contraindicaciones de la lactancia materna, el 100% de las madres conoce que el VIH/SIDA es la contraindicación absoluta, principal y más frecuente y que tiene como fin de evitar la infección al bebé.

Tabla 9

**RESPUESTAS DE LAS GESTANTES SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA
LACTANCIA MATERNA - HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE, 2015.**

REACTIVO	N°	%
NO es un beneficio de la lactancia materna:		
a) Favorece el vínculo afectivo Madre-Hijo, disminuye la hemorragia después del parto, la anemia y la muerte materna.	0	0,00
b) Previene enfermedades respiratorias y diarreicas en el bebé.	5	3,9
c) Garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del bebé.	1	0,8
d) Funciona como un método anticonceptivo, sólo hasta los 6 meses de edad del bebé.	59	45,4
e) No contiene todos los nutrientes que el bebé necesita durante sus primeros 6 meses.	65	50,0
TOTAL	130	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

La tabla 9 evidencia que la mayoría (50%) de gestantes encuestadas conocen los principales beneficios de la lactancia materna, sin embargo un gran porcentaje (45,4%) desconoce del uso del MELA como una opción de anticoncepción durante la lactancia, mientras el restante considera que no previene IRAS y EDAS en el bebé (3,9%) y no garantiza el pleno crecimiento, desarrollo e inteligencia del bebé (0,8%).

Tabla 10

**RESPUESTAS DE LAS GESTANTES SOBRE LA TÉCNICA DE
AMAMANTAMIENTO - HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE, 2015.**

REACTIVO	N°	%
Gráfica correcta con respecto a la posición de amamantamiento:		
a) Incorrecta	13	10,0
b) Correcta	117	90,0
TOTAL	130	100,0
Gráfica correcta con relación a la colocación de la boca del bebé al pecho para la lactancia:		
a) Correcta	114	87,7
b) Incorrecta	16	12,3
TOTAL	130	100,0
Mamas con la cual se debe empezar a amamantar en una nueva tetada:		
a) Por cualquier seno.	63	48,5
b) Iniciaría por la mama que no estuvo lactando anteriormente.	67	51,5
TOTAL	130	100,0
Acción a realizar para interrumpir la succión:		
a) Jalaría el pezón para que el bebé suelte el seno.	96	73,8
b) Introduciría un dedo en su boquita para que suelte el pezón.	34	26,2
TOTAL	130	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

En la **tabla 10** se puede observar en cuanto al conocimiento de la técnica de amamantamiento que deben emplear las gestantes durante la LM, que la gran mayoría (90,0%) conoce las características de una posición correcta de amamantamiento, frente a un 10% que la desconoce; con relación a la colocación del pecho a la boca del bebé para una correcta lactancia, la mayoría (87,7%) conoce la forma correcta, mientras un 12,3% desconoce sobre ella. La mayoría (51,5%) conoce por cuál de las mamas empezaría a amamantar en una nueva tetada, sin embargo un porcentaje muy elevado lo desconoce (48,5%). Por último, la gran mayoría (73,8%) no sabe la manera correcta de interrumpir la succión.

Tabla 11

**RESPUESTAS DE LAS GESTANTES SOBRE LOS CUIDADOS MATERNOS
DURANTE LA LACTANCIA MATERNA DEL HOSPITAL LA CALETA-
CHIMBOTE, 2015.**

REACTIVO	FALSO		VERDADERO	
	Nº	%	Nº	%
Marque V/F respecto a los cuidados que Ud. debería tener durante la lactancia:				
a) Consumir alimentos variados y saludables.	1	0,8	129	99,2
b) No consumir alimentos o bebidas frías.	33	25,4	97	74,6
c) Evitar el café, cigarrillos y el alcohol. Antes de consumir algún medicamento, consultarlo con un médico.	1	0,8	129	99,2
d) Además de usar la lactancia como método anticonceptivo, se puede usar condones, píldoras o inyecciones de sólo progesterona y DIU.	51	39,2	79	60,8

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

La tabla 11 muestra los conocimientos sobre los cuidados maternos durante la LME de las gestantes encuestadas, donde hayamos que el 99,2% sabe la dieta que se debe seguir, así como que acciones evitar, mientras el 60,8% de ellas desconoce que además del uso del MELA, preservativos y DIU, sólo pueden usar métodos hormonales que no contengan estrógenos por su reducción de la producción de leche materna, mientras que el 74,6% conoce que los alimentos o bebidas frías no afectan la T° de la leche al ser consumidas.

TABLA 12

**INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA RECIBIDA
POR LAS GESTANTES DEL HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE, 2015.**

INFORMACIÓN RECIBIDA	N°	%
SI	72	55,4
NO	58	44,6
TOTAL	130	100,0
PROFESIONAL DE SALUD QUE IMPARTIÓ LA INFORMACIÓN	N°	%
OBSTETRA	57	79,2
ENFERMERA	14	19,4
MÉDICO	1	1,4
TÉC. ENFERMERÍA	0	0,00
TOTAL	72	100,0
NIVEL DE SATISFACCIÓN	N°	%
SATISFECHA	45	62,5
INSATISFECHA	27	37,5
TOTAL	72	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

La tabla 12 muestra que la mayoría de gestantes encuestadas (55,4%) recibieron información sobre LME por parte de profesionales de la salud, los cuales fueron, en un mayor porcentaje (79,2%) obstetras, seguido de enfermeras en un 19,4%, el porcentaje restante corresponde a médicos (1,4%). Así mismo, respecto a la satisfacción de las gestantes con la información que les impartieron, la mayoría (62,5%) quedó satisfecha con dicha información, mientras que un significativo porcentaje (37,5%) no quedó satisfecho.

Tabla 13

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES DEL
HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE, 2015.**

EDAD	N°	%
De 10 -19	33	25,4
De 20 - 34	73	56,2
35 ó más	24	18,5
TOTAL	130	100,0
ESTADO CIVIL	N°	%
Casada	29	22,3
Conviviente	76	58,5
Soltera	25	19,2
TOTAL	130	100,0
GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria incompleta	0	0,0
Primaria completa	11	8,5
Secundaria incompleta	23	17,7
Secundaria completa	59	45,4
Sup. Téc. incompleto	8	6,2
Sup. Téc. completo	4	3,1
Sup. Universitario incompleto	14	10,8
Sup. Universitario completo	11	8,5
TOTAL	130	100,0
OCUPACIÓN	N°	%
Ama de casa	121	93,1
Empleada	1	0,8
Independiente	1	0,8
Estudiante	7	5,4
TOTAL	130	100,0
LUGAR DE PROCEDENCIA	N°	%
Chimbote	88	67,7
Santa	24	18,5
Coishco	15	11,5
Otros	3	2,3
TOTAL	130	100,0
E.S. DE ORIGEN/ MICRORED	N°	%
Progreso	57	43,8
Magdalena Nueva	12	9,2
Miraflores Alto	28	21,5
Santa	22	16,9
Otros E.S.	11	8,5
TOTAL	130	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

La tabla 13 muestra las características sociodemográficas de la muestra encuestada, evidenciándose un mayor porcentaje de gestantes que corresponden a edades entre 20 a 25 años (56,2%), un porcentaje importante correspondiente a edades entre 10 a 19 años (25,4%), mientras que el 18,5% restante corresponde a gestantes mayores de 34 años (18,5%). En relación al estado civil, se encontró que la mayoría son convivientes (58,5%), el 22,3% son casadas y el 19,2% restante son solteras. Con respecto al nivel de instrucción, se muestra que el porcentaje que prevalece (45,4%) corresponde a las gestantes que han culminado sus estudios secundarios. En relación a la ocupación, la gran mayoría (93,1%) de las gestantes son amas de casa, mientras que un 5,4% son estudiantes y el porcentaje restante corresponde a gestantes que trabajan (1,6%). En cuanto al lugar de procedencia, se evidencia que la mayoría de gestantes encuestadas (67,7%) provienen de Chimbote, un 18,5% de Santa, el 11,5% de Coishco y un 2,3% de otros lugares. Y por último, respecto al E.S. de origen de las gestantes estudiadas, la mayoría (43,8%) controlaron su embarazo en E.S. correspondientes a la Microred Progreso, el 21,5% corresponden a la Microred Miraflores Alto, un 16,9 a la Microred Santa, mientras que el 9,2% y 8,5% restante corresponden a la Microred Magdalena Nueva y a otros E.S. respectivamente.

Tabla 14

***CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE LAS GESTANTES DEL
HOSPITAL LA CALETA-CHIMBOTE, 2015.***

GESTA	N°	%
Primigesta	69	53,1
Multigesta	60	46,2
Gran multigesta	1	0,8
TOTAL	130	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a las gestantes del Hospital La Caleta, Septiembre-Octubre del 2015.

La tabla N° 14 hace evidente que la mayoría de las gestantes encuestadas son primigestas (53,1%); sin embargo una gran proporción de ellas son multigestas (46%), mientras el 0,8% son gran multigestas.

IV.2. Análisis de resultados

La LM es la única que proporciona la alimentación ideal y contribuye al crecimiento y desarrollo saludable del lactante, aportando todos los nutrientes que necesita; es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a su protección, reduciendo la incidencia y gravedad de enfermedades infecciosas como la diarrea y la neumonía, que son las dos causas principales de morbilidad y mortalidad infantil en el mundo, jugando así un rol fundamental como factor protector de trastornos a corto y largo plazo y contribuyendo a una buena salud durante toda la vida; además, garantiza que el lactante tenga el necesario y suficiente alimento de acuerdo a su etapa ^{(1) (2)}. La LM como objetivo de salud pública mundial, hace necesario el garantizar conocimientos previos en la madre durante la etapa de gestación, ya que esto puede influir a la larga en una LM exitosa ⁽¹⁾. Sin embargo los resultados obtenidos no reflejarían lo propuesto.

Los resultados del estudio son preocupantes dado que, el 90,8% de gestantes en estudio no tienen un conocimiento global sobre LME (ver Tabla 1), resultados similares reporto **García** ⁽²¹⁾ en el año 2015, en Lima, en el Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, donde el 93,4% de madres desconocían sobre LME, sin embargo los antecedentes previos hacen evidente que el conocimiento durante los últimos cuatro años ha tenido un comportamiento fluctuante, tal es así que **León** ⁽¹⁹⁾ en el año 2012, en su estudio realizado en el Centro de Salud Villa San Luis, obtuvo como resultado que el 82% de las primíparas en estudio no tenía conocimiento global, luego **Delgado y Nombera** ⁽²⁰⁾, en Chiclayo, en el año 2013, en su estudio realizado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes reporta que el 89,5% de madres encuestadas no tienen conocimiento global sobre LME. Ese mismo año, en México **Gerónimo et**

al ⁽¹³⁾, en su estudio realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer encontraron desconocimiento global en LME en el 76,3% de púerperas en estudio.

Esta situación hace sospechar que no se está brindando una información continua durante las atenciones pre natales, o que las madres no están captando la información que se les está brindando; es necesario evaluar también los métodos de ilustración e información que se emplean en los establecimientos de salud del MINSA para llegar a la madre gestante sobre este tema.

La Asociación Española de Pediatría (AEP), la OMS y la UNICEF, consideran a la lactancia materna como la forma más segura y nutritiva de alimentar al bebé ya que proporciona todos los requerimientos que éste necesita en sus primeros seis meses de vida, y recomienda la promoción y garantía de condiciones para la LME durante los primeros seis meses ^{(2) (3) (44)}. Es así que el MINSA promueve la LME a través de actividades preventivo – promocionales, estos esfuerzos realizados en educación, parecen acercarse a los resultados esperados. Esto se refleja en los resultados obtenidos en el presente estudio, los que reportan que el 80% de las gestantes tienen conocimientos sobre LME (ver Tabla 3). Éstos resultados coinciden con el estudio realizado en Guatemala por **Galindo** ⁽¹¹⁾ en el año 2013, en el departamento de Escuintla, quien reporta que un 82,05% de las madres encuestadas sabe que debe optar por la LME durante los primeros seis meses de vida de su bebé. Sin embargo una realidad diferente y muy alarmante, la reporta en el mismo año, en Argentina, un estudio realizado por **Pahuara** ⁽¹⁴⁾, en el Hospital San José de Pergamino, quien encontró que el 73,3% de las madres adolescentes desconoce sobre LME.

En este estudio se puede observar un conocimiento positivo acerca de la LME, es decir las gestantes saben que el mejor alimento durante los primeros seis meses de vida es la leche materna; tal vez porque es lo que más se está destacando durante las actividades de promoción de la lactancia materna. Sin embargo es necesaria una un conocimiento mucho más profundo sobre el tema.

El calostro, producido los primeros 3 a 4 días después del parto, es un líquido de poco volumen, pero es lo suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido, contiene mayor cantidad de proteínas y IgA y otros que le confieren una eficiente defensa, por ello es recomendado como el alimento perfecto del recién nacido por la OMS ⁽⁴⁵⁾; sin embargo, el presente estudio reporta resultados alarmantes respecto a los conocimientos sobre el mismo, pues el 73,1% de las gestantes muestran desconocimiento (ver Tabla 3). Resultados similares los reporta **León** ⁽¹⁹⁾ en el año 2012, donde obtiene en su estudio realizado que el 72% de madres encuestadas desconocen sobre el calostro.

Este es uno de los principales hallazgos en este estudio, dado que es alarmante el grado de desconocimiento sobre el calostro. Y esto probablemente se debe a la escasa información brindada a las gestantes al respecto. Hoy en día podemos ver en los spots publicitarios de los diversos medios de comunicación cuantiosos anuncios sobre prevención del cáncer, del sida, etc., que sin duda son relevantes para la salud, sin embargo se está dejando de lado este tema, pues es casi imposible encontrar situaciones iguales con respecto la lactancia materna exclusiva, el calostro y la técnica de amamantamiento.

La OMS recomienda la LME como modo exclusivo e imprescindible de alimentación durante los 6 primeros meses de vida, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde ⁽⁴⁵⁾. Sin embargo el presente estudio expone resultados preocupantes, dado que el 64,6% (ver Tabla 4) de gestantes desconoce el tiempo de duración de la LM, así, el 47,7% considera que debería retirarle la lactancia a su hijo a los 12 meses de edad y el 16,9% manifiesta que el amamantamiento debería durar sólo hasta los 6 meses de edad. Resultados parecidos fueron encontrados en Chimbote, por **Huamayalli** ⁽²²⁾, en el año 2012, en su estudio realizado en el P.S. San Juan, quien reportó que el 53,2% de las primigestas encuestadas desconocen la duración de la LME.

Así mismo en el año 2011, en Loreto, **Cardama** ⁽¹⁶⁾, realizó un estudio en el Asentamiento Humano Delicia Manzur, donde reporta que sólo un 55,3% de las mujeres en edad fértil conocen sobre la duración de la LM. Estos resultados son muy alarmantes, ya que reflejan la enorme brecha de conocimiento de las gestantes, que no saben hasta que edad amamantar a su bebé, esto probablemente se debe a que la confunden en parte con la duración de la LME, o desconocen que después de los seis meses sigue siendo un alimento incomparable en la dieta de los niños, y aún después de los dos años de edad es un excelente aporte de calorías y nutrientes, debido a que no han sido informadas al respecto.

Los organismos de salud recomiendan el inicio de la LM durante la primera hora de vida, ya que de esta manera se asegura que el recién nacido reciba el calostro, rico en factores de protección, además de aumentar la probabilidad de mantener la LME y la duración total de la LM ⁽⁴⁵⁾. A pesar de ello, este estudio pone en evidencia un

alarmante hallazgo, que el 70,8% (ver Tabla 5) de las gestantes desconocen sobre el inicio de la LM; no obstante, los antecedentes previos hacen evidente que el conocimiento durante los últimos cuatro años ha ido en declive, tal es así, que **Mini et al** ⁽¹⁷⁾, en Lima, en el año 2011 reporta en su estudio, realizado en el Instituto Peruano Materno Perinatal, que el 54,9% de madres conoce sobre el inicio de la lactancia materna inmediatamente después del parto. En el mismo año, **Cardama** ⁽¹⁶⁾, en Loreto, encontró que el 66,6% de mujeres en edad fértil conocen sobre el inicio de la LM. Luego **Huamayalli** ⁽²²⁾, en el año 2012, reporta que el 66% de primíparas encuestadas conoce sobre el inicio de lactancia materna.

La OMS recomienda que lactancia materna sea brindada a libre demanda, a ritmos que los bebés lo pidan, máximo cada 3 horas, de este modo, la frecuencia de las tomas es la que el bebé necesite. De este modo asegura también la adecuada producción de leche materna, así como fortalece el vínculo madre – hijo ⁽¹⁾. Sin embargo pese a esto, los resultados obtenidos en este estudio son preocupantes, dado que sólo el 51,5% (ver Tabla 6) de gestantes conoce sobre la frecuencia de la mamada. El mismo, concuerda con la investigación realizada por **Monsalve et al** ⁽⁸⁾ en Chile, en el 2011, llevado a cabo en el Hospital Base Valdivia, donde se obtuvo que el 52,08% de las madres adolescentes encuestadas conoce la frecuencia con la cual debe alimentar al niño.

A estos resultados infieren los conocimientos erróneos y creencias de la familia que se van transmitiendo de generación a generación; por lo tanto es necesario actuar sobre esta población, haciendo hincapié en estos temas, con las bases científicas con las que se cuentan hoy en día, con el fin de desechar estos conocimientos erróneos, elevar los conocimientos y modificar actitudes negativas que existen aún en las madres, los mismos que pueden afectar el desarrollo exitoso de la lactancia materna exitosa.

En casos en que la madre se vea impedida de amamantar directamente a su bebé, se requeriría recurrir a la extracción y almacenamiento de la leche materna, tenemos así, que la leche materna a T° ambiente dura hasta 8 horas, en el refrigerador se puede guardar hasta 48 horas ⁽³⁸⁾, el conocimiento de este tema por las gestantes, es importante, ya que al estar desinformadas, podrían recurrir en un futuro a la lactancia mixta o artificial. Pese a lo expuesto, es preocupante el desconocimiento que el 72,1% (ver Tabla 7) de gestantes desconoce sobre extracción de la leche materna. Similares resultados encontró **Pahuara** ⁽¹⁴⁾, en Argentina, en el año 2013, quien obtuvo que el 73,3% de las madres adolescentes desconoce. Al igual que los encontrados por **Huamayalli** ⁽²²⁾, quien reporta que el 80,9% de primigestas desconoce que la leche materna se extrae manualmente. Así también, un resultado aún más alarmante muestra que el 82,3% desconoce sobre el almacenamiento de la leche materna extraída, lo que también concuerda con el estudio realizado por **Huamayalli** ⁽²²⁾, que reporta el desconocimiento del mismo por un 74,5% de primigestas.

Estos hallazgos ponen en manifiesto la escasa información sobre la opción de seguir brindándole leche materna exclusiva al bebé así no se encuentre en casa, solo basta pensar en la madres que necesitan trabajar y exponen a sus bebés debido a este desconocimiento. El estado, el municipio los centros de salud deben coordinar para realizar una campaña extensa para que se pueda brindar esta información y sea asumida con eficacia por las madres.

Es fundamental que las madres conozcan la importancia de brindarles LM a sus hijos, son ampliamente reconocidas y respaldadas sus bondades. El presente estudio reporta buenos resultados al respecto, tal es así que se describe que el 90,8% (ver Tabla 8) de gestantes conoce sobre la importancia de la LM. Estos resultados difieren de los

encontrados por **Pahuara** ⁽¹⁴⁾, en el 2012, en Argentina, quien reporta conocimiento al respecto en el 53,3% de madres adolescentes encuestadas. Así también en el mismo año, **Huamayalli** ⁽²²⁾, en Chimbote reporta el desconocimiento del mismo por un 51,1% de primigestas. Esto muestra que el conocimiento en importancia de la LM ha ido en aumento, tanto a nivel internacional como local.

Existen sólidas evidencias científicas que demuestran que la LM es beneficiosa para el niño, la madre y la sociedad, esta es mucho más que proporcionar al bebé una nutrición óptima y protección contra muchas enfermedades, y el único tipo de alimentación idóneo para ellos. La lactancia propicia una interacción única entre la madre y su bebé, una íntima y automática cercanía, contacto piel a piel, que permite llevar un especial estilo de crianza ^{(31) (32) (34)}. Mas pese a lo expuesto, se obtuvieron preocupantes hallazgos, siendo sólo el 50% (ver Tabla 9) de gestantes las que conocen los principales beneficios de la lactancia materna. Los mismos resultados los reportan **Cardama** ⁽¹⁶⁾, en Loreto, en el año 2011, en su estudio realizado a MEF. Sin embargo antecedentes previos muestran un comportamiento creciente en el conocimiento al respecto hasta la realización del presente estudio; tal es así, que **León** ⁽¹⁹⁾ en el año 2012, en Lima, donde encontró que el 90% de madres encuestadas desconoce sobre los beneficios. Mientras **Pahuara** ⁽¹⁴⁾, en Argentina, en el año 2013, quien obtuvo que el 100% de madres adolescentes conocen sobre los beneficios de la LM.

Para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento, lo cual implica un buen acoplamiento boca pezón-areola y una posición adecuada de la madre y el niño, la madre debe estar sentada en forma recta, debe posicionar al niño, de tal manera que el niño la enfrente abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea, sus labios deben estar abiertos,

cubriendo toda la areola. La nariz debe tocar la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola. El bebé debe vaciar total y alternativamente cada uno de las mamas, para evitar que la acumulación de leche pueda ocasionar una mastitis y para que el organismo de la madre ajuste la producción de leche a las necesidades del bebé. Así también debe interrumpir la succión deslizando el dedo meñique en la comisura de la boca de su bebé, entre las encías ⁽³⁴⁾.

Los resultados obtenidos respecto a técnica de amamantamiento en este estudio son buenos, así encontramos que el 90% (ver Tabla 10) conoce las características de una posición correcta de amamantamiento. Los antecedentes previos hacen difieren con los resultados encontrados en esta investigación, haciendo evidente que el conocimiento durante los últimos cuatro años ha tenido un comportamiento ascendente. Así, en Venezuela, en el año 2011, **Alvins y Briceño** ⁽⁹⁾, en su estudio realizado en el Ambulatorio La Carucieña, donde obtienen que el 61,7% de madres adolescentes estudiadas conocen sobre la técnica de amamantamiento. Por otra parte en Lima, **Mini et al** ⁽¹⁷⁾, en el año 2011, reportaron que el 69% desconoce sobre la técnica correcta de amamantar. Así mismo, en Colombia, **Borre et al** ⁽¹⁵⁾, en el 2014, en su investigación llevada a cabo en el Centro de Salud 11 de Noviembre de Santa Marta, reporta que el 51,1% no tiene idea de la técnica de amamantamiento adecuada.

Parte de la labor del profesional es hacer el seguimiento correspondiente de forma personalizada para poder lograr la meta de brindar al bebe una buena salud nutricional. Sin embargo, a pesar que las gestantes conocen la postura más común para amamantar, es necesario que también que se brinde charlas para que conozcan las demás posiciones para amamantar en situaciones especiales como por ejemplo si la madre tiene gemelos

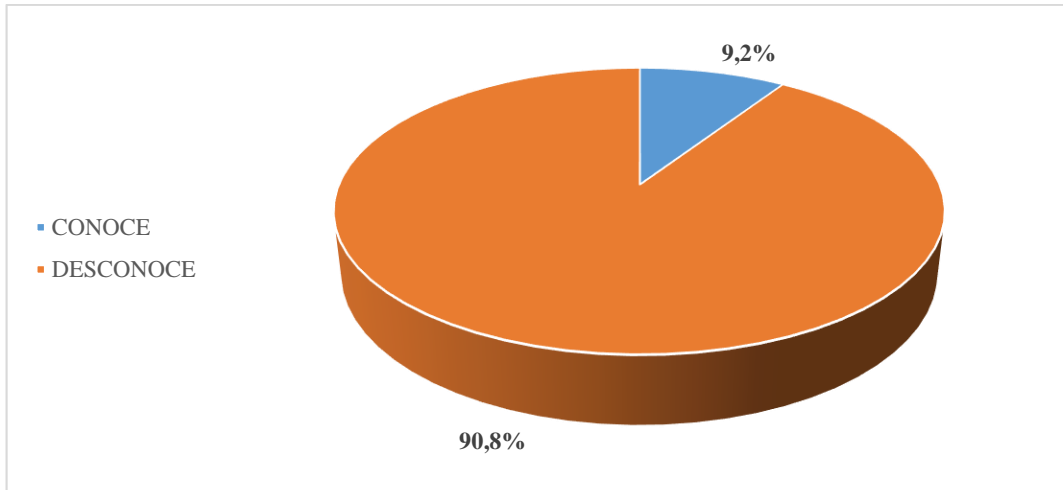
o en niños prematuros para que puedan conocerlas y practicarlas para evitar posibles ahogos del bebe y una serie de incomodidades sobre este acto que debería ser uno de los más maravillosos del ser madre.

V. CONCLUSIONES

1. La gran mayoría de gestantes del Hospital La Caleta no tienen conocimiento global sobre LME.
2. La mayoría de gestantes encuestadas saben que deben alimentar a su bebé con LME durante sus primeros 6m de vida, mientras que una significativa proporción de gestantes cree que debe añadirle agüitas, y algunas creen que deberían hacerlo con lactancia mixta; la mayoría de gestantes no tiene ningún conocimiento acerca del calostro, sin embargo un mayor porcentaje saben cuándo comenzar a introducir alimentos sólidos a la dieta del bebé; no obstante la mayoría desconoce que la LM debería durar hasta los 2 años o más y así mismo desconoce que debería iniciarse durante la 1ra hora después del parto. En cuanto a los conocimientos sobre la frecuencia de LM, poco más de la mitad sabe que debería ser a libre demanda, mas la gran mayoría sabe que no debe dejar que duerma por más de 3 horas para ser amamantado.
3. Acerca del conocimiento sobre extracción y almacenamiento de la leche materna, la mayoría de gestantes desconoce sobre la opción de alimentar a su bebé con leche materna extraída cuando y de la misma forma desconoce también el tiempo de duración de la leche materna extraída a T° ambiente.
4. En cuanto al conocimiento sobre la importancia de la LM, la mayoría de gestantes conocen la razón principal por la que debe recurrir a ella, así como su efecto contra las diarreas. La totalidad de gestantes saben que la LM está absolutamente contraindicada en madres con VIH/SIDA. Sin embargo sólo la mitad de ellas conocen los principales beneficios de la LME.

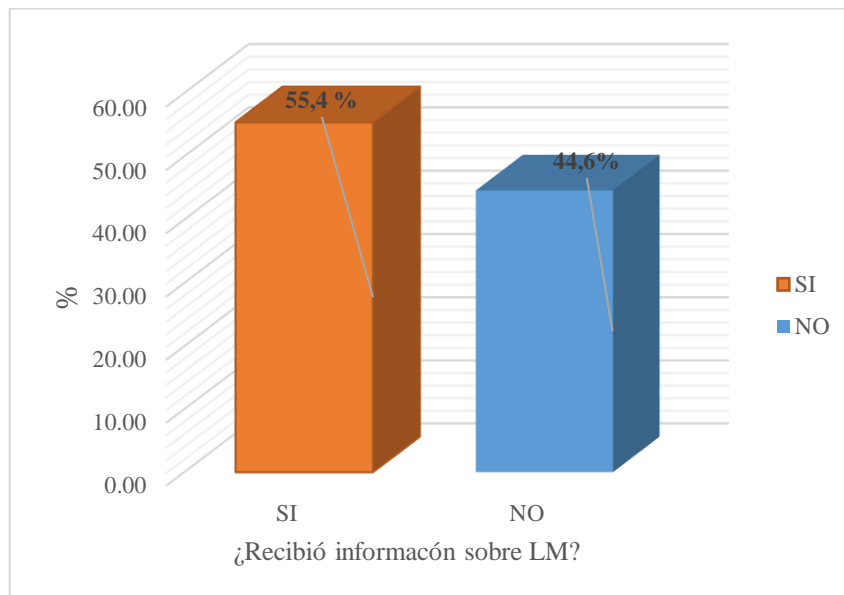
5. Respecto a los conocimientos sobre la técnica de amamantamiento, la mayoría conoce la posición correcta de amamantamiento, el cómo colocar el pecho a la boca del bebé. No obstante sólo poco más de la mitad conoce por cuál de las mamas empezaría a amamantar nuevamente y pocas saben qué hacer para interrumpir la succión.
6. Por último, al explorar los conocimientos de los cuidados durante la LM, se halló que la gran mayoría de gestantes conoce la dieta y las principales acciones que debería evitar durante la LM. Así también la mayoría desconoce que las bebidas o alimentos fríos no afectan la T° de la leche materna, y un significativo porcentaje desconoce que los MAC hormonales con estrógenos no deberían utilizarse durante los seis primeros meses de la LM.

VI. ASPECTOS COMPLEMENTARIOS



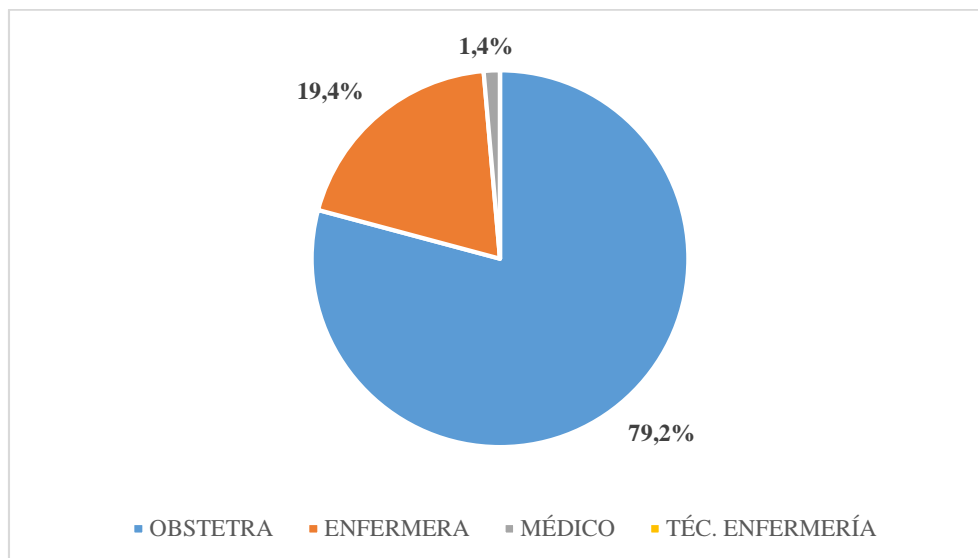
Fuente: Tabla 1

Figura 1: Gráfico circular de conocimiento global sobre lactancia materna exclusiva en gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.



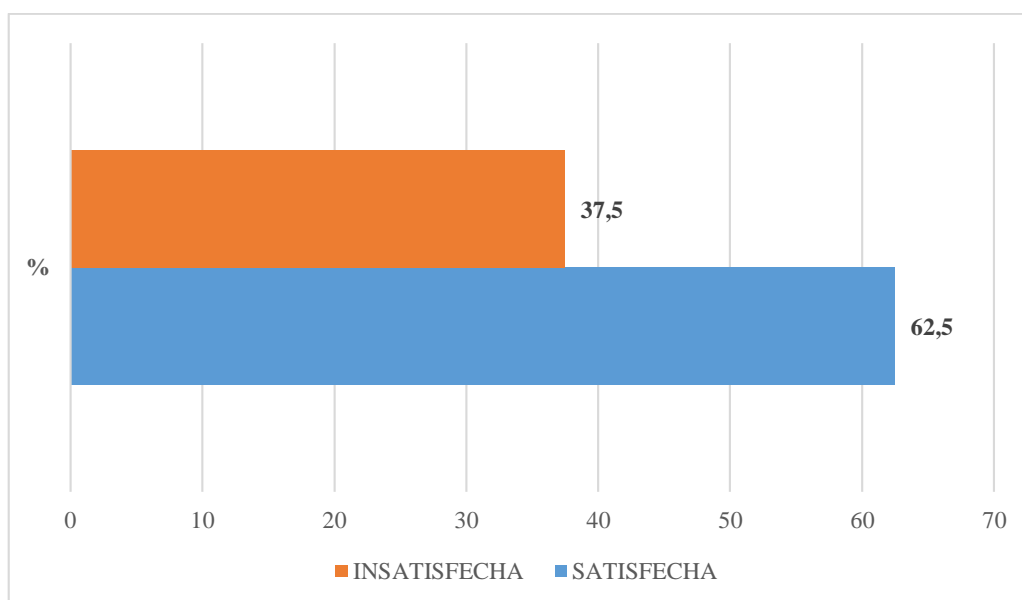
Fuente: Tabla 12

Figura 2: Gráfico de barras de información sobre lactancia materna exclusiva recibida por las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.



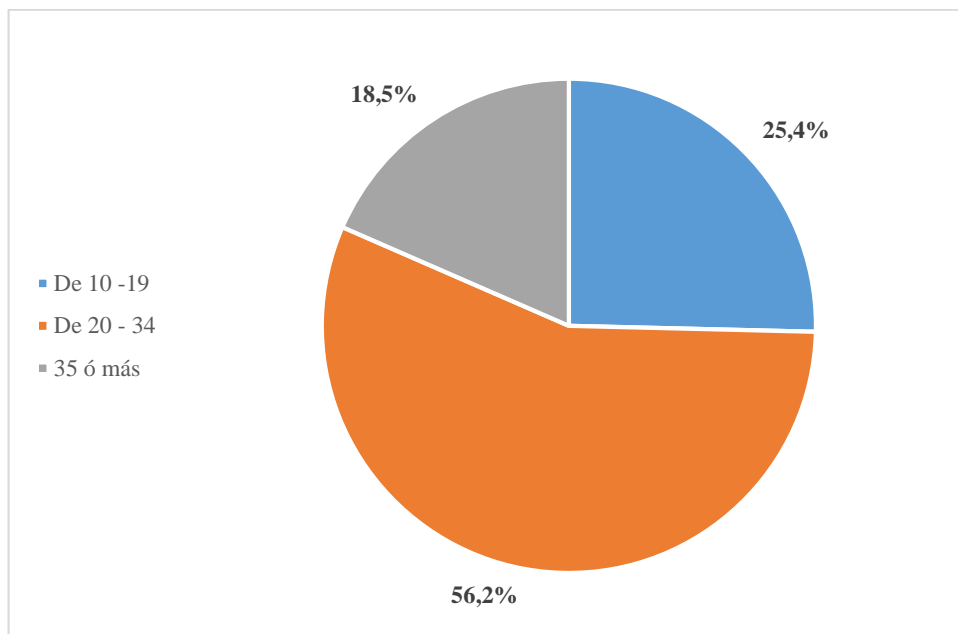
Fuente: Tabla 3

Figura 3: *Gráfico circular de Personal de salud que impartió la información sobre lactancia materna exclusiva recibida por las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.*



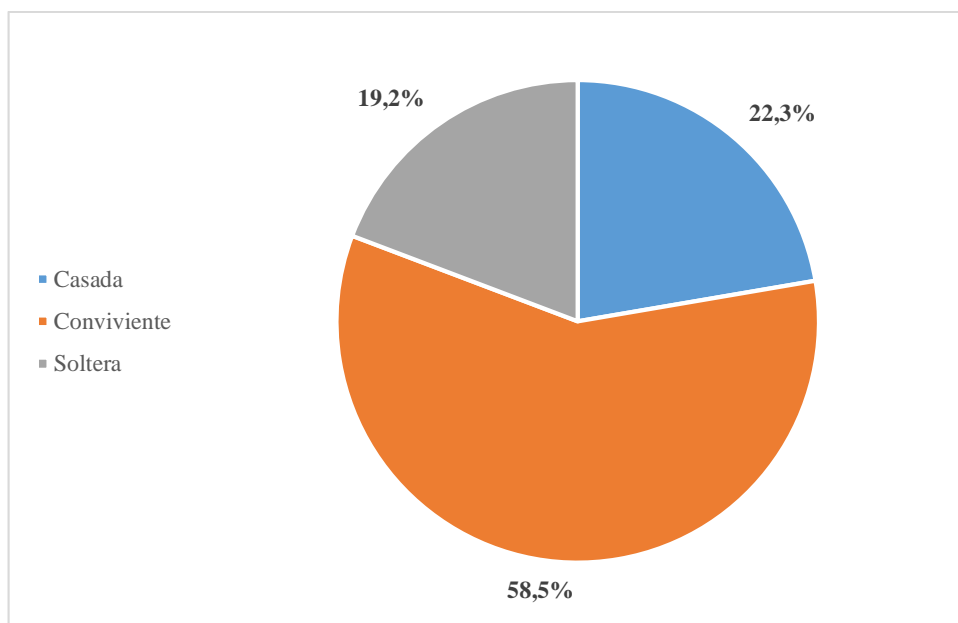
Fuente: Tabla 12

Figura 5: *Satisfacción respecto a la información sobre lactancia materna exclusiva recibida por las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.*



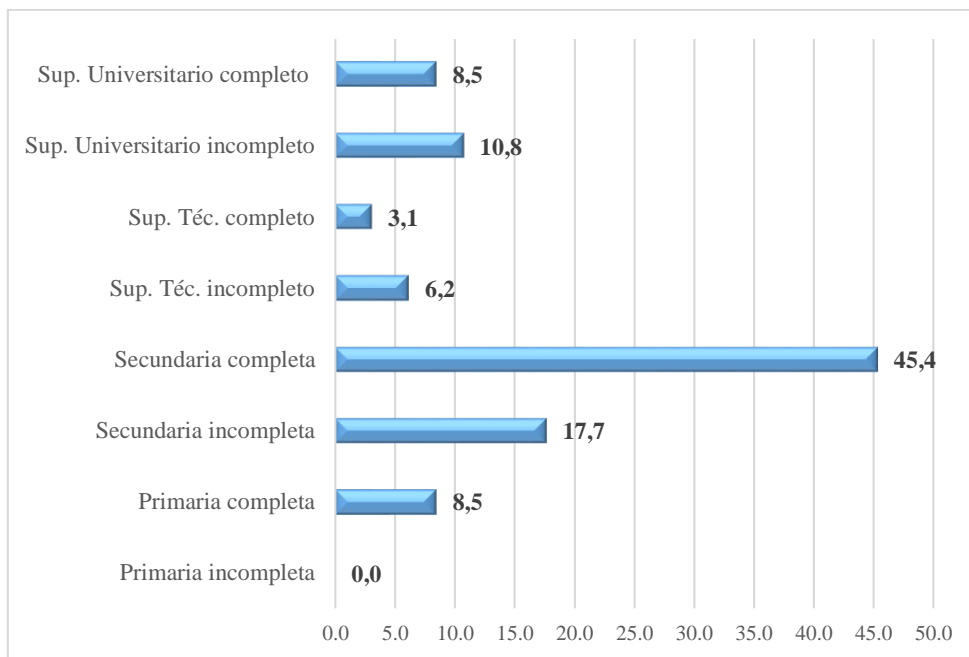
Fuente: Tabla 13

Figura 6: *Gráfico circular de Edad de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.*



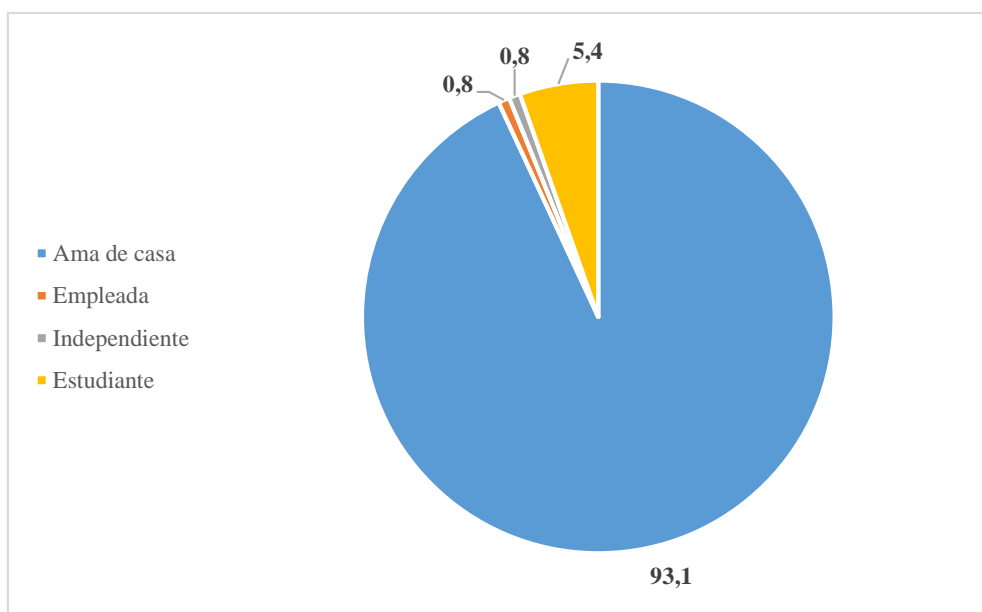
Fuente: Tabla 13

Figura 7: *Gráfico circular de estado civil de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.*



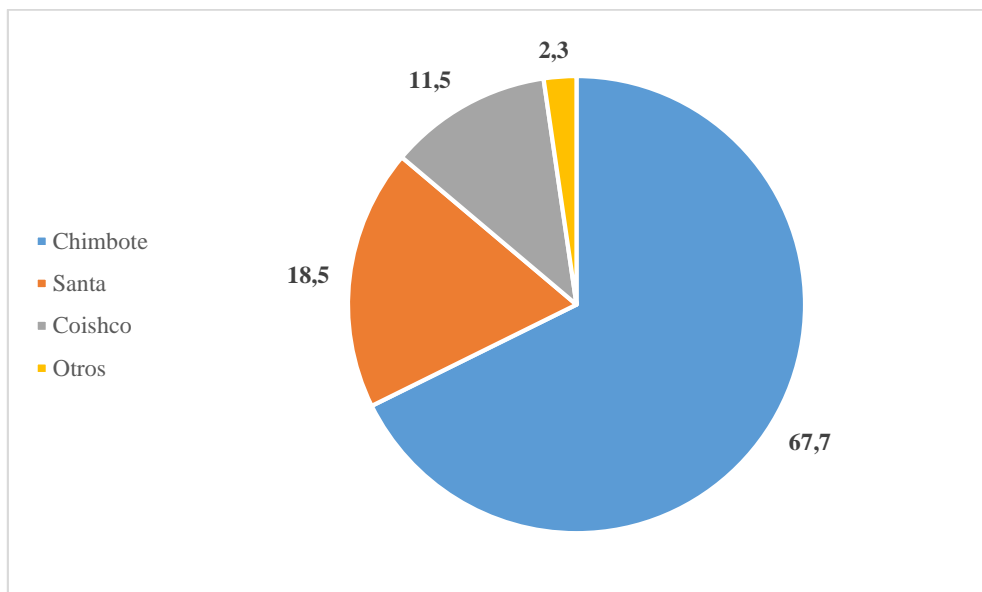
Fuente: Tabla 13

Figura 8: *Grado de barras de grado de instrucción de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.*



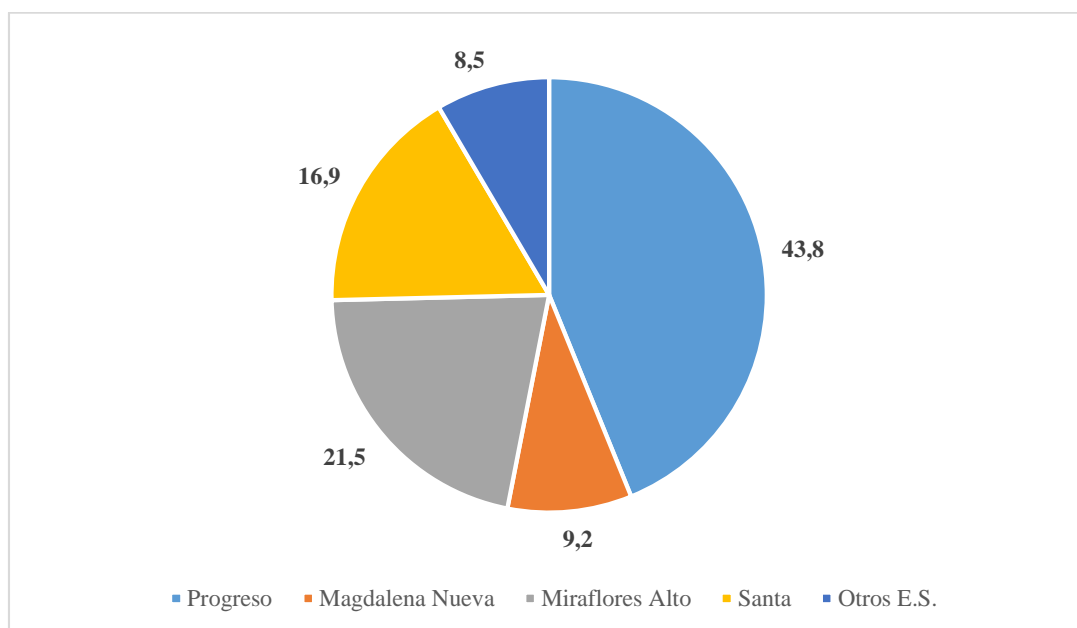
Fuente: Tabla 13

Figura 9: *Gráfico circular de ocupación de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.*



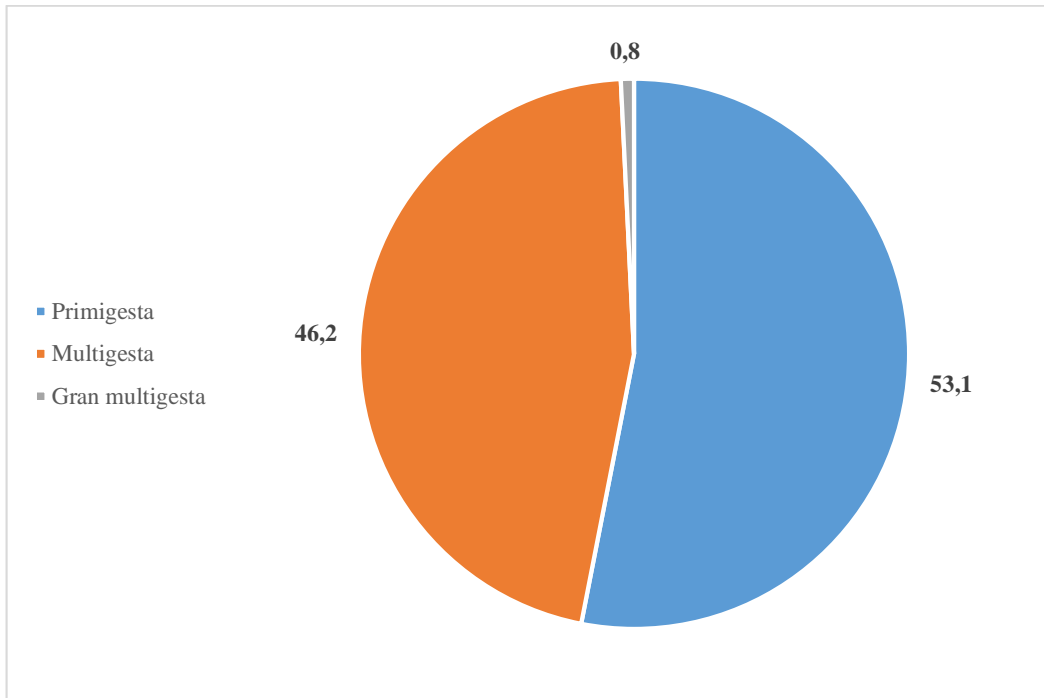
Fuente: Tabla 13

Figura 10: *Gráfico circular de lugar de procedencia de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.*



Fuente: Tabla 13

Figura 11: *Gráfico circular de Establecimiento de salud de origen por Microred de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.*



Fuente: Tabla N°14

Figura 12: *Gráfico circular de características reproductivas de las gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Septiembre-Octubre 2015.*

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. [Página en Internet]. Nutrición: Lactancia materna exclusiva; © OMS 2011 [publicado Feb 2011; citado 13 Jun 2015]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
2. OMS. [Página en Internet]. Alimentación del lactante y del niño pequeño; © OMS 2015 [publicado Jul 2015; citado 13 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
3. OMS. [Página en Internet]. La lactancia materna elemento clave para reducir la mortalidad infantil; © OMS 2010 [publicado 30 Jul 2010; citado 09 May 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/breastfeeding_20100730/es/
4. IPE. [Página en Internet]. Lima: PERÚ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014; © INEI 2015 [publicado Abr 2015] [Citado 13 de Junio 2015]. Disponible en: <http://ipe.org.pe/documentos/encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2014>
5. UNICEF. [Página en Internet]. Mitos y realidades de la lactancia materna; © UNICEF 2012 [publicado 2012; citado 09 de Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.unicef.org/ecuador/cbcxgnbfgdfzgsd.pdf>
6. La leche league internation. [Página en Internet]. Mitos falsos sobre la lactancia; © 2008-2014 [publicado 2008; citado 09 de Mayo 2015]. Disponible en: http://www.lili.org/lang/espanol/ncvol17_4_05.html
7. Registros estadísticos del Hospital La Caleta. Chimbote. 2015.
8. Monsalve M, Rojas C, Unda M. Factores y motivos del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2011.
9. Alvins C, Briceño A. Conocimiento de las madres adolescentes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y técnica para amamantar. [Tesis de Licenciatura]. Barquisimeto: Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado; 2011.
10. Galindo L. Conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en el inicio, duración, intensidad y tipo de lactancia materna en infantes menores de 24 meses. [Tesis de Licenciatura en Nutrición]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2013.
11. Paredes G. Frecuencia y porcentaje sobre conocimientos y creencias de lactancia materna en una muestra de 150 pacientes del Área de post- parto del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor. [Tesis de Licenciatura en Obstetricia]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2013.
12. Gerónimo R, Magaña M, Zetina E, Herrera Y, Contreras J. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de

- un hospital de tercer nivel. [Tesis de Licenciatura]. Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 2014.
13. Pahuara A. Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de seis meses. [Tesis de Licenciatura en Nutrición]. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana; 2013.
 14. Borre Y, Cortina C, Gonzáles G. Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente? [Tesis Doctoral]. Bucaramanga: Universidad de Santander; 2014.
 15. Cardama J. Conocimiento sobre lactancia materna en mujeres en edad fértil en el Asentamiento Humano Delicia Manzur. [Tesis de Licenciatura]. Punchana: Loreto; 2015.
 16. Mini E, Butron J, Aquino L, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva, en madres lactantes con niños menores de un año, INMP. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
 17. León, L. Conocimiento de madres primíparas sobre lactancia materna exclusiva - Centro de Salud Villa San Luis. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2012.
 18. Delgado L, Nombera F. Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. HRDLM. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012.
 19. García, L. Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo. [Tesis de Licenciatura en Medicina]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
 20. Huamayalli M. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en primigestas del P.S. San Juan. [Tesis de Licenciatura en Obstetricia]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2013.
 21. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An Fac med. 2009;70(3):217-24
 22. Piaget. Teoría de Conocimientos y su relación con el ser Humano. San Agustín. Constructivismo cognitivo. , 2012. [citada 30 Mayo 2015]. [Alrededor de 11 paginas]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32321/6/Teoria%20de%20Jean%20Piaget.pdf>
 23. Vygotsky. G, Ausubel. F. Los Pilares Básicos del Constructivismo. [Monografía en internet]. 2010. [citado 30 Mayo 2015]. [Alrededor de 9 paginas]. Disponible en: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_34/R_AFAEL_GONZALEZ_BAEZ_2.pdf

24. Bajo A, Lailla J, Xercavins J. Capítulo 1: Anatomía del aparato genital femenino. En: Glándula mamaria. Fundamentos de Ginecología. 1ed. España: SEGO. 2009. p. 26.
25. Drake R, Vogl A, Mitchell A. Capítulo 3: Tórax. En: Mama. Gray Anatomía para estudiantes. 3ed. España: Elsevier España, S.L.U. 2015. p. 139.
26. Kenneth S. Capítulo 28: Aparato reproductor femenino. En: Las mamas y las glándulas mamarias/lactancia. Anatomía y fisiología. La unidad entre forma y función. 6ed. México, D.F: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. 2013. p. 1073-1074/1093-1095.
27. Barrett K, Barman S, Boitano S, Brooks H. Capítulo 25: Gónadas, desarrollo y función del aparato reproductor. En: regulación de la secreción de prolactina/Lactancia. Ganong Fisiología Médica. 23ed. México, D.F: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. 2010. p. 401/426-427.
28. Guyton A, Hall J. Capítulo 82: Embarazo y lactancia. En: Lactancia. Tratado de fisiología médica. 12ed. España: Elsevier España, S.L. 2011 p. 1014-1016.
29. García R. Composición e inmunología de la leche humana. Acta Pediatr Mex 2011; 32(4):223-230.
30. Garcés L. [Página en internet] Leche materna: Composición y funciones. © 2011 [publicado 2011; citado 22 Junio 2015]. Disponible en: <http://www.biomanantial.com/leche-materna-composicion-funciones-a-2192-es.html>
31. Mamá con apego. [Página en internet] Lactancia materna: composición y beneficios. ©2015 [publicado 23 Jul 2015; citado 28 Julio 2015]. Disponible en: <http://mamaconapego.com/lactancia-materna-beneficios/>
32. Cristaldo P, Arolfo M. Capítulo 7: Lactancia materna. Nutrición y salud materno infantil. 1ed. Colombia: Brujas 2014. P. 117-139.
33. Pinto G. [Página en internet] La importancia del calcio durante el embarazo y la lactancia. ©2015 Hospital Alemán Asociación Civil [publicado 2015; citado 28 Julio 2015]. Disponible en: <http://www.hospitalaleman.org.ar/mujeres/la-importancia-del-calcio-durante-el-embarazo-y-la-lactancia/>
34. Ferrer A. [Página en internet] Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas. © 2015 [publicado 2015; citado 28 Julio 2015]. Disponible en: <http://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-05/lactancia-materna-ventajas-tecnica-y-problemas/>
35. Intermountain Healthcare. [Página en internet] La lactancia materna: los beneficios para su bebé. © 2012 [publicado 2012; citado 24 Agosto 2015]. Disponible en: <http://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmnt?ncid=521365517>
36. El mundo. [Página en internet]. La lactancia materna prolongada aumenta el cociente intelectual a largo plazo. © 2015 [publicado 2015; citado 24 Agosto 2015]. Disponible en:

- <http://www.elmundo.es/salud/2015/03/18/55094cab22601d5a6c8b458c.html>
37. RPP. [Página en internet]; ¿Cómo influye la lactancia materna en la salud afectiva del bebé? © 2011 [publicado 26 Ago 2011; citado 24 Agosto 2015]. Disponible en: http://www.rpp.com.pe/2011-08-26--como-influye-la-lactancia-materna-en-la-salud-afectiva-del-bebe-noticia_398152.html
 38. La leche league internation. [Página en Internet]. Extracción Manual de la Leche Materna; © 2015 [publicado 14 Mar 2015; citado 09 de Mayo 2015]. Disponible en: <http://laligadelaleche.eu/lactancia/extraccion-almacenamiento/extraccion-manual-de-la-leche-materna/>
 39. White C. [Página en Internet]. Cuidados personales durante la lactancia materna; ©1997-2015 ADAM [publicado 2013; citado 09 de Mayo 2015]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000631.htm>
 40. Eglash A, Montgomery A, Wood J. [Página en Internet]. Cuidados personales durante la lactancia; ©1997-2015 ADAM [publicado 26 Jul 2010; citado 09 de Mayo 2015]. Disponible en: <https://www.clinicadam.com/salud/5/002454.html>
 41. Onmeda. [Página en Internet]. Lactancia materna: Complicaciones; © 2015 Enfemenino.com [publicado 30 Jul 2015; citado 09 de Mayo 2015]. Disponible en: http://www.onmeda.es/mi_hijo/lactancia-complicaciones-3677-8.html
 42. Marcos I. [Página en Internet]. Obstrucción, mastitis y absceso; © 2013-2015 Alba Lactancia Materna [publicado 2013; citado 09 de Mayo 2015]. Disponible en: <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/obstruccion-mastitis-y-absceso/>
 43. Rojas J, Medina D, Restrepo A, Cano L, Gómez B, Bedout C. Candidiasis oral en el recién nacido y el lactante. Revista Colombiana Salud Libre. 2015; 10 (1): 38-45
 44. Comité de Lactancia Materna. [Página en Internet]. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna; © 2013 AEP Asociación Española de Pediatría [publicado 2015; citado 09 de Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/recomendaciones-comite-lactancia-materna>
 45. OMS. [Página en Internet]. Inicio temprano de la lactancia materna; © OMS 2015 [publicado Feb 2009; citado 13 Jun 2015]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/es/

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: Encuesta



N° DE ENCUESTA

**ENCUESTA CONFIDENCIAL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN GESTANTES DEL HOSPITAL LA
CALETA. CHIMBOTE, 2015**

REGIÓN		PROVINCIA		DISTRITO		CIUDAD	
DIRECCIÓN (calle, jirón, avenida)							
MZ	LOTE	NÚMERO	INTERIOR	PISO	URBANIZACIÓN/SECTOR		
VISITA DEL ENCUESTADOR							
FECHA			HORA DE INICIO			HORA DE TÉRMINO	

COMENTARIO DEL ENCUESTADOR

.....
.....
.....

Soy un miembro de un grupo de investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote y estoy realizando un estudio sobre el conocimiento de la lactancia materna en gestantes del Hospital La Caleta.

Solicito tu colaboración, para que me ayudes a profundizar en el conocimiento que tienen las gestantes y cuáles son las actitudes y los comportamientos relacionados a la lactancia, así como los problemas a los que se enfrentan.

Este cuestionario es anónimo. Muchas gracias por tu colaboración.

CUESTIONARIO N°: _____

FACTORES SOCIOCULTURALES:

1. Edad:

2. Estado Civil:

- 1. Casada
- 2. Conviviente
- 3. Soltera
- 4. Divorciada

3. Lugar de procedencia (Urbanización.../PJ.../AA.HH....Y distrito).

.....

4. Grado de Instrucción:

- 1. Inicial/Preescolar
- 2. Primaria incompleta
- 3. Primaria completa
- 4. Secundaria incompleta
- 5. Sec. completa
- 6. Superior técnico completo
- 7. Superior técnico incompleto
- 8. Universitario incompleto
- 9. Universitario completo
- 10. Ilustrada

5. Ocupación:

- 1. Su casa
- 2. Empleada
- 3. Independiente
- 4. Estudiante

6. N° de embarazo

7. ¿Cuál es su establecimiento de origen?.....

8. ¿Recibió información sobre lactancia materna? 1. SI () 2. NO ()

9. ¿Quién le brindo la información?

- 1. Enfermera () 2. Obstetra () 3. Médico () 4. Téc. enfermería () 5. NA ()

10. Está satisfecha con la información recibida: 1. SI () 2. NO ()

¿Porqué?.....

CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

11. Durante los primeros 6 meses de vida del bebe Ud. debe alimentarlo con:

1. Leche materna más agüita de anís.
2. Solamente leche materna.
3. Leche materna más leche artificial.

12. Es falso respecto al calostro:

1. Es un líquido segregado por las mamas a fines del embarazo y los primeros días después del parto.
2. Es un líquido blanquecino segregado por las mamas a partir de las 3 semanas luego del parto.
3. Es bueno para el bebé y le brinda protección contra enfermedades.
4. No sabe

13. ¿Cuándo se le comienza a dar alimentos sólidos (ej.: comidas o papillas) al bebé?

1. A los 4 meses.
2. A los 5 meses.
3. Desde los 6 meses.
4. A los 7 meses.

CONOCIMIENTO DE DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA

14. ¿Hasta qué edad se le debe dar pecho al bebé?

1. Hasta los 6 meses.
2. Hasta los 12 meses.
3. Hasta los 2 años o más.

CONOCIMIENTO DEL INICIO DE LACTANCIA MATERNA

15. ¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna su bebé?

1. Durante la 1ra hora de nacido.
2. A las 4 horas de nacido.
3. A las 24 horas de nacido.
4. Cuando él bebe llore de hambre por primera vez.

CONOCIMIENTO DE FRECUENCIA DE MAMADA

16. ¿Cada cuánto tiempo debe mamar él bebe?

1. Cada 2 horas.
2. Cada vez que el bebé lo pida, máximo cada 3 horas.
3. Cada 4 horas.

17. Si su bebe duerme por más de tres horas, ¿qué haría Ud.?

1. Dejo que siga durmiendo.
2. Lo despierto y le doy biberón.
3. Lo despierto y le doy pecho.
4. Sólo lo despierto.

CONOCIMIENTO DE EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LA LECHE

18. Si Ud. trabajará o estuviera fuera de su casa, ¿cómo debe de alimentar al bebe?

1. Tendría que darle leche artificial.
2. Le daría leche materna mientras esté con mi bebe y leche artificial cuando me separe de él.
3. Tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.

19. La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:

1. Hasta 1 hora.
2. Hasta 8 horas
3. No sabe

CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

20. ¿Cuál es la alimentación más completa y adecuada para el niño durante los primeros 6 meses de vida?

1. Sólo leche materna.
2. La lactancia artificial.
3. La lactancia materna más artificial.
4. Leche materna más agüitas.

21. Si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea:

1. Le suspende la lactancia materna.
2. Le da panetela y otras agüitas.
3. Le da lactancia materna más suero oral.
4. Le daría pecho con mayor frecuencia.

22. ¿Qué madres no deben de dar de lactar al bebé?

1. Madres que tienen tos
2. Madres con VIH /SIDA
3. Madres que lavan mucha ropa.

CONOCIMIENTO DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

23. Puede Ud. decirme cuales de las siguientes NO es un beneficio de la lactancia materna.

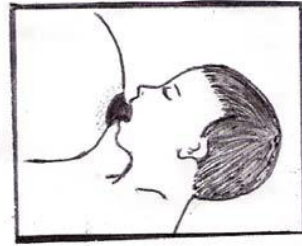
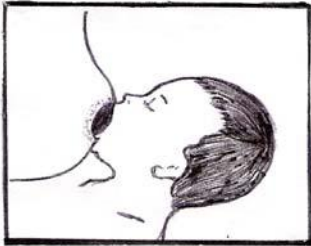
1. Fortalece el vínculo afectivo y disminuye la hemorragia posparto, la anemia y la mortalidad materna.
2. Previene enfermedades respiratorias y diarreicas.
3. Garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño.
4. Darle sólo leche materna al bebé, funciona como un método anticonceptivo sólo hasta los 6 meses de edad del bebé.
5. No contiene todos los nutrientes que el bebé necesita durante los 6 meses de vida.

CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA

24. Marque la gráfica correcta en que se muestra la posición en cómo debe de dar de lactar a su bebe:



25. Marque la gráfica correcta de como colocar la boca de su bebe al pecho para la lactancia:



26. ¿Por cuál de las mamas empieza nuevamente a darle de lactar al bebé?

1. Empezará dar de lactar por cualquier seno
2. Iniciará por la mama que no estuvo lactando anteriormente

27. Para interrumpir la succión:

1. Jala el pezón para que le bebe suelte
2. Introduce un dedo en su boquita para que suelte el pezón

28. Marca V (verdadero) o F (falso) respecto a los cuidados que se deben tener durante la lactancia.

1. Consumir alimentos variados y saludables.
2. No consumir alimentos o bebidas frías.
3. Evitar el café, los cigarrillos y el alcohol. Antes de consumir algún medicamento, consultarlo con un doctor
4. Además de la lactancia como método anticonceptivo (sólo durante los 6 primeros meses), se puede usar los condones, las píldoras o inyecciones de sólo progesterona y los DIU.

ANEXO 2: Consentimiento Informado

“Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria”

Señora
Presente.-

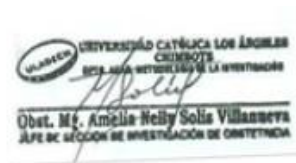
De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para comunicarle que la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, a través del Departamento Académico de Metodología de la Investigación, se encuentra realizando un estudio sobre el conocimiento de la lactancia materna exclusiva en gestantes del Hospital La Caleta de Chimbote durante el periodo de septiembre a octubre del 2015, con el objetivo de fortalecer la práctica del amamantamiento exclusivo en la población.

Usted ha sido seleccionada para participar de dicha investigación. En tal sentido, solicito a usted participar en la encuesta que le haga la estudiante investigadora de Obstetricia de nuestra casa superior de estudio, quien está especialmente capacitado para realizar este tipo de tarea.

Le aseguramos que la información proporcionada recibirá un tratamiento estrictamente confidencial y anónimo. Las respuestas obtenidas no serán divulgadas en forma individual bajo ninguna circunstancia y servirá únicamente como información científica.

Por todo lo expuesto, agradezco desde ya, la atención que usted brinda a la presente.
Atentamente,



ANEXO 3

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PARTICIPANTE

Yo, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, EXPONGO:

Que he sido debidamente INFORMADA por los responsables de realizar la presente investigación científica, quedando entendido la importancia de mi participación en la encuesta para contribuir al mencionado trabajo de investigación.

Que he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

MANIFIESTO:

Que habiendo comprendido y estando satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, OTORGO EL CONSENTIMIENTO para participar de la encuesta. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí persona en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.

Firma del encuestado

Fecha: _____

ANEXO 4



Hospital La Caleta-Chimbote

ANEXO 5

