

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZÚ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SEDE CORONEL OVIEDO



**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MADRES
SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL AREA DE
ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL LOMA PYTA.
DICIEMBRE-2018 A MARZO-2019**

DEIDA CONCEPCIÓN SÁNCHEZ MALDONADO

Coronel Oviedo, Paraguay

Junio, 2019



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SEDE CORONEL OVIEDO**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MADRES SOBRE
LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DE ALOJAMIENTO
CONJUNTO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE
LOMA PYTA. DICIEMBRE-2018 A MARZO-2019**

**Trabajo de investigación presentado para optar por el
Título de Diplomado en Neonatología**

Autor/a: Deida Concepción Sánchez Maldonado

Tutor/a: Profesor Dr. José María Lacarrubba Talia

Asesor/a: Profesora Magister, Giselle Martínez Gutiérrez

Coronel Oviedo, Paraguay

Junio, 2019

HOJA DE APROBACIÓN

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO

Quien suscribe, **la Profesora Magister, Giselle Martínez Gutiérrez**, con número de cédula de identidad 7.758.022, da fe que ha acompañado el proceso de investigación y revisión de este estudio, encontrándolo de acuerdo con las Normativas y exigencias de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Caaguazú.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN titulado **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL AREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DELOMA PYTA. DICIEMBRE-2018 A MARZO-2019** redactado por la cursante **Deida Concepción Sánchez Maldonado**, con número de cédula de identidad 3.968.428, y para que así conste, firma y sella la presente en fecha 14 de junio del 2019.

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN

Quien suscribe, el **Profesor Dr. José María Lacarrubba Talia**, con número de cédula de identidad 482.903, Director del Curso de Post Grado **DIPLOMADO EN NEONATOLOGIA**, deja expresa constancia de que la presente MONOGRAFIA titulada **CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL AREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DELOMA PYTA. DICIEMBRE-2018 A MARZO-2019**, redactado por la cursante **Deida Concepción Sánchez Maldonado**, con número de cédula de identidad 3.968.428 cumple con los criterios científicos, académicos y formales para su aceptación como requisito para el examen final.

DEDICATORIA

Se la dedico al forjador de mi camino, al padre celestial por sus incontables muestras de amor y por haberme permitido llegar hasta este punto.

A mis padres quienes me dieron vida, educación, motivación y confianza permitiéndome ser una persona de bien.

A mis hermanos por estar siempre para mí.

A mi esposo Gustavo quien me apoyo y alentó para continuar.

Deida Sánchez Maldonado

AGRADECIMIENTOS

A mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro.

Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de este trabajo de investigación con éxito.

Deida Sánchez Maldonado

INDICE

| | Páginas |
|---|---------|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 13 |
| 1.1. Planteamiento del problema..... | 14 |
| 1.2. Pregunta de investigación..... | 15 |
| 2. OBJETIVOS..... | 16 |
| 2.1. Justificación..... | 17 |
| 2.2. Antecedentes..... | 19 |
| 3. MARCO TEÓRICO..... | 23 |
| 3.1. Situación de la lactancia materna en el Mundo y en el Paraguay..... | 23 |
| 3.1.1 La iniciativa hospital amigo del niño en el Paraguay..... | 24 |
| 3.2. Lactancia Materna..... | 25 |
| 3.3. Importancia de la lactancia materna..... | 26 |
| 3.4. Cambios en la composición de la leche materna durante el periodo de lactancia..... | 27 |
| 3.5. Composición de la leche madura..... | 28 |
| 3.6. Factores inmunológicos en la leche materna..... | 31 |
| 3.7. Tipos de lactancia..... | 32 |
| 3.8. Anatomía del amamantamiento..... | 33 |
| 3.9. Fisiología de la glándula mamaria..... | 34 |
| 3.10. Técnica de amamantamiento..... | 36 |
| 3.10.1 Posiciones para amamantar..... | 36 |
| 3.10.2 Procedimiento para amamantar..... | 37 |
| 3.11. Frecuencia y duración de las tomas..... | 38 |
| 3.12. Extracción, conservación y administración de la leche materna..... | 39 |
| 3.13. Otras opciones de alimentación..... | 40 |
| 3.14. Leche de donante y leche tratada con calor..... | 41 |
| 3.15. Enfermedad Materna y Lactancia..... | 41 |
| 3.16. Lactancia y Medicación de la Madre..... | 44 |
| 3.17. Beneficios de la lactancia materna..... | 44 |
| 3.18. Prácticas que apoyan la lactancia materna..... | 46 |

| | |
|---|----|
| 5. MARCO METODOLÓGICO..... | 49 |
| 4.1 Tipo de estudio | 49 |
| 4.2 Delimitación espacio- temporal..... | 49 |
| 4.3 Población, muestra y muestreo..... | 49 |
| 4.4 Criterios de inclusión y exclusión | 49 |
| 4.5 Operacionalización de variables | 50 |
| 4.6 Técnica e instrumento de recolección de datos | 53 |
| 4.7 Análisis estadístico | 56 |
| 4.8 Consideraciones éticas..... | 57 |
| 6. RESULTADOS | 58 |
| 7. DISCUSION Y COMENTARIOS..... | 76 |
| 8. CONCLUSIONES | 78 |
| 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 81 |
| ANEXOS | 89 |

LISTA DE TABLAS

| CONTENIDO | PÁGINA |
|--|--------|
| Tabla 1. Características socio demográficos de las madres encuestadas sobre la lactancia materna en el área de alojamiento conjunto del hospital materno infantil de Loma Pyta. Diciembre 2018-marzo 2019. n=100. | 59 |
| Tabla 2. Encuesta a madres sobre el conocimiento de la lactancia materna realizada en el área de alojamiento conjunto del hospital Materno Infantil Loma Pyta. Diciembre-2018 a marzo-2019. n=100 | 61 |
| Tabla 3. Encuesta a madres sobre el conocimiento de la lactancia materna según dimensiones realizada en el área de alojamiento conjunto del Hospital materno Infantil Loma Pyta. Diciembre 2018-marzo 2019. n=100 | 62 |
| Tabla 4. Nivel de conocimiento de las madres según dimensiones sobre la lactancia materna en el Hospital materno Infantil de Loma Pyta. n=100. | 64 |
| Tabla 5. Encuesta a madres sobre actitudes frente a la lactancia materna realizada en el área de alojamiento conjunto del Hospital Materno Infantil Loma Pyta. Diciembre-2018 a marzo-2019. n=100 | 66 |
| Tabla 6. Encuesta a madres sobre actitudes frente a la lactancia materna según dimensiones realizada en el área de alojamiento conjunto del Hospital materno Infantil Loma Pyta. Diciembre 2018-marzo 2019. n=100 | 67 |
| Tabla 7. Escala de actitud de las madres frente a la lactancia materna en el Hospital Materno Infantil de Loma Pyta. n=100 | 69 |
| Tabla 8. Relación entre el nivel de conocimientos y actitudes de las | |

| | |
|--|----|
| madres sobre lactancia materna. n=100 | 71 |
| Tabla 9. Conocimientos y actitudes relacionados con la edad de las madres. n=100 | 72 |
| Tabla 10. Conocimientos y actitudes relacionados el número de hijos de las madres. n=100 | 73 |
| Tabla 11. Conocimientos y actitudes relacionados con el nivel académico de las madres. n=100 | 74 |
| Tabla 12. Conocimientos y actitudes relacionados con el lugar de procedencia de las madres. n=100 | 75 |
| Tabla 13. Conocimientos y actitudes relacionados con el trabajo de las madres. n=100 | 76 |

RESUMEN

La leche materna es el único alimento que nutre al niño o niña completamente durante los primeros 6 meses de vida y el único alimento que le da protección sostenida y completa durante los primeros 2 años. El presente trabajo consistió en un estudio sobre los conocimientos y actitudes de madres sobre lactancia materna en alojamiento conjunto del Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil de Loma Pyta. **Objetivo:** Determinar los conocimientos y actitudes de las madres sobre Lactancia Materna. **Marco metodológico:** El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 100 madres de neonatos del servicio de neonatología del área de alojamiento conjunto durante los meses de diciembre del 2018 a marzo del 2019. **Resultados.** El 53% de las madres tenían un conocimiento medio sobre la lactancia materna, seguido de alto conocimiento (46%) y en menor proporción un nivel bajo de conocimiento sobre lactancia materna (1%). Con relación a la actitud se puede apreciar que un 46% de las madres de neonatos presentaron actitudes favorables seguidas de un 40% de actitudes desfavorables y en menor porcentaje una actitud medianamente favorable (14%).

Conclusión: La mayoría de las madres tienen un conocimiento medio sobre la lactancia materna y una actitud favorable frente a la misma.

Palabras claves: Lactancia materna, Conocimientos, Actitudes.

ABSTRACT

Breast milk is the only food that nourishes the child completely during the first 6 months of life and the only food that gives sustained and complete protection during the first 2 years. The present work consisted of a study on the knowledge and attitudes of mothers about breastfeeding in joint accommodation of the Neonatal Service of the Loma Pyta Maternal and Child Hospital. **Objective:** Determine the knowledge and attitudes of mothers about breastfeeding. **Methodological framework:** The study was of a quantitative, descriptive cross-sectional type. The sample consisted of 100 mothers of neonates from the neonatology service of the joint accommodation area during the months of December 2018 to March 2019. **Results.** 53% of the mothers had an average knowledge about breastfeeding, followed by high knowledge (46%) and to a lesser degree a low level of knowledge about breastfeeding (1%). With regard to attitude, it can be seen that 46% of mothers of neonates presented favorable attitudes followed by 40% of unfavorable attitudes and in a lesser percentage a moderately favorable attitude (14%).

Conclusion: Most mothers have a medium knowledge about breastfeeding and a favorable attitude towards breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, Knowledge, Attitudes.

1. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es muy significativa para el crecimiento y buena salud del niño. Esto se debe a su adecuada composición y su influencia en el desarrollo cognitivo y sensorial del infante.

La leche de la madre es el único alimento que nutre al niño o niña completamente durante los primeros 6 meses de vida y el único alimento que le da protección sostenida y completa durante los primeros 2 años. La lactancia exclusiva en este periodo es recomendada por la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund)⁽¹⁾.

A pesar de estos beneficios bien documentados para la salud, la tasa de lactancia materna es muy baja (alrededor de 30%) en comparación con lo recomendado en forma ideal en la literatura internacional (superior al 45%)⁽²⁾.

Son diversos los factores conocidos que afectan la lactancia. Dentro de estos se mencionan: la edad materna, nivel de educación, estado socioeconómico, estado civil, empleo y factores psicológicos relacionados con la madre y el hijo.

Es sabido que el reemplazo de la leche materna y la introducción de otro tipo de alimentación en los infantes está relacionada mayormente con los casos con enfermedades entre ellas principalmente los síndromes diarreicos.

El riesgo de morbilidad y mortalidad incrementan significativamente cuando un infante menor de seis meses de edad no es alimentado exclusivamente con leche materna, lo cual ha producido 1,06 millones de muertes por año a nivel mundial⁽³⁾.

En este contexto, el propósito del presente trabajo es determinar el nivel de conocimiento y actitudes de madres sobre lactancia materna en alojamiento conjunto del Servicio de Neonatología Hospital Materno Infantil de Loma Pyta.

3. Planteamiento del problema

La lactancia forma parte integral del proceso reproductivo y es la forma ideal y natural de alimentar al lactante. Constituye una base biológica y psicológica única para el desarrollo del neonato hacia la infancia.

A pesar de la composición y la protección que brinda este alimento al niño sigue registrándose a nivel mundial que la alimentación con lactancia materna exclusiva ha disminuido en las últimas décadas, provocado en gran medida por la diversidad de tipos de leche y de sus derivados industriales, así como su amplia comercialización, conjuntamente con factores bio-socio-culturales.

En Latinoamérica, muchas son las muertes de recién nacidos al mal estado de nutrición relacionado con la falta o interrupción del periodo de lactancia materna, situación injustificable debido a que uno de los objetivos de la salud pública es promoción de la lactancia⁽⁴⁾. Tras varias investigaciones junto a publicaciones y encuestas realizadas a madres los impedimentos que aparecen de forma mayoritaria, son el de la difícil compatibilidad entre la actividad laboral y la práctica, este hecho ha venido siendo motivo del abandono de la lactancia materna, tras la reincorporación al puesto de trabajo después del alta respectiva; esta situación afecta tanto el aspecto personal y el social debido a que las madres consideran que el trabajo fuera del hogar es fundamental. También cabe destacar que el abandono de la lactancia es simplemente por desconocimiento de la importancia de la leche materna desde el nacimiento hasta los meses y años posteriores.

En Paraguay, aunque existan leyes que amparen la lactancia materna (Ley 5508) solo el 31% de las madres realizan la lactancia materna exclusiva según datos proveídos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Esta

situación conduce al planteamiento de nuevos objetivos y búsqueda de soluciones por parte de la salud pública como también la comunidad debido a que la leche materna es la primera medida de seguridad alimentaria para disminuir la mortalidad infantil⁽⁵⁾.

1.2 Pregunta de investigación

Frente a este contexto surge la necesidad de formular la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los conocimientos y actitudes de las madres sobre Lactancia Materna en alojamiento conjunto del Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil de Loma Pyta desde el mes de diciembre del 2018 a marzo del 2019?

2. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar los conocimientos y actitudes de las madres sobre Lactancia Materna en alojamiento conjunto del Servicio de Neonatología de Hospital Materno Infantil de Loma Pyta desde el mes de diciembre del 2018 a marzo del 2019.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento de las madres en estudio.
- Identificar las actitudes de las madres sobre Lactancia Materna.
- Relacionar conocimientos y actitudes de las madres que participaron de la investigación.
- Asociar conocimientos y actitudes con las características sociodemográficas de las madres en estudio.

3. Justificación

Facilitar la lactancia materna es una intervención en salud pública con implicaciones mundiales de amplia repercusión.

La promoción de la salud es percibida como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, para tal fin se requiere del esfuerzo coordinado de los sectores salud, trabajo, educación, industria, sociedad civil y comunidad. Al mismo tiempo optimiza nuestra calidad de vida y el disfrute pleno del desarrollo humano⁽⁶⁾.

Es por ello que la promoción de la lactancia materna constituye un pilar importante en la promoción de la salud, pero muchas veces esto es insuficiente de ahí la importancia de explorar los conocimientos y actitudes de las madres en la actualidad para así encontrar los problemas del porque la lactancia materna exclusiva tiene bajo porcentaje de adherencia en nuestro país, para así enfocarnos en nuevas soluciones y mejorar la calidad de vida de cada individuo, desde su nacimiento ya que la lactancia materna no solo es un comportamiento humano fundamental e importante que fortalece el apego y los resultados psicológicos, sino que los sucedáneos de la leche materna, de forma parcial o exclusiva, repercuten sustancialmente a corto, medio y largo plazo en la supervivencia, salud y bienestar de los neonatos y sus madres. El uso de sucedáneos de la leche materna debilita el sistema inmunitario del lactante y deteriora su desarrollo cognitivo, su conducta y regulación del apetito.

Como se mencionó anteriormente existen programas encargados de la educación en las instituciones sanitarias con respecto a la lactancia materna, responsables de la divulgación de las informaciones relacionadas a la importancia de la misma; no obstante siguen presentándose casos de desnutrición prevenibles con el conocimiento.

Viendo esta realidad surge la necesidad de investigar el nivel de conocimiento y la actitud de las madres frente a la lactancia materna debido a que a partir de estos resultados se realizará una modificación y revitalización de la forma en que se realiza la promoción como por ejemplo brindar recomendaciones e indicaciones breves y puntuales sobre los beneficios y el manejo de la lactancia durante las consultas en el periodo prenatal y postnatal en el área de alojamiento conjunto y establecer un acuerdo con el equipo interdisciplinario del hospital con el fin de mejorar la intervención educativa por parte del personal sanitario a las madres.

2.2 Antecedentes

La necesidad de demostrar el nivel de conocimiento y actitudes sobre la lactancia materna surgen debido al elevado número de patologías prevenibles a temprana edad que guardan relación con la nutrición del recién nacido.

Existe una larga línea de investigación respecto a la lactancia materna y los factores relacionada con la misma.

En el año 2011 se realizó un estudio por Veramendi- Espinoza et al.⁽³⁾ en el Centro poblado Huaylas, Ancash-Perú con el objetivo de asociar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la lactancia materna de las madres con la frecuencia de diarrea aguda infecciosa en los últimos seis meses del niño menor de dos años. Este estudio fue de tipo analítico de corte transversal participando 34 madres de niños menores de 2 años, en donde se halló conocimiento de medio a bajo en 76,5% de las madres encuestadas, actitudes neutras en 58,8% y favorables en 20,6 y prácticas neutras en 64,7% e inadecuadas en 23,5%. No se encontró correlación entre estos.

Con base en los resultados obtenidos se concluyó que no se logró establecer ningún tipo de asociación estadísticamente significativa entre conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna con diarreas agudas infecciosas.

En el año 2013 en una investigación realizada por Espinoza D. y Valle G⁽⁷⁾ en Managua sobre Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna que poseen las madres de recién nacidos ingresados en neonatología del Hospital Alemán Nicaragüense durante los meses agosto a octubre se aplicó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal en 152 madres.

Los resultados demostraron que las madres tenían un alto nivel de conocimientos, actitud positiva y prácticas de lactancia materna, así como de la técnica de extracción manual de leche fueron las mujeres que comprendían

edades entre los 25 y 30 años de edad, que cursaron la secundaria (52%), eran amas de casa, en unión libre, provenientes de zona urbana, las cuales ya habían amamantado con anterioridad (63,8%), contrastando con las mujeres mayores de 30 años de edad quienes resultaron con el menor nivel de conocimientos, actitud positiva y práctica de lactancia materna, en especial las mayores de 35 años de edad.

Dicho trabajo concluyó que el nivel de conocimientos sobre lactancia materna que poseían las madres de los recién nacidos ingresados en neonatología no fue satisfactorio, debido a que las madres entrevistadas en su mayoría conocen y practican tan solo una posición para dar de lactar, que resultó ser la clásica o sentada, así mismo presentaron desconocimiento sobre la técnica de extracción manual de leche materna, en especial sobre el tiempo de duración de la leche materna refrigerada y no refrigerada, su almacenamiento y conservación, así como la forma de administración de la misma.

En Bagua, una ciudad de Perú en el año 2014 Bautista-Hualpa Y y Diaz I.⁽⁸⁾ organizaron una investigación determinar el nivel de conocimientos y prácticas en lactancia materna de las madres adolescentes que asisten al Centro de Salud Bagua. El trabajo fue de tipo descriptivo, de diseño transversal.

La muestra estuvo conformada por 88 madres adolescentes con niños menores de seis meses de edad.

Los resultados de este estudio en cuanto al nivel de conocimientos en lactancia materna fue bajo (37%) y la práctica de la lactancia fue inadecuada (71%). Se concluyó que las madres adolescentes tenían en promedio un hijo, eran estudiantes y la mayoría vivían con sus padres. El mayor porcentaje de madres adolescentes tuvieron un nivel bajo de conocimientos y realizaban una práctica inadecuada de lactancia materna.

En un estudio realizado por García N. y Fernández P.⁽⁹⁾ acerca de los conocimientos, actitudes y práctica en relación a la lactancia materna que tenían las madres antes de irse de alta del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, entre los meses de marzo y abril de 2017 en un estudio de tipo analítico transversal en donde se reclutaron mujeres que estaban ingresadas en la Unidad de Obstetricia y la Unidad de Pediatría tras el parto o la cesárea, participaron 96 madres de las cuales el porcentaje de lactancia materna exclusiva al alta fue 87,5%. El 90,5% de las mujeres refirieron tener apoyo familiar. El 70,8% de las mujeres sabían que se recomienda dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. El 41,4% de las madres creía que la frecuencia de alimentación con leche materna, en un bebé menor de 6 meses, tiene que ser a demanda y el 36,8% cada tres horas. El 91,7% de las mujeres consideraba que la leche materna es el alimento ideal para los bebés. Predominó una actitud neutra hacia la Lactancia materna (55%) seguida de una actitud positiva hacia la misma (45%).

Finalmente se concluyó que las mujeres del estudio demostraron tener conocimientos sobre la lactancia materna, aunque con dudas en algunos aspectos. En el ámbito de la práctica, casi el 90% de las mujeres fueron dadas de alta con lactancia exclusiva.

En el año 2018 en un trabajo presentado por Olivera-Cardozo et al.⁽²⁾ se determinó el grado de conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas primigestas, para ello se realizó una investigación explicativa, prospectiva y transversal en primigestas atendidas en la consulta prenatal.

En el estudio participaron 80 embarazadas con edad promedio de 19,7 +/- 5,1 años, la mayoría estaban casadas (55,3%) y eran amas de casa (48,7%).

Mostraron alto conocimiento sobre contraindicaciones (78,8%) y posiciones correctas de lactancia (73,8%), y bajos en cuanto a extracción manual y almacenamiento de la leche materna (12,5%). La asociación entre la edad y las ventajas de lactancia materna exclusiva se encontró que era negativa, débil y significativa. También se observó asociación significativa, negativa y débil entre el estado civil y las ventajas de la lactancia materna exclusiva y positiva y débil con las posiciones correctas de lactancia).

Con base en los resultados se concluyó que las embarazadas primigestas tienen un alto grado de conocimiento sobre ciertos aspectos de la lactancia materna, pero se deben hacer esfuerzos por mejorar la comprensión de otros aspectos importantes.

3. MARCO TEÓRICO

3. Situación de la lactancia materna en el Mundo y en el Paraguay

El estado nutricional del niño menor de dos años y, en última instancia, su sobrevivencia hasta los 5 años depende en gran medida de sus prácticas de alimentación. Según la Organización Mundial de la Salud existen indicadores claves para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño son: Inicio temprano de la lactancia materna, lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, lactancia materna predominante antes de los 6 meses de edad, lactancia materna continua al año de vida, lactancia materna continua hasta los 2 años de edad⁽¹⁰⁾.

Las cifras de lactancia materna exclusiva varían mucho. Desde la Declaración de Innocenti, el promedio de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad, en el mundo aumentó de 34 a 41%, pero luego bajó a 38%.

Desde la llegada de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, la lactancia materna tuvo un aumento del 21.9 % en el 2004, 24,8% en el 2008, para decaer a 12,8% en el 2011-2012 y aumentar al 31,3 % en la última encuesta MICS 2016 ⁽⁵⁾.

En nuestro país, el inicio de la lactancia materna es casi generalizada, ya que del 95 al 98 % de los niños han lactado alguna vez, pero solo el 49,5 % lo realizaron dentro de la primera hora de vida según la ENSSR 2008, Encuesta de Ingresos, gastos y de Condiciones de vida 2011-2012 y la Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados-MICS 2016). Los últimos datos del MICS 2016 revelan que el problema fundamental es la introducción de agua u otros líquidos (jugos, caldos, fluidos rituales) junto con la leche materna en los lactantes menores de 6 meses, ya que la lactancia predominante es alta del

54,1 %. El porcentaje de lactancia materna continua desciende con la edad; así a los 1 año de edad es del 48,2 % y a los dos años 21,0% (MICS 2016). La Iniciativa Mundial sobre tendencias de la lactancia materna en Paraguay, de IBFAN LAC (Red Mundial de Grupos pro Alimentación Infantil- Latinoamérica y Caribe) para el 2015, además de presentar los indicadores básicos de lactancia materna en consonancia con los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible) evalúa los programas y políticas en lactancia materna del país⁽¹⁰⁾.

3.3.1. La iniciativa hospital amigo del niño en el Paraguay

En Paraguay en 1991 el Ministerio de Salud resuelve por resolución S.G.N°341 conformar el Comité Ejecutivo del Programa de Promoción de la Lactancia Materna dependiente de la división Materno Infantil nombrando un Coordinador nacional. En 1993 por resolución S.G. N°377 el Comité ejecutivo pasa a denominarse “Comisión de Fomento de la Lactancia Materna” (COFOLAM) dependiente de la División Materno Infantil de este ministerio que tiene como función promover, impulsar, coordinar y racionalizar programas o acciones relativas a la difusión de la práctica de la Lactancia Materna en el país. En ese mismo año, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) por Resolución Ministerial S.G. N°326 elabora la NORMA PARA LA IMPLEMENTACION DE LA “INICIATIVA DE LOS HOSPITALES AMIGOS DEL NIÑO Y DE LA MADRE” EN EL PARAGUAY, estableciendo los criterios globales que deben reunir los hospitales amigos del niño en su etapa de implementación y dispone que los profesionales médicos y técnicos de las instituciones dependientes de este ministerio que trabajan en los Programas en desarrollo sobre la atención a la mujer gestante ,madres, lactantes y niños menores de dos años, adopten e implementen dicha norma⁽¹¹⁾.

3.2. Lactancia Materna

La leche materna es el alimento más completo que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido. Además de los beneficios que presenta por su composición se destaca la parte emotiva de la lactancia debido a que fortalece el vínculo “Madre e hijo”. Existen evidencias comprobadas científicamente de que la leche materna protege desde los primeros meses al lactante frente a muchas enfermedades tales como, bronquiolitis, neumonía, diarreas, otitis, meningitis, infecciones de orina, enterocolitis necrotizante los síndrome de muerte súbita del lactante, mientras el bebé está siendo amamantado; pero también le protege de enfermedades futuras como asma, alergia, obesidad, enfermedades inmunitarias como la diabetes, la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa y arterioesclerosis o infarto de miocardio en la edad adulta y favorece el desarrollo intelectual⁽¹²⁾.

Por todo lo mencionado, es importante que en el período neonatal se establezcan prácticas adecuadas de alimentación y llevarlas a cabo de forma continua desde la infancia y la adolescencia hasta la edad adulta.

La alimentación saludable desde los primeros meses de vida requiere la colaboración entre los miembros de la familia, el sistema sanitario, las escuelas, la comunidad y el gobierno.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han declarado que la lactancia materna y la administración de leche humana deben ser la práctica normal en la alimentación y nutrición de los lactantes. Las mismas recomiendan que los lactantes sean alimentados exclusivamente con leche materna durante 6 meses. La lactancia materna debería continuarse tras la introducción de la alimentación complementaria durante 1 año o más, según decidan tanto la madre como el lactante. El éxito

del inicio y el mantenimiento de la lactancia materna dependen de múltiples factores, como la educación sobre la misma, las prácticas y los protocolos del hospital sobre lactancia, el seguimiento habitual y oportuno y el apoyo familiar y social⁽¹⁾.

La malnutrición ha sido la causa, directa o indirectamente, del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con unas prácticas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida⁽⁴⁾. Por ello es importante recibir buena información con respecto a los beneficios y ventajas de la lactancia materna.

Las tomas deberían iniciarse poco después del nacimiento a menos que existan patologías médicas que las contraindiquen. Las madres primíparas deben recibir instrucciones y estas deben ser las más claras posibles, enseñándoles las señales que indican que el lactante está hambriento, la técnica de agarre al pecho, la posición del lactante y la frecuencia de la alimentación⁽¹⁾.

3.3. Importancia de la lactancia materna

La lactancia materna es un hecho que está sujeto a cambios o modificaciones que están influenciadas por factores sociales, culturales y económicos pero ninguno de estos le resta toda la importancia y beneficios que posee. La leche humana no es sólo un conjunto de nutrientes apropiados para el lactante, sino un fluido vivo con más de 200 componentes conocidos, que interactúan y que tienen más de una función cada uno, generalmente una nutricional y otra de protección contra las infecciones o de estímulo del desarrollo⁽¹³⁾.

3.4 Cambios en la composición de la leche materna durante el periodo de lactancia

La leche materna varía de una mujer a otra en su contenido nutricional, e incluso hay variaciones según la etapa de la lactancia y la hora del día. Modifica su composición y volumen para adaptarse a los requerimientos del lactante a lo largo del tiempo⁽¹⁴⁾.

a. El calostro: Su función principal es la de proporcionar lo que el niño necesita para el crecimiento y protección del aparato digestivo⁽¹⁵⁾. Es la secreción de la leche que está presente en los primeros cinco a siete días post-parto, caracterizada por una mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa y grasa dando esto lugar a un aporte energético menor comparado con la leche madura. Es amarillenta por su alto contenido de carotenos. Una buena parte de las proteínas presentes en el calostro son: inmunoglobulinas, lactoferrina, factor de crecimiento *Lactobacillus bifidus*, etc. que forman parte de los aspectos inmunológicos de la leche humana. Su volumen puede variar entre 2 y 20 ml en los tres primeros días hasta 580 mL para el sexto día.

Contiene numerosas enzimas que ayudan al sistema digestivo, facilitando la evacuación del meconio, lo que evitará la hiperbilirrubinemia en el recién nacido (color amarillento al nacer-ictericia neonatal)⁽¹²⁾.

b. Leche de transición: Se produce entre el 7º y 10º día y sufre modificaciones progresivas hasta alcanzar las características de la leche madura. Ocurre un incremento progresivo de lactosa y disminución de las grasas y proteínas, el volumen alcanzado hacia el 15º día puede llegar a 660 mL/dl.

c. Leche Madura: A partir de los 15 días y puede continuar por más de 15 meses, sin reporte de pérdida de sus propiedades nutricionales. Se

producen promedio 750 mL/dl pero puede llegar hasta 1200 mL/dl o incluso más cuando se amamanta a más de un hijo⁽⁶⁾.

3.5 Composición de la leche madura

La leche madura está compuesta por:

- a. **Agua:** La cantidad de agua de la leche materna es del 87%, por lo que el bebé amamantado no necesita agua complementaria, tiene menos sobrecarga renal y un menor riesgo de deshidratación⁽¹⁶⁾. Estudios en climas calientes y secos han demostrado que los neonatos se mantienen bien hidratados, sólo con leche materna a libre demanda.
- b. **Las enzimas en la leche humana:** La lipasa y amilasa, comienzan la digestión de grasas y carbohidratos complejos respectivamente, compensando la inmadurez enzimática del lactante de modo que estén rápidamente disponibles para el bebé.
- c. **Proteínas:** Son especialmente importantes por su actividad biológica: inmunoglobulinas, enzimas, algunas hormonas, factores de crecimiento y componentes antiinflamatorio⁽¹⁷⁾. Sus proteínas están constituidas por lactoalbúmina y caseína. En el calostro y durante los primeros días la cantidad de lactoalbúmina es más alta, hasta proporciones de 90:10, mientras en la leche madura la relación baja a 60:40 y 50:50⁽¹⁸⁾.

La concentración de proteínas en la leche humana madura es de 0.9 g/dl - la más baja de todos los mamíferos - y cubre perfectamente las necesidades nutricionales del lactante humano. Además el lactante humano no puede excretar fácilmente el exceso de proteínas de las otras leches.

La leche humana contiene todos los aminoácidos esenciales. La taurina, aminoácido no considerado esencial para el adulto, sí lo es para el recién nacido. Es neurotransmisor y neuromodulador del cerebro y de la retina,

además de conjugar los ácidos de las sales biliares facilitando la absorción de los lípidos, entre otras funciones.

d. Nitrógeno No proteico

Lo constituyen carnitina, nucleótidos, ácidos nucleicos, aminoácidos libres, amino-azúcares (glucosamina, ácido neuramínico), poliaminas, urea, creatina y creatinina. La carnitina de la leche materna permite la utilización de sustratos diferentes a la glucosa, como fuente de energía para el cerebro⁽¹³⁾.

e. Grasas

Los lípidos constituyen la principal fuente de energía de la leche materna. La composición de los lípidos es variable, está asociada a la dieta de la madre, prematuridad, estadio de la lactancia, y fase de la mamada, de un pecho a otro, a lo largo del día y entre diferentes mujeres, (sin embargo la mastitis no altera las grasas, y si disminuye el volumen de leche y de lactosa y aumenta el de Sodio y el de Cloro)⁽¹²⁾.

El contenido total de grasa en la leche humana varía entre 3 y 5 g/dl. Los principales componentes de la grasa de la leche son los triglicéridos (98–99%) que son desdoblados en ácidos grasos libres y glicerol, por la lipasa, que se encuentra tanto en el intestino como en la misma leche materna. El 88% de la grasa de la leche humana está constituida por ácidos grasos polinsaturados de cadena larga, los cuales son principalmente, omega-6 y omega-3, que son esenciales porque el organismo no los produce, deben ser ingeridos en la dieta y no los contiene la leche de vaca. Los ácidos grasos omega-6, son el linoleico y el araquidónico (AA), componente de los fosfolípidos de la membrana celular y precursor de las prostaglandinas⁽¹³⁾.

f. Carbohidratos

Se presentan libres o combinados con aminoácidos y proteínas en una concentración aproximada del 7%. El 15% está compuesto por oligosacáridos, gluco péptidos, glucosa y galactosa y, el resto, es lactosa que constituye el carbohidrato predominante. Proporciona el 40% de la energía, aporta glucosa como fuente de energía y galactosa necesaria para la síntesis de galactopéptidos (fundamentales para el desarrollo del sistema nervioso central). La lactosa sirve de sustrato a la flora intestinal que produce importantes cantidades de ácido láctico reduciendo el pH intestinal. Este carbohidrato es un nutriente específico en el primer año. La mayor cantidad de enzima lactasa que la metaboliza proviene de la leche materna. Su alta concentración en la leche humana facilita la absorción del calcio y hierro y promueve la colonización intestinal con el *Lactobacillus bifidus*⁽¹⁹⁾.

Para el crecimiento de la flora bífida o bifidógena que constituye la microbiota predominante de los niños lactados al pecho son necesarios oligosacáridos nitrogenados en este caso es el factor bífido⁽¹⁷⁾.

g. Vitaminas

La leche humana contiene gran cantidad de vitaminas A y C, a diferencia de la leche de vaca, en la que predominan las vitaminas del complejo B. La cantidad de vitaminas en la leche humana varía de una madre a otra debido a diferencias de la dieta. Las vitaminas hidrosolubles de la leche materna se afectan más por la dieta de la madre que las vitaminas liposolubles. Sin embargo, en general, satisfacen los requerimientos del lactante nacido a término sano. Para su metabolismo, la vitamina D requiere que el bebé tenga una exposición solar de unos minutos diariamente, la que se ha cuantificado en dos horas a la semana, vestido y sin gorro, aunque esté nublado⁽¹³⁾.

h. Minerales

La leche contiene minerales tales como el calcio, hierro, potasio, zinc, flúor y magnesio. La leche materna contiene todos los minerales que el recién nacido necesita y son de fácil absorción. La concentración baja en minerales promueve el buen funcionamiento renal del bebé⁽²⁰⁾.

El hierro en la leche materna, 0.5 – 0.7 mg/dl, es suficiente para los primeros 6 a 8 meses en los lactantes - que nacieron sanos, a término y con un pinzamiento oportuno del cordón - porque las reservas de hierro del recién nacido y el hierro de la leche materna, cuya absorción es facilitada por los altos niveles de lactosa y de vitamina C, suplen los requerimientos y evitan la anemia ferropénica. El calcio aparece también en pequeñas cantidades en la leche humana (20–34 mg/dl), pero su absorción es del 67-75%, en comparación con la leche de vaca que es de sólo 25%. Su absorción es facilitada por la relación calcio: fósforo que es de 2:1 y por la lactosa⁽¹³⁾.

3.6 Factores inmunológicos en la leche materna

El sistema inmune del niño no está totalmente desarrollado al nacimiento y no lo estará hasta los tres años o más.

La leche materna proporciona protección al bebé, complementando al sistema, de varias maneras:

A. Inmunidad Pasiva

a. Factores Humorales

Eje entero-bronco-mamario, se abastecen con anticuerpos específicos por un corto período, los recién nacidos, pre términos y lactantes.

Las células linfáticas de las glándulas mamarias del sistema bronquial: tejido linfático asociado al bronquio (TLAB) y del TLAI se asocian una con otras y representan un sistema de defensa relativamente propio. Este sistema aporta una importante contribución a la síntesis de nuevos anticuerpos en la leche⁽²¹⁾.

Cuando la madre ingiere antígenos bacterianos, virales y otros, llegan al intestino y en el segmento terminal del íleon, donde se encuentra el tejido linfoide de las mucosas (MALT), son capturados por las células M y transportados a las placas de Peyer. Aquí se elaboran los antígenos de los macrófagos y son presentados a los linfocitos T, de donde surgen las subpoblaciones de linfocitos B, lo que hace proliferar las células precursoras productoras de anticuerpos. Estas células emigran por los ganglios linfáticos regionales del mesenterio y llegan al conducto torácico, donde se dividen en tres compartimentos: las glándulas mamarias, los tejidos linfáticos del intestino materno y el sistema bronquial. En estas regiones maduran y se transforman en células plasmáticas productoras de IgA. La leche materna contiene gran cantidad de componentes inmunológicos tanto humorales como celulares que constituyen su función protectora contra virus, bacterias y parásitos⁽²²⁾.

3.7 Tipos de lactancia

La Organización Mundial de la Salud ha definido:

Lactancia materna exclusiva: ningún otro alimento o bebida ni aún agua es ofrecido al lactante, por lo menos los primeros cuatro a seis meses de vida. Se permite que el lactante reciba gotas de hierro, vitaminas u otro medicamento necesario.

Lactancia materna predominante: significa que la fuente principal de nutrimentos es la leche humana pero el lactante ha recibido agua o bebidas a base de agua (agua endulzada, té o infusiones) jugos de frutas o electrolitos orales.

Lactancia materna parcial: Se ofrece al menos un biberón con algún sucedáneo de la leche materna. Esta a su vez se divide en tres categorías:

- alta, más del 80 % es leche materna,

- mediana, 20 a 80 % de los alimentos es leche materna y
- baja, menos del 20 % es leche materna.

Lactancia materna simbólica: Usada como consuelo o confort, son periodos cortos y ocasionales de menos de 15 minutos/día⁽²³⁾.

3.8 Anatomía del amamantamiento

La glándula mamaria se origina en la región ventral del embrión, a cada lado de la línea media, donde aparece un engrosamiento que va desde la axila a la ingle y que se ha denominado línea o cresta mamaria. Entre la quinta y séptima semana de gestación la región pectoral de este engrosamiento se hiperplasia, formando el primordio mamario, mientras que el resto se atrofia. Pueden quedar vestigios de esta cresta mamaria primitiva lo que explica la presencia de pezones o mamas supernumerarias, en el 1% de las mujeres se hace evidente por primera vez durante la lactancia. No es infrecuente la consulta de una mujer lactante por un “nódulo” axilar o submamario que segrega leche o no y que es solo la primera manifestación de una mama supernumeraria que ha respondido al estímulo hormonal. La mama es una glándula sudorípara apocrina muy especializada. Tiene dos características diferenciales muy importantes: esta modificada para producir leche y tiene capacidad de respuesta hormonal⁽²⁴⁾.

La glándula mamaria tiene una disposición arborescente en la que se distinguen los alvéolos y los conductos. Los alvéolos, formados por células secretoras (productoras de leche) dispuestas en forma de sacos, están rodeados por células mioepiteliales, que al contraerse eyectan la leche hacia los conductos. Los conductos son tubos ramificados, entrelazados e interconectados.

Un grupo de alvéolos constituye un lobulillo y varios lobulillos, un lóbulo. La glándula mamaria tiene entre 4 y 18 lóbulos (9 en promedio) que drenan la leche a través de igual número de conductos lactíferos que desembocan en el pezón, pequeña estructura cilíndrica, rugosa, pigmentada, situada por debajo del centro de la mama.

Alrededor del pezón hay un área circular pigmentada, de tamaño variable, que es la areola, donde se distinguen los tubérculos de Montgomery, elevaciones de la piel, en las que se abren conductos de glándulas sebáceas y de pequeñas glándulas mamarias que lubrican, protegen y le dan un olor peculiar a la areola. El color y el olor de la areola parecen ayudar al bebé a encontrar el pecho⁽²⁵⁾.

3.9 Fisiología de la glándula mamaria.

Neville (1989) sostiene que en la lactogénesis se deben considerar 3 etapas:

Etapa I: Iniciación de la capacidad secretora glandular en el período gestacional y postparto inmediato (calostro).

Etapa II: Iniciación de lactancia propiamente tal, con producción de leche, entre los 2 a 15 días postparto.

Etapa III: Mantenimiento de la producción de la leche o galactopoyesis.

Etapa I

La preparación de la glándula para la producción de la leche se inicia en el período gestacional. En los 3 primeros meses de embarazo aumenta la formación de conductos debido a la influencia de los estrógenos. Después de los 3 meses, el desarrollo de los alvéolos sobrepasa a la formación de los conductos, el aumento de la prolactina estimula la actividad glandular y los alvéolos se llenan parcialmente con pre calostro. En esta etapa la producción

de grandes volúmenes de leche está inhibida por la acción de los esteroides placentarios⁽²⁶⁾.

Etapas II

La producción de leche materna depende en gran medida de la secreción de prolactina por la hipófisis anterior, a la cual rige el hipotálamo. Este último controla la secreción de prolactina mediante el factor inhibidor de prolactina, que probablemente es la dopamina. La liberación de prolactina aumenta en el hipotiroidismo (la administración oral o parenteral de TSH incrementa la concentración basal de prolactina, así como en la liberación de la misma en respuesta a la succión del pezón) y por acción de los estrógenos, pero la progesterona la inhibe. Cuando una mujer está alimentando al seno, la prolactina que se libera en respuesta a la succión retarda el reinicio de la ovulación. Se inhibe la hormona estimulante del folículo del ovario (siempre que el niño succione con una frecuencia regular y no reciba alimentos complementarios) y así la secreción antagoniza la acción de las gonadotropinas⁽²⁷⁾.

Galactopoyesis o Etapa III

Es el periodo correspondiente a la mantención de la producción de leche y ocurre posterior al parto, alrededor del 9 día hasta el principio de la involución de la leche. La lactancia ocurre con la ayuda de dos hormonas, la prolactina y la oxitocina. En esta etapa es la oxitocina la hormona que estimula la secreción de la misma. En el puerperio (período después del parto), la succión del bebé es el estímulo fisiológico más importante para la secreción de la prolactina, para iniciarse así el primer proceso para la producción de leche.

También se puede producir por el vaciamiento de las glándulas mamarias. La oxitocina también depende de la estimulación, pero en esta

hormona, no sólo influye la succión, sino que también se libera por estímulos visuales, táctiles, olfativos y auditivos (de ahí la importancia de la tranquilidad en el momento de la lactancia y del vínculo afectivo madre-recién nacido)⁽¹²⁾.

3.10 Técnica de amamantamiento

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

3.10.1 Posiciones para amamantar

Posición echada de costado

La posición acostada resulta de utilidad en los primeros días, cuando la madre está cesareada, o por otro motivo no se puede incorporar, siempre debe estar acompañada de otra persona que la apoye, para coloca al recién nacido en la posición correcta y que además tenga un buen agarre. No debe lactar por las noches acostada, a no ser que alguien esté con ella, pues puede quedarse dormida; las grietas pueden mejorar si las madres, con anterioridad, amamantaban en otra posición, pues el bebé agarra en diferentes sitios; puede ser útil cuando el profesional no puede acudir al lugar donde la madre se encuentra, y ella refiere tener grietas, pues podrá ofrecerle su leche acostada⁽²⁸⁾.

Posición de cuna (clásica)

Se coloca al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. La madre lo sujeta con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo, pero no muy cerca del codo para que el cuello no se flexione, lo que dificultaría el

agarre. Con la otra mano dirige el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre, lo acerca con suavidad al pecho⁽²⁹⁾.

Posición biológica o natural

Igual que todas las demás crías de mamíferos nuestro bebé es capaz de alcanzar el pecho y mamar por sí mismo correctamente si se lo permitimos.

Todo fluye mejor cuando no se siguen técnicas y dejamos que todo surja de modo espontáneo. Para ello, debes estar semi-acostada o sentada con la espalda reclinada hacia atrás, y colocar el bebé boca abajo sobre ti, con la cabeza situada entre tus pechos descubiertos, de modo que no quede ni un trozo del cuerpo de tu bebé que no esté en contacto con el tuyo. No es necesario sujetarlo, solo vigilarlo, porque la propia gravedad lo mantiene firme⁽³⁰⁾.

Posición cruzada (o de cuna cruzada o inversa)

Se sostiene la cabeza del bebé con la mano del lado opuesto al pecho que va a mamar; el cuerpo del bebé se apoya sobre el antebrazo. La madre sostiene el pecho con la mano del mismo lado.

La posición de cuna cruzada es útil para bebés que no tienen buen control de la cabeza, como bebés pequeños, prematuros o enfermos.

Posición bajo el brazo (de pelota de fútbol o de sandía)

Se sostiene la cabeza del bebé con la mano del lado del pecho del que va a mamar; el cuerpo del bebé se apoya sobre una almohada y queda debajo del brazo del mismo lado que va a mamar.

La posición bajo el brazo, o de sandía, es útil para gemelos o para ayudar a drenar todas las áreas del pecho⁽¹⁰⁾.

3.10.2 Procedimiento para amamantar

- Soportar el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los labios del niño con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada.
- Recordar a la madre que debe acercar el niño al seno y no el seno al niño, previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón.
- Se debe de estimular el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, introducir el pezón y la areola. Si se resiste, bajar suavemente hacia abajo su barbilla para lograr una correcta succión.
- Los labios del niño deben estar totalmente separados, sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la Lactancia Materna. Si adopta la posición incorrecta se debe retirar del seno e intentar de nuevo.
- Luego es importante que los labios permanezcan evertidos (boca de pescado), se debe de permitir al recién nacido la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto. El amamantamiento nocturno aumenta la producción de leche⁽²³⁾.

3.11 Frecuencia y duración de las tomas

Cualquier bebé hará un mínimo de 10-15 tomas en 24 horas. Pero cada bebé lleva su ritmo y hay que respetárselo: habrá quien tome cada 3 horas durante el día y la noche, o bien cada hora durante el día y dormirán de 4 a 6 horas, y a otras y otros habrá que despertarles para las tomas, hasta que se establezca un patrón de ganancia ponderal adecuado. 36 Hay que transmitir que si

después de un pecho, rechaza el segundo no se debe preocupar, a medida que el lactante se hace mayor, la frecuencia de la demanda disminuye ⁽⁴⁾.

3.12 Extracción, conservación y administración de la leche materna

La leche materna puede extraerse para su uso posterior y ser utilizada cuando las circunstancias impidan que la madre esté con su bebé. Extraerse la leche, ya sea manualmente o con la ayuda de un sacaleches, requiere práctica y su efectividad tiende a aumentar con el tiempo. La clave para lograr extraerse la leche es conseguir duplicar el reflejo de eyección, es decir la salida de la leche. Esto se consigue visualizando al bebé y propiciando un entorno íntimo y relajado. Escoja un sitio donde el riesgo de interrupciones sea mínimo ⁽³¹⁾.

Conservación de la leche materna

Pautas para almacenamiento:

- **Calostro**

A temperatura ambiente 27 - 32 grados, de 12 a 24 horas.

Leche madura

- A 15 °C: 24 horas
- A 19 - 22 °C: 10 horas
- A 25 °C: de 4 a 8 horas
- Refrigerada entre 0 y 4 °C: de 5 a 8 días

Leche congelada

- En un congelador dentro de la misma nevera: 2 semanas
- En un congelador que es parte de la nevera pero con puerta separada (tipo combi): 3 -4 meses. (La temperatura varía según lo frecuentemente que se abra la puerta)

- En un congelador separado, tipo comercial con temperatura constante de -19 grados C : 6 meses o más⁽¹⁰⁾.

3.13 Otras opciones de alimentación

La gran mayoría de las madres pueden y deberían amamantar a sus hijos, del mismo modo que la gran mayoría de los lactantes pueden y deberían ser amamantados. Sólo en circunstancias excepcionales puede considerarse inadecuada para un lactante la leche de su madre. En esas escasas situaciones sanitarias en que los lactantes no pueden, o no deben, ser amamantados, la elección de la mejor alternativa – leche materna extraída de la propia madre del lactante, leche materna de una nodriza sana o de un banco de leche humana, o un sucedáneo de la leche materna ofrecido en una taza, que es un método más seguro que el biberón y la tetina – depende de cada circunstancia⁽⁴⁾.

Cuando una mujer amamanta a un bebé a quien no dio a luz, se le llama *nodriza*, *lactancia cruzada* o *compartida*. La leche extraída de otra madre es llamada *leche de donante*. Los beneficios de la leche de donante son similares a los de la leche materna. Sin embargo, sin las precauciones adecuadas, hay riesgo de transmisión de ciertas infecciones. Por otro lado, la composición puede no ser exactamente lo que el lactante necesita y, si la lactancia es directa (nodriza), podría afectar psicológicamente la vinculación madre-hijo⁽¹⁰⁾.

Se calcula que cada año nacen 1,6 millones de niños de madres infectadas por el VIH, principalmente en los países de bajos ingresos. Es necesario sopesar el riesgo absoluto de transmisión del VIH cuando se practica la lactancia natural durante más de un año – a escala mundial entre el 10% y el 20% – con el aumento del riesgo de morbilidad y mortalidad cuando no se amamanta a los lactantes. Todas las madres infectadas por el VIH deberían recibir

asesoramiento, es decir, información general sobre la manera de satisfacer sus necesidades nutricionales y sobre los riesgos y las ventajas de las distintas opciones de alimentación, y una orientación específica para seleccionar la opción que probablemente mejor se adecue a su situación ⁽⁴⁾.

3.14 Leche de donante y leche tratada con calor

El tratamiento con calor destruye los microorganismos en la leche materna. Una madre que es VIH positiva puede tratar su leche con calor en casa para reducir el riesgo de transmitir el VIH a su bebé. La leche materna no debe tratarse con calor a menos que sea necesario. La leche materna de una madre VIH negativa o sin prueba no necesita ser tratada con calor si es para su propio bebé. Calentarla disminuye algunos componentes anti-infecciosos y enzimas de la leche. Sin embargo, la leche materna tratada con calor sigue siendo superior a los sustitutos de la leche materna⁽³²⁾.

3.15 Enfermedad Materna y Lactancia

Infección por VIH: Los bebés amamantados de madres Portadoras de VIH o enfermas de SIDA pueden contagiarse de esta enfermedad, y dada su gravedad es aconsejable no amamantar, salvo que la madre viva en condiciones de salubridad deficiente (dificultad para obtener agua potable y lavar adecuadamente los biberones), en las que el riesgo de muerte para el bebé alimentado con leche artificial sea superior al de ser contagiado con anticuerpos⁽³³⁾.

HTLV-I (virus de leucemia a células -T humanas): A diferencia del VIH, la transmisión de HTLV-1 de madre a hijo ocurre casi exclusivamente a través de la lactancia materna. Varios estudios han demostrado que el riesgo de la transmisión del HTLV-1 de madre a niño correlaciona bien con la duración de la lactancia 5-7. Sin embargo, la transmisión del HTLV-1 durante la gestación o

durante el parto ha sido descrita sólo en muy raras ocasiones. Por lo tanto, HTLV-1 no constituye indicación para una cesárea y tampoco justifica la adopción de medidas extraordinarias durante el parto⁽³⁴⁾.

Ébola: El virus de ébola está presente en la leche materna. No se conoce cómo se transmite al lactante, si a través de la leche o del contacto con otros fluidos corporales. Aunque la mayor parte de madres lactantes y niños fallecen, en el brote de ébola en África Occidental y en los brotes previos, se han detectado varios niños amamantados hijos de madres infectadas de ébola que han sobrevivido a la infección y hay otros que no han sido contagiados⁽³⁵⁾.

Infecciones maternas en las que se suspende la lactancia temporalmente en ciertas condiciones

Virus Herpes simplex tipo 1 (HSV-1): Las mujeres con lesiones de herpes en los pechos deben evitar amamantar hasta que las lesiones activas se hayan resuelto.

Varicela-zoster: Si la madre tuvo la varicela en los 5 días anteriores al parto (no ha habido tiempo para el pasaje suficiente de anticuerpos), se debe administrar inmunoglobulina específica al recién nacido e iniciar la lactancia.

Brucellosis: Puede transmitirse a través de la leche. El amamantamiento debe iniciarse 48-72 horas después de iniciar el tratamiento de la madre. Antes, puede darse al bebé la leche extraída tratada con calor⁽³⁶⁾.

Condiciones maternas de preocupación común en las cuales no está contraindicada la lactancia materna

Hepatitis B: Riesgo muy bajo. Compatible. Sin riesgo para la lactancia y el lactante.

Recomienda tratar al recién nacido con inmunoglobulina anti-hepatitis B y primera dosis de vacuna al nacer y destaca que hay estudios de antes de la

época de vacunación en los que se comprobó que no se transmitía por la leche materna⁽³⁷⁾.

Hepatitis C: Tanto AAP como CDC afirman que la infección materna por el virus de la hepatitis C también es compatible con la lactancia materna. Aunque un bebé se puede infectar con hepatitis C durante el embarazo o el parto, los bebés que se alimentan con leche materna no presentan índices más altos de hepatitis C que los bebés que se alimentan con leche de fórmula. La lactancia materna puede incluso ayudar a prevenir el contagio de la hepatitis C de la madre al bebé, al proporcionar anticuerpos que el bebé recibe a través de la leche materna⁽³⁸⁾.

Tuberculosis: La tuberculosis pulmonar no se transmite a través de la leche, sino por el aire. Es posible que el bebé se contagie, pero no por tomar el pecho, sino por estar expuesto al mismo entorno que la madre afectada⁽³³⁾.

Mastitis: En general, se recomienda continuar la lactancia durante la terapia antibiótica.

Absceso mamario: Si el dolor o la localización no permiten lactar del pecho afectado, se debe extraer la leche. La lactancia puede continuar en el pecho sano y reiniciarse en el pecho afectado, una vez que se ha drenado el absceso y se ha comenzado el tratamiento de la madre con antibióticos⁽³⁹⁾.

Infección por CMV (citomegalovirus): La infección materna por citomegalovirus (CMV). La madre portadora de anticuerpos frente a CMV (sin seroconversión reciente) puede amamantar sin riesgo a su lactante sano a término. No se ha demostrado que los prematuros con peso al nacimiento menor de 1.500 g, hijos de madre portadora de anticuerpos de CMV, tengan peor evolución si son amamantados y, en la mayoría de los casos, el contagio se produce en el momento del parto y no durante el amamantamiento. Además,

se debe tener en cuenta que la madre posee anticuerpos frente al CMV, por lo que en general los beneficios de la lactancia superan a los riesgos⁽⁴⁰⁾.

Hipotiroidismo: No contraindica la lactancia.

Hipertiroidismo: No contraindica la lactancia. El tratamiento de primera elección es el propiltiouracilo frente al metimazol, pero ambos son compatibles con la lactancia. Es recomendable un control periódico de la función tiroidea del lactante⁽³⁶⁾.

3.16 Lactancia y Medicación de la Madre

Para que una sustancia tomada por o aplicada a la madre afecte al lactante debe, o inhibir la producción de leche, o seguir todos y cada uno de los pasos 1 a 5 que se mencionan a continuación:

- 1.- Pasar a sangre de la madre
- 2.- Pasar a leche de la madre
- 3.- Persistir en leche de la madre en concentración significativa
- 4.- Pasar a sangre del lactante
- 5.- Ser una sustancia tóxica para el lactante⁽⁴¹⁾.

3.17 Beneficios de la lactancia materna

Beneficios para el bebé

La leche materna le beneficia al bebe de las siguientes maneras:

- Tiene un alto contenido en proteínas y es el alimento perfecto para satisfacer las necesidades del recién nacido.
- Proporciona gran cantidad de defensas inmunológicas y estimula el desarrollo de su propio sistema inmunológico.
- Ayuda a reducir la absorción de bilirrubina y los problemas de ictericia.

- Tiene un efecto laxante, se digiere fácilmente y es por eso que el bebé la demanda frecuentemente, lo que facilita la estimulación de leche materna.
- Proporciona los nutrientes necesarios en la proporción y temperatura adecuados.
- Se digiere y asimila con gran facilidad. Esto previene incomodidades en el bebé relacionadas con su insipiente sistema digestivo, incluyendo diarrea, estreñimiento y cólico.
- Proporciona anticuerpos de la madre y alarga el periodo de inmunidad natural.
- Reduce la predisposición a enfermedades respiratorias.
- Los bebés alimentados con leche materna también sufren menos alergias a alimentos, factores ambientales y en la piel.
- Disminuye el riesgo de desarrollar obesidad
- Los cambios de sabor, según la alimentación de la madre, preparan al niño para aceptar mayor variedad de alimentos.
- Favorece el correcto desarrollo de la mandíbula, los dientes y el habla.
- Crea un fuerte vínculo entre madre-hijo⁽⁴²⁾.

Beneficios para las mujeres

La lactancia materna es un placer especial para las madres y para sus bebés. También ofrece beneficios a largo plazo para las madres que amamantan: la lactancia reduce el riesgo de cáncer de seno y de ovarios, de anemia y de osteoporosis. Ofrece beneficios emocionales tanto a la madre con a sus hijos e hijas. Las mujeres ahorran tiempo de preparación, así como tiempo en cuidado de enfermos(as)⁽¹²⁾.

El inicio de la lactancia materna en el posparto inmediato permite la secreción de oxitocina a través de la succión del pezón por el recién nacido, la cual promueve las contracciones uterinas y la expulsión rápida de la placenta, y evita la hemorragia posparto, acelerando la involución uterina⁽⁷⁾.

La lactancia materna exclusiva ayuda al esparcimiento entre embarazos, dándole a la mujer tiempo para recuperarse del parto, y así poder cuidar a sus bebés y a contribuir a la seguridad alimentaria de la comunidad y del hogar⁽¹²⁾.

Beneficios para la familia y la sociedad

La lactancia materna refuerza los lazos afectivos en la familia, promueve el cuidado de los hijos, previene el maltrato infantil y el retraso de nuevos embarazos. Con este tipo de alimentación la familia obtiene ventaja económica al no gastar en los sucedáneos, ni en biberones, pачas, etc. con un menor gasto en la salud de sus miembros, repercutiendo en todas las comunidades, produciendo una disminución de la morbilidad infantil en el mundo y la mortalidad en los países en vías de desarrollo⁽⁷⁾.

Mejora la supervivencia infantil: los niños que no son amamantados corren un riesgo de muerte entre diez y quince veces mayor durante los tres y cuatro primeros meses de vida. Así también Permite conservar recursos naturales al evitar el uso de materiales para el almacenamiento y conserva de los sucedáneos de leche, como cartón y vidrio; así como de caucho utilizado para las tetinas⁽²³⁾.

3.18 Prácticas que apoyan la lactancia materna

- Colocación temprana al pecho El contacto inmediato piel con piel ayuda a regular la temperatura corporal de los recién nacidos y los expone a bacterias beneficiosas que se encuentran en la piel de las madres. Estas bacterias buenas protegen a los bebés de enfermedades infecciosas y les ayudan a

fortalecer sus sistemas inmunológicos. El contacto piel con piel que empieza inmediatamente después del nacimiento y dura hasta que el bebé termina de amamantar por primera vez tiene muchos otros beneficios. Se ha demostrado que aumenta las probabilidades de que los bebés sigan amamantando, amplía la duración de la lactancia materna y también mejora las tasas de lactancia materna exclusiva⁽⁴³⁾.

•Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.

- No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.
- Practicar el alojamiento conjunto – permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día.
- Alentar a las madres a amamantar a demanda.
- No dar a los niños alimentados al pecho biberones, tetinas o chupetes.
- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital (y ofrecer a la madre los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área)⁽⁴⁴⁾.
- Lavado de manos. El lavado de manos consiste en la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas seguidamente de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica flora habitual y transitoria y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona. Importancia del lavado de manos: Reduce la posibilidad de adquirir y propagar enfermedades. El lavado de manos juega un papel importante en la prevención de enfermedades que pueden llevar a la muerte especialmente cuando se

trata de niños. Una buena técnica de lavado de manos es fácil de aprender y puede reducir el contagio de enfermedades entre niños y adultos. Es importante que la madre lactante realice el lavado de manos antes de iniciar cada sesión de amamantamiento y después de cambiar el pañal al bebé, así evitar contaminar el área del pecho en el proceso al lactar⁽³²⁾.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal

4.2 Delimitación espacio- temporal

La investigación se desarrolló en el Hospital Materno Infantil de Loma Pyta de la ciudad de Mariano Roque Alonso en el periodo comprendido entre el 18 de diciembre del 2018 al 19 marzo del 2019.

4.3 Población, muestra y muestreo

La población en estudio estuvo conformada por 160 madres lactantes del alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil de Loma Pyta.

La muestra en estudio se obtuvo a través de la fórmula finita (ANEXO N°4) conformada por 100 madres de recién nacidos en el área de alojamiento conjunto de neonatología, con el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, considerándose los criterios de inclusión y exclusión.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

a. Criterios de inclusión:

- Madres mayores de edad de neonatos sanos atendidas en alojamiento conjunto del Servicio de Neonatología en el Hospital Materno Infantil de Loma Pyta

b. Criterios de exclusión:

- Madres que no respondieron en forma adecuada el instrumento (Encuesta)

4.5 Operacionalización de variables

| VARIABLE | CONCEPTO | DIMENSION | INDICADORES | ESCALA |
|---|--|-------------------------------|---|--|
| Variable Independiente: Conocimientos de las madres de los recién nacidos en el Hospital Materno Infantil acerca de la lactancia materna | Es toda aquella información que tienen las madres del recién nacido sobre la lactancia materna en cuanto a definición, importancia, características, beneficios y ventajas para la salud del niño. | Nivel de conocimiento general | Ítems; 1-24 | Cualitativas dicotómicas: Si o No(conoce o desconoce) |
| | | Definición y características | Ítems: 1;3;9;11;13 | Cualitativas dicotómicas: Si o No(conoce o desconoce) |
| | | Técnica | Ítems: 4;14;16;17;18;19 ;20; 21;22;24 | Cualitativas dicotómicas: Si o No(conoce o desconoce) |
| | | Importancia | Ítems: 6;7 | Cualitativas dicotómicas: Si o No(conoce o desconoce) |
| | | Ventajas | Ítems: 5; 8;10;12;15 | Cualitativas dicotómicas: Si o No(conoce o desconoce) |

| | | | | |
|--|--|---------------------------------|---|---|
| | | Frecuencia | Ítems: 2 | Cualitativas dicotómicas: Si o No(conoce o desconoce) |
| | | Duración | Ítems: 23 | Cualitativas dicotómicas: Si o No(conoce o desconoce) |
| Variable dependiente: Actitudes de las madres de los recién nacidos en el Hospital Materno Infantil | Predisposición organizada del Comportamiento del individuo para aceptar o rechazar estímulos externos basados en una estructura de creencias y formalidades que predisponen al ser humano a comportarse selectivamente frente a la lactancia materna | Escala de actitud general | Ítems: 1-22 | Cualitativas dicotómicas: Favorable o desfavorable |
| | | Cognitiva o de Creencia | Ítems: 1;2;3;4;5;7;8;10; 11; 12;13 | Cualitativas dicotómicas: Favorable o desfavorable |
| | | Emocional o sentimental | Ítems: 6;9;14;15;16;17 | Cualitativas dicotómicas: Favorable o desfavorable |
| | | Conductual o de reacción | Ítems: 18;19;20;21;22 | Cualitativas dicotómicas: Favorable o desfavorable |

| | | | | |
|------------------------|--|-----------------|--------|---|
| Edad | Cantidad de años cumplidos | Datos generales | Ítem B | Cuantitativa nominal: 18-22 años 23 a 29 años 30 a 40 años |
| Procedencia | Lugar de origen de las personas | Datos generales | Ítem B | Cualitativas categóricas: Zona urbana Zona suburbana |
| Nivel académico | Nivel de educación o formación de las personas | Datos generales | Ítem B | Cualitativa nominal politémica: Primaria Secundaria Superior |
| Número de Hijos | Cantidad de hijos | Datos generales | Ítem B | Cuantitativa discreta |

4.6 Técnica e instrumento de recolección de datos

En el trabajo de investigación se utilizó la técnica de encuesta, previa realización del consentimiento informado de las madres.

Se aplicaron 2 instrumentos (cuestionarios) elaborados en base al trabajo de investigación realizado por Vázquez Delgado del Rocío⁽⁶⁾, encuesta sometida a juicio de expertos, siendo procesado la información en tablas de Concordancia y Prueba Binomial y posteriormente a esto se realizó la prueba piloto para determinar la validez y confiabilidad estadística en la mencionada investigación. Esta encuesta fue utilizada por otros investigadores como Mamani J⁽⁴⁵⁾, Cadena L & Benavides D⁽¹²⁾ con objetivos similares al presente trabajo.

Instrumento N° 01: Cuestionario estructurado sobre conocimientos de la madre sobre lactancia materna constituido por 24 ítems

Con este instrumento se midió los conocimientos sobre lactancia materna en madres teniendo en cuenta las dimensiones de definición y características, técnica, frecuencia, duración, importancia y ventajas.

Para analizar cada Ítem, se le asignó un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta, con la categoría, conoce y desconoce, es decir:

- Conoce (SI): 1 punto
- Desconoce (NO): 0 puntos

Para la categorización general del cuestionario: nivel de conocimientos de la madre sobre lactancia materna, se realizó la siguiente clasificación, obteniéndose lo siguiente:

- Nivel de conocimiento alto: 24 a 18 puntos

- Nivel de conocimiento medio: 17 a 09 puntos
- Nivel de conocimiento bajo: 08 a 0 puntos

Para la categorización específica del cuestionario: Nivel de conocimiento según definición y características de la lactancia materna, se realizó la siguiente clasificación, obteniéndose lo siguiente:

- Nivel de conocimiento alto: 5 a 4 puntos
- Nivel de conocimiento medio: 3 a 2 puntos
- Nivel de conocimiento bajo: 01 a 0 punto

Nivel de conocimiento según técnica de la lactancia materna, se realizó la siguiente clasificación, obteniéndose lo siguiente:

- Nivel de conocimiento alto: 10 a 07 puntos
- Nivel de conocimiento medio: 06 a 04 puntos
- Nivel de conocimiento bajo: 03 a 0 puntos

Nivel de conocimiento según importancia de la lactancia materna, se realizó la siguiente clasificación, obteniéndose lo siguiente:

- Nivel de conocimiento alto: 02 puntos
- Nivel de conocimiento medio: 01 punto
- Nivel de conocimiento bajo: 0 punto

Nivel de conocimiento según ventajas de la lactancia materna, se realizó la siguiente clasificación, obteniéndose lo siguiente:

- Nivel de conocimiento alto: 05 a 04 puntos
- Nivel de conocimiento medio: 03 a 02 puntos
- Nivel de conocimiento bajo: 01 a 0 punto

Nivel de conocimiento según frecuencia de la lactancia materna, se realizó la siguiente clasificación, obteniéndose lo siguiente:

- Nivel de conocimiento alto: 01 punto
- Nivel de conocimiento bajo: 0 punto

Nivel de conocimiento según duración de la lactancia materna, se realizó la siguiente clasificación, obteniéndose lo siguiente:

- Nivel de conocimiento alto: 01 punto
- Nivel de conocimiento bajo: 0 punto

Instrumento N° 02: Escala de actitud de la madre sobre lactancia

materna Instrumento elaborado en base al cuestionario de actitud elaborado por Vázquez Delgado del Rocío constituido por 22 ítems⁽⁶⁾, analizando la actitud que tenían las madres frente a la lactancia materna a través de las dimensiones cognitivas o de creencia, emocionales o sentimental y conductual de reacción. Para analizar cada Ítem, se le asignó los siguientes puntajes de acuerdo a la categoría, es decir:

- Respuesta correcta en de acuerdo: 1 punto
- Respuesta incorrecta o indiferente: 0 punto
- Respuesta correcta en desacuerdo: 1 punto.

Para la categorización general del cuestionario: escala de actitudes de la madre sobre lactancia materna, se realizó la siguiente clasificación obteniéndose lo siguiente:

- Favorable: 22 a 15 puntos
- Medianamente favorable: 14 a 08 puntos
- Desfavorable: 07 a 0 puntos

Para la categorización específica del cuestionario: Escala de actitud según dimensión cognitiva o de creencia frente a la lactancia materna, se realizó la siguiente clasificación, obteniéndose lo siguiente:

- Favorable: 11 a 07 puntos
- Medianamente favorable: 06 a 04 puntos
- Desfavorable: 03 a 0 puntos

Escala de actitud según dimensión emocional o sentimental frente a la lactancia materna, se realizó la siguiente clasificación, obteniéndose lo siguiente:

- Favorable: 05 a 06 puntos
- Medianamente favorable: 04 a 03 puntos
- Desfavorable: 02 a 0 puntos

Escala de actitud según dimensión conductual o de reacción frente a la lactancia materna, se realizó la siguiente clasificación, obteniéndose lo siguiente:

- Favorable: 05 a 04 puntos
- Medianamente favorable: 03 a 02 puntos
- Desfavorable: 01 a 0 punto.

4.7 Análisis estadístico

El procesamiento de los datos obtenidos de las encuestas se realizó de forma electrónica utilizando programas como Microsoft Excel y Microsoft Word. A fin de facilitar el manejo de los datos, éstos se concentraron en tablas y posteriormente, se representaron en gráficas de barras y circulares.

4.8 Consideraciones éticas

Todos los sujetos encuestados, mayores de edad, y hábiles por derecho, firmaron el consentimiento informado, dentro de lo estipulado en la Declaración de Helsinki.

Para la ejecución del presente trabajo no se discriminó a la población en estudio por: religión, posición laboral, situación de vulnerabilidad u otros; además, no se interfirió en la vida privada de los participantes; recabándose tan solo datos pertinentes para el mismo; se mantuvo el principio de confidencialidad tomando en cuenta la identificación personal a través de un código alfanumérico.

5. RESULTADOS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES ENCUESTADAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LOMA PYTA. DICIEMBRE-2018 A MARZO-2019. n=100.

| DATOS | MADRES % |
|------------------------|-----------------|
| Edades | |
| 18-22 años | 21% |
| 23 a 29 años | 52% |
| 30 a 40 años | 27% |
| Hijos | |
| 1 hijo | 33 % |
| 2 a 3 hijos | 62% |
| Más de 3 hijos | 5% |
| Nivel Académico | |
| Primaria | 17% |
| Secundaria | 52% |
| Superior | 31% |
| Estado civil | |
| Pareja estable | 30% |
| Pareja inestable | 70% |
| Procedencia | |
| Zona Urbana | 67% |
| Zona Rural | 33% |
| Trabajo | |
| Si trabaja | 63% |
| No trabaja | 37% |
| TOTAL | 100% |

ANÁLISIS

De un total de 100 madres de recién nacidos encuestadas en el servicio de neonatología del área de alojamiento conjunto el 52 % presentaron edades comprendidas entre 23 y 29 años donde la media corresponde a mujeres de 24 años seguida de un 27% entre 30 a 40 años y 21% entre los 18 a 22 años.

Respecto al número de hijos el 62% tenían entre 2 a 3 hijos siendo la media 2 hijos, seguida un 33% de mujeres con 1 hijo y el 5% más de 3 hijos.

Según el nivel o formación académica de las madres encuestadas se puede apreciar que el 52% pertenecían a un nivel secundario, 31% nivel superior y 17% a un nivel primario.

Según el estado civil de las madres que participaron del estudio se observó que el 70% de las mismas tenían una relación de pareja inestable mientras que el 30% correspondían a una relación de pareja estable. Según el lugar de procedencia se les clasificó a las madres en provenientes de zonas urbanas con un 66% y zonas suburbanas con un 34%

Con respecto al trabajo de las madres en estudio el 63% afirmó que trabajaba mientras que el 37% no trabajaba.

TABLA 2 ENCUESTA A MADRES SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTILLOMA PYTA. DICIEMBRE-2018 A MARZO-2019. n=100

| TEMAS ENCUESTADOS | CONOCE |
|---|--------|
| | % |
| 1. La lactancia materna exclusiva no debe prolongarse más de 6 meses | 78% |
| 2. El niño debe recibir lactancia cada vez que desee | 92% |
| 3. Todas las mujeres están preparadas para dar de lactar a sus bebés. | 72% |
| 4. La preparación de los pezones facilita la lactancia. | 80% |
| 5. La lactancia materna no ayuda a prevenir el cáncer de mama. | 65% |
| 6. La lactancia materna proporciona al bebe defensas contra las enfermedades | 90% |
| 7. Los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón | 65% |
| 8. La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo | 87% |
| 9. Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebe. | 53% |
| 10. La leche materna está libre de microbios | 74% |
| 11. Hay que comer el doble para poder dar de mamar. | 63% |
| 12. Dar de lactar día y noche disminuye la posibilidad de un nuevo embarazo. | 56% |
| 13. Cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar | 35% |
| 14. La succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre. | 75% |
| 15. La lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmediatamente al parto. | 57% |
| 16. Es importante lavarse las manos antes de empezar a dar de lactar al bebe | 84% |
| 17. Es importante acomodarse en la silla para dar de lactar al bebe, colocando la espalda recta con los hombros cómodos y relajados | 82% |
| 18. Se debe colocar la cabeza del bebe en el ángulo interno del codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera | 74% |
| 19. Debe de estar el bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen | 76% |
| 20. Se debe de estimular el reflejo de búsqueda acercando el pezón a los labios del bebe (comisura labial) | 60% |
| 21. Es importante introducir el pezón y la areola cuando él bebe abre la boca completamente | 83% |
| 22. Los labios del bebe deben de permanecer evertidos (boca de pescado) al momento de lactar. | 88% |
| 23. La succión a libre demanda debe durar aproximadamente 10 a 15 minutos | 63% |
| 24. Al terminar la lactancia se debe retirar el pezón y la areola espontáneamente o introducir el dedo meñique en la comisura labial. | 61% |

TABLA 3. ENCUESTA A MADRES SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA SEGÙN DIMENSIONES REALIZADA EN EL ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTILLOMA PYTA. DICIEMBRE-2018 A MARZO-2019. n=100

| DIMENSIONES | CONOCE |
|-------------------------------------|--------|
| | % |
| DEFINICION Y CARACTERISTICAS | |
| Pregunta 1 | 78% |
| Pregunta 3 | 72% |
| Pregunta 9 | 53% |
| Pregunta 11 | 63% |
| Pregunta 13 | 35% |
| TÉCNICAS | |
| Pregunta 4 | 80% |
| Pregunta 14 | 75% |
| Pregunta 16 | 84% |
| Pregunta 17 | 82% |
| Pregunta 18 | 74% |
| Pregunta 19 | 76% |
| Pregunta 20 | 60% |
| Pregunta 21 | 83% |
| Pregunta 22 | 88% |
| Pregunta 24 | 61% |
| IMPORTANCIA | |
| Pregunta 6 | 90% |
| Pregunta 7 | 65% |
| VENTAJAS | |
| Pregunta 5 | 65% |
| Pregunta 8 | 87% |
| Pregunta 10 | 74% |
| Pregunta 12 | 56% |
| Pregunta 15 | 57% |
| FRECUENCIA | |
| Pregunta 2 | 92% |
| DURACION | |
| Pregunta 23 | 72% |

ÁNÁLISIS

En la dimensión de definición y características la mayoría de las madres sabían que la lactancia materna exclusiva abarca los 6 primeros meses de vida (78%).

En cuanto a la necesidad de ser preparadas para la lactancia el 72% de las mujeres afirmaron que debían ser instruidas.

Con relación a la dimensión de técnicas, el 80% de madres afirmaron que la preparación de los pezones facilita la lactancia y que es importante lavarse las manos antes de dar de lactar (84%); En la dimensión de importancia el 90% sabía que la lactancia proporciona defensas contra las enfermedades a su hijo; Por otro parte en la dimensión ventajas, el 87% de madres afirmaron que la lactancia ayuda a establecer una relación de afecto madre e hijo; en la dimensión de frecuencia el 92% de las madres tenían conocimiento de que el niño debe recibirla lactancia cada vez que desee y el 72 % en la dimensión de duración sabían que la succión a libre demanda debe durar de 10 a 15 minutos.

TABLA 4. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SEGÚN DIMENSIONES SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LOMA PYTA. n=100

| NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN DIMENSIONES | ALTO | MEDIO | BAJO |
|---|------|-------|------|
| | % | % | % |
| GENERAL | 46% | 53% | 1% |
| DEFINICIONES Y CARACTERISTICAS | 38% | 50% | 12% |
| TECNICAS | 41% | 38% | 21% |
| IMPORTANCIA | 60% | 34% | 0% |
| VENTAJAS | 46% | 51% | 19% |
| FRECUENCIA | 92% | 0% | 8% |
| DURACION | 72% | 0% | 28% |

ANÁLISIS

Se presentó la información obtenida del nivel de conocimientos de las madres de neonatos, en donde se observó que un 53% de madres encuestadas tenían conocimientos medios sobre la lactancia materna, seguidos de un grupo con altos conocimientos (46%) y en menor proporción niveles bajos de conocimientos sobre lactancia materna (1%).

Según dimensiones se pudo observar en definiciones y características que el 50% de las madres encuestadas presentaron conocimientos medios respecto a la lactancia materna, el 38% conocimientos altos y en menor porcentaje conocimientos bajos (12%).

En la dimensión de técnicas el 41% de las madres de neonatos manifestaron tener conocimientos altos con valores similares para conocimientos medios (38%) y en menor porcentaje conocimientos bajos (21%).

El 60 % de las participantes presentaron conocimientos altos con relación a la importancia de la lactancia materna mientras que el 40% conocimientos medios.

En cuanto a las ventajas de la lactancia materna el 51 % de las madres encuestadas tenían conocimientos medios seguidos de conocimientos altos (46%) y en menor porcentaje conocimientos bajos (19%).

En la dimensión de frecuencia, el 92% de las madres tenían conocimientos altos y el 8% desconocían.

Con relación a la duración de la lactancia haciendo referencia a que la succión a libre demanda implica 10 a 15 minutos, el 72% de las madres presentaron altos conocimientos mientras que el 28% desconocían.

TABLA 5. ENCUESTA A MADRES SOBRE ACTITUDES FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA REALIZADA EN EL ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTILLOMA PYTA. DICIEMBRE-2018 A MARZO-2019. n=100

| TEMAS ENCUESTADOS | FAVORABLE |
|--|-----------|
| | % |
| 1. Daré lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida al bebe para que sea sano, fuerte e inteligente | 90% |
| 2. Daré la leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) porque alimentara mejor a mi bebe que la leche materna. | 70% |
| 3. Brindaré lactancia materna a libre demanda y exclusiva para prevenir un nuevo embarazo. | 61% |
| 4. Si doy de lactar a mi bebe tendré menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta. | 44% |
| 5. Estoy de acuerdo que la leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian. | 48 % |
| 6. Dar de lactar me ayuda a sentirme feliz y realizada. | 77% |
| 7. Dar la leche materna me ayuda a ahorrar tiempo y dinero a la familia. | 83% |
| 8. Es necesario que dé de lactar a mi bebe con leche en formula desde que nace.(NAN, SIMILAC, y otros) | 77% |
| 9. Dar de mamar al bebe es doloroso al comienzo pero continuare dándole mi pecho. | 70% |
| 10.Daré de lactar a mi bebe en un ambiente tranquilo y agradable | 87% |
| 11. Dar la lactancia materna malogra la figura de mi cuerpo. | 48% |
| 12. No puedo dar de lactar a mi bebe porque no tengo suficiente leche. | 46% |
| 13. Si guardo la leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora. | 37% |
| 14. Mi bebe, cuando toma mi pecho, recibe amor seguridad y afecto. | 90% |
| 15. Mi estado de ánimo influye poco para que tenga más leche. | 62% |
| 16. No me agrada dar de lactar a mi bebe porque me da vergüenza. | 75% |
| 17. Si estoy cansada, con falta de apoyo, tensionada interferirá con la lactancia materna eficaz. | 62% |
| 18.Si tengo que ausentarme de casa por estudio o trabajo me extraeré manualmente mi leche y la conservare en la refrigeradora. | 49% |
| 19.Me lavaré las manos y prepare mis pezón es antes de dar de lactar a mi bebe | 73% |
| 20. Me acomodaré en la silla para dar de lactar a mi bebe, colocando la espalda recta con los hombros cómodos y relajados. | 77% |
| 21.Haré que los labios de mi bebe estén y permanezcan evertidos (boca de pescado) al momento de lactar | 76% |
| 22.Al momento de terminar la lactancia retirare el pezón y la areola espontáneamente o introduciré el dedo meñique en la comisura labial | 52% |

TABLA 6. ENCUESTA A MADRES SOBRE LAS ACTITUDES FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA SEGÚN DIMENSIONES REALIZADA EN EL ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL LOMA PYTA. DICIEMBRE-2018 A MARZO-2019. n=100

| DIMENSIONES | CORRECTO |
|---------------------------------|----------|
| | % |
| COGNITIVA O DE CREENCIA | |
| Pregunta 1 | 90% |
| Pregunta 2 | 70% |
| Pregunta 3 | 61% |
| Pregunta 4 | 44% |
| Pregunta 5 | 48% |
| Pregunta 7 | 83% |
| Pregunta 8 | 77% |
| Pregunta 10 | 87% |
| Pregunta 11 | 48% |
| Pregunta 12 | 46% |
| Pregunta 13 | 37% |
| EMOCIONAL O SENTIMENTAL | |
| Pregunta 6 | 77% |
| Pregunta 9 | 70% |
| Pregunta 14 | 90% |
| Pregunta 15 | 62% |
| Pregunta 16 | 75% |
| Pregunta 17 | 62% |
| CONDUCTUAL O DE REACCION | |
| Pregunta 18 | 49% |
| Pregunta 19 | 73% |
| Pregunta 20 | 77% |
| Pregunta 21 | 76% |
| Pregunta 22 | 52% |

ANÁLISIS

Se puede apreciar que en la dimensión cognitiva o de creencia en las actitudes: el 90% de madres estuvieron de acuerdo en dar la lactancia materna durante los 6 primeros meses para que sea sano y fuerte.

Con relación a la dimensión emocional o de sentimientos el 90% de madres afirmaron estar de acuerdo que al dar lactancia materna su bebe recibe amor, seguridad y afecto.

En cuanto a la dimensión conductual o de reacción el 73% de madres estuvieron de acuerdo que deben lavarse las manos y preparar sus pezones antes de dar de lactar a su hijo.

TABLA 7: ESCALA DE ACTITUD DE LAS MADRES FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LOMA PYTA. n=100

| ESCALA DE ACTITUDES SEGÚN DIMENSIONES | FAVORABLE | MEDIANAMENTE FAVORABLE | DESFAVORABLE |
|---------------------------------------|-----------|------------------------|--------------|
| | % | % | % |
| GENERAL | 46% | 14% | 40% |
| COGNITIVA O DE CREENCIA | 50% | 36% | 14% |
| EMOCIONAL O SENTIMENTOS | 47% | 32% | 21% |
| CONDUCTUAL O DE REACCION | 60% | 25% | 15% |

ANÁLISIS

Se presenta la información obtenida de la escala de actitud de las madres frente a lactancia materna, en donde se pudo apreciar que un 46% de las madres de neonatos presentaron actitudes favorables seguidas de un 40% de actitudes desfavorables y en menor porcentaje una actitud medianamente favorable (14%).

Según la dimensión cognitivo o de creencia se puede observar que el 50% de las madres de neonatos presentaron actitudes favorables, 36% actitudes medianamente favorables y en menor proporción actitudes desfavorables (14%).

En cuanto a la dimensión emocional se puede apreciar que el 47% de las madres encuestadas presentaron actitudes favorables, seguido de actitudes medianamente favorables (32%) y por último 21% de actitudes desfavorables.

El 60% de las madres encuestadas presentaron actitudes favorables en cuanto a la dimensión conductual, seguido de actitudes medianamente favorables con un 25% y en menor medida actitudes desfavorables (16%).

TABLA 8 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA. n=100

| CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES | ACTITUDES DE LAS MADRES | | |
|-----------------------------|-------------------------|------------------------|--------------|
| | FAVORABLE | MEDIANAMENTE FAVORABLE | DESFAVORABLE |
| ALTO n:50 | 50% | 36% | 14% |
| MEDIO n:49 | 45% | 39% | 16% |
| BAJO n:1 | 100% | 0% | 0% |

ANÁLISIS

Al asociar el nivel de conocimientos y actitudes de las madres encuestadas se pudo observar que de un total de 50 mujeres que presentaron conocimientos altos, el 50% presentaron actitudes favorables, 36% actitudes medianamente favorables y un 14% actitudes desfavorables.

Un total de 49 mujeres tenían conocimientos medios; al relacionar con las actitudes los resultados fueron los siguientes: actitudes favorables en un 45%, seguida de un 39% con actitudes medianamente favorables y el 16% con actitudes desfavorables.

Por último se pudo apreciar que un menor porcentaje de madres tenían conocimientos bajos y actitudes favorables.

TABLA 9: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES RELACIONADOS CON LA EDAD DE LAS MADRES. n=100

| EDADES | CONOCIMIENTOS | | | ACTITUDES | | |
|---------------------|---------------|-------|------|-----------|------------------------|--------------|
| | ALTO | MEDIO | BAJO | FAVORABLE | MEDIANAMENTE FAVORABLE | DESFAVORABLE |
| 18-22 años n: 21 | 24% | 71% | 5% | 29% | 52% | 19% |
| 23-29 años n: 52 | 58% | 42% | 0% | 54% | 33% | 13% |
| 30-40 años n:27 | 52% | 48% | 0% | 55% | 30% | 15% |

ANÁLISIS

Se realizó el estudio a las madres según rango de edades. Haciendo una asociación entre los conocimientos, las actitudes y la edad por grupo se pudo observar que las edades comprendidas entre 18-22 años (21/100) presentaron conocimientos medios (71%) y actitudes medianamente favorables (52%) sobre lactancia materna mientras que las de 23-29 (52/100) y 30-40 años (27/100) presentaron niveles de conocimientos altos (58% y 52% respectivamente) y actitudes favorables (54% y 55% respectivamente).

TABLA 10: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES RELACIONADOS EL NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES. n=100

| N° DE HIJOS | CONOCIMIENTOS | | | ACTITUDES | | |
|-----------------------|---------------|-------|------|-----------|------------------------|--------------|
| | ALTO | MEDIO | BAJO | FAVORABLE | MEDIANAMENTE FAVORABLE | DESFAVORABLE |
| Un hijo n:33 | 46% | 51% | 3% | 37% | 51% | 12% |
| 2-3 hijos n:62 | 53% | 47% | 0% | 53% | 32% | 15% |
| Más de 3 hijos n:5 | 60% | 40% | 0% | 80% | 20% | 0% |

ANÁLISIS

Con respecto al número de hijos de las madres se observó que las que tenían un solo hijo (33/100) presentaron conocimientos medios (51%) y actitudes medianamente favorables frente a la lactancia materna (51%) mientras que las que tenían 2-3 o más de 3 hijos demostraron tener conocimientos altos (53% y 60% respectivamente) y actitudes favorables con respecto a la lactancia materna (53% y 80% respectivamente).

TABLA 11: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES RELACIONADOS CON EL NIVEL ACADÉMICO DE LAS MADRES. n=100

| NIVEL ACADÉMICO | CONOCIMIENTOS | | | ACTITUDES | | |
|--------------------|---------------|-------|------|-----------|------------------------|--------------|
| | ALTO | MEDIO | BAJO | FAVORABLE | MEDIANAMENTE FAVORABLE | DESFAVORABLE |
| Primario n:17 | 41% | 59% | 0% | 35% | 47% | 18% |
| Secundario n:52 | 50% | 50% | 0% | 55% | 35% | 10% |
| Superior n:31 | 65% | 35% | 0% | 65% | 35% | 0% |

ANÁLISIS

Con relación al nivel académico de las madres participantes se pudo apreciar que las que tenían un nivel de formación primario (17/100) presentaron conocimientos medios (59%) y actitudes medianamente favorables (47%) mientras que las de nivel secundario (52/100) y superior (31/100) demostraron tener conocimientos altos y medios (50% y 65% respectivamente) y actitudes favorables frente a la lactancia materna (55% y 65% respectivamente).

TABLA 12: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES RELACIONADOS CON EL LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS MADRES. n=100

| PROCEDENCIA | CONOCIMIENTOS | | | ACTITUDES | | |
|------------------------|---------------|-------|------|-----------|------------------------|--------------|
| | ALTO | MEDIO | BAJO | FAVORABLE | MEDIANAMENTE FAVORABLE | DESFAVORABLE |
| Zona Urbana n:66 | 52% | 48% | 0% | 53% | 32% | 15% |
| Zona suburbana n:34 | 50% | 47% | 3% | 38% | 44% | 18% |

ANÁLISIS

En cuanto a la procedencia de las madres estas se agruparon según provenían de zonas urbanas (66/100) o suburbanas (34/100). Se pudo apreciar que los conocimientos y actitudes de las madres de zonas urbanas fueron altos (52%) y favorables respectivamente (53%) mientras que las de zonas suburbanas presentaron conocimientos altos (50%) y actitudes medianamente favorables frente a la lactancia materna (44%).

TABLA 13: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES RELACIONADOS CON EL TRABAJO DE LAS MADRES. n=100

| TRABAJO | CONOCIMIENTOS | | | ACTITUDES | | |
|---------------------|---------------|-------|------|-----------|------------------------|--------------|
| | ALTO | MEDIO | BAJO | FAVORABLE | MEDIANAMENTE FAVORABLE | DESFAVORABLE |
| Si trabaja n:63 | 60% | 40% | 0% | 43% | 38% | 19% |
| No trabaja n: 37 | 35% | 62% | 3% | 51% | 41% | 8% |

ANÁLISIS

Con respecto al trabajo se pudo observar que de las madres que trabajaban la mayoría tenían conocimientos altos y actitudes favorables ante la lactancia (60% y 43% respectivamente). Por otra parte las madres que no trabajaban presentaban conocimientos medios y actitudes favorables (62% y 51% respectivamente).

Cabe destacar que el 19 % de las madres que trabajaban presentaron una actitud desfavorable ante la lactancia materna mientras que las que no trabajaban presentaron en menor medida actitudes desfavorables (8 %).

6. DISCUSION Y COMENTARIOS

Se presentó el análisis de las tablas 4 y 7 haciendo enfoque a las variables y sus dimensiones (Conocimientos y Actitudes de las madres) donde se demuestra que el mayor porcentaje corresponde a un conocimiento medio sobre la lactancia materna(53%) seguidos de un conocimiento alto con un 46% y solo el 1% tenía un conocimiento bajo sobre lactancia materna. Se observó además una actitud favorable en un 46% seguida de una desfavorable en un 40% y en menor medida una actitud medianamente favorable (14%). Aunque estos resultados reflejen un conocimiento medio y actitud favorable se deben hacer esfuerzos para poder mejorar la comprensión de otros aspectos importantes.

Las características sociodemográficas como la edad, el número de hijos, el nivel académico presentaron mayor influencia sobre los conocimientos y actitudes de las madres mientras que características como la procedencia y el trabajo no afectaron de manera considerable a las variables ya mencionadas.

Según Ulenque y Cols⁽⁴⁶⁾ en un trabajo de investigación similar los resultados nos muestran que hay un alto porcentaje de madres (45%) que desconocen el tiempo en que se debe dar una lactancia materna exclusiva lo que conlleva a que en esta etapa un alto porcentaje de madres (40%) den al bebe leche de vaca y/o leche artificial junto con la leche materna y que el 27,5% den alimentos triturados a base de frutas y carne, además en un 20% las madres dejaron de dar de lactar antes de los 6 meses de la lactancia exclusiva. Haciendo una comparación difieren con este estudio debido a que el 78% de

las madres conocían el periodo de lactancia exclusiva pero el 53% afirmaba que lactancia materna exclusiva era dar leche y agua al bebé.

En otro estudio similar realizado en Perú por Mini y Cols⁽⁴⁷⁾ se observó que el 61% de las encuestadas tuvieron un nivel de conocimiento medio sobre lactancia materna exclusiva, resultados semejantes a los de esta investigación (conocimiento medio 53%). Además menciona que solo el 31% tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar punto que difiere con este estudio ya que un mayor porcentaje de madres conocían las técnicas (conocimiento de 53%).

Un trabajo realizado por Mamani Ortiz y Cols⁽²³⁾ demuestra en relación con el tiempo de duración de lactancia materna exclusiva, que el 80,8% de las encuestadas conoce que debe ser hasta los 6 meses situación similar al de este trabajo.

En el año 2009 en una investigación realizada por Vásquez R.⁽⁶⁾ en Perú se demostró que el 43.3% de las madres tenían conocimiento alto seguido del 40% con conocimiento medio y el 16.7% bajo, hallazgos que difieren con este estudio (46%,53% y 1% respectivamente). Acerca de la actitud el 50% tenían una actitud medianamente favorable, 20% desfavorable y 30% favorable a diferencia de este trabajo (14%, 40% y 46% respectivamente).

Mamani J.⁽⁴⁵⁾ en el año 2015 realizó un trabajo similar a este estudio destacándose que el nivel de conocimiento alto fue del 65,1%; el 52,1% presentan actitudes medianamente favorables frente a la lactancia materna con lo que difiere con este trabajo en cuanto al conocimiento y la actitud (53% alto y 46% favorable respectivamente).

7. CONCLUSIONES

Con este trabajo se ha pretendido determinar los conocimientos y actitudes de las madres sobre Lactancia Materna en el área de alojamiento conjunto del Hospital Materno Infantil de Loma Pyta .

De acuerdo a los resultados obtenidos tras el análisis de las respuestas de las encuestadas correspondiente a 100 madres, se observó que la mayoría tenía un conocimiento medio sobre la lactancia materna y una actitud favorable frente a la misma. Este hecho pudo deberse a que desconocían muchos aspectos relacionados con la lactancia pero de igual manera incluían en sus prácticas ciertas actitudes correctas. Esto se demuestra en el ítem sobre el periodo de lactancia materna exclusiva (78%) y el compromiso de cumplir con la misma (90%).

Además se pudo constatar que un porcentaje considerable de madres desconoce las ventajas de la lactancia materna, parte de esto se evidencia en el ítem 5 sobre la lactancia materna y la prevención del cáncer de mamas donde el 35% de las encuestadas desconoce esta ventaja.

La mayoría de las encuestadas tienen un conocimiento alto sobre las técnicas y duración de tomas de la lactancia esto puede deberse a que el mayor porcentaje de las encuestadas eran mujeres de edades comprendidas entre 23 a 29 años de edad y con más de un hijo.

En cuanto a las actitudes la mayoría de madres muestran una actitud medianamente favorable hacia la lactancia materna, ya que la madre considera que durante los 6 primeros meses de vida, su bebe debe ser alimentado solo con leche materna desde que nace para ser sano, fuerte e inteligente, cuando da el pecho a su bebe, le transmite amor, seguridad y afecto, además comprende que el estado de ánimo de las

mismas influye o interfiere con la lactancia materna y si la madre tiene que ausentarse de casa por motivos laborales o académicos es preferible la extracción y conservación de su leche en vez de darle otro tipo de alimentación .

Relacionando los conocimientos y actitudes, aun observando un mayor porcentaje de madres cuyos conocimientos y actitudes eran altos y favorables respectivamente se pudo determinar que no se cumplía esa relación en todas debido a que algunas madres teniendo un alto nivel de conocimiento presentaron una actitud desfavorable ante la lactancia materna.

En cuanto a las características socio demográficas se observó que una cantidad considerable de madres tenían una relación de pareja inestable y al hacer una asociación de las demás características como la edad, el número de hijos, nivel académico, procedencia y trabajo se concluyó que la mayoría de las madres con edades comprendidas entre 18-22 años tenían un conocimiento medio y actitudes medianamente favorables frente a la lactancia materna. Por otra parte las madres mayores de 23 años presentaron conocimientos altos y actitudes favorables.

Según el número de hijos se observó que las madres con un hijo demostraron tener conocimientos medios y actitudes medianamente favorables mientras que las que tenían más de un hijo presentaban conocimientos y actitudes altas y favorables respectivamente.

Con respecto al nivel de formación académica se observó que las madres de un nivel primario de educación presentaron un conocimiento medio y actitudes medianamente favorables frente a la lactancia materna. Por otra parte las madres con un nivel secundario y superior mostraron tener

conocimientos altos y actitudes favorables con respecto a la lactancia materna.

Según el trabajo se concluyó que las madres que afirmaron trabajar tenían conocimientos altos y actitudes favorables mientras que las madres que no trabajaban presentaron conocimientos medios y actitudes favorables. Cabe destacar que se observó un porcentaje considerable de madres con trabajo que demostraron una actitud desfavorable ante la lactancia materna.

En cuanto a la procedencia las madres de zonas urbanas presentaron conocimientos altos y actitudes favorables sobre lactancia materna. Las madres de zonas suburbanas también presentaron conocimientos altos sin embargo las actitudes fueron medianamente favorables.

Las características sociodemográficas con mayor influencia sobre conocimientos y actitudes ante la lactancia materna fueron principalmente el nivel académico y el número de hijos.

Es preciso señalar que la minoría de las madres que participaron del estudio presentaron conocimientos bajos o actitudes desfavorables respecto a la lactancia materna.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kliegman RM, Stanton BMD, St. Geme J. Tratado de pediatría [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2016 [citado 25 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4626772>
2. Olivera-Cardozo M, Pérez-Ortíz V, Piñón-Gámez A, Naranjo-Rodríguez C, Mejía Montilla J, Reyna-Villasmil E. Grado de conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas primigestas. Revista Repertorio de Medicina y Cirugía [Internet]. 17 de abril de 2018 [citado 25 de marzo de 2019];27(1):13-7. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/126>
3. Veramendi-Espinoza LE, Zafra-Tanaka JH, Ugaz-Soto LM, Villa-Santiago NM, Torres-Bravo LA, Pinto-Arica AA, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa. CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana [Internet]. 2012 [citado 25 de marzo de 2019];17(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=71729116006>
4. World Health Organization. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niñopequeño. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 7 de abril de 2019]. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10062374>
5. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La iniciativa Hospital Amigo del niño: Un capítulo de la estrategia mundial para la alimentación del niño lactante y el niño pequeño. Asunción: MSPyBS; 2017. Report No.: 2.
6. Vázquez R. Conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al centro de salud san Luis 2009 [Trabajo de

investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud Pública]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

7. Espinoza D, Valle G. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna que poseen las madres de recién nacidos ingresados en neonatología del Hospital Alemán Nicaragüense [Grado]. [Managua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2013.

8. Bautista-Hualpa Y, Díaz I. Conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres adolescentes que asisten al Centro de Salud de Bagua. Rev enferm Herediana. 2017;10(1):14-21.

9. García N, Fernández P. Conocimientos y actitudes de las madres ante la lactancia materna en un hospital IHAN - Metas de Enfermería. Metas Enferm [Internet]. 2018 [citado 9 de junio de 2019];21(1):50-8. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas-articulo/>

10. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Promoción de la lactancia materna. Asunción: MSPyBS; 2017. Report No.: 5.

11. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Asunción: MSPyBS; 2017. Report No.: 16.

12. Lucía C, Diana B. Conocimientos, aptitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres con niños de cero a 1 año de edad que acuden al centro de salud n° 1 de la ciudad de Tulcan provincia del Carchi de enero – agosto del 2010 [Tesis previa a la obtención de la Licenciatura de enfermería]. [Tulcán]: Universidad Técnica del Norte; 2010.

13. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Importancia de la lactancia materna. Asunción: MSPyBS; 2017. Report No.: 6.

14. Delgado XT. Lactancia materna. Secretaría de Salud, Hospital Infantil de México; 2010.
15. Alonso Álvarez MA, Suárez Cortina L. Manual práctico de nutrición en pediatría. 2da ed. Madrid: Ergón; 2007. 540 p.
16. Delgado MVF, Delgado GMF, Cedeño WFA. La lactancia materna durante los primeros seis meses de vida. Importancia de su conocimiento para los médicos en formación. 1 [Internet]. 20 de enero de 2018 [citado 25 de marzo de 2019];10(1):69-78. Disponible en:
<http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/56>
17. Lozano M. Lactancia materna. Asociación Española de Pediatría; 2010.
18. Eduard M, Silvia S, Danilmary S, Alfonso B, Marlon R. Variaciones en la composición proteica de la leche materna madura durante el almacenamiento por congelación. 2010;37:8.
19. López Robles GA, González Hernández N, Prado López LM. Importancia de la nutrición: primeros 1,000 días de vida. Acta Pediátrica Hondureña [Internet]. 11 de enero de 2019 [citado 6 de abril de 2019];7(1):597-607. Disponible en:
<https://www.camjol.info/index.php/PEDIATRICA/article/view/6941>
20. Propiedades nutricionales de la leche materna [Internet]. Grupo de apoyo a la lactancia materna. 2014 [citado 6 de abril de 2019]. Disponible en:
<https://lmolaguibel.wordpress.com/pnlm/>
21. Mena N. P, Milad A. M. Variaciones en la composición nutricional de la leche materna. Algunos aspectos de importancia clínica. Revista chilena de pediatría [Internet]. junio de 2000 [citado 6 de abril de 2019];69(3):116-21. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S037041061998000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

22. Riverón Corteguera R. Valor inmunológico de la leche materna. Revista Cubana de Pediatría [Internet]. Agosto de 2000 [citado 6 de abril de 2019];67(2):0-0. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003475311995000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

23. Mamani Ortiz Y, Olivera Quiroga V, Luizaga Lopez M, Illanes Velarde DE. Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en Cochabamba-Bolivia: un estudio departamental. Gaceta Médica Boliviana [Internet]. Diciembre de 2017 [citado 25 de marzo de 2019];40(2):12-21. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1012-29662017000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

24. Maldonado J, Gómez A, Hernández M, Lasarte J. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Tercera. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. 457 p.

25. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Lactancia materna. Anatomía y Fisiología de la lactancia. Asunción: MSPyBS; 2017. Report No.: 3.

26. Juez G, Niño R, Ortega R. Lactancia materna. 3° ed. Santiago: Ministerio de Salud; 2010. 238 p.

27. Rodríguez Bonito R. Manual de neonatología. 2da ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2012. 674 p.

28. Quintero Fleites EJ, Roque Peña P, de la Mella Quintero SF, Fong Zurbano G. Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. Medicent Electrón [Internet]. Diciembre de 2014 [citado 9 de junio de 2019];18(4):156-62.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30432014000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

29. Técnicas de Lactancia Materna [Internet]. [citado 9 de junio de 2019].

Disponible en: <http://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/>

30. Posturas y posiciones para amamantar | Alba Lactancia Materna [Internet].

[Citado 9 de junio de 2019].

Disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/posturas-y-posiciones-para-amamantar/>

31. La Liga de la Leche, España > Lactancia Materna > Extracción y almacenamiento de leche materna [Internet]. [citado 7 de abril de 2019].

Disponible en:

http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/almacenamiento.htm

32. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Protección de la lactancia materna. Asunción: MSPyBS; 2017. Report No.: 15.

33. Cuando mamá está enferma | Alba Lactancia Materna [Internet]. [citado 9 de junio de 2019].

Disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-5-situaciones-especiales/cuando-mama-esta-enferma/>

34. Gotuzzo Herencia E, González Lagos E, Verdonck Bosteels K, Mayer Arispe E, Ita Nagy F, Clark Leza D. Veinte años de investigación sobre HTLV-1 y sus complicaciones médicas en el Perú: Perspectivas generales. Acta Médica Peruana [Internet]. julio de 2010 [citado 9 de junio de 2019];27(3):196-203.

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S172859172010000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

35. APILAM. Virus Ébola: Nivel de riesgo para la lactancia según e-lactancia.org [Internet]. e-lactancia.org. [citado 9 de junio de 2019]. Disponible en: <http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/ebola-virus/synonym/>
36. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Lactancia materna. Preocupaciones de la Salud materna. Asunción: MSPyBS; 2017. Report No.: 13.
37. Compatibilidad de la lactancia con la hepatitis materna | APILAM [Internet]. [Citado 9 de junio de 2019].
Disponible en: <https://apilam.org/uncategorized/compatibilidad-de-la-lactancia-con-la-hepatitis-materna/>
38. Enfermedades graves y lactancia materna - HealthyChildren.org [Internet]. [Citado 9 de junio de 2019].
Disponible en:
<https://www.healthychildren.org/Spanish/agesstages/baby/breastfeeding/Paginas/Serious-Illnesses-and-Breastfeeding.aspx>
39. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Afecciones del pecho. 2017.
40. Hernández MT, Maldonado JA. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr (Barc) [Internet]. 1 de octubre de 2005 [citado 9 de junio de 2019];63(4):340-56. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es-la-lactancia-materna-como-promover-articulo-13079817>
41. Papí AG, Talayero JP, Monasterolo RC. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Asociación Española de Pediatría. 2008;6:11.

42. ¿Qué beneficios le aporta al bebé la lactancia materna? [Internet]. inatal - El embarazo semana a semana. [citado 9 de junio de 2019]. Disponible en: <https://inatal.org/el-parto/lactancia/66-lactancia-materna-por-que/374-que-beneficios-le-aporta-al-bebe-la-lactancia-materna.html>
43. La lactancia materna desde la primera hora de vida: lo que beneficia y lo que perjudica | UNICEF [Internet]. [citado 9 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/historias/la-lactancia-materna-desde-la-primera-hora-de-vida-lo-que-beneficia-y-lo-que-perjudica>
44. Pasos para ser IHAN – Hospitales | iHan [Internet]. [citado 9 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.ihan.es/que-es-ihan/pasos/pasos-para-ser-ihan-hospitales/>
45. Mamani J. Conocimientos y actitudes de madres y padres sobre lactancia materna en el hospital Hipólito Unanue de Tacta. [Tacna]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann- Tacna; 2015.
46. Ulunque-Unzueta A, Una-Guisbert E, Vairo-Gamarra JC, Vargas-Almendras A, Santander-López A. Conocimiento sobre Lactancia Materna en Madres de los Centros de Salud Pacata y Jaihuayco del 2008 al 2009. Revista Científica Ciencia Médica [Internet]. diciembre de 2010 [citado 7 de abril de 2019];13(2):73-6. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S181774332010000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
47. Mini E, Butron J, Aquino L, Castro L, Cerrón E, Díaz E, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva, en madres lactantes con niños menores de un año, INMP-2011. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 7 de mayo de 2013 [citado 25 de marzo de 2019];73:69. Disponible en:

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/2269>

ANEXOS

A continuación se muestran los formatos de los documentos e instrumentos utilizados para la realización de este trabajo de investigación. Los archivos originales se entregarán en conjunto con el trabajo.

Anexo N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada **“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LOMA PYTA DICIEMBRE 2018– MARZO 2019”**. Habiendo sido informado del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confié en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

Nombre:.....

CI:.....

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada Madre de Familia: La responsable del estudio para la cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento de información, le asegura que dichos hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicaran en lo absoluto

.Atentamente, Deida Sánchez Maldonado (Responsable del Estudio).

Anexo N° 2- Instrumento

Instrumento N° 1: ESCALA DE CONOCIMIENTOS

A. **INSTRUCCIONES:** Lea detenidamente las preguntas y marque una de las alternativas que considere la respuesta más conveniente.

B. DATOS GENERALES:

Edad: Lugar de Procedencia:.....N° Hijos.....

Estado Civil:

Casado (), Conviviente (), Soltera(o) (), Viuda(o) (), Divorciada(o)()

Nivel Académico: Primaria (), Secundaria (), Superior ()

Usted trabaja: Si() No() Ocupación:.....

C. INSTRUCCIONES

A continuación marque con unacruz la alternativa que considere correcta.

| N° PREGUNTA = P | SI | NO |
|--|----|----|
| 1. La lactancia materna exclusiva no debe prolongarse más de 6 meses. | | |
| 2. El niño debe recibir lactancia cada vez que desee. | | |
| 3. Todas las mujeres están preparadas para dar de lactar a sus bebes | | |
| 4. La preparación de los pezones facilita la lactancia. | | |
| 5. La lactancia materna no ayuda a prevenir el cáncer de mama. | | |
| 6. La lactancia materna proporciona al bebe defensas contra las enfermedades | | |
| 7. Los niños lactados a pecho son más inteligentes que los alimentados con biberón | | |
| 8. La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo | | |
| 9. Lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebe | | |
| 10. La leche materna está libre de microbios | | |

| | | |
|---|--|--|
| 11.Hay que comer el doble para dar de mamar. | | |
| 12.Dar de lactar día y noche disminuye la posibilidad de un nuevo embarazo | | |
| 13.Cuando una mujer empieza a trabajar, ya es imposible dar de lactar. | | |
| 14. La succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre. | | |
| 15.La lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmediatamente al parto. | | |
| 16. Es importante lavarse las manos antes de empezar a dar de lactar al bebe. | | |
| 17.Es importante acomodarse en la silla para dar de lactar al bebe, colocando la espalda recta con los hombros cómodos y relajados | | |
| 18.Se debe colocar la cabeza del bebe en el ángulo interno del codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera | | |
| 19.Debe de estar el bebe contra el seno en contacto abdomen con abdomen | | |
| 20.Se debe de estimular el reflejo de búsqueda acercando el pezón a los labios del bebe(comisura labial) | | |
| 21.Es importante introducir el pezón y la areola cuando él bebe abre la boca completamente | | |
| 22 .Los labios del bebe deben de permanecer evertidos (boca de pescado) al momento de lactar. | | |
| 23.La succión a libre demanda debe durar aproximadamente 10 a 15 minutos | | |
| 24. Al terminar la lactancia se debe retirar el pezón y la areola espontáneamente o introducir el dedo meñique en la comisura labial. | | |

Instrumento N° 2: ESCALA DE ACTITUD DE LA LACTANCIA MATERNA

Con cada uno de estos enunciados, usted puede marcar con un aspa lo que considere: DA: De Acuerdo I= Indiferente (le da Igual) ED= En Desacuerdo

| N° | ACTITUD = A | DA | I | ED |
|----|--|----|---|----|
| | 1. Dará lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida al bebe para que sea sano, fuerte e inteligente | | | |
| | 2. Daré la leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) porque alimentara mejor a mi bebe que la leche materna. | | | |
| | 3. Brindaré lactancia materna a libre demanda y exclusiva para prevenir un nuevo embarazo. | | | |
| | 4. Si doy de lactar a mi bebe tendré menos posibilidades de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta. | | | |
| | 5. Estoy de acuerdo que la leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian. | | | |
| | 6. Dar de lactar me ayuda a sentirme feliz y realizada. | | | |
| | 7. Dar la leche materna me ayuda a ahorrar tiempo y dinero a la familia. | | | |
| | 8. Es necesario que dé de lactar a mi bebe con leche en formula desde que nace.(NAN, SIMILAC, y otros) | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 9. Dar de mamar al bebe es doloroso al comienzo pero continuare dándole mi pecho. | | | |
| 10.Daré de lactar a mi bebe en un ambiente tranquilo y agradable | | | |
| 11. Dar la lactancia materna malogra la figura de mi cuerpo. | | | |
| 12. No puedo dar de lactar a mi bebe porque no tengo suficiente leche. | | | |
| 13. Si guardo la leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora. | | | |
| 14. Mi bebe, cuando toma mi pecho, recibe amor seguridad y afecto. | | | |
| 15. Mi estado de ánimo influye poco para que tenga más leche. | | | |
| 16. No me agrada dar de lactar a mi bebe porque me da vergüenza. | | | |
| 17. Si estoy cansada, con falta de apoyo, tensionada interferirá con la lactancia materna eficaz. | | | |
| 18.Si tengo que ausentarme de casa por estudio o trabajo me extraeré manualmente mi leche y la conservare en la refrigeradora. | | | |
| 19.Me lavaré las manos y prepare mis pezón es antes de dar de lactar a mi bebe | | | |
| 20. Me acomodaré en la silla para dar de lactar a mi bebe, colocando la espalda recta con los hombros cómodos y relajados. | | | |
| 21.Haré que los labios de mi bebe estén y permanezcan evertidos (boca de pescado) al momento de lactar | | | |
| 22.Al momento de terminar la lactancia retirare el pezón y la areola espontáneamente o introduciré el dedo meñique en la comisura labial | | | |

Anexo N° 3

Nota de permiso

Asunción, 26 de noviembre del 2018

Dr. Luis López

Director del Hospital Materno Infantil de Loma Pyta

PRESENTE

Tengo el agrado de dirigirme a usted y por este medio a quien corresponda con el fin de solicitar su consentimiento para la aplicación de encuestas a madres en el servicio de Neonatología en el área de alojamiento conjunto. Dichas encuestas serán utilizadas como instrumento en un trabajo de investigación que lleva por título “Conocimientos y actitudes de madres de sobre lactancia materna en el área de alojamiento conjunto del Hospital Materno Infantil Loma Pyta”, durante el periodo comprendido entre diciembre del 2018 a marzo del 2019.

Asimismo adquiero el firme compromiso de hacer confidencial todos los datos de los pacientes en estudio.

Sin otro particular, y agradeciendo de antemano la atención brindada, se despide

ATENTAMENTE

DraDeida Sánchez Maldonado
Pediatra

Anexo N° 4

Cálculo para el tamaño de muestra

$$n = N \cdot d^2 \cdot Z^2 / (N-1) E^2 + d^2 Z^2$$

N= Población

Z = Nivel de confianza=95% = 1.96

d²= varianza = 0.25

E = error =0.03

n = Muestra

$$n = (160 \cdot 0.0625 \cdot 3.8416) / (159 \cdot 0.0009 + 0.0625 \cdot 3.8416)$$

$$n = 100,2505$$