

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA**



**TESIS**

**IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE  
APRENDIZAJE SOBRE LACTANCIA MATERNA EN  
PUÉRPERAS PRIMÍPARAS. CENTRO MATERNO  
PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR, 2017**

Presentada por la bachiller en Obstetricia

Yuliana Fiorela Hernández Marín

Para optar el Título Profesional de:

**OBSTETRA**

**Asesora:**

Obsta. Dra. Elena Soledad Ugaz Burga

CAJAMARCA, 2018

**Copyright © 2018 by**  
Yuliana Fiorela Hernández Marín  
Derechos reservados

**SE DEDICA A:**

Mis queridos padres Norma y Steward por brindarme su amor, apoyo, comprensión, sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera y por creer en mí.

Mi amado esposo Hugo y querido hijo Benjhamín, por ser parte importante de mi vida, representar la unidad familiar y llenar mis días de alegría y amor cuando más lo he necesitado.

**Yuliana**

### **SE AGRADECE A:**

Dios por darme la fortaleza para no desmayar en quehacer diario, y vencer todo obstáculo que se me presentó.

A mi Alma Máter, la Universidad Nacional de Cajamarca, por albergarme durante toda mi formación profesional

Mis padres que gracias a sus consejos y palabras de aliento me han ayudado a crecer como persona y a luchar por lo que quiero.

Mi asesora Elena Soledad Ugaz Burga, por el tiempo, paciencia y apoyo en el desarrollo de la presente tesis.

Todas y cada una de las madres que hicieron posible esta tesis.

**Yuliana**

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>iv</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>v</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>vii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>ix</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>x</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I. EL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	5
1.4. Justificación de la investigación	6
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	10
2.2.1. Lactancia materna	10
2.2.2. Factores socioculturales	33
2.2.3. Necesidades de aprendizaje	36
2.3. Hipótesis	37
2.4. Variables	37
2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables	<b>37</b>
<b>CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>40</b>
3.1. Tipo y diseño de estudio	40
3.2. Área de estudio y población	40
3.3. Muestra y tamaño de la muestra	41
3.4. Unidad de análisis	41
3.5. Criterios de inclusión	42

3.6. Principios éticos de la investigación	42
3.7. Procedimientos, técnica e instrumento de recolección de datos	43
3.8. Procesamiento y análisis de datos.	43
3.9. Control de calidad de datos	44
<b>CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>45</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>85</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>86</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>92</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 01.</b> Factores sociales de las puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	43
<b>Tabla 02.</b> Religión de las puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	46
<b>Tabla 03.</b> Conocimiento sobre el inicio de la lactancia materna en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017	48
<b>Tabla 04.</b> Conocimiento sobre el estímulo que permite la producción de leche en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	50
<b>Tabla 05.</b> Conocimiento de la importancia de la lactancia materna en el vínculo madre - niño, en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	52
<b>Tabla 06.</b> Conocimiento sobre la frecuencia de tomas de leche materna, en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	54
<b>Tabla 07.</b> Conocimiento sobre la postura para dar de lactar en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017	55
<b>Tabla 08.</b> Conocimiento sobre el agarre del pezón, en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	58
<b>Tabla 09.</b> Conocimiento de la forma correcta de colocar la mano para dar de lactar en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	60
<b>Tabla 10.</b> Reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar, por las puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	61
<b>Tabla 11.</b> Conocimiento de la técnica correcta de interrumpir la succión por parte de las puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	62
<b>Tabla 12.</b> Conocimiento sobre la duración de la lactancia materna exclusiva, en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	64

<b>Tabla 13.</b> Conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, para el bebé, en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	66
<b>Tabla 14.</b> Conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, para la madre. en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	68
<b>Tabla 15.</b> Conocimiento sobre la edad de ablactancia en madres atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	70
<b>Tabla 16.</b> Conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción de secreción láctea, según grupo etario, en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	72
<b>Tabla 17.</b> Conocimiento sobre el agarre del pezón según, grupo etario en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	74
<b>Tabla 18.</b> Reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar, según grupo etario, por puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	76
<b>Tabla 19.</b> Conocimiento sobre el estímulo que favorece la secreción láctea según grado de instrucción en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	78
<b>Tabla 20.</b> Conocimiento sobre la edad de ablactancia, según grado de instrucción en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	80
<b>Tabla 21.</b> Conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea, según ocupación en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.	82

## RESUMEN

La Lactancia Materna es la forma más adecuada y natural de proporcionar aporte nutricional, inmunológico y emocional al bebé, no obstante, algunas puérperas primíparas muestran necesidades de aprendizaje que es necesario ser identificadas.

**Objetivo:** identificar las necesidades de aprendizaje, sobre lactancia materna en puérperas primíparas, según factores socioculturales, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. **Metodología:** El estudio es descriptivo, observacional y correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal, se realizó en una muestra de 125 madres. **Resultados:** la mayoría fueron del grupo etario de 20-34 años (79,2%), con grado de instrucción superior en el 55,2%; convivientes en el 60,0%, de ocupación amas de casa en 56,8%, de procedencia urbana en el 99,2% y de religión católica en 75,2%. Se identificaron necesidades de aprendizaje en lactancia materna en aspectos como: estímulo que favorece la producción láctea en el 55,2%; importancia de la lactancia materna en el vínculo madre-niño en 45,6%; frecuencia de tomas de leche materna en el 66,4%; postura correcta en el 77,6%; agarre del pezón en el 79,2%; forma correcta de colocar la mano en el seno para dar de lactar en el 77,6%; técnica de suprimir la lactancia en el 96,6%; duración de la lactancia materna exclusiva, 93,6%; beneficios de la lactancia materna para el bebé en el 98,4%; beneficios de la lactancia materna para la madre en el 26,4%; edad de ablactancia en el 7,2%; se determinó que existe relación significativa entre algunos factores socioculturales y las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna como: edad de la madre y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,0039$ ); edad materna y agarre del pezón ( $p = 0,0045$ ); edad materna y reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar ( $p = 0,0138$ ); grado de instrucción materna y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,000$ ); grado de instrucción materna y edad de ablactancia ( $p = 0,000$ ); y la ocupación y conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,0323$ )

**Palabras clave:** necesidades de aprendizaje, lactancia materna, puérpera primípara

## ABSTRACT

Breastfeeding is the most appropriate and natural way to provide nutritional, immunological and emotional support to the baby, however, some primiparous puerperas show learning needs that need to be identified. Objective: to identify the needs of learning, about breastfeeding in primiparous puerperal women, according to sociocultural factors, attended in the Simón Bolívar Maternal Perinatal Center. Methodology: The study is descriptive, observational and correlational, of non-experimental design and cross-sectional, was carried out in a sample of 125 mothers. Results: the majority were from the age group of 20-34 years (79.2%), with a higher level of education in 55.2%; cohabitants in 60.0%, of housewives occupation in 56.8%, of urban origin in 99.2% and of Catholic religion in 75.2%. Learning needs in breastfeeding were identified in aspects such as: stimulus that favors milk production in 55.2%; importance of breastfeeding in the mother-child bond in 45.6%; frequency of breast milk intake in 66.4%; correct posture in 77.6%; nipple grip in 79.2%; correct way to place the hand in the breast to breastfeed in 77.6%; technique of suppressing breastfeeding in 96.6%; duration of exclusive breastfeeding, 93.6%; benefits of breastfeeding for the baby in 98.4%; benefits of breastfeeding for the mother in 26.4%; age of ablactance at 7.2%; It was determined that there is a significant relationship between some sociocultural factors and the learning needs of breastfeeding such as: age of the mother and knowledge about the stimulus that favors milk production ( $p = 0.0039$ ); maternal age and nipple grip ( $p = 0.0045$ ); maternal age and recognition that the baby continues hungry after breastfeeding ( $p = 0.0138$ ); degree of maternal education and knowledge about the stimulus that favors milk production ( $p = 0.000$ ); grade of maternal education and age of ablation ( $p = 0.000$ ); and the occupation and knowledge about the stimulus that favors milk production ( $p = 0.0323$ ).

**Keywords:** learning needs, breastfeeding, primiparous puerpera

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable, y la recomienda como el alimento perfecto para el recién nacido pues le proporciona no solo aporte nutricional sino también inmunológico y emocional al bebé, sin olvidar que le permitirá crear un fuerte lazo afectivo con la madre (1).

Estudios realizados en América Latina muestran que existen prácticas sub-óptimas de lactancia materna, principalmente en cuanto al uso de leches artificiales, líquidos al recién nacido, duración reducida de la lactancia e inadecuada elección del momento de introducción de los alimentos complementarios. Así mismo, reportes en realidades similares a la del presente estudio muestran que una gran población se ve afectada debido a una inadecuada práctica de la lactancia por parte de la puérpera, trayendo consecuencias adversas para ella y el neonato, es decir que existen necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna dependiendo de algunos factores socioculturales inherentes a la madres, principalmente si esta es primigesta.

Desde esta perspectiva es que surgió la presente investigación con el objetivo de identificar las necesidades de aprendizaje, sobre lactancia materna en puérperas primíparas, según factores socioculturales, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, llegando a determinar que existe necesidad de aprendizaje en temas como: el estímulo que favorece la producción de leche; la frecuencia de tomas de leche materna, postura correcta para amamantar, un buen agarre del pezón por parte del bebé, forma correcta de colocar la mano en el seno para dar de lactar, técnica de retirar el pezón después de terminar de dar de lactar, duración de la lactancia materna exclusiva, beneficios de la lactancia materna para el bebé, edad de ablactancia. Además se determinó que existe relación significativa entre algunos factores sociales y las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna como: edad de la madre y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,0039$ ); edad materna y agarre del pezón ( $p = 0,0045$ ); edad materna y reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar ( $p = 0,0138$ );

grado de instrucción materna y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,000$ ); grado de instrucción materna y edad de ablactancia ( $p=0,000$ ); ocupación y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,0323$ ).

La presente tesis está estructurada en cuatro capítulos de la siguiente manera:

**CAPÍTULO I:** conformada por el problema de investigación en el cual se incluyen: la definición y delimitación del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

**CAPÍTULO II:** constituida por el marco teórico. Forman parte de este capítulo: los antecedentes, las bases teóricas, la hipótesis y las variables.

**CAPÍTULO III:** en el cual se considera el diseño metodológico conformado por: el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y tamaño de muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, principios éticos de la investigación, procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos.

También forman parte de la presente tesis, las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y los anexos.

**La autora**

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1. Definición y delimitación del problema**

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida aporta muchos beneficios tanto al niño como a la madre. Entre ellos destaca la protección frente a las infecciones gastrointestinales, que se observa no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados y reduce la mortalidad neonatal (2). La leche materna contiene todos los micronutrientes y los nutrientes que necesitan los lactantes para crecer durante los primeros seis meses de vida. Por otra parte, la interacción que se da entre la madre y su bebé cuando ésta lo amamanta tiene repercusiones positivas durante toda la vida, tanto en lo que respecta a la conducta, la expresión oral y la interacción social como en lo que se refiere a la salud, ya que reduce las enfermedades crónicas (3). Las madres que amamantan se recuperan del parto mucho más rápido y fácilmente. La hormona oxitocina, que se libera durante la lactancia materna, actúa para involucionar el útero a su tamaño regular más rápidamente y reduce el sangrado post-parto entre otros beneficios (2).

La lactancia materna también, mejora el coeficiente intelectual y la asistencia a la escuela, además de asociarse a mayores ingresos en la vida adulta, de otra parte, la mejora del desarrollo infantil y la reducción de los costos sanitarios gracias a este tipo de alimentación genera beneficios económicos para las familias y también para los países (2); sin embargo, muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima. Por término medio solo aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses, a nivel mundial, recibieron lactancia exclusivamente materna durante el periodo de 2007-2014 (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017), la cifra estimada de muertes de niños debida a desnutrición es de 2,7 millones, lo cual representa el 45% de todas las muertes infantiles. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un

crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, además de mejorar el desarrollo general (2).

En América Latina, hay actualmente 6,1 millones de niños menores de 5 años con desnutrición crónica, de ellos 3,3 millones de Sudamérica, 2,6 millones de Mesoamérica y 200 000 del Caribe (4). En el Perú el 43,5% de los niños, de 6 a 35 meses, sufre de anemia, correspondiéndole a la zona rural el 51,1% y a la urbana el 40,5%. Se está hablando de 620 000 niños menores de 3 años anémicos de 1.6 millones a nivel nacional y de 410 mil niños menores de 5 años que presentan desnutrición crónica (5), constituyendo un problema de salud pública prolongado y persistente que refleja varias causas que afectan negativamente el crecimiento infantil, entre ellos los patrones de alimentación del bebé, sobre todo la lactancia materna, la misma que siendo óptima permitiría salvar la vida de más de 820 000 menores de 5 años todos los años (2).

En Latinoamérica, las tasas de lactancia materna exclusiva varían de un país a otro, en Bolivia la tasa de lactancia materna exclusiva es de 60,4%; en Argentina, 32,7%; en Chile, 84,5%; en Colombia, 42,7%; en Costa Rica, 32,5%; en Ecuador, 40%; en México, 14,4% (6) y en el Perú la lactancia exclusiva en menores de seis meses disminuyó de 68,4% en el año 2014 a 65,2% en el año 2015 (7).

Estos datos permiten observar que a pesar de las recomendaciones de la OMS de mantener la lactancia materna exclusiva por seis meses, no siempre se cumplen, sugiriéndose que las inadecuadas prácticas en la alimentación de la niña y el niño, son consideradas como una causa directa de desnutrición crónica infantil (8), estimándose que hay necesidades de aprendizaje sobre este tema sobre todo en aquellas mujeres que son madres por primera vez y es urgente un aprendizaje tal, que conlleve a comprender lo importante que es la lactancia materna y las numerosas ventajas que trae consigo tener los conocimientos necesarios sobre las prácticas adecuadas, ventajas, etc. y así poder enfrentar de manera positiva su nuevo rol materno, además, es preciso considerar algunos factores socioculturales como la edad, nivel educativo, procedencia, religión etc. (9).

Desde esta perspectiva y ante la ausencia de trabajos de investigación en la ciudad de Cajamarca es que se realizó la presente investigación con el objetivo de identificar las necesidades de aprendizaje, sobre lactancia materna en puérperas primigestas, según factores socioculturales, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna en puérperas primíparas, según factores socioculturales, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Identificar las necesidades de aprendizaje, sobre lactancia materna en puérperas primíparas, según factores socioculturales, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Identificar algunos factores socioculturales de las puérperas primíparas de la muestra
2. Identificar las necesidades de aprendizaje en puérperas primíparas sobre lactancia materna.
3. Establecer la relación entre algunos factores socioculturales y las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna.

## **1.4. Justificación de la investigación**

La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. A nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de ser el alimento más completo y más sano por sus características nutricionales. Asegura al niño la cantidad de energía necesaria de anticuerpos, nutrientes y proteínas que necesitan durante sus primeros años de vida contribuyendo a un crecimiento y desarrollo saludable reduciendo así la morbimortalidad neonatal e infantil y la reducción de múltiples infecciones gastrointestinales, respiratorias y otras enfermedades infecciosas además de contribuir a la salud y al bienestar de las madres (10).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la lactancia materna (LM) es el tipo de lactancia en la cual se ofrece exclusivamente seno materno para alimentar a los neonatos sin agregar ningún otro tipo de alimentación. Las tasas de inicio de la lactancia materna se ha incrementado sustancialmente y la duración de la misma ha empezado a mejorar, la lactancia materna constituye el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño o niña hasta los seis meses de edad y con otros alimentos hasta los dos años; no obstante, numerosas investigaciones han demostrado que las madres necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna identificando sus necesidades de aprendizaje, También está presente la probabilidad de que los mensajes dados desde el sistema de salud no son lo suficientemente claros para priorizar la lactancia ni se difunden de manera apropiada antes de que la madre sea dada de alta, desaprovechando una oportunidad sumamente valiosa, motivo por el cual se pretende la realización del presente trabajo de investigación con el objetivo de identificar las necesidades de aprendizaje, sobre lactancia materna en puérperas primíparas, según factores socio culturales, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.

Los resultados obtenidos permitirán un mejor abordaje sobre lactancia materna en las atenciones pre natales, incidiendo en las necesidades de aprendizaje de las madres que dan de lactar, considerando que cuando se interioriza en ella la importancia de la lactancia materna exclusiva, se ayuda a un niño a tener un acceso a la nutrición ideal el mismo que crecerá sano y fuerte, aumentando sus posibilidades de supervivencia. Un niño sano reducirá los costes sanitarios y sociales que trae consigo el tratamiento de una enfermedad.

La mejora del desarrollo infantil y la reducción de los costes sanitarios gracias a la lactancia materna generarán múltiples beneficios no solamente para el niño sino también para la madre, el padre y la familia en general.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Borre, Y. y cols. (Colombia, 2013)** planteó como objetivo en su estudio realizado, identificar si las madres de una localidad determinada de Santa Marta, conocían los beneficios y consecuencias de la lactancia materna exclusiva, determinando que el 85,6% de las madres, sabía qué es lactancia materna (LM) exclusiva; el 14,4% consideraba que no solo la leche materna es el mecanismo de alimentación del recién nacido, sino que también incluye la alimentación complementaria con biberón, cereales y sopa de verduras.

El 78,9% de ellas consideraba que la LM es importante, porque aporta al niño los nutrientes y factores protectores que le permiten crecer sanamente, y el 21,1% simplemente expresó que esta es la alimentación ideal para el niño.

El 58,9% manifestó que este tipo de alimentación debe ser exclusiva durante los primeros seis meses de vida. El 70% manifestó que a partir de los seis meses es cuando se debe dar otro tipo de alimento al niño; el 66,7% considera que la LM es rica en proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales; el 48,9% de las participantes se sienta en una silla, con la espalda recta y los pies apoyados, para amamantar; en cuanto a qué aspectos debería tener en cuenta previo al amamantamiento, en este sentido, el 50% respondió el lavado de manos y preparación del seno, el 40% el hábito de una buena alimentación, y el 10% dijo que se debía dormir entre 1 y 2 horas diarias para relajarse.

El 56,7% utilizan una técnica adecuada, el otro 43,3% restante utiliza ciertos principios adecuados pero la técnica en general no es la correcta (11).

**Pahura, A. (Argentina, 2013)** en su estudio cuyo objetivo fue investigar el conocimiento de madres adolescentes de 14-19 años, sobre las ventajas de brindar

a sus hijos lactancia materna exclusiva en relación a lactancia artificial, durante los primeros seis meses de vida, los resultados encontrados fueron: el 73,3% de las madres adolescentes desconoce lo que significa brindar lactancia materna exclusiva. El 43,3% alimenta a sus hijos con lactancia materna parcial, el 30% lo hace con lactancia artificial, y solo el 26,7% brinda exclusivamente leche materna. Respecto a la lactancia materna o artificial, posee influencias sobre la salud del bebé, el 63,3% no cree que haya influencias sobre la salud según el tipo de alimentación. Así mismo, consideran que ambos tipos de lactancia contienen la misma proporción de macro y micronutrientes (12).

**Jiménez, L. (Ecuador, 2014)** realizó un estudio con el objetivo de determinar las necesidades de conocimiento y describir la problemática de una realidad social, determinando que el 42 % posee un nivel medio en cuanto al tema de la lactancia materna, 25% bajo y el 15% alto. Existe un gran porcentaje de madres que reciben capacitación y orientación durante el embarazo por tal motivo es necesario trabajar con los grupos internos y externos a la institución y lograr llegar más allá identificado los factores que impiden cubrir en su totalidad las necesidades de aprendizaje en las primigestas (13).

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

**Alva J. (Chimbote, 2015)**, en su tesis cuyo objetivo fue determinar el conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva en primigestas y primíparas del Puesto de Salud San Juan. Encontró que el 60% de primigestas y primíparas corresponden a edades entre 20 a 34 años, el 41% eran casadas y el 30% convivientes. El 27% tenía un nivel de instrucción secundaria completa. El 31% eran estudiantes y el 30% eran amas de casa. El 93% no tenía un conocimiento global sobre lactancia materna exclusiva.

El 58% de las madres conocía que la lactancia materna es el único alimento para el bebé durante los primeros 6 meses de vida, sin embargo, el 47% y 54% desconocía que la lactancia materna exclusiva tiene una duración de seis meses y se inicia inmediatamente después del parto, respectivamente. El 43% desconoció que la lactancia materna es a libre demanda y debe darse al bebé cada vez que lllore, tampoco sabían (52%) que si el bebé duerme por más de dos horas debe despertársele y darle de lactar, y 46% no respondió adecuadamente a la pregunta ¿qué haría la madre si su bebé llora de hambre o de sed durante el día y la noche?.

El 33% de primigestas y primíparas no conocen la posición correcta de dar de lactar a su bebé, el 28% no sabe cómo debe colocar la boca de su bebé al pecho, el 52% no conoce que tiene que iniciar la mamada por la mama del que no estuvo lactando anteriormente, mientras que el 67% desconoce qué para interrumpir la succión deben introducir un dedo en su boquita del bebé para que suelte el pezón (14).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Lactancia materna**

#### **2.2.1.1 Definición**

La lactancia es un proceso fisiológico que posibilita la alimentación del nuevo individuo, cubriendo todas sus necesidades nutricionales durante los primeros meses de vida tras el nacimiento (15).

Según la OMS, la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud (10).

La lactancia exclusivamente materna consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le da otros líquidos ni sólidos —ni siquiera agua— exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes (16).

La lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud de la madre y el niño. La leche materna contiene todos los nutrientes que el niño necesita durante los seis primeros meses de vida. La lactancia materna protege contra la diarrea y las enfermedades comunes de la infancia, como la neumonía, y también puede tener beneficios a largo plazo para la salud de la madre y el niño, como la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia (16).

#### **2.2.1.2 Recomendaciones de la OMS**

Los lactantes deben recibir lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos.

A partir de entonces, a fin de satisfacer la evolución de sus necesidades nutricionales, deben recibir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados e inoocuos, al tiempo que siguen tomando el pecho hasta los dos años o más.

### 2.2.1.3 Fisiología de la lactancia materna

La fisiología de la glándula mamaria y de la lactancia comprende 3 diferentes procesos funcionales:

- Mamogénesis o desarrollo de la glándula mamaria.
- Galactogénesis, producción o síntesis de la leche.
- Galactopoyesis o mantención de la producción de la leche.

**1) Mamogénesis o desarrollo de la glándula mamaria:** crecimiento mamario iniciado en la etapa embrionaria, continuada en la pubertad con el establecimiento del eje hipófisis-ovario-útero y culminado con el acelerado crecimiento en la etapa proliferativa durante el embarazo ocurre por acción de los estrógenos y la progesterona (17).

En el crecimiento de la glándula mamaria o mamogénesis se distinguen 4 etapas:

- Etapa prepuberal
  - Etapa puberal y adolescencia
  - Etapa gestacional
  - Etapa pos gestacional.
- ***Etapa prepuberal***

En el periodo neonatal puede observarse aumento de volumen de las glándulas mamarias en ambos lados, debido a la alta concentración de esteroides placentarios en el último periodo de la gestación (18).

Durante el período prepuberal las vesículas mamarias se transforman en conductos, por crecimiento longitudinal y ramificación, sin que sea posible reconocer alvéolos. Con anterioridad al inicio de la telarquía, el tejido mamario rudimentario permanece inactivo y las glándulas mamarias sólo crecen en forma isométrica con el cuerpo, sin presentar modificaciones estructurales (17).

## - **Etapa puberal y adolescencia**

En la niña, entre los 10 y 12 años se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovario. Los folículos ováricos inician la secreción de estrógenos, que sumados a la acción de la hormona del crecimiento y la insulina, determinan el inicio del crecimiento y maduración de la glándula mamaria (18).

Desde el punto de vista micro-anatómico, la pubertad está determinada por un crecimiento y ramificación aumentada de los conductos para formar yemas terminales en forma de trébol; esto se acompaña por un aumento en el componente estromal. El crecimiento de las yemas terminales forma nuevas ramificaciones, ramitas y pequeños conductos (llamados yemas alveolares) que son un poco más desarrollados que las yemas terminales pero más primitivas que las estructuras terminales de la mama madura en reposo o acinos. Al ramificarse, las yemas alveolares se hacen más numerosas y pequeñas y se llaman alveolos. Cuando un promedio de once yemas/alveolos se unen alrededor de un conducto terminal forman un lobulillo (virginal) tipo 1 (19).

Al comenzar los ciclos ováricos, se inicia la producción cíclica de progesterona, que sumándose a los estrógenos, determina un nuevo crecimiento de la glándula, con formación de los primeros alveolos (18).

La formación de alveolos se hace aparente en uno o dos años después de la menarquia. Después, el desarrollo glandular es variable. La diferenciación completa de la glándula mamaria hasta su grado mayor de ramificación y actividad secretoria es un proceso gradual que toma muchos años. En ocasiones no se consigue si no hay un embarazo (19).

La acción continua de progesterona y estrógenos determina el tamaño, firmeza, forma, pigmentación, y estructura lobulillo-alveolar característica de la mama adolescente.

El tejido adiposo de la mama parece tener un importante rol en el desarrollo del tejido glandular actuando como reservorio de estrógenos favoreciendo el desarrollo del tejido glandular (18).

La mama adulta tiene otros dos tipos de lobulillos además del tipo 1. El cambio de niveles de estrógeno y progesterona durante los ciclos menstruales estimula al lobulillo tipo 1 para que produzca nuevas yemas alveolares y que gradualmente se convierten en lobulillos tipo 2 y 3, que son más maduros. El número de alveolos por lobulillo aumenta de once, en los lobulillos tipo 1 a cuarenta y siete en los de tipo 2,

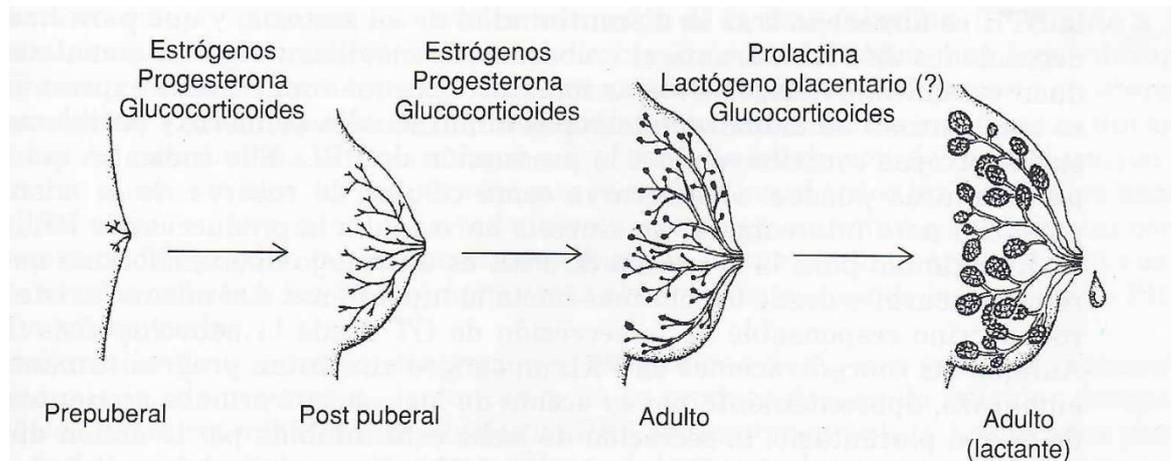
y a ochenta en los de tipo 3, aproximadamente. Esto aumenta el tamaño de los lobulillos, aunque reduce el tamaño de cada alveolo (19).

### - **Etapa gestacional**

Junto con el inicio del embarazo, la glándula mamaria se prepara para cumplir su función primordial, la secreción de leche.

El período inicial del embarazo se caracteriza por una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los acinos y por la formación de nuevos acinos.

Entre la 5ª y la 8ª semana de gestación se aprecian cambios visibles en las mamas: aumentan notablemente de tamaño, se sienten más pesadas, la pigmentación de la areola y el pezón se intensifica, las venas superficiales se dilatan. En algunas mujeres, sin embargo, al progresar el desarrollo glandular, los depósitos de grasa localizados en las mamas se movilizan. En ese caso puede que no se aprecien estos cambios de volumen, lo que no significa que más adelante su producción de leche será insuficiente (17).



Al final del primer trimestre aumenta el flujo sanguíneo por dilatación de los vasos sanguíneos y neoformación de capilares alrededor de los lobulillos. El crecimiento de la mama continúa durante toda la gestación.

Después de las 20 semanas de gestación, cesa la proliferación del epitelio alveolar y las células inician su actividad secretora, la que irá aumentando hasta el término del embarazo. En esta etapa los alvéolos están formados por una sola capa de

células epiteliales cuboideas o cilíndricas bajas. Las células mioepiteliales que rodean al alvéolo se alargan y adelgazan, formando una verdadera red alrededor de cada acino. En la segunda mitad de la gestación se observa también una infiltración leucocitaria del tejido conectivo perialveolar y pericanalicular. Hacia el término de la gestación, los alvéolos muestran en su interior una sustancia compuesta por células epiteliales descamadas y leucocitos (pre-calostro). Al término del embarazo, el volumen de cada mama crece alrededor de 225 ml debido al intenso desarrollo de los tejidos glandulares, al doble del flujo sanguíneo, a un mayor depósito de grasa y al pre-calostro. El estroma de soporte ha disminuido notablemente y sólo quedan delgados tabiques de tejido conectivo que separan los lóbulos glandulares muy desarrollados, que como se ha dicho, contienen pre-calostro en su interior. Hasta el momento del parto, la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por antagonismo de los esteroides placentarios, particularmente la progesterona. Esta inhibición es tan poderosa que aún pequeños restos placentarios retenidos pueden demorar el proceso de lactogénesis en el postparto (8).

La preparación de la glándula mamaria para la producción de leche es tan eficiente que aún si el embarazo fuera interrumpido a las 16 semanas, se inicia la lactogénesis (17).

### **Cambios en el pezón y la areola**

Durante el embarazo se producen cambios notorios en la areola y el pezón. El diámetro de la areola aumenta al igual que se intensifica su pigmentación. La coloración oscura de la areola ayuda a que el recién nacido pueda visualizarla con facilidad además el plexo vascular subareolar de Haller confiere a esta región una mayor temperatura de superficie comparado con el pezón y el resto del pecho. Esta característica térmica puede regular la evaporación local de olores, por ende aumentando la eficacia del estímulo.

Es interesante conocer que la característica térmica de la areola puede ser gatillada por el llanto del lactante, resultando en óptimas condiciones para liberación de olor cuando al niño se le ofrece el pecho.

Las glándulas de Montgomery adquieren mayor prominencia y producen secreción sebácea con propiedades antibacterianas, lubricantes y odoríferas.

Hay cambios en el tamaño, forma y textura de los pezones. El notorio cambio de sensibilidad y protractibilidad en los pezones es uno de los primeros signos de embarazo en muchas mujeres.

Los cambios en el pezón son importantes para que el niño pueda succionar eficientemente. Cuanto más protractil es el pezón, más favorece la succión del niño. La movilidad del tejido mamario que está en la zona areolar detrás del pezón, determina su capacidad de estiramiento por la succión del niño y la posibilidad de extraer eficientemente la leche (17).

La inversión del pezón que incluye la tracción del tejido mamario, es rara; no se debe confundir con el pezón que se aplana con el crecimiento gestacional de la mama.

#### - **Etapa pos gestacional**

Después del parto, al eliminarse la placenta, baja bruscamente el nivel de progesterona en la sangre de la madre y se suprime la acción inhibidora que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche. Las mamas se llenan de calostro durante las primeras 30 horas después del nacimiento. Si el niño no mama con frecuencia durante el primer y segundo día, se puede apreciar ingurgitación, aumento de volumen y mayor sensibilidad de la mama.

El flujo sanguíneo de las mamas, ya aumentado en las últimas semanas del embarazo, se intensifica aún más después del parto.

Entre las 30 y 40 horas postparto hay un rápido cambio en la composición de la leche debido al aumento en la síntesis de la lactosa. Esto produce un aumento del volumen de la leche debido a que la lactosa es el componente osmótico más activo de ella.

El aumento de volumen de la leche se produce antes que la madre perciba la sensación de plenitud o agrandamiento de las mamas y otros signos que se describen como “golpe o bajada de leche”. Las madres que alimentan a sus hijos con libre demanda e inmediatamente después del parto, observan que producen un mayor volumen de leche a las 24-48 horas después del parto y no experimentan congestión (17).

Se cree que el evento descrito como “golpe de leche” marca el cambio del control endocrino de la galactogénesis al control autocrino, en el que la producción de leche

no depende del nivel de hormonas maternas, sino de la eficiente succión y remoción de ésta por parte del niño.

Después del parto se aprecian cambios internos en la estructura de las células epiteliales de los alvéolos y conductos: las células secretoras de los acinos han aumentado de tamaño; los espacios intercelulares, hasta ahora abiertos, comienzan a cerrarse; el alvéolo se distiende por la secreción de calostro o de leche, las células epiteliales pierden su forma cilíndrica o cuboide y se aplanan.

Los cambios descritos son necesarios para iniciar en el alvéolo las nuevas funciones de síntesis, almacenamiento y liberación de los constituyentes de la leche.

No todos los acinos en el interior de un lobulillo producen una secreción máxima de leche al mismo tiempo. Este asincronismo de la función secretora permite una producción constante de leche.

Si la glándula no es vaciada oportunamente, el exceso de presión puede producir alteraciones necróticas del epitelio alveolar, daño tisular que disminuye el potencial de producción de leche de la madre en lactancia (17).

## **2. Galactogénesis o producción celular de la leche**

Es el proceso mediante el cual las células epiteliales de los alveolos de la glándula mamaria sintetizan los constituyentes de la leche y los entregan al lumen alveolar.

Neville (1989) sostiene que la lactogénesis debe ser dividida en 3 etapas:

Etapa I: iniciación de la capacidad secretora glandular en el periodo gestacional y post parto inmediato (calostro).

Etapa II: iniciación de lactancia propiamente tal, con producción de leche, entre los 2 y 15 días post parto.

Etapa III: mantención de la producción de leche o galactopoyesis (17).

- **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 precalostro.

En esta etapa la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por la acción de los esteroides placentarios (17).

- **Etapa II**

La iniciación de la producción de leche propiamente tal, 2 a 5 días después del parto, depende de tres factores: del desarrollo adecuado de las mamas durante el embarazo (mamogénesis gestacional), de la mantención en el plasma sanguíneo de adecuados niveles de prolactina y de la caída de los esteroides sexuales.

El efecto inhibitorio de los estrógenos sobre la lactogénesis no está del todo aclarado, pero se sabe que disminuyen la cantidad de prolactina incorporada a las células del alvéolo mamario e inhibe el aumento de receptores de prolactina que normalmente ocurre durante la lactancia (17).

El efecto inhibitorio de la progesterona es más conocido. Se sabe claramente que inhibe la síntesis de la lactoalbúmina (inducida por la prolactina) y por lo tanto la síntesis y secreción de la lactosa.

Durante la lactancia, los receptores para progesterona desaparecen de la glándula mamaria, lo que explica por qué la progesterona no tiene un efecto supresor de la lactancia una vez que el proceso está establecido.

En el 3er trimestre del embarazo los niveles plasmáticos de prolactina están muy elevados, alcanzando al término de la gestación niveles de 150- 200 ug/ml, pero su acción lactogénica permanece bloqueada hasta el momento del alumbramiento (eliminación de la placenta) en que los esteroides placentarios descienden bruscamente (17).

Los niveles plasmáticos basales de la prolactina también descienden después del parto, pero se mantienen significativamente más elevados en la mujer que amamanta que en la mujer no puerpera.

La secreción de prolactina es normalmente inhibida por acción del hipotálamo mediante el PIF (factor inhibidor de prolactina) que se identifica con la dopamina.

La cantidad de dopamina que alcanza a las células lactótropas de la hipófisis anterior, determina la cantidad de prolactina secretada por ellas. Las drogas que

impiden la síntesis de la dopamina o bloquean su acción (reserpina, fenotiazinas, metoclorpramida, sulpiride) producen hiperprolactinemia.

La infusión de dopamina o la administración de dopaminérgicos, como la bromocriptina, reducen los niveles plasmáticos de prolactina e inhiben la secreción láctea.

Se ha descrito otro factor liberador hipotalámico PRF (Prolactin Releasing Factor), identificado y sintetizado como TRH (Thirotropin Releasing Hormone), el cual, junto con ser un factor liberador de tirotropina, es un importante liberador de prolactina por estimulación de las células lactó- tropas de la hipófisis anterior (17).

### **3. Galactopoyesis o etapa III de la lactogénesis**

Se denomina galactopoyesis o Etapa III de la lactogénesis al proceso que mantiene la producción de la leche una vez establecida la lactancia. Esta etapa de la lactogénesis depende tanto del ambiente hormonal del plasma materno (oxitocina y prolactina) como de la remoción de la secreción láctea de la mama.

La prolactina es la hormona galactopoyética más importante en la iniciación de la producción alveolar de la leche. Dos son las influencias conocidas de la prolactina en la producción celular de la leche:

- Induce al ARN mensajero de transferencia para la síntesis de la proteína de la leche.
- Actúa sobre la lactoalbúmina para la síntesis de la lactosa.

El efecto lactógeno de la prolactina es apoyado por otras hormonas: insulina, cortisol, hormonas tiroideas, paratiroides y hormonas de crecimiento, sin necesitar que sus niveles sean mayores que en la mujer no embarazada (17).

A diferencia de su rol en la iniciación de la lactancia, aún se debate científicamente el rol de la prolactina en la mantención de la lactancia.

El nivel de prolactina plasmática en la embarazada es de 10 ug/ml; su concentración aumenta gradualmente con el embarazo, pero disminuye abruptamente después del parto. A las 4 semanas post-parto vuelve a subir aproximadamente a 20-30 ug/ml en

las mujeres que amamantan, pero en las mujeres que no amamantan este nivel regresa a 10 ug/ml en el período de 1 a 2 semanas.

Los niveles séricos de prolactina suficientes para mantener la producción de leche varían ampliamente entre las mujeres que amamantan. Algunas mujeres amamantan exitosamente con niveles plasmáticos de prolactina equivalentes a los de las mujeres que no amamantan.

En la lactancia temprana, la succión de los pechos induce a un alza hasta alrededor de 10 veces los niveles iniciales después de 20 a 30 minutos de succión. El nivel plasmático de prolactina se eleva como respuesta a la succión del pezón durante el amamantamiento. Algunos investigadores han informado que este estímulo pareciera ser mayor después de mediodía que en la mañana, sin embargo otros investigadores demuestran resultados diferentes.

Para que se mantengan niveles elevados de prolactina, se recomienda amamantar por lo menos 6 veces en el día y al menos 1 vez durante la noche.

La introducción de alimentación complementaria significa una disminución de la frecuencia y duración de las mamadas y por lo tanto del nivel de prolactinemia. En un estudio se encontró que la madre con lactancia exclusiva amamanta 118 minutos en 24 horas, en cambio las que daban lactancia mixta sólo lo hacían 79 minutos (17).

### **Reflejos y condiciones de la madre que favorecen la lactancia**

Durante la lactancia hay mecanismos neurohormonales reflejos que aseguran una producción eficiente y oportuna de leche para alimentar al niño según éste lo demande.

- *Reflejo liberador de prolactina:*

El reflejo liberador de prolactina es controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo que entregan dopamina a la hipófisis anterior y frenan la secreción de prolactina.

El estímulo del pezón-areola inhibe la secreción de dopamina y por lo tanto permite la liberación de prolactina por la hipófisis anterior.

Aproximadamente 30 minutos de amamantamiento determinan un aumento en los niveles plasmáticos por 3 a 4 horas, con un alza entre los 20 y 40 minutos de iniciada la secreción.

El amamantamiento frecuente es necesario para mantener la liberación refleja de prolactina. A medida que el niño crece y mama con menos frecuencia disminuye la prolactinemia. (18).

- ***Reflejo eyectolácteo, de evacuación de leche o de oxitocina.***

La leche que se encuentra en los alvéolos mamarios no fluye espontáneamente hacia los conductos y por lo tanto no se encuentra disponible para el niño. Para que la leche fluya desde los alveolos es necesario que éstos sean exprimidos por las fibras mioepiteliales que los rodean. La contracción de las fibras es producida por la oxitocina, liberada por la hipófisis posterior. Este reflejo es simultáneo en ambas mamas.

La fuerza de contracción puede ser inicialmente muy fuerte y dolorosa en algunas mujeres, llegando a eyectar la leche a varios centímetros de la mama. Este reflejo es simultáneo en ambas mamas, por eso es frecuente que una mama gotee mientras el niño chupa del otro pecho (17).

La liberación de oxitocina aumenta la presión intramamaria y se detecta un mayor flujo sanguíneo. Las mujeres experimentan la eyección de la leche como una sensación de calor y cosquilleo en las mamas o como una sensación de presión.

La ausencia de senos lactíferos enfatiza en la importancia crítica de la eyección láctea para una lactancia exitosa, porque solo pequeñas cantidades de leche están disponibles antes de la estimulación de la eyección láctea (17).

Las fibras mioepiteliales del útero y de la mama tienen receptores específicos para la oxitocina, que aumentan durante el tercer trimestre del embarazo y en los 5 días que siguen al parto (17) .

Las contracciones del útero (entuetos) pueden llegar a ser extremadamente dolorosas en algunas mujeres, especialmente las multigrávidas y en casos severos pueden necesitar aliviar el dolor para que no teman al amamantamiento.

La oxitocina es la hormona galactopoyética más importante y es indispensable para el vaciamiento de la leche durante el amamantamiento.

El reflejo de vaciamiento de la leche no sólo responde a los estímulos táctiles y mecánicos del pezón areola, sino que también puede ser desencadenado por estímulos visuales, auditivos u olfatorios, especialmente en los primeros días de lactancia, pudiendo llegar a ser un reflejo condicionado (17).

La producción de prolactina está más determinada por la fuerza, la frecuencia y la duración del estímulo de succión. La producción de ocitocina en cambio está más influenciada por la actividad de los centros nerviosos superiores (sentimientos, emociones, pensamientos, percepciones subjetivas).

En algunas mujeres la cercanía física o el pensar en el niño pueden desencadenar la contracción de las células mioepiteliales. Esto puede ocurrir en las madres hasta años después que haya cesado la lactancia, aun cuando no haya producción de leche (17).

Los estímulos físicos o psicológicos repentinos, por efecto de la adrenalina, pueden inhibir temporalmente el reflejo de contracción de la ocitocina. Sin embargo, no se ha demostrado que el estrés leve o crónico afecte el reflejo de vaciamiento; sólo puede demorarlo ligeramente. Se ha observado que el período de latencia promedio entre el inicio de la succión y la eyección de la leche es de más o menos 58 segundos, con importantes variaciones individuales (17).

La inhibición temporal o la simple demora en el vaciamiento de la leche es relativamente común. Desafortunadamente los mensajes negativos que reciben las mujeres acerca de su capacidad de amamantar, hacen que esta situación sea frecuentemente mal interpretada como un signo de "insuficiencia de leche". La introducción de alimentos suplementarios no hace más que contribuir a hacerla real.

El hecho de que algunas mujeres no liberen la leche aun cuando las mamas están visiblemente llenas, tendría una explicación física y no psicológica. La extrema presión resultante al estar las mamas excedidas de leche, impide que la ocitocina contraiga las células mioepiteliales. El calor, el bombeo o la expresión manual disminuyen la presión, permitiendo que opere el reflejo de eyección (17).

Tanto la oxitocina como la prolactina afectan el ánimo y el estado físico de la madre. Se ha demostrado que la oxitocina es esencial para la conducta materna apropiada de varias especies.

Investigaciones sobre la oxitocina indican que es una hormona inductora del sentimiento de “vínculo”, con importante efecto en la relación entre ambos padres y entre la madre y su hijo, de manera que si se amamanta al niño, se favorece este aspecto tan importante para el equilibrio afectivo-emocional del binomio madre-hijo y de la familia en general (17).

#### **2.2.1.4 Composición de la leche humana madura**

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, enzimas y hormonas. Estas sustancias se distribuyen en 5 compartimentos separables según el tamaño de sus partículas:

**Fase acuosa:** es una solución verdadera, que constituye el 87% de la leche. Contiene las proteínas del suero, lactosa, nitrógeno no proteico, vitaminas hidrosolubles, electrolitos y parte de los compuestos de calcio, magnesio.

**Dispersión coloidal:** caseína, calcio y fosfato.

**Emulsión:** constituido por los triglicéridos y los ésteres de colesterol.

**Membranas de glóbulos de grasa:** proteínas, fosfolípidos, enzimas, minerales traza y vitaminas liposolubles.

**Células:** macrófagos, neutrófilos, linfocitos y células epiteliales.

**Agua:** se considera un importante elemento nutritivo para el lactante. La leche materna contiene 88% de agua. Su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico.

**Proteínas:** entre los mamíferos, la leche humana posee la concentración más baja, está compuesta de 40% de caseína y 60% de proteínas del suero.

La caseína de la leche humana está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio. Los diferentes aminoácidos de la caseína tienen una relación muy específica en la leche de cada mamífero.

Las proteínas del suero son, entre otras: alfa-lactoalbúmina, lactoferrina, seroalbúmina, beta-lactoglobulinas, inmunoglobulinas, glicoproteínas, lisozima, enzimas, moduladores del crecimiento, hormonas.

La alfa-lactoalbúmina y la lactoferrina son las principales proteínas del suero en la leche humana. La beta-lactoglobulina es la principal proteína del suero de la leche de vaca y puede aparecer en la leche de mujeres que consumen muchos productos lácteos, pero no forma parte habitual de las proteínas de la leche humana. Es la responsable de las alergias a la leche de vaca (17).

Las inmunoglobulinas de la leche son diferentes a las del plasma, tanto en calidad como en concentración. La IgA es la principal inmunoglobulina en la leche materna. La IgG lo es en el plasma y en él se encuentra en una cantidad 5 veces mayor que la IgA.

### **Hidratos de carbono**

El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, disacárido compuesto de glucosa y galactosa. La leche humana tiene un alto contenido de lactosa, 7,3 g/dl. (La leche de vaca sólo 4,8 g/dl).

La lactosa se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino. Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones. La porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central.

La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción de calcio, hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos. Esta flora produce los ácidos grasos de cadena corta a nivel intestinal, con rol nutricional sobre el colon, como la fibra en el adulto. El crecimiento del lactobacillus es promovido por el factor bífido, un carbohidrato complejo con contenido de nitrógeno, que no está presente en los derivados de leche de vaca. De ahí que los suplementos alimentarios dados en los primeros días de vida interfieren con este mecanismo protector (17).

### **Grasas**

La grasa, junto con el volumen, es el componente más variable de la leche humana.

Las concentraciones de grasa aumentan desde 2 g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5 g/100 ml a los 15 días post parto. En adelante siguen siendo

relativamente estables, pero con bastantes variaciones individuales, tanto en el contenido total de grasa como en la composición de los ácidos grasos (17).

Hay fluctuaciones diurnas, con más concentración de grasa después de mediodía. También hay importante variación dentro de una misma mamada, siendo la segunda leche 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera. Se cree que esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta diferencia, especialmente en el caso de prematuros, ya que la leche del final tiene más calorías.

### **Vitaminas**

La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre (17).

### **Vitaminas liposolubles**

La absorción de vitaminas liposolubles en el lactante está relacionada con la variabilidad de la concentración de la grasa en la leche materna.

### **Vitamina A**

La concentración de vitamina A es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura. Su predecesor, el betacaroteno, es un potente antioxidante (17).

### **Vitamina K**

La concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal.

Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño vitamina K inmediatamente después del nacimiento (17).

### **Vitamina E**

El contenido de vitamina E en la leche humana cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E (17).

## **Vitamina D**

Necesaria para la absorción del calcio y del fósforo. El contenido de vitamina D de la leche humana es bajo (0,15 mg/100 ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml. Esta vitamina D hidrosoluble no se procesa en el tracto gastrointestinal, sino a través de la piel en presencia de luz solar. Se necesita sólo una buena exposición al sol para producir suficiente vitamina D.

Se puede decir que sólo tienen riesgo de deficiencia de vitamina D las mujeres y niños que no consumen aceites marinos, cubren totalmente sus cuerpos y no se exponen a la luz del día (17).

## **Vitaminas hidrosolubles**

### **Ácido fólico**

Esencial para la síntesis de hemoglobina y de aminoácidos. Interviene en la síntesis de ADN y ARN. La deficiencia produce anemia. La suplementación a la madre con ácido fólico, aumenta los niveles en la leche. Los anticonceptivos orales pueden disminuir el nivel sanguíneo de ácido fólico.

Niacina, Riboflavina (B2), Tiamina (B1), Piridoxina (B6), Cobalamina (B12) Son necesarias para el metabolismo de las proteínas y de la energía. La Tiamina es esencial para la conversión de los carbohidratos dentro del sistema muscular y nervioso. La concentración de vitamina B12 en la leche humana es muy baja, pero su biodisponibilidad aumenta por la presencia de un factor específico de transferencia.

La deficiencia de Cobalamina produce anemia y daño en el SNC. Los anticonceptivos orales ingeridos por largo plazo pueden disminuir los niveles de Piridoxina en la leche; a su vez, el exceso de Piridoxina puede reducir la producción de leche en la madre que amamanta (17).

## **Vitamina C**

Interviene en la formación e integridad de los tejidos, en especial en el tejido conectivo y vascular. Aumenta la absorción del hierro.

La concentración de estas vitaminas puede variar en relación a la dieta materna. Los niveles son más altos en las madres bien nutridas. Las deficiencias de estas vitaminas en los niños son raras, aún en casos de madres vegetarianas que tienen mayor riesgo de deficiencia de vitaminas B. Aunque las madres no presenten signos, la insuficiencia de estas vitaminas en la leche puede tener consecuencias adversas para el niño. De ahí que es necesario que la madre las consuma diariamente en su dieta (17).

## **Minerales**

Aunque la concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna, en el caso del calcio su concentración en la leche es mayor cuando la madre tiene reservas de este mineral en sus tejidos (17).

### **Calcio, Fósforo**

La relación calcio-fósforo en la leche humana es de 2:1. La leche de vaca tiene una mayor proporción de fósforo, lo que explica la hipocalcemia neonatal, común en los lactantes alimentados artificialmente (17).

### **Hierro**

La alta biodisponibilidad del hierro de la leche humana es el resultado de una serie de interacciones complejas entre los componentes de la leche y el organismo del niño: la mayor acidez del tracto gastrointestinal, la presencia de niveles apropiados de zinc y cobre, el factor de transferencia de lactoferrina, que impide que el hierro esté disponible para las bacterias intestinales liberándolo sólo cuando los receptores específicos se unen a la transferrina, son factores importantes para aumentar la absorción del hierro.

El hierro de la leche humana se absorbe en un 49%, el de la leche de vaca un 10% y el de las fórmulas enriquecidas con hierro sólo el 4% (17).

### **Zinc**

El zinc es esencial para la estructura y funcionamiento de las enzimas y para el crecimiento e inmunidad celular. Las cantidades de zinc en la leche humana son pequeñas pero suficientes para cubrir las necesidades del niño sin alterar la absorción del hierro y del cobre. El zinc es excretado complejamente unido a una

proteína. Si bien el zinc se encuentra en la leche de vaca y también en la de soya, el de la leche humana es mucho más biodisponible (17).

#### **2.2.1.5 Cualidades inmunológicas de la leche materna**

La leche materna es de gran complejidad biológica, no sólo transfiere una protección contra infecciones y alergias específicas, sino que también estimula el desarrollo del propio sistema inmune del lactante. Contiene además muchos componentes antiinflamatorios cuyo mecanismo de acción aún no se conoce. La protección se observa mejor durante la vida temprana y continúa en proporción a la frecuencia y duración de la lactancia materna. El calostro y la leche madura tienen componentes antiinfecciosos tanto humorales como celulares.

- **Leche de transición:** es la leche que se produce después del calostro. Se produce desde los 2 a 5 días después del nacimiento y su producción llega hasta los 10-12 días. Esta es una leche cremosa y su producción es mayor que la del calostro por lo que generalmente las madres tienden a sentir los pechos inflamados o muy llenos. Leche madura: esta se produce generalmente al final de la segunda semana después del nacimiento. Al igual que la leche de transición su producción es buena pero es más rala o diluida incluso puede ser azulada, sin embargo, solo tiene esa textura al inicio de la toma ya que conforme va tomando leche el bebé, ésta se vuelve más cremosa teniendo mayor contenido de grasa al final de la tetada (17).

#### **2.2.1.6 Síntesis y secreción de los componentes de la leche**

Los componentes de la leche son secretados a la luz alveolar por 5 mecanismos diferentes. Estas vías trabajan en forma paralela para formar o transportar los constituyentes de la leche desde la sangre, líquido intersticial o célula epitelial mamaria.

La exocitosis, la pinocitosis inversa, la transcirosis, el transporte apical y el movimiento paracelular (18).

Para asegurar un buen vaciamiento de la mama y permitir una retroalimentación positiva para la producción suficiente de leche que requiere el bebé es importante asegurar un buen afianzamiento del bebé al pecho de modo que sea capaz de vaciar los senos galactóforos por medio de los movimientos de su mandíbula y compresión del pezón entre su lengua y paladar (19)..

### 2.2.1.7 Beneficios de la lactancia materna para el bebé

Hay evidencia científica de numerosas ventajas para el bebé, como la disminución en la incidencia y gravedad de gran número de enfermedades agudas y crónicas de los niños amamantados.

- **Nutricionales.**

Los niños amamantados experimentan un mayor aumento de peso y talla durante los 3 primeros meses de vida. Al final del primer año de vida los niños amamantados ganan menos peso y son más delgados. Los bebés alimentados con leche artificial tienen el triple de probabilidades de ser obesos que los alimentados con leche materna. Los estudios confirman que recibir más proteínas durante el primer año deriva en un mayor peso durante los dos primeros años y más riesgo de padecer obesidad a los 6 años (20).

- **Protección frente a las infecciones y atopias**

Los niños amamantados presentan menos diarreas, infecciones respiratorias, otitis invasivas, infecciones intestinales y enterocolitis necrotizantes. Mediante la transferencia de anticuerpos se estimula activamente el sistema inmunitario del lactante (20).

- **Desarrollo cognitivo**

En cuanto al crecimiento cerebral expresado por el aumento de la circunferencia craneal, destaca el mayor aumento observado en niños lactados. Según muchos estudios realizados, la lactancia materna tiene un efecto positivo en la evolución cognitiva del niño, a mayor tiempo de amamantamiento mejor desarrollo, también en las habilidades motoras y el desarrollo temprano del lenguaje (20).

- **Enfermedades a largo plazo.**

Muchos estudios ponen de manifiesto el efecto protector de la leche materna en relación con la muerte súbita del lactante, colitis ulcerosa, y patología alérgica.

Menor desarrollo de enfermedades autoinmunes, diabetes mellitus, enfermedad de Crohn y cáncer.

Favorece la liberación de la hormona del crecimiento.

Previene problemas dentales (20).

- **Beneficios psicológicos.**

Amamantar al niño es relajante, favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a la madre. La lactancia bien establecida es percibida por la mayoría de las mujeres como muy satisfactoria, pues proporciona no sólo alimento sino consuelo, ternura y comunicación entre madre e hijo.

Predispone en el niño buenos hábitos alimentarios para el futuro (20).

### **2.2.1.8 Ventajas de la lactancia materna para la madre**

- Recuperación uterina post-parto y disminución del sangrado. La succión del pecho en las dos primeras horas tras el parto produce liberación de oxitocina, hormona que actúa sobre el útero de la mujer provocando su contracción. Las siguientes descargas de oxitocina producen nuevas contracciones del útero con lo que éste recupera más pronto el tono y el tamaño.
- Mejora de la anemia y aumento de las reservas de hierro. El cierre precoz del lecho vascular de la placenta disminuye el sangrado puerperal contribuyendo a la recuperación de la anemia del embarazo. También durante varios meses inhibe la ovulación por lo que no hay menstruación y favorece el ahorro de hierro.
- Recuperación más precoz del peso corporal previo al embarazo.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama post-menopáusico, cáncer de ovario.
- Disminuye fracturas de cadera y espinales por osteoporosis en la post-menopausia.
- Reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional (20).

### **2.2.1.10 Técnicas para una lactancia exitosa (lo que toda madre debe saber sobre lactancia materna).**

#### **2.2.2. Necesidades de aprendizaje**

Las necesidades de aprendizaje deben concebirse en un sentido amplio, incluida la transformación de la personalidad de la madre que da de lactar, es decir sus necesidades intelectuales, de actitud, emocionales y volitivas. Lo esencial es identificar de manera puntual las deficiencias o insuficiencias de los conocimientos y

habilidades que tiene respecto de la lactancia materna exclusiva, en el sentido de su responsabilidad como madre.

Las necesidades de aprendizaje constituyen el punto de partida para la búsqueda de una solución del problema de salud pública, a fin de contribuir a la disminución de la desnutrición crónica infantil (21).

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida. Es importante que el recién nacido comience a tomar el pecho precozmente, idealmente durante la primera media hora de nacido en sala de parto y/o recuperación de la madre.
- El principal estímulo que induce la producción de leche es la succión del niño, por lo tanto, cuantas más veces toma el pecho de la madre, más leche se produce.
  - La madre debe estar todo el tiempo -día y noche- con sus bebés para lograr el apego y la lactancia (22).
- Una vez que el niño(a) pasa a un periodo de somnolencia, se recomienda que permanezca con su madre, aunque no muestre interés por mamar. Pasado este periodo tan pronto despierte el recién nacido se debe ofrecer el pecho.
- En los primeros días después del parto el volumen de leche materna es bajo y que la primera leche es el calostro, el cual proporciona inmunidad al niño/a; además la cantidad de leche durante los primeros días es poca, la misma que irá aumentando cuanto más succione el bebé (17).
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche (10). La cantidad se ajusta a lo que el niño toma y a las veces que vacía el pecho al día. La calidad también varía con las necesidades del niño a lo largo del tiempo. Durante los primeros días, la leche es más amarillenta (calostro) y contiene mayor cantidad de proteínas y sustancias anti infecciosas; posteriormente aparece la leche madura. Su aspecto puede parecer “aguado” sobre todo al principio de la toma ya que es hacia el final de la misma cuando va aumentando su contenido en grasa. Sin embargo, no existe la leche materna de baja calidad; pero no siempre su contenido graso y por lo tanto de energía es suficiente en los primeros 6 meses (17).
- Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua.
- Asegurar que se ofrezca el pecho 8 a 12 veces en 24 horas (22).

- Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes (10). El uso del biberón puede tener grandes riesgos de contraer infecciones por una mala higiene en: la persona que los prepara, el biberón y chupón o en el alimento a ofrecer, además puede causar problemas dentales y en el lenguaje.
- La postura. La madre debe estar sentada en una postura cómoda, con la espalda recta y los hombros relajados. En ella, una de las manos de la madre, la que sostiene al niño, está en las nalgas del bebé; la otra mano sostiene la mama en posición de C: cuatro dedos abajo y uno arriba, aunque puede hacerse en forma de pinza; no se debe presionar mucho arriba, pues impide u obstaculiza el flujo de la leche (22).

La postura tanto de la madre como del bebé a la hora de amamantar es de los factores más importantes para que se logre una lactancia materna.

- Correcto agarre. Los 4 signos más importantes para un correcto agarre vistos desde el exterior son:
  - Se observa más areola por encima del labio superior del lactante que por debajo del labio inferior.
  - La boca del lactante está muy abierta.
  - El labio inferior del lactante está evertido (hacia afuera).
  - El mentón del lactante está tocando el pecho (17).
- Existen diversas posiciones y todas son funcionales verificando que haya un correcto agarre y no les produzca molestias, la posición adoptada por cada madre será de acuerdo a sus preferencias. Se debe buscar que:
  - ✓ El cuerpo del lactante debe estar derecho, no curvado, ni doblado, debe formar una línea recta el eje oreja-hombro-cadera.
  - ✓ El lactante debe estar frente al pecho. No debe estar aplastado contra el pecho o el abdomen de la madre.
  - ✓ El cuerpo del lactante debe estar próximo a la madre, esta cercanía favorecerá que pueda tomar bien el pecho.
  - ✓ El cuerpo del lactante tiene que estar sostenido de todo el cuerpo, no solo tomarlo de la cabeza, puede estar apoyado en los brazos de la madre, la cama o emplear una almohadita.
  - ✓ No importa la posición que la madre elija siempre debe estar cómoda y no sentir malestar al amamantar.
- Se sabe que a los 6 meses de edad el consumo exclusivo de leche materna ya no cubre el aporte energético total para el bebé, sin embargo, sigue aportando hasta la mitad o más de los requerimientos de energía de un bebé de 6 a 12

meses y hasta un tercio de los 12 a 24 meses de edad. Además asegura que los nutrientes que aporta la leche materna son de buena calidad (17).

- Dar pecho después del año no malcría al niño, al contrario, fortalece el vínculo que hay entre madre-hijo dándole seguridad al pequeño y mayor autoestima a la madre.
- La madre deberá observar la deglución de la leche.
- Es normal que el bebé baje de peso los primeros días.
- Acudir a consulta si hay dudas o problemas con la lactancia.
- La madre debe estar todo el tiempo -día y noche- con sus bebés para lograr el apego y la lactancia.
- El amamantamiento fortalece una relación especial entre la madre y su bebé.
- Para retirar el pecho pedir a la madre, que introduzca un dedo limpio en la boca del (la) niño(a) (en la comisura) y deslizarlo entre las dos encías, lo que permitirá que el (la) niño(a) abra su boca y la madre podrá retirar suavemente su pecho.
- Tomar 6 a 8 vasos de agua al día. El agua es el componente esencial del organismo, se necesita para los procesos de digestión, absorción y excreción. Transporta los nutrientes, desechos metabólicos y regula la temperatura del cuerpo. Tiene un efecto lubricante y protector de tejidos sensibles. Consumir alimentos y preparaciones con mayor cantidad de agua contribuye a una ingesta mayor de agua y a tener un menor aporte de calorías en la dieta (17).
- La lactancia es un período fisiológico. Los pezones no necesitan ningún cuidado especial ni durante el embarazo ni después del parto. La mejor manera de cuidar los pezones es una posición correcta del bebé al mamar. La aplicación de productos artificiales (jabones, pomadas, cremas varias) o las excesivas manipulaciones pueden predisponer a la aparición de grieta (22).
- La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades (10).

### **2.2.3. Factores socioculturales**

#### **Factores sociales**

- **Estado civil.** Se denomina estado civil a la situación o condición jurídica en la que se encuentran las madres en relación a otra, con quien se crean lazos

jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto (23).

Algunos estudios mencionan que las madres casadas presentan mayores porcentajes de lactancia materna exclusiva; el apoyo familiar es uno de los pilares fundamentales de la mantención de la lactancia materna, por el contrario, la falta de apoyo paterno y el hecho de que las mujeres solteras son los pilares económicos de su familia serían las causas que llevarían al no continuar con la práctica de lactancia materna eligiendo los sucedáneos de la leche humana como parte de la alimentación de sus hijos (23) .

- **Nivel educativo.** El nivel educativo de la madre determina la capacidad para ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento, adquirir nuevas conductas a lo largo de su existencia tanto en ámbitos individuales como colectivos, convirtiéndose de esta manera en un factor bastante importante cuando se trata de la comprensión y entendimiento de cualquier información relacionado con la lactancia materna exclusiva (23).

La implementación de la lactancia materna es también influenciada por el grado de escolaridad que poseen las madres. Algunos estudios han demostrado que un nivel educativo superior es un predisponente positivo para la lactancia materna, esto porque las mujeres cuentan con mayores conocimientos y comprensión sobre los beneficios que tiene la leche materna en la salud de sus hijos (23).

- **Zona de residencia.** Es el medio natural, en el cual el individuo nace y vive con sus tradiciones y costumbres. Así tenemos al hombre de la costa, sierra y selva cada uno como miembros de su grupo presentan características peculiares, aunque dichas reglas no pueden ser consideradas universales, porque los tipos cambian, cuando emigran de un lugar a otro adaptándose al medio social donde migra (23).

Según ENDES 2015, en la Sierra y en la Selva presentan los mayores porcentajes de duración de lactancia materna exclusiva, dato que guarda relación con los descritos por diversos autores quienes señalan como favorables a la práctica de la lactancia materna (23).

### **Factores culturales:**

Al igual que los factores socioeconómicos la cultura juega un papel importante en el amamantamiento esto porque las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven. En algunas culturas se consideraba que una buena madre es la que amamanta a su hijo desde muy temprana edad, esto porque según algunos la lactancia al pecho es una práctica naturalizada propia de cada mujer, en otras se creía que una buena madre era aquella mujer que tenía una gran cantidad de leche en sus senos y amamantaba hasta edades avanzadas a sus hijos. Una mujer que no tenía leche era considerada un fracaso como esposa y como madre debido al argumento que son las mujeres las únicas con capacidad de amamantar (23). Un factor cultural muy importante también lo constituye la religión, aunque la lactancia es prioritaria para el bienestar del niño en madres con diferentes credos religiosos.

- **Religión.** Es una de las formas principales y primeras de conducta basada en procesos cognitivos complejos (las inferencias sobre la realidad no manifiesta a los sentidos), suposición de la que a su vez se deducía que los sistemas de ritos y creencias podían ser considerados un primer indicio de la «humanización», del nacimiento del ser humano como animal cultural dotado de capacidades únicas (24).

La mayor parte de la primera literatura sobre religión en antropología está basada en estas premisas, y una parte especialmente importante del esfuerzo definicional de autores clave como Edward Burnett Tylor o Emile Durkheim se encuentra directamente orientado a la demostración misma de ese supuesto (el que dice que la religión es uno de los indicios más primitivos de conducta cultural humana). Tylor se preguntaba si: «¿Hay o ha habido tribus de hombres tan inferiores en cultura como para no tener ninguna concepción religiosa de la clase que sea? esta pregunta era para él la antesala de la cuestión de la universalidad de la religión. En el caso de Durkheim, es ampliamente conocido que su intención fue «estudiar [...] la religión más primitiva y más simple que se conoce actualmente, analizándola e intentando explicarla» (24).

Tylor por su parte inaugura la antropología científica de la religión, el británico sostenía que: los datos disponibles avalaban la suposición de que en todas las sociedades conocidas se daban formas de religión, y que esas formas de religión más universales coincidían con la creencia en agentes intencionales sobrenaturales (24).

A partir de estas premisas, Cornejo señala que la religión es una propiciación o conciliación de los poderes superiores al hombre, que se cree dirigen y gobiernan el curso de la naturaleza y de la vida humana. Así definida, la religión consta de dos elementos, uno teórico y otro práctico, a saber, una creencia en poderes más altos que el hombre y un intento de este para propiciarlos o complacerlos. De los dos, es evidente que la creencia se formó primero, puesto que deberá creerse en la existencia de un ser divino antes de intentar complacerle. En palabras de Santiago [Epístola a Santiago]: «Así también la fe, si no tuviere obras, es muerta en sí misma». En otros términos, un hombre no es religioso si no gobierna su conducta de algún modo por el temor o amor de Dios (24).

Según Beals, referido por Zeraoui (2016), la religión comprendida como un universal cultural, es el resultado de acontecimientos que perturban el curso uniforme de la actividad cotidiana, todas las sociedades que conocemos desarrollan ciertas normas de comportamiento, destinadas a precaverse por un medio u otro, contra lo inesperado y controlar mejor las relaciones del hombre con el universo en que vive. (Beals, 1972) (25).

Para Otto (1980) también referido por Zeraoui (2016) la concepción de Dios es una de las características propias de la constitución humana, en la que las personas dotan a sus dioses de una manera absoluta de los atributos con que el hombre cuenta, situación que conlleva a una situación simbólica del mismo hombre, en la cual aparece la idea de que Dios es perfecto e ilimitado, mientras que las personas son falibles y limitadas. Dicha idea es la que rige el comportamiento de muchas colectividades, específicamente a través de una lógica en lo hierofánico, es decir, en la aparición de un ente divino ante una persona o varias, de forma que produzca en ellas una experiencia vivencial que haga de ese momento un acto imborrable al recuerdo de las personas (25).

Según Eliade, la historia de las religiones se ve llena de las manifestaciones hierofánicas y de intrusiones de la vida sagrada en la profana, lo cual presenta la dualidad del mundo religioso. Para Eliade, el mundo se ha desdoblado en dos para los creyentes, por un lado, el mundo profano y, por otra, el mundo de lo sagrado. El primero es donde las actividades cotidianas o mundanas se llevan a cabo y donde el hombre vive. El segundo es el mundo de lo sagrado o el lugar donde el ser humano puede ponerse en contacto con la divinidad a través de un proceso de purificación y obediencia que implica una unión entre ambos mundos a través de un proceso ritualista. (Eliade, 1983) (25).

## 2.3. Hipótesis

Algunas necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna, están relacionadas significativamente a factores socioculturales de las puérperas primíparas en el, Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017.

## 2.4. Variables

### 2.4.1 Variable dependiente

Necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna.

### 2.4.2. Variable independiente

Factores ocioculturales.

## 2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Items	Escala
<b>Variable dependiente</b> <b>Necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna.</b> Son las necesidades intelectuales, de actitud, emocionales y volitivas, de la madre, respecto de la lactancia materna		Inicio de la lactancia materna.	Inmediatamente, después del parto 30 minutos después del parto. 1 hora después del parto.	De razón
		Estímulo que permite la producción de leche.	Succión. Bebé al lado de su madre. Tomar agua en abundancia.	Nominal
		Importancia de la lactancia materna en el vínculo madre – niño.	Si No	Nominal
		Frecuencia de tomas de leche materna	Cada tres horas. Cada dos horas. A la hora que desee el bebé. No sabe.	Nominal
		Postura de la madre	Correcto. Incorrecto	Nominal
		Forma de colocar la mano para dar de lactar.	Con la mano en forma de C. Con los dedos en forma de tijeras. No importa mientras haya comodidad.	Nominal
		Agarre del pezón.	Correcto. Incorrecto.	Nominal
		Reconocimiento de que el bebé continúa con hambre después de lactar.	Cuando llora constantemente. Cuando duerme un periodo corto. Cuando el niño no sube de peso.	Nominal

			Cuando el niño no duerme después de lactar.	
		Técnica para interrumpir la succión.	Introducir un dedo en la boca del bebé. Retirar el pezón bruscamente. Retirar al niño suavemente.	Nominal
		Duración de la lactancia materna exclusiva.	4 meses. 6 meses. 12 meses.	Nominal
		Beneficios de la lactancia materna exclusiva para la madre.	Más barata. Previene un nuevo embarazo. Ayuda a bajar de peso. Previene el cáncer de mama.	Nominal
		Beneficios de la lactancia materna exclusiva, para el bebé.	Inmunidad. Protección de infecciones al bebé Promueve el desarrollo sensorial del bebé. Promueve el desarrollo cognitivo del bebé. Reduce la mortalidad del bebé.	Nominal
		Edad de ablactancia.	Tres meses. Cuatro meses. Cinco meses. Seis meses. Un año.	Ordinal
<b>Variable independiente Factores socio culturales..</b>	<b>Factores sociales.</b> Son aquellos elementos que afectan a los seres humanos en su conjunto, ya sea en el lugar o en el espacio en el que se encuentren (26)	<b>Estado civil.</b> Se denomina estado civil a la situación o condición jurídica en la que se encuentran las madres en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente.	Soltera. Casada. Conviviente.	Nominal
		<b>Nivel educativo.</b> Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Sin ningún nivel educativo. Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa. Superior técnica. Superior universitaria.	Ordinal
		<b>Zona de residencia.</b> Es el medio natural, en el cual el individuo vive	Rural. Urbana.	Nominal

		con sus tradiciones y costumbres.		
	<p><b>Factores culturales.</b> Sistema relativamente integrado de ideas, valores, aptitudes, afirmaciones éticas, modos de vida, que están dispuestos en esquemas o patrones (27).</p>	<p><b>Religión.</b> Credo y conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina. Implica un vínculo entre el hombre y Dios o los dioses (28).</p>	<p>Católica. No católica.</p>	<p>Nominal</p>

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio

El tipo de estudio de la presente investigación es descriptivo, correlacional y observacional, correspondiente a un diseño no experimental de corte transversal.

**No experimental:** porque no se manipuló deliberadamente ninguna variable del estudio.

**De corte transversal:** porque el estudio se realizó en un momento determinado sin hacer cortes en el tiempo.

**Descriptivo:** porque buscó identificar las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar.

**Observacional:** porque la investigadora se ha limitado a observar la técnica de amamantar a la puérpera, sin realizar ninguna intervención.

**Correlacional:** porque buscó establecer algún tipo de relación entre las variables factores socioculturales y las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna.

#### 3.2. Área de estudio y Población

El estudio se llevó a cabo en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, ubicado en la Av. Mario Urteaga N° 500, del distrito de Cajamarca, el que se encuentra ubicada en el valle del Río Chonta, entre el paralelo 7°9'56" de latitud sur y el meridiano 78°27'07" de longitud oeste.

Se ubica a una altitud de 2,667 msnm, correspondiéndole la Zona IV Sierra Tropical, grupo ecológico bosque seco - Montano Bajo Tropical. La humedad relativa promedio es de 74%, la temperatura máxima promedio es de 21°C y la mínima promedio es de 7°C, se presentan heladas descendiendo la temperatura a menos de 0 °C en los meses de diciembre, junio y julio.

Su topografía es de relieve plano, con paisaje característico propio de la zona baja y sus suelos cubiertos por cultivos agrícolas.

La población estuvo constituida por el total de puérperas primíparas que fueron atendidas en el servicio de puerperio del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, teniendo como antecedentes quienes fueron atendidas durante el año 2016 que, según las estadísticas fue de 753

### 3.3. Muestra y tamaño de muestra

El tipo de muestreo es probabilístico (aleatorio), es decir que todos los individuos de la población tuvieron la misma probabilidad de formar parte de la muestra.

Para obtener la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$
$$n \geq \frac{(753)(0.5)(0.5)}{0.08^2(753) + 1.96^2(0.5)(0.5)}$$
$$n = 125$$

Dónde:

N = Tamaño de la población

n = Tamaño de la muestra

Z = 1.96 (nivel de confianza)

P = (0,5) (Proporción de puérperas primíparas con necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna)

Q = (0,5) (Proporción de puérperas primíparas sin necesidades de aprendizaje de lactancia materna)

d = (0,08) Máximo error permitido.

### **3.4. Unidad de análisis**

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las puérperas primíparas atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, durante el año 2017.

### **3.5. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **3.5.1. Criterios de inclusión**

Las puérperas primíparas participantes del estudio para ser incluidas en el mismo, cumplieron con los siguientes criterios,

- Puérperas primíparas de cualquier edad reproductiva.
- Puérperas primíparas en pleno uso de facultades mentales.
- Puérperas primíparas que acepten voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.

#### **3.5.1. Criterios de exclusión**

Los criterios de exclusión considerados son los siguientes:

- Puérperas que hayan tenido más de un embarazo.
- Puérperas primíparas que sean derivadas al Hospital Regional Docente Cajamarca, por alguna complicación.
- Puérperas primíparas con natimuerto.

### **3.6. Principios éticos de la investigación**

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

**Confidencialidad y privacidad.** Este principio no solamente implicó que las madres sujetas de investigación participen voluntariamente en la investigación y dispongan de información adecuada, sino también involucró el pleno respeto de sus derechos fundamentales.

**Beneficencia y no maleficencia.** Se aseguró el bienestar de las madres que participaron de la presente investigación. En ese sentido, la conducta de la investigadora estuvo dirigida a no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios.

**Consentimiento informado y expreso.** Se contó con la manifestación de voluntad, informada, libre, inequívoca y específica; mediante la cual las madres como sujetos investigadores o titular de los datos consintieron el uso de la información para los fines específicos establecidos en el proyecto.

### **3.7. Procedimientos, técnica e instrumento de recolección de datos**

Para la realización del presente estudio, se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

En una primera etapa se conversó con la Directora del Centro de Salud Simón Bolívar, Cajamarca, a quien se le informó la naturaleza de la investigación y del aporte teórico que podrían brindar los resultados y se le solicitó el permiso correspondiente para realizar el recojo de los datos.

En una segunda etapa se conversó con el profesional obstetra, responsable del servicio de obstetricia del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, a quien también se le explicó la naturaleza del estudio.

En una tercera etapa, se visitó a diario el servicio de control de puerperio del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, en busca de las puérperas primíparas, que cumplieran con los criterios de inclusión para informarles el objetivo de la investigación y luego que aceptaran participar de ella, se les pidió que firmaran el consentimiento informado.

Como técnicas se utilizaron:

- 1) **La encuesta** dirigida a obtener información sobre los factores socioculturales y algunos conocimientos sobre lactancia materna para identificar las necesidades de aprendizaje
- 2) **La observación** para identificar algunas técnicas específicas sobre la lactancia como: postura de la madre, agarre del pezón, forma de colocar la mano para dar de lactar y técnica para interrumpir la succión. Técnicas identificadas como correctas o incorrectas, basadas en el conocimiento previo obtenido de las bases teóricas.

Como instrumentos se utilizaron:

**El cuestionario de recolección de datos** en donde se consignaron datos de filiación correspondientes a información sociocultural como edad, grado de

instrucción, estado civil, procedencia, ocupación y religión; en una segunda parte se obtuvo información sobre las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna, pensando en el conocimiento que debiera tener la madre sobre aspectos claves de lactancia materna y considerando que si el conocimiento es el correcto, no existe necesidad de aprendizaje, por el contrario si el conocimiento es incorrecto, sí existe la necesidad de aprendizaje.

### **3.8. Procesamiento y análisis de datos**

#### **3.8.1. Procesamiento**

Para el procesamiento de los datos se utilizó el software estadístico SPSS V-22 para Windows, para luego proceder a sistematizar los resultados en tablas simples y de contingencia, y ser analizados posteriormente.

El proceso estuvo orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos como chi cuadrado y el coeficiente de correlación ( $p$ ), determinando que si éste es  $\leq 0,05$  existe una relación significativa entre dos variables.

#### **3.8.2. Análisis de datos**

Una vez obtenidos los datos requeridos, se procedió a la clasificación, codificación y tabulación de la información.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

**Fase descriptiva.** Consistente en describir los resultados referente a las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna de puérperas primíparas.

**Fase inferencial.** Consistente en contrastar los resultados con antecedentes y teorías.

### **3.9. Control de calidad de datos**

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad del instrumento usado para su recolección, y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se realizará mediante el método de consistencia interna del Alfa de Crombach, el cual fue de 0.876.

Además, se asumió un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 01. Factores sociales de las puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017

<b>Edad</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
15-19 años	22	17,6
20-34 años	99	79,2
35-+ años	4	3,2
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	14	11,2
Secundaria	42	33,6
Superior	69	55,2
<b>Estado civil</b>		
Soltera	29	23,2
Casada	21	16,8
Conviviente	75	60,0
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	71	56,8
Estudiante	39	31,2
Empleada	15	12,0
<b>Zona de residencia</b>		
Urbana	124	99,2
Rural	1	0,8
Total	125	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que el mayor porcentaje de puérperas primíparas pertenece al grupo etario de 20-34 años de edad con 79,2%; las adolescentes (15-19 años) también constituyen un significativo porcentaje con 17,6%, mientras que al grupo de puérperas mayores de 35 años, pertenecieron solamente el 3,2%.

Estos datos difieren de los encontrados por Alva J. (2015) quien en su estudio encontró que el 60% de madres correspondía a edades entre 20-24 años de edad (14).

La edad cobra importancia por la madurez que pueden tener las madres y, aunado a ella, la importancia que cobra la lactancia materna para ellas, conforme avanza la

edad, pasada la adolescencia, las madres son más conscientes de la responsabilidad del rol materno que deben asumir.

En cuanto al grado de instrucción, el 55,2% de puérperas entrevistadas manifestó tener estudios superiores ya sean técnicos o universitarios, seguido del 33,6% que dijo tener estudios de secundaria, datos muy importantes porque la educación está estrechamente vinculada a la responsabilidad sobre el autocuidado de la salud, lo que lleva implícita la lactancia materna. Las madres con mayor nivel educativo tienen mayor posibilidad de adquirir mayor conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna, y sobre todo de las ventajas que tiene en el niño y en la madre.

Estos datos son similares a los reportados por Alva (2015) quien en su estudio determinó que el 27% de madres tenían un nivel de instrucción secundaria completa (14). Pero difieren con los de Ruiz y cols. (2012) quienes en su estudio encontraron que el 65,2% tenía estudios básicos, el 18% superior y el 15,7% estudios medios (29).

En lo que concierne al estado civil, el 60% de madres son convivientes, el 23,2% solteras y solamente el 16,8% casadas, datos diferentes a los encontrados por Alva (2015) quien en su estudio encontró que el 41% eran casadas y el 30% convivientes. (14).

El hecho de contar con una pareja, se constituye en un apoyo fundamental para que la madre adquiera los conocimientos suficientes para amamantar de manera eficiente y procurar que la lactancia materna se extienda por el tiempo recomendado por la OMS que sugiere que al menos se debería dar lactancia exclusiva por seis meses.

Referente a la ocupación, el 56,8% de las madres entrevistadas son amas de casa, y el 31,2% estudiantes. Datos diferentes a los encontrados por Alva (2015) quien reportó que el 30% de madres eran amas de casa y el 31% estudiantes (14).

Las mujeres que son amas de casa tienen mayor probabilidad de dar lactancia materna exclusiva, pese a las múltiples tareas que tienen en su hogar. En tanto que las estudiantes suelen tener mayores dificultades para amamantar, puesto que tienen que dejar a sus niños al cuidado de terceras personas para cumplir con sus responsabilidades que le exige el sistema educativo.

En lo que se refiere a la zona de residencia, el 99,2% son procedentes de la zona urbana, ello porque la jurisdicción del centro materno corresponde a una población urbana, solamente el 0,8% procedió de la zona rural.

Indistintamente sean madres de la zona rural o de la zona urbana, se trata de madres que dan de lactar por primera vez y es posible que no tengan los conocimientos necesarios sobre lactancia materna y se identifiquen necesidades de aprendizaje al respecto.

**Tabla 02. Religión de las puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Religión</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Católica	94	75,2
No católica	31	24,8
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se consigue apreciar en la presente tabla que el 75,2% de puérperas primíparas pertenecen a la religión católica, mientras que el 24,8% dijo pertenecer a otras religiones.

Estos datos están dados en función al templo donde congregan las madres, que bien puede ser una iglesia católica o evangélica, aunque también hay quienes no concurren a ninguno y sin embargo, manifiestan profesar el catolicismo, no así quienes refieren ser no católicas es porque definitivamente asisten a otros grupos religiosos.

La religión en sí, no obstaculiza el proceso de la lactancia materna, pero, tanto en quienes son católicas como en aquellas que no lo son, pueden identificarse necesidades de aprendizaje sobre este proceso tan importante, además depende del contexto sociocultural a donde pertenezca la madre para que esta adopte ciertas conductas y tenga algunas creencias sobre la lactancia materna.

Rodríguez (2015) señala que, aunque todas las sociedades han contemplado la lactancia materna como un hecho natural y necesario para la vida del recién nacido, las prácticas sobre la misma han sido muy diferentes según los contextos socioculturales y temporales, siendo también variable el significado e interpretación que el individuo da a dichas prácticas en un momento y circunstancias específicas, o lo que es lo mismo, según las representaciones sociales que existen en cada grupo, momento y lugar (30).

**Tabla 03. Conocimiento sobre el inicio de la lactancia materna en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Inicio de la lactancia materna</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Inmediatamente después del parto	40	32,0
A los 30 minutos post parto	56	44,8
Luego de 1 hora después del parto	29	23,2
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

Se evidencia en la presente tabla que 44,8% de puérperas primíparas, dijeron que la lactancia materna debe iniciarse a los 30 minutos después del parto; el 32%, manifestó que inmediatamente después del parto y el 23,2% refirió que se debe lactar después de 1 hora.

Respecto a este tema existe controversia entre el momento del inicio de la lactancia materna: la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud recomiendan que las madres inicien la lactancia materna en la hora siguiente al parto haciendo hincapié que el suministro de leche materna al niño durante la primera hora de vida conocido como "inicio temprano de la lactancia materna"; asegura que el bebé reciba el calostro ("primera leche"), rico en factores de protección (31).

Los estudios actuales indican que el contacto directo de la piel de la madre con la del niño poco después del nacimiento ayuda a iniciar la lactancia materna temprana

y aumenta la probabilidad de mantener la lactancia exclusivamente materna entre el primer y cuarto mes de vida, así como la duración total de la lactancia materna. Los recién nacidos a quienes se pone en contacto directo con la piel de su madre también parecen interactuar más con ellas y llorar menos (31).

Según UNICEF (2015) la lactancia materna se debe iniciar en la primera media hora después del parto. La madre no debe esperar a que baje la leche blanca para dar de amamantar (32) y según otros autores, la lactancia materna debe iniciarse inmediatamente después del nacimiento, si es posible en el lugar donde se realizó el parto para establecer una relación estrecha entre la madre y el recién nacido; sin embargo, sea cual fuere la tendencia de cada ente rector de la salud; se puede concluir que se ha identificado la necesidad de aprendizaje en cuanto al inicio de la lactancia materna en el 23,2% de las puérperas primíparas que señalaron que la lactancia materna debe iniciarse luego de 01 hora después del parto, sin embargo, también se puede reconocer que la mayoría de ellas en el presente estudio tienen un buen conocimiento sobre el inicio de la lactancia materna.

Alva (2015) encontró en su estudio que el 54% de primigestas/primíparas, desconocía que la lactancia materna se inicia inmediatamente después del parto, respectivamente (14).

Es preciso indicar que la educación antes del parto aumenta las cifras de inicio de la lactancia materna en un 5-10% (33).

**Tabla 04. Conocimiento sobre el estímulo que permite la producción de leche en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Estímulo que permite la producción de leche</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
La succión	56	44,8
Que el niño esté junto a su madre	23	18,4
Tomar agua en abundancia	46	36,8
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que el 44,8% de las puérperas primíparas dijeron que el primer estímulo que permite la producción de leche, es la succión, mientras que el 36,8% de ellas dijo que tomar agua en abundancia; un importante 18,4% manifestó que la producción de leche aumenta si el niño está junto a su madre.

A pesar de que un significativo porcentaje tiene un buen conocimiento sobre la importancia de la succión como estímulo para la producción láctea, importantes cifras tienen una noción equivocada al respecto, lo que lleva a suponer que no hubo retroalimentación en la consejería brindada por el personal de salud en las atenciones prenatales asociado al poco interés que en ocasiones muestran las gestantes.

La succión estimula la secreción de oxitocina y la prolactina de la madre, así como de las hormonas intestinales del recién nacido, importantes para la digestión del calostro y de endorfinas y que le producen calma y placer (34).

La oxitocina se libera en la hipófisis posterior. Su función más importante es la eyección de la leche, contrayendo las células mioepiteliales de los alvéolos mamarios y el vaciamiento de estos; además, ayuda en la contracción del útero y disminuye la hemorragia posparto, mientras que la prolactina es la hormona 'materna' y tiene niveles altos en las dos primeras horas después del parto. La prolactina actúa uniéndose a receptores específicos de la glándula mamaria. Su función es producir

leche e inhibir la ovulación; tiene efecto relajante; si se inicia la succión de manera precoz, los niveles de esta hormona permanecerán estables (34).

Se puede concluir que, en cuanto al estímulo que favorece la producción de leche, en el 55,2% de puérperas primíparas se identificó la necesidad de aprendizaje en este ítem.

**Tabla 05. Conocimiento de la importancia de la lactancia materna en el vínculo madre - niño, en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Importancia de la lactancia en el vínculo madre - niño</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Sí es importante	68	54,4
No es importante	57	45,6
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

Se observa en los presentes datos que el 54,4% de puérperas primíparas tiene el conocimiento que la lactancia materna es importante en el vínculo que se establece entre la madre y el hijo, en tanto que el 45,6% no lo tiene.

Es sumamente importante que la madre conozca el significado del vínculo que debe establecerse entre ella y su bebé en el nacimiento, sin embargo, no se conoce el por qué algunas madres no tienen este conocimiento, es posible que no prestaran atención a la consejería o no se les informó al respecto.

Sin embargo, está demostrado que el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido con el bebé tras el nacimiento es muy importante, puesto que además de favorecer el inicio de la lactancia, la adaptación del bebé a la vida extrauterina y ser muy placentero, ayudará a establecer el vínculo de apego entre madre e hijo por el resto de la vida. Este contacto piel con piel puede durar hasta que se complete la primera toma (35).

De otra parte, los importantes cambios que se producen en el organismo del recién nacido para adaptarse a la vida extrauterina (inicio de la respiración, cambios en la circulación sanguínea, regulación de la temperatura corporal, adaptación a la gravedad, etc.), van a desarrollarse mejor y con menor estrés en estrecho contacto piel con piel con la madre (36), por lo que, inmediatamente después del nacimiento, un bebé sano debe ser colocado boca abajo y con la cabeza ladeada sobre el abdomen y pecho de la madre en contacto piel con piel.

Se concluye que en el 45,6% de puérperas primíparas se identificó la necesidad de aprendizaje en cuanto a la importancia de la lactancia materna en el vínculo madre-niño.

**Tabla 06. Conocimiento sobre la frecuencia de tomas de leche materna, en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Frecuencia de tomas de leche materna</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Cada 3 horas	9	7,2
Cada 2 horas	69	55,2
Cuando el bebé lo desee	42	33,6
No sabe	5	4,0
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Los datos presentados permiten evidenciar que el 55,2% de puérperas primíparas manifiestan que el niño debe lactar cada 2 horas; seguido del 33,6% que dijeron que la lactancia debe ser cuando el bebé lo desee, datos que sugieren que la madre tiene un buen conocimiento sobre la frecuencia de tetadas que debe dar al niño, asegurando con ello una buena nutrición al bebé.

Los datos encontrados en el presente estudio respecto a este ítem difieren a los reportados por Alva (2015) quien determinó que el 43% de primigestas/primíparas desconoció que la lactancia materna es a libre demanda y debe darse al bebé cada vez que lllore (14).

Diferentes entes rectores de la salud para la infancia, sostienen que la lactancia materna debería ser a demanda para todos los lactantes sanos, respetando el ritmo nocturno del lactante (36).

Cualquier bebé hará un mínimo de 8-12 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 (33).

La lactancia materna brindada a demanda del bebé, proporciona enormes beneficios, la leche materna favorece el desarrollo del cerebro humano el cual se logra completamente en los primeros 2 años de vida. Contiene los aminoácidos que

necesita el normal desarrollo del cerebro. También lo protege contra las infecciones y enfermedades (37).

Además, la leche materna tiene un contenido de grasa relativamente alto comparada con la mayoría de los alimentos complementarios. Es una fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales, que tienen una relación directa con el desarrollo cerebral de los niños y sigue siendo el alimento más completo desde el punto de vista nutricional (38).

De otra parte, cuando la lactancia materna es a demanda y exclusiva, actúa como un anticonceptivo natural temporal con un 98% de efectividad durante los primeros seis meses del recién nacido (34).

Según Otal, referido por Borre y cols. (2014), la lactancia materna tiene un impacto beneficioso para la salud, crecimiento y desarrollo del niño. Por ello, se recomienda que el niño alimentado al pecho sea el modelo de referencia que se debe seguir, entre otras cosas, porque favorece aspectos psicológicos, sociales, y medio ambientales, y fortalece el amor y el vínculo madre-hijo. Por otra parte, también reduce la morbi-mortalidad materna, contribuye a la integración y a la economía familiar, y proporciona los elementos nutritivos que el niño requiere para crecer sanamente, disminuyéndole los riesgos de padecer enfermedades futuras (11).

Se concluye que, en el 66,4% de púerperas primíparas se identificó la necesidad de aprendizaje sobre la frecuencia de tomas de leche materna.

**Tabla 07. Conocimiento sobre la postura para dar de lactar en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Postura de la madre</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Correcta	28	22,4
Incorrecta	97	77,6
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La tabla 07 permite observar que el 77,6% de las puérperas primíparas tuvieron una postura incorrecta para amamantar; solamente al 22,4% de ellas se las observó tener una postura correcta para hacerlo, es decir que la puérpera estuvo en decúbito lateral, con el cuerpo del bebé derecho, no curvado, ni doblado, formando una línea recta. El lactante estaba frente al pecho sin ser aplastado contra el pecho o el abdomen de su madre y sostenido de todo el cuerpo.

Estos datos son diferentes a los que encontraron Borre y cols. (2013) Ellos manifestaron en su estudio que, el 56,7% de madres utilizaron una técnica adecuada para amamantar, el otro 43,3% restante utiliza ciertos principios adecuados pero la técnica en general no es la correcta; no obstante encontró que el 48,9% de las participantes se sienta en una silla, con la espalda recta y los pies apoyados, para amamantar (11), también difiere con lo encontrado por Alva (2015) quien encontró que el 33% de primigestas y primíparas no conocía la posición correcta de dar de lactar (14).

El tener una postura correcta asegura un buen amamantamiento y permite a la madre sentirse relajada, tranquila y disfrutar de dar de lactar a su bebé.

Quintero y cols. (2014) señala que lo primero que hay que garantizar es la posición y el agarre del niño, que constituye un aspecto fundamental para el éxito de la lactancia materna (39).

La postura tanto de la madre como del bebé a la hora de amamantar es uno de los factores más importantes para que se logre una lactancia materna exitosa, en

especial en los primeros días y en el primer mes de vida; a partir de ese momento, el binomio madre - hijo se acomoda, o mejor, se acopla, y se amamanta como ambos deseen y se sientan más cómodos; pero en los primeros días después del parto, de la posición correcta y del agarre adecuado depende que el bebé reciba la leche que necesita, lo que no se logra si se producen grietas o algunos otros problemas asociados a la lactancia materna. (39).

Existen múltiples posiciones para amamantar que puede adoptar la madre, y todas son funcionales verificando que haya un correcto agarre y no les produzca molestias, la posición adoptada por cada madre será de acuerdo a sus preferencias, pero independientemente de cuál elija, lo importante es tener en cuenta que la mejilla del niño debe acercarse al seno materno, y como los recién nacidos tienen el denominado reflejo de búsqueda, el bebé dirigirá su boca al pezón de la madre. Colocar el niño de frente a la glándula mamaria es muy importante y tiene una estrecha relación con la posición correcta (39,36).

Un estudio descriptivo reportado por el Ministerio de Sanidad de España (2017), concluye que una mala posición y un mal agarre se asociaban con una menor duración de la lactancia materna. De modo similar, en otro estudio se observó que una posición incorrecta a los 30 días posparto (según los criterios de la OMS) se asociaba con una menor tasa de lactancia materna a los seis meses. En un estudio transversal se observó que la tasa de lactancia materna exclusiva a los cuatro meses es significativamente más baja en las díadas que tienen una posición incorrecta ( $p=0,06$ ) (según los criterios de la OMS). Una posición incorrecta también parece influir en la aparición de complicaciones en las mamas. En otro estudio transversal se observó que los problemas en las mamas, tales como grietas en los pezones y mastitis, estaban asociados a una mala posición (según los criterios de la OMS) (57,1%,  $p=0,0002$ ) y un mal agarre (71,4%;  $p=0,0006$ ) (36)

Se concluye que, en el 77,6% de púerperas primíparas se identificó la necesidad de aprendizaje de una postura correcta y evitar consecuencias subsiguientes.

**Tabla 08. Conocimiento sobre el agarre del pezón, en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Agarre del pezón</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Correcto	26	20,8
Incorrecto	99	79,2
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

Se logra evidenciar en los presentes datos que en el 79,2% de puérperas primíparas se observó que hay un agarre incorrecto del pezón por parte del bebé, solamente en el 20% de madres hubo un agarre correcto evidenciándose los cuatro aspectos importantes: se observa más areola por encima del labio superior del lactante que por debajo del labio inferior, la boca del bebé muy abierta, el labio inferior evertido (hacia afuera) y el mentón tocando el pecho.

Estos datos sugieren que existen deficiencias en la consejería ofrecida a las gestantes durante el control prenatal o en todo caso no se realiza una retroalimentación de los conocimientos brindados por el personal de salud. También podría ser que en el control prenatal se brinda consejería de manera teórica sin hacer una práctica demostrativa.

El mal agarre del pezón trae múltiples consecuencias negativas tanto para el bebé como para la madre, puede ocasionar: pezones adoloridos, grietas y fisuras en el pezón pues el bebé intenta obtener la leche, con fuerza, estira y empuja el pezón, esto provoca una fricción de la piel del pezón contra su boca. Como el bebé no logra obtener la leche, de manera efectiva, los pechos se congestionan y el bebé queda insatisfecho y llora mucho, debido a que no consigue leche suficiente, puede querer alimentarse frecuentemente o durante unos periodos de tiempo muy prolongados, cada vez que es amamantado. También hay disminución de la producción de leche: y evidentemente, el bebé no gana peso y la madre siente que ha fracasado en la lactancia (40).

UNICEF (2012) afirma que cuando el niño o la niña no lacta bien, fracasa la lactancia materna (37).

Se concluye que en el 79,2% de puérperas primíparas, se identificó la necesidad de aprendizaje de un buen agarre de pezón.

**Tabla 09. Conocimiento de la forma correcta de colocar la mano para dar de lactar en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Colocación de la mano para dar de amamantar</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
En forma de C	28	22,4
Con los dedos en forma de tijeras	83	66,4
No importa la forma mientras se sienta cómoda	8	6,4
No conoce	6	4,8
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

Se observa en la presente tabla que un significativo porcentaje de puérperas primíparas, colocan la mano, en forma de tijeras, cuando dan de lactar; dato que sugiere que no tienen el conocimiento correcto sobre este aspecto; solamente el 22,4% colocó la mano en forma de C, técnica válida para amamantar.

Este dato permite comprobar que no obtuvieron el conocimiento previo sobre técnicas de amamantamiento, pese a ello las madres instintivamente dan de lactar a sus bebés utilizando técnicas incorrectas que pueden ir en menoscabo de la salud del bebé o la suya.

Algo preocupante es que el 4,8% de puérperas primíparas no sabía cómo dar de lactar a sus bebés, lo que les significa incomodidad y estrés que aunque se trata de una respuesta temporal del organismo ante la ansiedad, puede aletargar el flujo de leche (32).

Se concluye que en el 77,6% de puérperas primíparas, se identificó la necesidad de aprendizaje en cuanto a la forma correcta de colocar la mano, en el seno, para dar de lactar.

**Tabla 10. Reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar, por las puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Cuando llora constantemente	55	44,0
Cuando duerme por un periodo corto	27	21,6
Cuando no sube de peso	14	11,2
Cuando no duerme luego de lactar	29	23,2
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La presente tabla permite observar que el 44% de puérperas primíparas manifestó que reconocía que el bebé continúa con hambre después de lactar si llora constantemente, seguido del 23,2% que dijo que el niño continuaba con hambre cuando no duerme luego de lactar y el 21,6% sostuvo que el niño continuaba con hambre cuando dormía por un periodo corto.

Si el niño ha terminado con la toma y no para de llorar, probablemente tenga hambre. Es posible la necesidad de ponerle por más tiempo en cada uno de los pechos para que agote las reservas y produzca más, pero si se le ofrece el pecho, lo rechaza y sigue llorando, no tiene hambre, sino que lo hace por otro motivo.

Lo dicho permite aclarar que el niño, tanto si continúa llorando luego de retirarlo del seno materno, como si duerme por un periodo corto, continúa con hambre; sin embargo, Jiménez (2011) sostiene que, usualmente, los padres aprenden a darse cuenta, cuánto tiempo necesita comer el bebé para llenarse, teniendo en cuenta que si está tranquilo, no llora y no busca más el seno es porque está satisfecho (41). Un bebé hambriento no duerme bien, permanece tenso y con los puños recogidos (41).

Se concluye que, si bien es cierto, hay distintas maneras de reconocer como el bebé comunica que tiene hambre, estas mismas manifestaciones pueden sugerir otras molestias de éste y que son necesarias que conozca la madre.

**Tabla 11. Conocimiento de la técnica correcta de interrumpir la succión por parte de las puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Técnica para interrumpir la succión</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Introducir un dedo en la boca del bebé	5	4,0
Retirar suavemente el pezón de la boca del niño	120	96,0
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La presente tabla permite observar que el 96,0% de puérperas primíparas retiraron suavemente el pezón de la boca del niño para interrumpir la succión, solamente el 4,0% introdujo un dedo en la boca del bebé con el mismo motivo.

Es preocupante que las madres no tengan el conocimiento correcto para retirar al niño de su seno, porque puede provocar lesiones en la mama y malestar en el bebé sin embargo, es necesario considerar que la lactancia materna es una habilidad adquirida tanto para la madre como para el bebé, solo requiere de tiempo y paciencia.

Teóricamente, se debe asegurar de interrumpir la succión deslizando el dedo meñique en la comisura de la boca de su bebé, entre las encías. No debe retirarse al bebé de su seno hasta que haya dejado de succionar; de lo contrario, puede desarrollar dolor en los pezones. La succión es bastante fuerte y quizás se deba realizar un esfuerzo para que el bebé suelte el pezón (42).

Cañamero, (2015) matrona especialista en lactancia materna señala que antes de interrumpir la succión, en un principio es rápida y superficial, lo que estimula el reflejo de eyección de la leche materna. Después de alrededor de un minuto cambia a succiones lentas y profundas, con pautas intermedias. El ritmo normal de la succión de un recién nacido es de ciclos encadenados de 10 a 30 succiones, en los que el bebé respira con normalidad sin necesidad de interrumpir la succión. Lo normal es que, si hay silencio ambiental, se pueda escuchar como traga durante unos minutos en cada toma, mientras se observa un movimiento mandibular amplio (43).

Además, la madre que está dando el pecho a su bebé deberá ver que: la lengua del bebé esté debajo de la areola, se debe observar un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula y las mejillas no deben hundirse, sino que deben verse redondas y llenas.

Se concluye que en el 96,6% de puérperas primíparas, se identificó la necesidad de aprendizaje en cuanto a la técnica de retirar el pezón después de terminar de dar de lactar.

**Tabla 12. Conocimiento sobre la duración de la lactancia materna exclusiva, en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Duración de la lactancia materna exclusiva</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Hasta los 6 meses	8	6,4
Hasta el año	64	51,2
Hasta los 18 meses	17	13,6
Hasta los 2 años	36	28,8
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

Se evidencia en los presentes datos que el 51,2% de puérperas primíparas expresó que la lactancia materna exclusiva se extiende hasta el año de edad, el 28,8% dijo que, hasta los dos años, el 13,6% hasta el año y medio y solo el 6,4% indicaron que hasta los 6 meses.

Estos resultados permiten realizar dos tipos de interpretaciones; de una parte podría ser que la puérpera haya confundido lactancia materna exclusiva con lactancia materna en general o bien que, teniendo el conocimiento correcto de lo que significa lactancia materna exclusiva no conozca el tiempo de duración de la misma.

Pahura (2013) en su estudio encontró que el 73,3% de las madres adolescentes desconocía lo que significa brindar lactancia materna exclusiva (12) y Alva (2015) determinó que el 58% de las madres conocía que la lactancia materna es el único alimento para el bebé durante los primeros 6 meses de vida, sin embargo, casi la mitad (42%) no tenía conocimiento qué significaba la lactancia materna exclusiva, el 47% y 54% desconocía que la lactancia materna exclusiva tiene una duración de seis meses (14).

La Organización Mundial de la Salud (2016) señala que, el examen de los datos científicos ha revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes.

Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Sostiene además que, la leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna.

La OMS y UNICEF recomiendan que para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la lactancia debe iniciarse en la primera hora de vida del recién nacido, el lactante debe recibir solo leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua, que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche y que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes (10).

Sin embargo, Laurence Grummer-Strawn (2018) informa que pese a las recomendaciones señaladas sólo el 40 % de bebés hasta los seis meses reciben leche materna de forma exclusiva, un porcentaje incluso más bajo en muchos países de altos ingresos, donde la leche de fórmula goza de gran popularidad, reconoció el especialista de la organización (44).

Se concluye que en el 93,6% de puérperas primíparas se identificó la necesidad de aprendizaje en cuanto a la duración de la lactancia materna exclusiva,

**Tabla 13. Conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, para el bebé, en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Beneficios de la lactancia materna exclusiva, para el bebé</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Brinda inmunidad al bebé.	14	11,2
Lo protege de enfermedades infecciosas.	36	28,8
Promueve el desarrollo sensorial del bebé.	13	10,4
Promueve el desarrollo cognitivo del bebé.	9	7,2
Ayuda al bebé a recuperarse de otras enfermedades.	51	40,8
Todas	2	1,6
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100.0</b>

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se evidencia a través de los presentes datos que el 40,8% de puérperas primíparas manifestaron que un beneficio de la lactancia materna exclusiva para el bebé es que lo ayuda a recuperarse de otras enfermedades cuando las tiene; el 28,8% reconoció que lo protege de enfermedades infecciosas, el 11,2% dijo que le confería inmunidad al bebé; el 10,4% que promueve el desarrollo sensorial, el 7,2% que promueve el desarrollo cognitivo y solo el 1,6% manifestó que la lactancia materna tenía todos los beneficios indicados individualmente.

En realidad los beneficios que ofrece la lactancia materna exclusiva para el bebé son múltiples y es necesario que la madre tenga el conocimiento de ello, solamente así podrá brindar este tipo de alimentación al bebé tomando consciencia de lo que significa para su bebé, sin embargo es preocupante que tenga el conocimiento de cada una de los beneficios en forma individualizada, hecho que indica que existe una pobre consejería en lactancia materna y que se identifican múltiples necesidades de aprendizaje sobre el tema de lactancia materna en las madres.

Borre y cols. (2013) encontraron que el 78,9% de las madres consideraba que la lactancia materna es importante, porque aporta al niño los nutrientes y factores

protectores que le permiten crecer sanamente, y el 21,1% simplemente expresó que esta es la alimentación ideal para el niño (11), ítems no considerados en la encuesta del presente estudio.

Se concluye que en el 98,4% de puérperas primíparas, se identificó que existe la necesidad de que las madres conozcan que la lactancia no ofrece un solo beneficio para el bebé, sino que tiene múltiples beneficios.

**Tabla 14. Conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, para la madre en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Beneficios de la lactancia materna exclusiva, para la madre</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
Es más barata	25	20,0
Previene el embarazo	6	4,8
Ayuda a bajar de peso	5	4,0
Previene el cáncer de mamá	24	19,2
Ninguna es correcta	33	26,4
Todas son correctas	32	25,6
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

Los datos que anteceden permiten evidenciar que el 20,0% de puérperas primíparas manifestó que la lactancia materna es más barata como un beneficio de esta, el 19,2% indicó que previene el cáncer de mama, el 4,8% aceptó que previene el embarazo, el 4% que ayuda a bajar de peso; sin embargo el 26,4%, porcentaje mayoritario de puérperas primíparas contestó que ninguna de las afirmaciones anteriores era correcta, es decir que no aceptaron que la lactancia materna ofreciera estos beneficios; pero también el 25,6% aceptó que todos los beneficios indicados eran correctos.

En cuanto a qué es más barata, la lactancia materna permite ahorros sustanciales, no sólo a nivel familiar sino por parte del estado, Brahm y Valdés (2017) señalan que existe un ahorro por una disminución del gasto del estado en fórmulas lácteas, un menor costo neto de los alimentos familiares, y menores costos generales en el cuidado de la salud. Si se alcanzaran tasas de un 75% de LM al alta hospitalaria y de un 50% de las diadas a los 6 meses post parto, se podrían ahorrar U\$3,6 mil millones. Es más, estos números son más bien conservadores dado que no se incluyen en el análisis los gastos relacionados con los efectos cognitivos, algunas enfermedades infantiles, enfermedades maternas, ni crónicas, por lo cual el ahorro podría ser aún mayor (45).

En cuanto al beneficio de ser protector contra el cáncer de mama, la lactancia materna no solamente tiene beneficios para el infante, sino que también para la madre, en tanto que se la ha relacionado con la activación de cadenas de señalización de leptina, las cuales disminuyen los riesgos de enfermedades como el cáncer de mama, entre otras (46).

Por su parte, Blandón y col. (2015) Señalan que el retraso en el restablecimiento de la ovulación y, por ende una disminución de los niveles de estrógenos y progesterona, se ha propuesto como un posible mecanismo de protección contra el cáncer de mama a través de la lactancia al seno materno (47).

Se concluye que en el 26,4% de puérperas primíparas, se identificó que, existe la necesidad de aprendizaje sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre.

**Tabla 15. Conocimiento sobre la edad de ablactancia en madres atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

<b>Edad de ablactancia</b>	<b>n°</b>	<b>%</b>
A los cinco meses	4	3,2
A los seis meses	116	92,8
Al año	5	4,0
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa que el 92,8% de puérperas primíparas dijeron que la ablactancia se inicia a los seis meses, conocimiento totalmente correcto, pues así lo estipula la Organización Mundial de la Salud.

Que las madres tengan conocimiento cuando iniciar una alimentación complementaria, además de la lactancia materna es importante, para que un niño pueda tener una buena nutrición; sin embargo, es lamentable que el 4,0% de puérperas primíparas haya aceptado que se debe incluir otros alimentos recién al año de edad, pues, la leche materna ya no es suficiente para un buen desarrollo, sobre todo el cerebral.

Según la OMS (2015) cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo (48).

También se encuentra el grupo de madres que dio alimentación complementaria a los cinco meses en un 3,2%, dato que, aunque diferente puede ser comparado con un estudio publicado en pediatrics y referido por Bastida (2017) que mostró que de 1500 mujeres encuestadas, el 40,4% había dado comida a sus hijos antes de los 4 meses (38).

Se concluye que en el 7,2% de puérperas primíparas se identificó que existe la necesidad de aprendizaje sobre la edad de ablactancia.

**Tabla 16. Conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción de secreción láctea, según grupo etario, en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

Grupo etario	Estímulo que favorece la producción de secreción láctea						Total	
	La succión		Que el niño esté junto a su madre		Tomar agua en abundancia			
15-19 años	5	22,7	6	27,3	11	50,0	22	17,6
20-34 años	51	51,5	14	14,4	34	34,3	99	79,2
35-+ años	0	0,0	3	66,7	1	33,3	4	3,2
Total	56	44,8	23	18,4	46	36,8	125	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$X^2 = 15,418$

$p = 0,0039$

La presente tabla permite evidenciar que del grupo de puérperas primíparas pertenecientes al grupo etario de 20-34 años, el 51,5% dijo que el estímulo que favorecía la producción láctea era la succión, mientras que el 34,3% manifestó que tomar bastante agua y el 14,4% que el niño esté junto a su madre. Las puérperas primíparas mayores de 35 años, manifestaron en el 66,7% que para que haya producción de leche era necesario que el niño esté junto a su madre y el 33,3% dijo: que tomar agua en abundancia permitía la producción de secreción láctea; mientras que del grupo de adolescentes, el 50% indicó que el estímulo que favorece la producción de secreción láctea es tomar agua en abundancia, el 27,3% manifestó que el estímulo era que el niño esté junto a su madre y el 22,7% indicó que era la succión, el estímulo que permitía la producción de secreción láctea.

En el tema de la lactancia materna existen múltiples mitos y creencias, uno de ellos es precisamente el creer que solamente el hecho de tomar agua va a aumentar la cantidad de leche; y son precisamente las mujeres mayores las que tienen afianzada esta creencia, posiblemente transmitida de su madre u otros familiares cercanos, en tanto que las jóvenes posiblemente recién obtengan este tipo de conocimiento aunque también transmitido por sus familiares cercanos. De otra parte, en la mayoría de las veces, la primera visita que hacen los familiares de una puérpera, la realizan llevando toda clase de líquidos con un mensaje de por medio *“debes de tomar esto para que tengas leche”*, son pocas las personas que se acercan a una madre y le

comentan que es la succión la que estimulará la producción de leche materna, de tal forma que es este mensaje el que se queda grabado en el subconsciente de la madre y es el que, si no existe una buena consejería de por medio, el que prevalezca como conocimiento de que ello es cierto, a menos que sea un personal de salud, el que brinde consejería sobre el estímulo real de la producción de secreción láctea que es la succión.

Si se amamanta con frecuencia, se consigue el estímulo adecuado para la producción de leche y evita o disminuye la ingurgitación mamaria excesiva cuando se produce la “subida de la leche”. Además, le permite mantener unos niveles adecuados de glucemia en sangre, una menor pérdida de peso tras el nacimiento, la eliminación del meconio de manera más temprana y la prevención de la ictericia (33).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables conocimiento del estímulo que favorece la producción de secreción láctea y grupo etario de las puérperas inmediatas, según la prueba estadística del chi cuadrado y el  $p = 0,0039$ .

**Tabla 17. Conocimiento sobre el agarre del pezón según, grupo etario en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

Grupo etario	Agarre del pezón por el bebé				Total	
	Correcto		Incorrecto		n°	%
	n°	%	n°	%		
15-19 años	1	4,5	21	95,5	22	17,6
20-34 años	22	22,2	77	77,8	99	79,2
35+ años	3	75,0	1	25,0	4	3,2
Total	26	20,8	99	79,2	125	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2 = 10,783$

$p = 0,0045$

Se evidencia en los datos de la presente tabla que en las puérperas primíparas del grupo etario de 20-34 años, en su mayoría (77,8%), se observó un agarre incorrecto del pezón por parte del bebé, sin embargo en mujeres mayores de 35 años, en un 75,0% se observó un agarre correcto del pezón por parte de bebé, mientras que en las adolescentes solamente el 4,5% se observó un agarre correcto del pezón por el bebé, en el 95,5% se observó un agarre incorrecto.

En el caso de un agarre correcto del pezón, casi la totalidad de la areola debe quedar dentro de la boca del bebé y el labio inferior del niño, evertido, el labio de abajo cubre más areola que el de arriba; el bebé tiene las mejillas redondeadas; cuando el bebé se desprende del pecho, el pezón tiene una forma alargada y redonda, entre otras (39).

El agarre incorrecto del pezón por parte del bebé puede surgir por el temor de la madre a tener dolor cuando da de lactar lo que ocasiona que no coloque bien a su bebé al seno, también podría deberse a una mala postura materna para amamantar. Otro factor podría ser que la madre no haya preparado sus pezones durante el embarazo y tenga pezones invertidos, lo que dificultará la lactancia materna; sin embargo en el presente estudio no se presentó ningún caso

La correcta colocación del bebé y su buen agarre al pecho, son fundamentales para conseguir un adecuado estímulo para la producción láctea, vaciado del pecho y a su vez, para prevenir grietas por mal agarre, retenciones de leche, etc. (33).

Diversos autores señalan que, lo primero que hay que garantizar es la posición y el agarre del niño, que constituye un aspecto fundamental para el éxito de la lactancia materna (39).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables conocimiento sobre el agarre del pezón y grupo etario de la puérpera primípara, según la prueba estadística del chi cuadrado y el  $p = 0,0045$ .

**Tabla 18. Reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar, según grupo etario, por puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

Grupo etario	Reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar								Total	
	Cuando llora constantemente		Cuando duerme por un periodo corto		Cuando no sube de peso		Cuando no duerme luego de lactar			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
15-19 años	4	18,2	3	13,6	5	22,7	10	45,5	22	17,6
20-34 años	50	50,5	22	22,2	9	9,1	18	18,2	99	79,2
35-+ años	1	25,0	2	50,0	0	0,0	1	25,0	4	3,2
Total	55	44,0	27	21,6	14	11,2	29	23,2	125	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2 = 15,998$

$p = 0,0138$

La presente tabla muestra que de las puérperas primíparas del grupo etario de 20-34 años, el 50,5% dijo que el niño tenía hambre si llora constantemente, el 22,2% manifestó que cuando el bebé duerme por un periodo corto, el 9.1%, cuando no sube de peso y el 18,2% cuando no duerme luego de lactar; sin embargo, de las madres del grupo etario de 15-19 años, el 18,2% indicó que el niño tiene hambre cuando llora constantemente, el 13,6% cuando duerme por un periodo corto, el 22,7% cuando no sube de peso y el 45,5% cuando no duerme luego de lactar.

En todas las edades hay percepciones diferentes de cómo reconocer que el bebé continúa de hambre y la mayoría tiene el conocimiento correcto, excepto aquellas que dicen que cuando no sube de peso; aquellas que manifiestan que es cuando llora el niño, de igual forma tienen la razón solo en parte, pues, si bien es cierto el niño llora cuando tiene hambre, no es la única razón por la que lo hace, puede llorar por otras razones como sentir dolor, frío, calor escozor, etc.

El llanto, es el recurso que tienen los bebés para manifestar lo que les pasa, ya sea físico o emocional, y por lo tanto necesitan una respuesta. El bebé expresa con su llanto lo que siente, ya sea hambre, frío o calor, cansancio, gases, dolor, incomodidad por tener el pañal sucio, la ropa muy ajustada, por el roce de algún objeto, por la

necesidad de contacto físico con sus padres o, simplemente, porque necesita que le mimen. No existe el llanto inmotivado; es la manera de reclamar mayor frecuencia de alimentación y cuidados (49).

Que el niño duerma por un periodo corto también es una señal que algo no está bien en el bebé, puede ser que solamente tenga hambre como lo han manifestado las madres de los diferentes grupos etarios, pero al igual que el llanto, también puede deberse a otras situaciones que le están ocasionando malestar al niño, sin embargo, es importante corregir esta situación, pues tal y como lo señala Cabano (2014), el dormir tiene una función importantísima para la supervivencia de la especie, de hecho ha sido imposible demostrar la existencia de animales (no humanos) que no duerman. De igual forma este autor señala que el dormir tiene consecuencias positivas para el cerebro. Existe consenso general sobre el hecho que el sueño está estrictamente relacionado con la memoria, el aprendizaje y la plasticidad neuronal. Y según lo plantea Jové (2007) referido por Cabano (2014) el dormir se sincroniza con las necesidades evolutivas del sujeto, antes y después del nacimiento (50).

Los bebés en los primeros meses presentan un sueño: a) Bifásico; que solo tiene dos fases (sueño REM y sueño lento), de una duración de 50-60 minutos. Que los ciclos sean tan cortos favorece que el bebé sea alimentado con pecho materno de forma seguida, evitándole hipoglucemias y favoreciendo la producción de leche materna. También beneficia para mantener a su cuidador cerca de él. Los despertares continuos le permiten aprender de su entorno. b) Ultradiano; significa que no reconoce entre lo que es día y lo que es noche, asegurando su alimentación también por las noches. c) Polisecuencial; a diferencia del adulto que es bisecuencial, o sea que duerme por la noche y alguna siesta, el bebé en esta etapa se reparte en varias secuencias en el transcurso del todo el día. El fin, el mismo, asegurar su alimento, la presencia de su cuidador cerca y aprender del entorno. d) Mayor porcentaje de sueño REM que el adulto. Durante el sueño REM el cerebro integra los aprendizajes, ayudando a desarrollar la mente del bebé. e) El bebé inicia su sueño directamente en la fase REM, pues mientras el sueño profundo ayuda a que su cuerpo descanse el sueño REM facilita los aprendizajes, recordemos que el bebé necesita aprender, madurar su mente (50).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables conocimiento sobre el reconocimiento si el bebé tiene hambre después de lactar y el grupo etario de la puérpera primípara, según las pruebas estadísticas del chi cuadrado y el  $p = 0,0138$

**Tabla 19. Conocimiento sobre el estímulo que favorece la secreción láctea según grado de instrucción en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

Grado de instrucción	Estímulo que favorece la secreción láctea						Total	
	La succión		Que el niño esté junto a su madre		Tomar agua en abundancia			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Primaria	3	21,4	5	35,7	6	42,9	14	11,2
Secundaria	9	21,4	10	23,8	23	54,8	42	33,6
Superior	44	63,8	8	11,6	17	24,6	69	55,2
Total	56	44,8	23	18,4	46	36,8	125	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2 = 23,650$

$p = 0,000$

Los datos de la presente tabla permiten evidenciar que de las puérperas primíparas con grado de instrucción superior, dijeron que el estímulo que favorecía la secreción láctea era la succión, en el 63,8%; mientras que del grupo de madres con secundaria manifestaron que tomar agua en abundancia era lo que favorecía este hecho en 54,8%; notándose que son las mujeres con mayor grado de instrucción las que mostraron el conocimiento correcto.

El hecho de que la madre conozca que es la succión la que favorece la producción láctea permite que ponga mayor número de veces al pecho al bebé sin tener en cuenta consejos de otra índole,

Da costa-Morgano et al. Referidos por Becerra (2015) hallaron que en Rio de Janeiro, la baja educación materna aumentó las posibilidades de suministro de otros líquidos o alimentos, incluidas las fórmulas (OR: 4.37 IC95% (1.32–14.5) para mujeres de formación secundaria incompleta), probablemente porque deciden de dejar de dar de lactar cuando hay baja producción de leche sin recurrir al estímulo natural que es la succión

Becerra y cols. (2015) en su estudio determinaron que respecto a la relación de los motivos de abandono temprano de la lactancia materna exclusiva con la escolaridad de las madres en Colombia, se observó que el principal motivo de abandono fueron los problemas con la producción de leche en todas las madres, pero especialmente en aquellas cuyo grado de escolaridad era la primaria. En las madres universitarias

y con carrera tecnológica o técnica, uno de los motivos principales fue la realización de otras actividades u ocupaciones, las cuales se incrementan con el nivel de escolaridad de las mismas (51).

De otra parte, la madre con un mayor nivel educativo que no conoce que la succión es el estímulo principal de la secreción láctea tendrá ventaja para entender las recomendaciones, lo cual es importante si se tiene en cuenta que la educación es la herramienta fundamental para la promoción de la lactancia, puesto que las mujeres no amamantan por instinto y el amamantamiento es una destreza que se debe aprender, estimular y apoyar (51)

Estadísticamente existe relación altamente significativa entre las variables conocimiento del estímulo que favorece la producción de secreción láctea y el grado de instrucción de la puérpera, según las pruebas estadísticas del chi cuadrado y el  $p = 0,000$

**Tabla 20. Conocimiento sobre la edad de ablactancia, según grado de instrucción en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

Grado de instrucción	Edad de ablactancia							
	A los cinco meses		A los seis meses		Al año		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Primaria	0	0,0	10	71,4	4	28,6	14	11,2
Secundaria	2	4,8	39	92,9	1	2,4	42	33,6
Superior	2	2,9	67	97,1	0	0,0	69	55,2
Total	4	3,2	116	92,8	5	4,0	125	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$\chi^2 = 27,781$

$p = 0,000$

Se evidencia en la siguiente tabla que fueron las puérperas primíparas que tenían estudios superiores, las que manifestaron que la ablactancia debe iniciarse a los 6 meses con 97,1%; de manera similar las puérperas con secundaria completa también indicaron lo mismo en 92,9% a diferencia de aquellas con primaria que en un 28,6% contestaron que la ablactancia debe iniciarse al año de edad. Lo que sugiere que a mayor nivel educativo existe mayor entendimiento de la consejería brindada por el personal de salud, mientras que el menor nivel educativo puede significar algún tipo de retraso en la introducción de la alimentación complementaria.

La Organización Mundial de la Salud (2018) señala que, alrededor de los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado (52) y según lo encontrado en el presente estudio, es de esperar que sean las mujeres de mayor educativo las que con mayor entendimiento pongan en práctica estas recomendaciones.

También es importante señalar que el nivel educativo materno influye en la asociación emocional-nutricional, las madres con mayores niveles educativos son más perceptivas a las necesidades de sus niños y responden, por lo general, con mayor asertividad y afecto, hechos que mejoran la nutrición de los niños así como la

estabilidad emocional de estos y permite patrones de alimentación mucho más efectivos desde el inicio de la alimentación complementaria.

Black y Creed (2012) afirman que, la ingesta dietética de los niños está influenciada tanto por el clima emocional durante la alimentación (estilos de alimentación) como las prácticas o comportamientos específicos de alimentación. Los estilos de alimentación tienen sus raíces conceptuales en los estilos de crianza de los hijos, un paradigma basado en el afecto y las exigencias de la interacción cuidador-niño. En los estudios sobre estilos de crianza, la combinación de mucho afecto/alta exigencia, conocido como capacidad de responder, se considera que favorece el desarrollo de la capacidad de regulación de los niños. Estudios observacionales han demostrado que la crianza responsiva (definida como aquella que responde a las señales emitidas por el niño) se relaciona con el desarrollo cognitivo y socioemocional positivo en los niños pequeños; por otra parte, ensayos de intervención han demostrado que el mecanismo que vincula la crianza responsiva y el desarrollo de los niños opera a través de las interacciones responsivas entre padres/madres e hijos. La capacidad de responder se caracteriza por un clima emocional en el que las expectativas son claras y los niños experimentan niveles altos de afecto y aceptación por parte de sus cuidadores en respuesta a sus señales. En otras palabras, los cuidadores responden a las señales de los niños de una manera que es, a la vez, rápida y sensible, aunque no necesariamente consintiendo a las demandas específicas de los niños. El tono emocional positivo mantiene la interacción y permite a los cuidadores progresar con las orientaciones y lenguaje apropiados para su desarrollo. Los niños contribuyen a la interacción, ganando capacidades de regularse y de interacción que promueven el desarrollo positivo (53).

Estadísticamente existe relación altamente significativa entre las variables conocimiento del inicio de ablactancia y grado de instrucción de la puérpera primípara según las prueba estadística del chi cuadrado y el  $p = 0,000$

**Tabla 21. Conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea, según ocupación en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

Ocupación	Estímulo que favorece la producción láctea							
	La succión		Que el niño esté junto a su madre		Tomar agua en abundancia		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Ama de casa	26	36,6	12	16,9	33	46,5	71	56,8
Estudiante	21	53,8	6	15,4	12	30,8	39	31,2
Empleada	9	60,0	5	33,3	1	6,6	15	12,0
Total	56	44,8	23	18,4	46	36,8	125	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$\chi^2 = 10,538$

$p = 0,0323$

Se observa en la presente tabla que fueron las puérperas primíparas, empleadas las que dijeron que es la succión la que favorece la producción láctea en un 60,0%, mientras que solo el 36,6% de las amas de casa dieron esta respuesta acertada, más bien el 46,5% de ellas dijo que tomar agua en abundancia favorecía la producción láctea.

En el caso de las puérperas estudiantes, el 53,8%; manifestaron que el estímulo que favorecía la producción láctea era la succión; el 15,4%, que el niño esté junto a su madre y el 30,8%, tomar agua en abundancia.

A pesar de que las amas de casa tienen mayor posibilidad de amamantar a sus niños, el hecho de no conocer que la succión es el mejor estímulo para favorecer la producción láctea se constituye en un obstáculo para que la lactancia materna sea exitosa, pues ante el percibimiento de que el niño siente hambre recurrirán al biberón, incrementando los riesgos asociados a su uso, entre ellos la confusión de pezones el cual se considera como una de las causas por las que los infantes rechazan el seno materno y las madres en periodo de lactancia abandonan esta práctica.

Estadísticamente existe relación altamente significativa entre las variables conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea, y la ocupación de la puérpera primípara, según las pruebas estadísticas del chi cuadrado y el  $p = 0,0323$ .

## CONCLUSIONES

Al terminar la presente investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones

1. En el presente estudio, las puérperas primíparas se caracterizaron por pertenecer al grupo etario de 20-34 años, con estudios superiores en un alto porcentaje, convivientes, amas de casa, de procedencia urbana y católicas, en su mayoría.
2. Las principales necesidades de aprendizaje identificadas en la mayoría de puérperas fueron: que el estímulo que favorece la producción de leche materna es la succión; la frecuencia de tetadas es a libre demanda del bebé; adoptar una postura correcta para amamantar; permitir un buen agarre del pezón por parte del niño; colocar correctamente la mano, en el seno, para dar de lactar; retirar el pezón de la boca del bebé cuando ha terminado de lactar; duración de la lactancia materna exclusiva; beneficios de la lactancia materna para el bebé.
3. Se determinó que existe relación significativa entre edad de la puérpera y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,0039$ ); edad de la puérpera y agarre del pezón ( $p = 0,0045$ ); edad de la puérpera y reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar ( $p = 0,0138$ ); grado de instrucción de la puérpera y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,000$ ); grado de instrucción de la puérpera y edad de ablactancia ( $p = 0,000$ ); ocupación de la puérpera y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,0323$ ).

}

## **SUGERENCIAS**

Al concluir la presente investigación se sugiere:

1. A los profesionales de la salud encargados del control prenatal, brindar consejería sobre lactancia materna y solicitar una réplica por parte de la gestante, para asegurar que el aprendizaje sea significativo.
2. Todos los profesionales de la salud deben conocer la importancia de la lactancia materna como factor determinante de la salud infantil y materna, y hacer que la protección, promoción y apoyo a la misma sea una prioridad de salud pública y un objetivo de primer orden.
3. A los profesionales de la salud, del Centro Materno perinatal, Simón Bolívar, prestar el apoyo necesario a las madres, para que la lactancia sea una experiencia exitosa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mejía C, Cárdenas M, Cáceres O, García K, Verástegui A, Quiñones D. Actitudes y prácticas sobre lactancia materna en puérperas de un hospital público de Lima, Perú. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2016; p. 281-287.
2. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Nota descriptiva. Ginebra - Suiza; 2017.
3. Coronado M, Sánchez O, Rodríguez A, Gorrita R. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en San José de las Lajas. Tesis. Mayabeque - Cuba; 2011.
4. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura; Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. Artículo Original. Santiago de Chile; 2016.
5. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la reducción de la anemia. Informe técnico. Lima - Perú.
6. Mazariegos M. Prácticas de lactancia materna en América Latina. Informe técnico. Estados Unidos; 2014.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Principales indicadores de los programas presupuestales - ENDES. Informe técnico. Lima - Perú; 2016.
8. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014-2016. Primera edición ed. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2015.
9. UNICEF. Estado mundial de la infancia. Una oportunidad para cada niño. Artículo Original. New York - Estados Unidos; 2016.
10. Organización Mundial de la Salud. who.int. [Online]; 2014 [cited 2017 Setiembre 16]. Available from: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>.
11. Borre Y, Cortina C, González G. Lactancia materna exclusiva: ¿La conocen las madres realmente? *Revista CUIDARTE*. 2013; 5(2): p. 723-730.
12. Pahura A. Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de seis meses. Tesis. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana; 2013.
13. Jiménez L. Identificación de las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna en madres primigestas en el área de consulta externa del Hospital Materno Infantil "Matilde Hidalgo de Procel". [Online]. Guayaquil; 2014 [cited 2017 Setiembre 21]. Available from:

- <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9009/2/TESIS%20AUTORA%20LOURDES%20JIMENEZ%20IDENTIFICACION%20DE%20APRENDIZAJE%20EN%20MADRES%20PRIMIGESTAS%20SOBRE%20LACTANCIA%20MATERNA.pdf>.
14. Alva J. Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en madres del Puesto de Salud San Juan. [Online]. Chimbote; 2015 [cited 2017 Setiembre 19. Available from:  
[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/753/CONOCIMIENTO\\_ALVA\\_HUAMAN\\_JUANA\\_BEATRIZ.pdf?sequence=1](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/753/CONOCIMIENTO_ALVA_HUAMAN_JUANA_BEATRIZ.pdf?sequence=1).
  15. Lanchares J. [Online]; 2014 [cited 2017 Setiembre 16 [Universidad Internacional Menéndez Pelayo]. Available from: <http://www.master-mastologia.com/wp-content/uploads/2014/12/LA-MAMA-DURANTE-LA-LACTANCIA.pdf>.
  16. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). who.int. [Online]; 2013 [cited 2017 Setiembre 16. Available from: [http://www.who.int/elena/titles/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/).
  17. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales Santiago; 2015.
  18. Villalobos J, Puga M, Valdivia M, Henríquez EGN. Manual de lactancia materna. [Online]. Concepción; 2008 [cited 2017 Setiembre 17. Available from: [https://issuu.com/rociomardones/docs/manual\\_l.m.e\\_udec](https://issuu.com/rociomardones/docs/manual_l.m.e_udec).
  19. Argomeda L, Bribiesca T, Espinoza G, Reyes H. Curso avanzado de apoyo a la lactancia materna. [Online]. México, D.F.; 2008 [cited 2017 Setiembre 17. Available from:  
<http://www.conapeme.org/version6/info/pediatras/LIBRO%20VERSION%20FINAL%20FINAL%20APROLAM.pdf>.
  20. Grupo de Lactancia Materna del Complejo Hospitalario Universitario Granada y Atención Primaria. Guía de lactancia Materna Granada; 2015.
  21. Salas R. La identificación de necesidades de aprendizaje. [Online]; 2013 [cited 2017 Octubre 05. Available from:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17\\_1\\_03/ems03103.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_1_03/ems03103.pdf).
  22. Ortega M. Recomendaciones para una lactancia materna exitosa. Acta pediátrica de México. 2015 Febrero 02; 36(2).
  23. Carhuas J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna en un Centro de Salud de Lima Metropolitana. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.

24. Cornejo M. Definiciones de lo religioso en la antropología social. Conceptos y discusiones clave en la búsqueda de un universal cultural. Bandue. 2016; IX: p. 67-88.
25. Zeraoui F. <http://hysteriapagana.com>. [Online]; 2018. Available from: <http://hysteriapagana.com/wp/que-es-la-religion-segun-la-antropologia/>.
26. Agueda F, Calgaro M. Factores sociales que afectan la competitividad. Informe memoria. Buenos Aires; 2015.
27. Collazos M. [Online]; 2009 [cited 2017 Octubre 05. Available from: <http://www.marisolcollazos.es/Sociologia-complemento/pdf/SOC04.pdf>.
28. Díaz J. Reflexiones en torno al concepto de religión. Estudios de Filosofía. 2015 Junio;(51): p. 27-43.
29. Ruiz M, Acuña B, Ruiz D, Ruiz J, Farouk A. La lactancia materna en zona rural, análisis de situación. Medicina general y de la familia. 2012; 1(2).
30. Rodríguez R. Aproximación antropológica a la lactancia materna. Revista de Antropología Experimental. 2015; 23(15): p. 407-429.
31. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Inicio temprano de la lactancia materna. Artículo original. Ginebra - Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018.
32. UNICEF. Mitos y realidades de la lactancia materna. Artículo original. New York; 2015.
33. Gobierno de La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud Rioja; 2010.
34. Urquiza R. Lactancia materna exclusiva ¿siempre? Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014; 60(2).
35. Mateo S. El contacto piel con piel: beneficios y limitaciones. Curso de adaptación al grado de enfermería. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2014.
36. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna Vitoria-Gasteiz; 2017.
37. UNICEF. Lactancia materna. Artículo original. Ecuador; 2012.
38. Bastida A. Por qué se aconseja lactancia materna. Artículo original. Valencia; 2017.
39. Quintero E, Roque P, Fe de la Mello S, Fong G. Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. Medicentro Electrónica. 2014 Oct
40. Ministerio de Salud. Lactancia Materna Lima; 2015.
41. Jiménez C. ¿Cómo saber que el niño queda con hambre? Artículo de revisión. Madrid; 2011.

42. Sutter Health. Lactancia un tiempo especial para la madre y el bebé. Artículo original. California; 2010.
43. Cañamero S. La succión del bebé y posición para amamantar. Artículo original. Madrid; 2015.
44. Grummer-Strawn L. Nueva estrategia en favor de la lactancia materna, que lucha por ganar adeptas. Artículo original. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
45. Brahma P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Revista Chilena de Pediatría. 2017; 88(1): p. 7-14.
46. Becerra F, Bonilla L, Rodríguez J. Leptina y lactancia materna: beneficios fisiológicos. Revista de la Facultad de Medicina. 2015 Febrero 05; 63(1): p. 119-126.
47. Blandón K, Blandón C. Factores de riesgo y grado de conocimiento del cáncer de mama en pacientes de la consulta externa del servicio de cirugía del Hospital Escuela César Amador Molina. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía. Matagalpa: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.
48. Organización Mundial de la Salud. Alimentación complementaria. Artículo Original. Ginebra - Suiza; 2010.
49. Iglesias M. Guía para padres y madres. Primera edición ed. Aragón: Gobierno de Aragón; 2013.
50. Cabano S. El sueño infnatil y el apego. Trabajo final de grado. Montevideo - Uruguay: Universidad de la República; 2014.
51. Becerra F, Rocha L, Fonseca D, Bermúdez L. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Revista de la Facultad de Medicina. 2015; 63(2): p. 217-227.
52. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Artículo destacado. Ginebra - Suiza; 2018.
53. Black M, Creed H. ¿Cómo alimentar a los niños? la práctica de conductas saludables desde la infancia. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2012 Agosto 29; 29(3): p. 373-378.
54. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la lactancia materna. Artículo científico. Ginebra - Suiza; 2017.
55. Ministerio de Salud. Semana de la lactancia materna en el Perú. Artículo original. Lima; 2010.
56. Solano L, Torres L. Determinación de inmunoglobulinas G y M en leche materna humana (calostro). Tesis previa a la obtención del título de Bioquímica farmacéutica. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2013.

- 57.** Dirección General de Alimentación y Desarrollo (DIF). Consejos para una lactancia materna exitosa México D.F.; 2017.
- 58.** Cáceres S, Canales D. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna exclusiva de las madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama en el departamento de Estelí. Nicaragua: Universidad nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.

## ANEXO 01

### CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### I. CARÁCTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

##### Edad:

15-19 años ( )      20-24 años ( )      25-29 años ( )  
30-34 años ( )      35-39 años ( )      40 - + ( )

##### Grado de instrucción

Analfabeta ( )      Primaria incompleta ( )      Primaria completa ( )  
Secundaria incompleta ( )      Secundaria completa ( )  
Superior técnica ( )      Superior universitaria ( )

##### Estado civil

Soltera ( )      Casada ( )      Conviviente ( )

##### Ocupación

Ama de casa ( )      Estudiante ( )      Empleada del hogar ( )  
Empleada del sector público ( )      Empleada del sector privado ( )  
Trabajadora independiente ( )      Desempleada ( )

##### Zona de residencia

Zona urbana ( )      Zona rural ( )

#### II. identificación de necesidad de aprendizaje sobre lactancia materna a través de la identificación de conocimientos y observación sobre la misma.

1. ¿Sabe Ud. en qué momento se debe iniciar la lactancia materna después del parto?

Inmediatamente ( )      30 minutos ( )      1 hora ( )

2. ¿Cuál es el estímulo que ocasiona la producción de leche?

La succión ( ) Que el niño esté junto con su madre ( )

Tomar agua en abundancia ( )

3. ¿Cada que tiempo debe dar de lactar a su bebé, durante todo el día?

Cada 3 horas ( ) cada dos horas ( ) A la hora que el  
bebé lo desee ( ) No sabe ( )

4. ¿Sabe Ud. hasta cuando le dará lactancia materna exclusiva a su bebé?

Hasta los 4 meses ( ) hasta los 6 meses ( )

Hasta el año de edad ( )

5. ¿Sabe Ud. que la lactancia materna fortalece el vínculo de apego madre –  
niño?

Si ( ) No ( )

6. Aparte de alimentar al bebé la leche materna sirve para:

Brinda inmunidad al bebé ( )

Lo protege de enfermedades infecciosas ( )

Promueve el desarrollo sensorial ( )

Promueve el desarrollo cognitivo ( )

Reduce la mortalidad del bebé ( )

Ayuda al bebé a recuperarse de otras enfermedades ( )

7. ¿A qué edad se debe incorporar otros alimentos al niño, además de la leche  
materna? (Papillas/comidas)

A los tres meses ( ) A los cuatro meses ( )

A los cinco meses ( ) A los seis meses ( )

Al año ( )

8. ¿Cuál o cuáles de estas ventajas tiene la lactancia materna exclusiva?

Es más barata ( ) Previene el embarazo ( )

Ayuda a bajar de peso ( ) Previene el cáncer de mama ( )

Ninguna es correcta ( )      Todas son correctas ( )

9. Cómo reconoce Ud. que su bebé continúa con hambre después de lactar?

Cuando llora constantemente

Cuando duerme un periodo corto

Cuando el niño no sube de peso

Cuando el niño no duerme después de lactar

**II. identificación de necesidad de aprendizaje sobre lactancia materna a través de la observación directa de la lactancia materna**

10. Agarre del pezón por el bebé

Correcto ( )      Incorrecto ( )

11. Postura de la madre

Correcta ( )      Incorrecto ( )

12. Colocación de la mano para tomar el pecho cuando amamanta?

Con la mano en forma de C ( )      Con los dedos en forma de tijeras ( )

No importa la forma mientras me sienta cómoda ( )      No sé ( )

13. Técnica para interrumpir la succión?

Introducir un dedo en la boca del bebé ( )

Retirar el pezón bruscamente ( )

Retira al niño suavemente ( )

**ANEXO 02**  
**GUÍA DE OBSERVACIÓN**

**1. Posición del niño con la madre acostada. (Muy útil por la noche).**

- Cabeza y cuerpo de la o el bebé alineados
- Bebé sostenido cerca al cuerpo de la madre
- Todo el cuerpo de la o el bebé apoyado
- Al aproximarse la o el bebé al pecho, la nariz apunta hacia el pezón.

**2. Posición de la madre sentada.**

- Espalda recta,
- Hombros relajados
- Colocación de un taburete o reposapiés para evitar la orientación de los muslos hacia abajo.
- La madre sostiene el pecho con los dedos formando una “C”.

**3. Agarre del pezón**

- Más areola sobre el labio superior de la o el bebé
- Boca del bebé bien abierta.
- Labio inferior volteado hacia afuera
- Mentó del bebé toca el pecho

**4. Retiro del pezón al concluir la lactancia**

- La madre introducirá un dedo limpio en la boca del bebé (en la comisura) y lo deslizará entre las dos encías.
- Cuando el niño abra la boca, la madre retirará suavemente el pecho.

-

- ANEXO 03

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_  
una vez informada sobre los objetivos de la investigación y que, mi participación en esta es completamente libre y voluntaria. Sin embargo, se espera que toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico y puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea declaro que puedo participar de la presente investigación:

Cajamarca,..... de.... de 201

\_\_\_\_\_ -

Firma

DNI

## ARTICULO CIENTÍFICO

### **IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE APRENDIZAJE SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS. CENTRO MATERNO PERINATAL SIMÓN BOLÍVAR.2017**

**Bachiller en Obstetricia: YULIANA FIORELA HERNÁNDEZ MARÍN**

**Asesora: Obsta. Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA**

#### **RESUMEN**

La Lactancia Materna es la forma más adecuada y natural de proporcionar aporte nutricional, inmunológico y emocional al bebé, no obstante, algunas puérperas primíparas muestran necesidades de aprendizaje que es necesario ser identificadas. **Objetivo:** identificar las necesidades de aprendizaje, sobre lactancia materna en puérperas primíparas, según factores socioculturales, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. **Metodología:** El estudio es descriptivo, observacional y correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal, se realizó en una muestra de 125 madres. **Resultados:** la mayoría fueron del grupo etario de 20-34 años (79,2%), con grado de instrucción superior en el 55,2%; convivientes en el 60,0%, de ocupación amas de casa en 56,8%, de procedencia urbana en el 99,2% y de religión católica en 75,2%. Se identificaron necesidades de aprendizaje en lactancia materna en aspectos como: estímulo que favorece la producción láctea en el 55,2%; importancia de la lactancia materna en el vínculo madre-niño en 45,6%; frecuencia de tomas de leche materna en el 66,4%; postura correcta en el 77,6%; agarre del pezón en el 79,2%; forma correcta de colocar la mano en el seno para dar de lactar en el 77,6%; técnica de suprimir la lactancia en el 96,6%; duración de la lactancia materna exclusiva, 93,6%; beneficios de la lactancia materna para el bebé en el 98,4%; beneficios de la lactancia materna para la madre en el 26,4%; edad de ablactancia en el 7,2%; se determinó que existe relación significativa entre algunos factores socioculturales y las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna como: edad de la madre y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,0039$ ); edad materna y agarre del pezón ( $p = 0,0045$ ); edad materna y reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar ( $p = 0,0138$ ); grado de instrucción materna y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,000$ ); grado de instrucción materna y edad de ablactancia ( $p = 0,000$ ); y la ocupación y conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,0323$ )

**Palabras clave:** necesidades de aprendizaje, lactancia materna, puérpera primípara

## **TO IDENTIFY THE NEEDS OF LEARNING, ABOUT BREASTFEEDING IN PRIMIPAROUS PUERPERAL WOMEN, ATTENDED IN THE SIMÓN BOLÍVAR MATERNAL PERINATAL CENTER.2017**

Breastfeeding is the most appropriate and natural way to provide nutritional, immunological and emotional support to the baby, however, some primiparous puerperas show learning needs that need to be identified. Objective: to identify the needs of learning, about breastfeeding in primiparous puerperal women, according to sociocultural factors, attended in the Simón Bolívar Maternal Perinatal Center. Methodology: The study is descriptive, observational and correlational, of non-experimental design and cross-sectional, was carried out in a sample of 125 mothers. Results: the majority were from the age group of 20-34 years (79.2%), with a higher level of education in 55.2%; cohabitants in 60.0%, of housewives occupation in 56.8%, of urban origin in 99.2% and of Catholic religion in 75.2%. Learning needs in breastfeeding were identified in aspects such as: stimulus that favors milk production in 55.2%; importance of breastfeeding in the mother-child bond in 45.6%; frequency of breast milk intake in 66.4%; correct posture in 77.6%; nipple grip in 79.2%; correct way to place the hand in the breast to breastfeed in 77.6%; technique of suppressing breastfeeding in 96.6%; duration of exclusive breastfeeding, 93.6%; benefits of breastfeeding for the baby in 98.4%; benefits of breastfeeding for the mother in 26.4%; age of abstinence at 7.2%; It was determined that there is a significant relationship between some sociocultural factors and the learning needs of breastfeeding such as: age of the mother and knowledge about the stimulus that favors milk production ( $p = 0.0039$ ); maternal age and nipple grip ( $p = 0.0045$ ); maternal age and recognition that the baby continues hungry after breastfeeding ( $p = 0.0138$ ); degree of maternal education and knowledge about the stimulus that favors milk production ( $p = 0.000$ ); grade of maternal education and age of ablation ( $p = 0.000$ ); and the occupation and knowledge about the stimulus that favors milk production ( $p = 0.0323$ ).

**Keywords:** learning needs, breastfeeding, primiparous puerpera.

### **INTRODUCCIÓN**

La lactancia materna es definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable, y la recomienda como el alimento perfecto para el recién nacido pues le proporciona no solo aporte nutricional sino también inmunológico y emocional al bebé, sin olvidar que le permitirá crear un fuerte lazo afectivo con la madre (1).

Estudios realizados en América Latina muestran que existen prácticas sub-óptimas de lactancia materna, principalmente en cuanto al uso de leches artificiales, líquidos al recién nacido, duración reducida de la lactancia e inadecuada elección del momento de introducción de los alimentos complementarios. Así mismo, reportes en realidades similares a la del presente estudio muestran que una gran población se ve afectada debido a una inadecuada

práctica de la lactancia por parte de la puérpera, trayendo consecuencias adversas para ella y el neonato, es decir que existen necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna dependiendo de algunos factores socioculturales inherentes a la madres, principalmente si esta es primigesta.

Desde esta perspectiva es que surgió la presente investigación con el objetivo de identificar las necesidades de aprendizaje, sobre lactancia materna en puérperas primíparas, según factores socioculturales, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, llegando a determinar que existe necesidad de aprendizaje en temas como: el estímulo que favorece la producción de leche; la frecuencia de tomas de leche materna, postura correcta para amamantar, un buen agarre del pezón por parte del bebé, forma correcta de colocar la mano en el seno para dar de lactar, técnica de retirar el pezón después de terminar de dar de lactar, duración de la lactancia materna exclusiva, beneficios de la lactancia materna para el bebé, edad de ablactancia. Además se determinó que existe relación significativa entre algunos factores sociales y las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna como: edad de la madre y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,0039$ ); edad materna y agarre del pezón ( $p = 0,0045$ ); edad materna y reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar ( $p = 0,0138$ ); grado de instrucción materna y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,000$ ); grado de instrucción materna y edad de ablactancia ( $p=0,000$ ); ocupación y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,0323$ ).

## **METODOLOGÍA**

El tipo de estudio de la presente investigación es descriptivo, correlacional y observacional, correspondiente a un diseño no experimental de corte transversal, cuya población estuvo constituida por cada una de las puérperas primíparas atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar, durante el año 2017, contando con una muestra total de 125 puérperas primíparas, a quienes se les hizo una encuesta, previa información y firma del consentimiento informado. El cuestionario fue llenado a través de la encuesta a la paciente y a la vez se observó. Los resultados encontrados fueron sometidos al programa software estadístico SPSS V-22 para Windows para el procesamiento de datos haciendo uso de la prueba chi cuadrado.

## RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSIÓN

**Tabla 01. Conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción de secreción láctea, según grupo etario, en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

Grupo etario	Estímulo que favorece la producción de secreción láctea						Total	
	La succión		Que el niño esté junto a su madre		Tomar agua en abundancia			
15-19 años	5	22,7	6	27,3	11	50,0	22	17,6
20-34 años	51	51,5	14	14,4	34	34,3	99	79,2
35+ años	0	0,0	3	66,7	1	33,3	4	3,2
Total	56	44,8	23	18,4	46	36,8	125	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 15,418$$

$$p = 0,0039$$

La presente tabla permite evidenciar que del grupo de puérperas primíparas pertenecientes al grupo etario de 20-34 años, el 51,5% dijo que el estímulo que favorecía la producción láctea era la succión, mientras que el 34,3% manifestó que tomar bastante agua y el 14,4% que el niño esté junto a su madre. Las puérperas primíparas mayores de 35 años, manifestaron en el 66,7% que para que haya producción de leche era necesario que el niño esté junto a su madre y el 33,3% dijo: que tomar agua en abundancia permitía la producción de secreción láctea; mientras que del grupo de adolescentes, el 50% indicó que el estímulo que favorece la producción de secreción láctea es tomar agua en abundancia, el 27,3% manifestó que el estímulo era que el niño esté junto a su madre y el 22,7% indicó que era la succión, el estímulo que permitía la producción de secreción láctea.

En el tema de la lactancia materna existen múltiples mitos y creencias, uno de ellos es precisamente el creer que solamente el hecho de tomar agua va a aumentar la cantidad de leche; y son precisamente las mujeres mayores las que tienen afianzada esta creencia, posiblemente transmitida de su madre u otros familiares cercanos, en tanto que las jóvenes posiblemente recién obtengan este tipo de conocimiento aunque también transmitido por sus familiares cercanos. De otra parte, en la mayoría de las veces, la primera visita que hacen los familiares de una puérpera, la realizan llevando toda clase de líquidos con un mensaje de por medio *“debes de tomar esto para que tengas leche”*, son pocas las personas que se acercan a una madre y le comentan que es la succión la que estimulará la producción de leche materna, de tal forma que es este mensaje el que se queda grabado en el subconsciente de la madre y es el que, si no existe una buena consejería de por medio, el

que prevalezca como conocimiento de que ello es cierto, a menos que sea un personal de salud, el que brinde consejería sobre el estímulo real de la producción de secreción láctea que es la succión.

Si se amamanta con frecuencia, se consigue el estímulo adecuado para la producción de leche y evita o disminuye la ingurgitación mamaria excesiva cuando se produce la “subida de la leche”. Además, le permite mantener unos niveles adecuados de glucemia en sangre, una menor pérdida de peso tras el nacimiento, la eliminación del meconio de manera más temprana y la prevención de la ictericia (33).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables conocimiento del estímulo que favorece la producción de secreción láctea y grupo etario de las puérperas inmediatas, según la prueba estadística del chi cuadrado y el  $p = 0,0039$ .

**Tabla 02. Conocimiento sobre el agarre del pezón según, grupo etario en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

Grupo etario	Agarre del pezón por el bebé				Total	
	Correcto		Incorrecto		n°	%
	n°	%	n°	%		
15-19 años	1	4,5	21	95,5	22	17,6
20-34 años	22	22,2	77	77,8	99	79,2
35-+ años	3	75,0	1	25,0	4	3,2
Total	26	20,8	99	79,2	125	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 10,783$$

$$p = 0,0045$$

Se evidencia en los datos de la presente tabla que en las puérperas primíparas del grupo etario de 20-34 años, en su mayoría (77,8%), se observó un agarre incorrecto del pezón por parte del bebé, sin embargo en mujeres mayores de 35 años, en un 75,0% se observó un agarre correcto del pezón por parte de bebé, mientras que en las adolescentes solamente el 4,5% se observó un agarre correcto del pezón por el bebé, en el 95,5% se observó un agarre incorrecto.

En el caso de un agarre correcto del pezón, casi la totalidad de la areola debe quedar dentro de la boca del bebé y el labio inferior del niño, evertido, el labio de abajo cubre más areola que el de arriba; el bebé tiene las mejillas redondeadas; cuando el bebé se desprende del pecho, el pezón tiene una forma alargada y redonda, entre otras (39).

El agarre incorrecto del pezón por parte del bebé puede surgir por el temor de la madre a tener dolor cuando da de lactar lo que ocasiona que no coloque bien a su bebé al seno, también podría deberse a una mala postura materna para amamantar. Otro factor podría ser que la madre no haya preparado sus pezones durante el embarazo y tenga pezones invertidos, lo que dificultará la lactancia materna; sin embargo en el presente estudio no se presentó ningún caso

La correcta colocación del bebé y su buen agarre al pecho, son fundamentales para conseguir un adecuado estímulo para la producción láctea, vaciado del pecho y a su vez, para prevenir grietas por mal agarre, retenciones de leche, etc. (33).

Diversos autores señalan que, lo primero que hay que garantizar es la posición y el agarre del niño, que constituye un aspecto fundamental para el éxito de la lactancia materna (39).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables conocimiento sobre el agarre del pezón y grupo etario de la puérpera primípara, según la prueba estadística del chi cuadrado y el  $p = 0,0045$ .

**Tabla 03. Reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar, según grupo etario, por puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

Grupo etario	Reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar								Total	
	Cuando llora constantemente		Cuando duerme por un periodo corto		Cuando no sube de peso		Cuando no duerme luego de lactar			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
15-19 años	4	18,2	3	13,6	5	22,7	10	45,5	22	17,6
20-34 años	50	50,5	22	22,2	9	9,1	18	18,2	99	79,2
35-+ años	1	25,0	2	50,0	0	0,0	1	25,0	4	3,2
Total	55	44,0	27	21,6	14	11,2	29	23,2	125	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$X^2 = 15,998$

$p = 0,0138$

La presente tabla muestra que de las puérperas primíparas del grupo etario de 20-34 años, el 50,5% dijo que el niño tenía hambre si llora constantemente, el 22,2% manifestó que cuando el bebé duerme por un periodo corto, el 9.1%, cuando no sube de peso y el 18,2%

cuando no duerme luego de lactar; sin embargo, de las madres del grupo etario de 15-19 años, el 18,2% indicó que el niño tiene hambre cuando llora constantemente, el 13,6% cuando duerme por un periodo corto, el 22,7% cuando no sube de peso y el 45,5% cuando no duerme luego de lactar.

En todas las edades hay percepciones diferentes de cómo reconocer que el bebé continúa de hambre y la mayoría tiene el conocimiento correcto, excepto aquellas que dicen que cuando no sube de peso; aquellas que manifiestan que es cuando llora el niño, de igual forma tienen la razón solo en parte, pues, si bien es cierto el niño llora cuando tiene hambre, no es la única razón por la que lo hace, puede llorar por otras razones como sentir dolor, frío, calor escozor, etc.

El llanto, es el recurso que tienen los bebés para manifestar lo que les pasa, ya sea físico o emocional, y por lo tanto necesitan una respuesta. El bebé expresa con su llanto lo que siente, ya sea hambre, frío o calor, cansancio, gases, dolor, incomodidad por tener el pañal sucio, la ropa muy ajustada, por el roce de algún objeto, por la necesidad de contacto físico con sus padres o, simplemente, porque necesita que le mimen. No existe el llanto inmotivado; es la manera de reclamar mayor frecuencia de alimentación y cuidados (49).

Que el niño duerma por un periodo corto también es una señal que algo no está bien en el bebé, puede ser que solamente tenga hambre como lo han manifestado las madres de los diferentes grupos etarios, pero al igual que el llanto, también puede deberse a otras situaciones que le están ocasionando malestar al niño, sin embargo, es importante corregir esta situación, pues tal y como lo señala Cabano (2014), el dormir tiene una función importantísima para la supervivencia de la especie, de hecho ha sido imposible demostrar la existencia de animales (no humanos) que no duerman. De igual forma este autor señala que el dormir tiene consecuencias positivas para el cerebro. Existe consenso general sobre el hecho que el sueño está estrictamente relacionado con la memoria, el aprendizaje y la plasticidad neuronal. Y según lo plantea Jové (2007) referido por Cabano (2014) el dormir se sincroniza con las necesidades evolutivas del sujeto, antes y después del nacimiento (50).

Los bebés en los primeros meses presentan un sueño: a) Bifásico; que solo tiene dos fases (sueño REM y sueño lento), de una duración de 50-60 minutos. Que los ciclos sean tan cortos favorece que el bebé sea alimentado con pecho materno de forma seguida, evitándole hipoglucemias y favoreciendo la producción de leche materna. También beneficia para mantener a su cuidador cerca de él. Los despertares continuos le permiten aprender de su entorno. b) Ultradiano; significa que no reconoce entre lo que es día y lo que es noche, asegurando su alimentación también por las noches. c) Polisecuencial; a diferencia del adulto que es bisecuencial, o sea que duerme por la noche y alguna siesta, el bebé en esta etapa se reparte en varias secuencias en el transcurso del todo el día. El fin, el mismo, asegurar su

alimento, la presencia de su cuidador cerca y aprender del entorno. d) Mayor porcentaje de sueño REM que el adulto. Durante el sueño REM el cerebro integra los aprendizajes, ayudando a desarrollar la mente del bebé. e) El bebé inicia su sueño directamente en la fase REM, pues mientras el sueño profundo ayuda a que su cuerpo descanse el sueño REM facilita los aprendizajes, recordemos que el bebé necesita aprender, madurar su mente (50).

Estadísticamente existe relación significativa entre las variables conocimiento sobre el reconocimiento si el bebé tiene hambre después de lactar y el grupo etario de la puérpera primípara, según las pruebas estadísticas del chi cuadrado y el  $p = 0,0138$

**Tabla 04. Conocimiento sobre el estímulo que favorece la secreción láctea según grado de instrucción en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

Grado de instrucción	Estímulo que favorece la secreción láctea						Total	
	La succión		Que el niño esté junto a su madre		Tomar agua en abundancia			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Primaria	3	21,4	5	35,7	6	42,9	14	11,2
Secundaria	9	21,4	10	23,8	23	54,8	42	33,6
Superior	44	63,8	8	11,6	17	24,6	69	55,2
Total	56	44,8	23	18,4	46	36,8	125	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 23,650$$

$$p = 0,000$$

Los datos de la presente tabla permiten evidenciar que de las puérperas primíparas con grado de instrucción superior, dijeron que el estímulo que favorecía la secreción láctea era la succión, en el 63,8%; mientras que del grupo de madres con secundaria manifestaron que tomar agua en abundancia era lo que favorecía este hecho en 54,8%; notándose que son las mujeres con mayor grado de instrucción las que mostraron el conocimiento correcto.

El hecho de que la madre conozca que es la succión la que favorece la producción láctea permite que ponga mayor número de veces al pecho al bebé sin tener en cuenta consejos de otra índole,

Da costa-Morgano et al. Referidos por Becerra (2015) hallaron que en Rio de Janeiro, la baja educación materna aumentó las posibilidades de suministro de otros líquidos o alimentos, incluidas las fórmulas (OR: 4.37 IC95% (1.32–14.5) para mujeres de formación secundaria incompleta), probablemente porque deciden de dejar de dar de lactar cuando hay baja producción de leche sin recurrir al estímulo natural que es la succión

Becerra y cols. (2015) en su estudio determinaron que respecto a la relación de los motivos de abandono temprano de la lactancia materna exclusiva con la escolaridad de las madres en Colombia, se observó que el principal motivo de abandono fueron los problemas con la producción de leche en todas las madres, pero especialmente en aquellas cuyo grado de escolaridad era la primaria. En las madres universitarias y con carrera tecnológica o técnica, uno de los motivos principales fue la realización de otras actividades u ocupaciones, las cuales se incrementan con el nivel de escolaridad de las mismas (51).

De otra parte, la madre con un mayor nivel educativo que no conoce que la succión es el estímulo principal de la secreción láctea tendrá ventaja para entender las recomendaciones, lo cual es importante si se tiene en cuenta que la educación es la herramienta fundamental para la promoción de la lactancia, puesto que las mujeres no amamantan por instinto y el amamantamiento es una destreza que se debe aprender, estimular y apoyar (51)

Estadísticamente existe relación altamente significativa entre las variables conocimiento del estímulo que favorece la producción de secreción láctea y el grado de instrucción de la puérpera, según las pruebas estadísticas del chi cuadrado y el  $p = 0,000$

**Tabla 05. Conocimiento sobre la edad de ablactancia, según grado de instrucción en puérperas primíparas atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

Grado de instrucción	Edad de ablactancia							
	A los cinco meses		A los seis meses		Al año		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Primaria	0	0,0	10	71,4	4	28,6	14	11,2
Secundaria	2	4,8	39	92,9	1	2,4	42	33,6
Superior	2	2,9	67	97,1	0	0,0	69	55,2
Total	4	3,2	116	92,8	5	4,0	125	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$X^2 = 27,781$

$p = 0,000$

Se evidencia en la siguiente tabla que fueron las puérperas primíparas que tenían estudios superiores, las que manifestaron que la ablactancia debe iniciarse a los 6 meses con 97,1%; de manera similar las puérperas con secundaria completa también indicaron lo mismo en 92,9% a diferencia de aquellas con primaria que en un 28,6% contestaron que la ablactancia debe iniciarse al año de edad. Lo que sugiere que a mayor nivel educativo existe mayor entendimiento de la consejería brindada por el personal de salud, mientras que el menor nivel educativo puede significar algún tipo de retraso en la introducción de la alimentación complementaria.

La Organización Mundial de la Salud (2018) señala que, alrededor de los seis meses, las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado (52) y según lo encontrado en el presente estudio, es de esperar que sean las mujeres de mayor educativo las que con mayor entendimiento pongan en práctica estas recomendaciones.

También es importante señalar que el nivel educativo materno influye en la asociación emocional-nutricional, las madres con mayores niveles educativos son más perceptivas a las necesidades de sus niños y responden, por lo general, con mayor asertividad y afecto, hechos que mejoran la nutrición de los niños así como la estabilidad emocional de estos y permite patrones de alimentación mucho más efectivos desde el inicio de la alimentación complementaria.

Black y Creed (2012) afirman que, la ingesta dietética de los niños está influenciada tanto por el clima emocional durante la alimentación (estilos de alimentación) como las prácticas o comportamientos específicos de alimentación. Los estilos de alimentación tienen sus raíces conceptuales en los estilos de crianza de los hijos, un paradigma basado en el afecto y las exigencias de la interacción cuidador-niño. En los estudios sobre estilos de crianza, la combinación de mucho afecto/alta exigencia, conocido como capacidad de responder, se considera que favorece el desarrollo de la capacidad de regulación de los niños. Estudios observacionales han demostrado que la crianza responsiva (definida como aquella que responde a las señales emitidas por el niño) se relaciona con el desarrollo cognitivo y socioemocional positivo en los niños pequeños; por otra parte, ensayos de intervención han demostrado que el mecanismo que vincula la crianza responsiva y el desarrollo de los niños opera a través de las interacciones responsivas entre padres/madres e hijos. La capacidad de responder se caracteriza por un clima emocional en el que las expectativas son claras y los niños experimentan niveles altos de afecto y aceptación por parte de sus cuidadores en respuesta a sus señales. En otras palabras, los cuidadores responden a las señales de los niños de una manera que es, a la vez, rápida y sensible, aunque no necesariamente consintiendo a las demandas específicas de los niños. El tono emocional positivo mantiene la interacción y permite a los cuidadores progresar con las orientaciones y lenguaje apropiados para su desarrollo. Los niños contribuyen a la interacción, ganando capacidades de regularse y de interacción que promueven el desarrollo positivo (53).

Estadísticamente existe relación altamente significativa entre las variables conocimiento del inicio de ablactancia y grado de instrucción de la puérpera primípara según las prueba estadística del chi cuadrado y el  $p = 0,000$

**Tabla 06. Conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea, según ocupación en puérperas primíparas, atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, 2017**

Ocupación	Estímulo que favorece la producción láctea						Total	
	La succión		Que el niño esté junto a su madre		Tomar agua en abundancia		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%		
Ama de casa	26	36,6	12	16,9	33	46,5	71	56,8
Estudiante	21	53,8	6	15,4	12	30,8	39	31,2
Empleada	9	60,0	5	33,3	1	6,6	15	12,0
Total	56	44,8	23	18,4	46	36,8	125	100,0

**Fuente:** cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 10,538$$

$$p = 0,0323$$

Se observa en la presente tabla que fueron las puérperas primíparas, empleadas las que dijeron que es la succión la que favorece la producción láctea en un 60,0%, mientras que solo el 36,6% de las amas de casa dieron esta respuesta acertada, más bien el 46,5% de ellas dijo que tomar agua en abundancia favorecía la producción láctea.

En el caso de las puérperas estudiantes, el 53,8%; manifestaron que el estímulo que favorecía la producción láctea era la succión; el 15,4%, que el niño esté junto a su madre y el 30,8%, tomar agua en abundancia.

A pesar de que las amas de casa tienen mayor posibilidad de amamantar a sus niños, el hecho de no conocer que la succión es el mejor estímulo para favorecer la producción láctea se constituye en un obstáculo para que la lactancia materna sea exitosa, pues ante el percibimiento de que el niño siente hambre recurrirán al biberón, incrementando los riesgos asociados a su uso, entre ellos la confusión de pezones el cual se considera como una de las causas por las que los infantes rechazan el seno materno y las madres en periodo de lactancia abandonan esta práctica.

Estadísticamente existe relación altamente significativa entre las variables conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea, y la ocupación de la puérpera primípara, según las pruebas estadísticas del chi cuadrado y el  $p = 0,0323$ .

## CONCLUSIONES

Al terminar la presente investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- En el presente estudio, las puérperas primíparas se caracterizaron por pertenecer al grupo etario de 20-34 años, con estudios superiores en un alto porcentaje, convivientes, amas de casa, de procedencia urbana y católicas, en su mayoría.
- Las principales necesidades de aprendizaje identificadas en la mayoría de puérperas fueron: que el estímulo que favorece la producción de leche materna es la succión; la frecuencia de tetadas es a libre demanda del bebé; adoptar una postura correcta para amamantar; permitir un buen agarre del pezón por parte del niño; colocar correctamente la mano, en el seno, para dar de lactar; retirar el pezón de la boca del bebé cuando ha terminado de lactar; duración de la lactancia materna exclusiva; beneficios de la lactancia materna para el bebé.
- Se determinó que existe relación significativa entre edad de la puérpera y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,0039$ ); edad de la puérpera y agarre del pezón ( $p = 0,0045$ ); edad de la puérpera y reconocimiento que el bebé continúa con hambre después de lactar ( $p = 0,0138$ ); grado de instrucción de la puérpera y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,000$ ); grado de instrucción de la puérpera y edad de ablactancia ( $p = 0,000$ ); ocupación de la puérpera y el conocimiento sobre el estímulo que favorece la producción láctea ( $p = 0,0323$ ).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

59. Mejía C, Cárdenas M, Cáceres O, García K, Verástegui A, Quiñones D. Actitudes y prácticas sobre lactancia materna en puérperas de un hospital público de Lima, Perú. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2016; p. 281-287.
60. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Nota descriptiva. Ginebra - Suiza; 2017.
61. Coronado M, Sánchez O, Rodríguez A, Gorrita R. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses en San José de las Lajas. Tesis. Mayabeque - Cuba; 2011.
62. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura; Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional. Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición. Artículo Original. Santiago de Chile; 2016.
63. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la reducción de la anemia. Informe técnico. Lima - Perú.
64. Mazariegos M. Prácticas de lactancia materna en América Latina. Informe técnico. Estados Unidos; 2014.

65. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Principales indicadores de los programas presupuestales - ENDES. Informe técnico. Lima - Perú; 2016.
66. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014-2016. Primera edición ed. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2015.
67. UNICEF. Estado mundial de la infancia. Una oportunidad para cada niño. Artículo Original. New York - Estados Unidos; 2016.
68. Organización Mundial de la Salud. who.int. [Online]; 2014 [cited 2017 Setiembre 16. Available from: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>.
69. Borre Y, Cortina C, González G. Lactancia materna exclusiva: ¿La conocen las madres realmente? Revista CUIDARTE. 2013; 5(2): p. 723-730.
70. Pahura A. Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de seis meses. Tesis. Buenos Aires: Universidad Abierta Interamericana; 2013.
71. Jiménez L. Identificación de las necesidades de aprendizaje sobre lactancia materna en madres primigestas en el área de consulta externa del Hospital Materno Infantil "Matilde Hidalgo de Procel". [Online]. Guayaquil; 2014 [cited 2017 Setiembre 21. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9009/2/TESIS%20AUTORA%20LOURDES%20JIMENEZ%20IDENTIFICACION%20DE%20APRENDIZAJE%20EN%20MADRES%20PRIMIGESTAS%20SOBRE%20LACTANCIA%20MATERNA.pdf>.
72. Alva J. Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en madres del Puesto de Salud San Juan. [Online]. Chimbote; 2015 [cited 2017 Setiembre 19. Available from: [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/753/CONOCIMIENTO\\_ALVA\\_HUAMAN\\_JUANA\\_BEATRIZ.pdf?sequence=1](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/753/CONOCIMIENTO_ALVA_HUAMAN_JUANA_BEATRIZ.pdf?sequence=1).
73. Lanchares J. [Online]; 2014 [cited 2017 Setiembre 16 [Universidad Internacional Menéndez Pelayo]. Available from: <http://www.master-mastologia.com/wp-content/uploads/2014/12/LA-MAMA-DURANTE-LA-LACTANCIA.pdf>.
74. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). who.int. [Online]; 2013 [cited 2017 Setiembre 16. Available from: [http://www.who.int/elena/titles/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/).
75. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales Santiago; 2015.
76. Villalobos J, Puga M, Valdivia M, Henríquez EGN. Manual de lactancia materna. [Online]. Concepción; 2008 [cited 2017 Setiembre 17. Available from: [https://issuu.com/rociomardones/docs/manual\\_l.m.e\\_udec](https://issuu.com/rociomardones/docs/manual_l.m.e_udec).
77. Argomeda L, Bribiesca T, Espinoza G, Reyes H. Curso avanzado de apoyo a la lactancia materna. [Online]. México, D.F.; 2008 [cited 2017 Setiembre 17. Available from: <http://www.conapeme.org/version6/info/pediatras/LIBRO%20VERSION%20FINAL%20FINAL%20APROLAM.pdf>.

78. Grupo de Lactancia Materna del Complejo Hospitalario Universitario Granada y Atención Primaria. Guía de lactancia Materna Granada; 2015.
79. Salas R. La identificación de necesidades de aprendizaje. [Online]; 2013 [cited 2017 Octubre 05. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17\\_1\\_03/ems03103.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol17_1_03/ems03103.pdf).
80. Ortega M. Recomendaciones para una lactancia materna exitosa. Acta pediátrica de México. 2015 Febrero 02; 36(2).
81. Carhuas J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna en un Centro de Salud de Lima Metropolitana. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
82. Cornejo M. Definiciones de lo religioso en la antropología social. Conceptos y discusiones clave en la búsqueda de un universal cultural. Bandue. 2016; IX: p. 67-88.
83. Zeraoui F. <http://hysteriapagana.com>. [Online]; 2018. Available from: <http://hysteriapagana.com/wp/que-es-la-religion-segun-la-antropologia/>.
84. Agueda F, Calgaro M. Factores sociales que afectan la competitividad. Informe memoria. Buenos Aires; 2015.
85. Collazos M. [Online]; 2009 [cited 2017 Octubre 05. Available from: <http://www.marisolcollazos.es/Sociologia-complemento/pdf/SOC04.pdf>.
86. Díaz J. Reflexiones en torno al concepto de religión. Estudios de Filosofía. 2015 Junio;(51): p. 27-43.
87. Ruiz M, Acuña B, Ruiz D, Ruiz J, Farouk A. La lactancia materna en zona rural, análisis de situación. Medicina general y de la familia. 2012; 1(2).
88. Rodríguez R. Aproximación antropológica a la lactancia materna. Revista de Antropología Experimental. 2015; 23(15): p. 407-429.
89. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Inicio temprano de la lactancia materna. Artículo original. Ginebra - Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018.
90. UNICEF. Mitos y realidades de la lactancia materna. Artículo original. New York; 2015.
91. Gobierno de La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud Rioja; 2010.
92. Urquizo R. Lactancia materna exclusiva ¿siempre? Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014; 60(2).
93. Mateo S. El contacto piel con piel: beneficios y limitaciones. Curso de adaptación al grado de enfermería. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2014.
94. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna Vitoria-Gasteiz; 2017.
95. UNICEF. Lactancia materna. Artículo original. Ecuador; 2012.
96. Bastida A. Por qué se aconseja lactancia materna. Artículo original. Valencia; 2017.
97. Quintero E, Roque P, Fe de la Mello S, Fong G. Posiciones correctas y un buen agarre al amamantar: clave del éxito en la lactancia materna. Medicentro Electrónica. 2014 Oct
98. Ministerio de Salud. Lactancia Materna Lima; 2015.

99. Jiménez C. ¿Cómo saber que el niño queda con hambre? Artículo de revisión. Madrid; 2011.
100. Sutter Health. Lactancia un tiempo especial para la madre y el bebé. Artículo original. California; 2010.
101. Cañamero S. La succión del bebé y posición para amamantar. Artículo original. Madrid; 2015.
102. Grummer-Strawn L. Nueva estrategia en favor de la lactancia materna, que lucha por ganar adeptas. Artículo original. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
103. Brahma P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Revista Chilena de Pediatría. 2017; 88(1): p. 7-14.
104. Becerra F, Bonilla L, Rodríguez J. Leptina y lactancia materna: beneficios fisiológicos. Revista de la Facultad de Medicina. 2015 Febrero 05; 63(1): p. 119-126.
105. Blandón K, Blandón C. Factores de riesgo y grado de conocimiento del cáncer de mama en pacientes de la consulta externa del servicio de cirugía del Hospital Escuela César Amador Molina. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía. Matagalpa: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.
106. Organización Mundial de la Salud. Alimentación complementaria. Artículo Original. Ginebra - Suiza; 2010.
107. Iglesias M. Guía para padres y madres. Primera edición ed. Aragón: Gobierno de Aragón; 2013.
108. Cabano S. El sueño infantil y el apego. Trabajo final de grado. Montevideo - Uruguay: Universidad de la República; 2014.
109. Becerra F, Rocha L, Fonseca D, Bermúdez L. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Revista de la Facultad de Medicina. 2015; 63(2): p. 217-227.
110. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Artículo destacado. Ginebra - Suiza; 2018.
111. Black M, Creed H. ¿Cómo alimentar a los niños? la práctica de conductas saludables desde la infancia. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2012 Agosto 29; 29(3): p. 373-378.
112. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la lactancia materna. Artículo científico. Ginebra - Suiza; 2017.
113. Ministerio de Salud. Semana de la lactancia materna en el Perú. Artículo original. Lima; 2010.
114. Solano L, Torres L. Determinación de inmunoglobulinas G y M en leche materna humana (calostro). Tesis previa a la obtención del título de Bioquímica farmacéutica. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2013.
115. Dirección General de Alimentación y Desarrollo (DIF). Consejos para una lactancia materna exitosa México D.F.; 2017.

- 116.** Cáceres S, Canales D. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna exclusiva de las madres de niños menores de seis meses atendidos en el Centro de Salud Leonel Rugama en el departamento de Estelí. Nicaragua: Universidad nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.