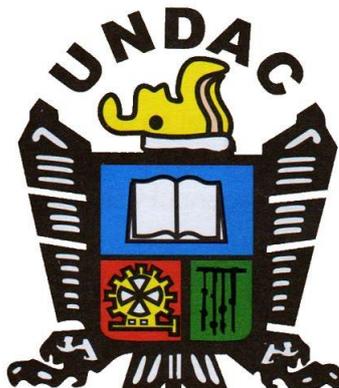


**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**TESIS**

**Nivel de apego de las Madres hacia su recién nacido en la  
práctica de la lactancia materna Distrito de Tarma 2014**

**Para optar el grado académico de maestro en:**

**Salud pública y comunitaria.**

**Mención:**

**Gerencia en Salud**

**Autor: Lic. Sary MARMOLEJO ORELLANA**

**Asesor: Mg. Nelly Marlene HINOSTROZA ROBLES**

**Cerro de Pasco – Perú – 2019**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**TESIS**

**Nivel de apego de las Madres hacia su recién nacido en la práctica de la lactancia materna Distrito de Tarma 2014.**

**Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:**

---

**Dra. Irma YUPANQUI MARTINEZ**  
**PRESIDENTE**

---

**Mg. Luz Gloria CASTRO BERMUDEZ**  
**MIEMBRO**

---

**Mg. Lola Máxima CHIRRE INOCENTE**  
**MIEMBRO**

## **DEDICATORIA:**

A mis padres: Rómulo y Jovita, por su amor y enseñanzas.

A mis hermanas: Elsa, Sussy, Rosy. Aracely, mi hermano Iván, por su amor, apoyo y compañía.

A mi esposo: Edgar Tobalino por su amor y compañía especial.

A mis adorados hijos: Nichols y Shavel, por su comprensión.

Que, éste logro académico, represente para Uds. parte de un producto personal y deleite de todos porque formaron parte de él.

Gracias Señor por existir y permitir tenerlos a mi lado, por su apoyo incondicional y sus consejos sabios en todo momento, pues me fortalecieron.

## **RECONOCIMIENTO**

A mi asesora Mg. Nelly Marlene HINOSTROZA ROBLES por su valiosa e incondicional contribución en la elaboración del presente trabajo de investigación.

Al equipo de salud del Servicio de Crecimiento y Desarrollo quienes día a día se esmeran por alcanzar una salud integral del niño y niña.

A mis amigas Ileana y Nelva por la amistad sincera, motivadora, gracias a ellas conocí el valor de la amistad ejemplo que debo seguir por la felicidad y buen ánimo que me otorgaron.

## RESUMEN

El apego precoz de la madre y su recién nacido comprende un factor de primer impacto en el fortalecimiento de la buena práctica de la lactancia materna y el desarrollo pronto del recién nacido, es así que el objetivo general de la investigación fue determinar nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en la práctica de la lactancia materna en el Distrito de Tarma. La investigación fue de tipo cuantitativa, de diseño descriptivo correlacional, como instrumentos se aplicaron dos cuestionarios una de apego y otro de autosuficiencia, la muestra censal estuvo conformada por 61 madres de familia. Los resultados muestran que el nivel de apego es positivo cuando la lactancia materna que da la madre a su recién nacido es adecuada en el 57,4%. Y es poco adecuada en el 22,9% de ellas. El nivel de apego de las madres es positivo en el 80,3% de la población estudiada, y el logro de desempeño en la lactancia materna es adecuada en el 54,1% de las madres de los recién nacidos, seguido del logro poco adecuado en el 26,2% de la muestra.

En conclusión, mientras mayor y adecuado sea el proceso de apego del recién nacido y su madre; mayor es la contribución en la práctica adecuada de la lactancia materna y el bienestar del niño en su desarrollo y de soporte nutricional.

**Palabras claves:** Apego y Lactancia materna, Apego del recién nacido.

## **ABSTRACT**

The early attachment of the mother and her newborn comprises a factor of first impact in strengthening the good practice of breastfeeding and the early development of the newborn, so the general objective of the research was to determine the level of attachment of Mothers to their newborn in the practice of breastfeeding in the District of Tarma. The research was quantitative, descriptive correlational design, as instruments were applied two questionnaires one of attachment and another of self-sufficiency, the census sample consisted of 61 mothers. The results show that the level of attachment is positive when the breastfeeding that the mother gives to her newborn is adequate in 57.4%. And it is not adequate in 22.9% of them. The level of attachment of mothers is positive in 80.3% of the population studied, and the achievement of performance in breastfeeding is adequate in 54.1% of mothers of newborns, followed by poor achievement in 26.2% of the sample.

In conclusion, the greater and adequate the attachment process of the newborn and his mother; greater is the contribution in the proper practice of breastfeeding and the well-being of the child in its development and nutritional support.

**Keywords:** Attachment and Breastfeeding, Attachment of the newborn.

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un importante factor positivo en la Salud Pública y las prácticas óptimas de lactancia materna, se convierten en la acción preventiva más eficaz para prevenir la mortalidad en la niñez, lo que, a su vez, es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la OMS.

Los beneficios del amamantamiento en términos de salud se extienden a la madre. Amamantar reduce el riesgo de cáncer de mama, endometrio y ovario, la osteoporosis y la hemorragia posparto y actúa como un espaciador natural de los nacimientos, asegurando que el cuerpo de la madre tenga tiempo suficiente para recuperarse y prepararse para los nacimientos futuros. La capacidad de una mujer de nutrir su bebé a través del amamantamiento no tiene nada que ver con su condición social, y provee igualdad de comienzo tanto a los niños como a las niñas.

El apego madre-hijo es una relación específica que perdura en el tiempo, esta relación tiene efectos profundos en el desarrollo físico, psicológico e intelectual del recién nacido (1); sin embargo, Bialoskurski et al investigaron que el nacimiento prematuro y la separación materno-infantil, debida a la hospitalización del recién nacido en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), podrían afectar esta relación, gracias a las exigencias y barreras que impone el soporte tecnológico propio del entorno. (2)

El concepto de apego ha tenido diversas conceptualizaciones, Lebovici lo

define como una relación que se caracteriza en la madre, por la tendencia de tocar, acariciar, sostener, cuidar, a su bebé y entrar en contacto con él; en relación con este concepto la madre modifica su propia conducta de acuerdo con las necesidades del recién nacido. (3) Por su parte, Bowlby define las conductas de apego como la búsqueda de la proximidad del bebé con la madre, es decir, con quien regularmente lo cuida y alimenta. (4)

En estos comportamientos de apego puede estar presente la cultura. Según Leininger, la cultura es el conocimiento que se adquiere y trasmite, con sus valores, creencias, reglas de comportamiento y prácticas en estilo de vida, que orientan estructuralmente a un grupo determinado en sus pensamientos y actividades. (5) Por otra parte, todo ser humano, en su cultura, tiene conocimientos y prácticas de cuidado genérico (laico, folclórico o indígena) que varían transculturalmente; esto revela que las personas actúan y tienen expresiones particulares. (6)

Adicionalmente, Leininger en su teoría plantea que el contexto ambiental da pistas acerca de las expresiones de cuidado, significados y patrones de vida de individuos, grupos y familias; este contexto ambiental está expresado en los factores de la estructura social como religión (espiritualidad), parentesco, política, aspectos legales, educación, economía, tecnología, factores políticos, filosofía de vida, creencias culturales y valores con respecto al género. (7)

En ese sentido es necesario considerar en las conductas y expresiones de apego de las madres hacia sus hijos, los factores de la estructura social señalados por Leininger.

Es importante resaltar que las participantes de este estudio representan la cultura propia de la región Caribe colombiana. Esta cultura es una confluencia

de raza indígena, hispánica y africana que, en términos abreviados, se conoce como cultura mestiza; producto de la pluralidad cultural que se constituye en un fenómeno único de la región. (8) Así, el modo de ser costeño está determinado por el entrecruzamiento racial, lingüístico y cultural con características propias, en donde las creencias religiosas con respecto a lo sobrenatural y las prácticas ante la enfermedad y la muerte, establecen reglas propias y particulares frente a la vida. (9)

Todo lo anterior, indica que el proceso de apego madre-hijo es diverso, no es único ni automático, es individualizado; depende del estado de salud del recién nacido (10), del estado de salud de la madre, del contexto hospitalario, de la cultura y del cuidado de Enfermería. Por tanto, aunque el apego es un tema que ha sido estudiado desde perspectivas teóricas de otras disciplinas (11), en Enfermería retoma interés cada día; debido a que ésta establece contacto continuo.

Es por ello por lo que estudiar, desde Enfermería, la relación de apego madre-recién nacido en la Costa Atlántica (12), se considera un aporte importante a la disciplina y a la sociedad en general, debido a las particularidades de las expresiones y comportamientos que subyacen en la cultura Caribe colombiana, las cuales cargan de significado y enriquecen la experiencia madre-hijo durante la visita en la UCIN.

# INDICE

<b>DEDICATORIA</b>	
<b>RECONOCIMIENTO</b>	
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>INDICE</b>	
<b>CAPÍTULO I</b> .....	1
<b>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	1
1.1. Identificación y planteamiento del problema. ....	1
1.2. Delimitación de la investigación. ....	5
1.3. Formulación del problema. ....	5
1.3.1. Problema principal. ....	5
1.3.2. Problemas específicos. ....	5
1.4. Formulación de objetivos. ....	5
1.4.1. Objetivo general. ....	6
1.4.2. Objetivos específicos. ....	6
1.5. Justificación de la investigación. ....	6
1.6. Limitaciones de la investigación. ....	7
<b>CAPÍTULO II</b> .....	8
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	8
2.1. Antecedentes de estudio. ....	8
2.2. Bases teóricas. ....	12
2.3. Definición de términos básicos. ....	44
2.4. Formulación de hipótesis. ....	45
2.4.1. Hipótesis general. ....	45
2.4.2. Hipótesis específicas. ....	46
2.5. Identificación de variables. ....	46
2.6. Definición operacional de variables e indicadores. ....	47
<b>CAPÍTULO III</b> .....	49
<b>METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN</b> .....	49
3.1. Tipo de investigación. ....	49
3.2. Métodos de investigación. ....	49
3.3. Diseño de investigación. ....	49
3.4. Población y muestra. ....	50

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	51
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos. ....	52
3.7. Tratamiento estadístico. ....	52
3.8. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación.....	52
3.9. Orientación ética.....	53
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>55</b>
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>55</b>
4.1. Descripción del trabajo de campo. ....	55
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados. ....	55
4.3. Prueba de hipótesis. ....	68
4.4. Discusión de resultados. ....	72
<b>CONCLUSIONES</b>	
<b>RECOMENDACIONES</b>	
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Identificación y planteamiento del problema.**

La lactancia materna es un importante factor positivo en la Salud Pública y las prácticas óptimas de lactancia materna, se convierten en la acción preventiva más eficaz para prevenir la mortalidad en la niñez, lo que, a su vez, es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la OMS (1)

La Salud Pública peruana tiene una larga y destacada trayectoria de fomento de salud, que ha llevado a los excelentes indicadores de mortalidad materna e infantil, de que gozamos actualmente como país. La evidencia científica ha reconocido y fundamentado progresivamente más, la dificultad de emular artificialmente las condiciones de vida de la madre e hijo/a que se dan en situación de lactancia materna. También se ha acumulado y multiplicado la evidencia de las características únicas de

la leche humana, para la alimentación del lactante humano y la probabilidad cierta de que se encontrarán mayor cantidad de evidencias, en la medida en que progrese el estudio científico de la leche humana.

(1)

Desde antiguo y ciertamente durante los últimos 30 años, las autoridades centrales de Salud en Perú han permitido y estimulado en forma sostenida, aunque variable, las actividades de extensión y fomento de la lactancia materna, culminando recientemente con su relación a la humanización del proceso reproductivo, centrando en la familia el enfoque de decidir y actuar en estas materias, en relación con su cultura y mayor bienestar, des instrumentalizando estos procesos naturales.

Las cifras de lactancia materna exclusiva varían mucho entre los países (desde menos de 30% hasta más de 60%) y no todos reportan datos. Desde la Declaración de Innocenti, el promedio de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad, en el mundo aumentó de 34 a 41%, pero luego ha bajado a 36-38%. (2)

Desde la Iniciativa Hospital Amigo, en el Perú se produjo una mejora en los indicadores de lactancia hasta el 2000, sin embargo, posteriormente se observa un retroceso en algunos. La última ENDES continua, del 2007, reporta una tasa de 65.6% de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses y de 80% de lactancia materna con alimentos complementarios de los 6 a los 9 meses, entre los años 2005 y 2007. (2)

En el Perú, según la ENDES 2004, la práctica de la lactancia materna es casi generalizada, ya que más del 98% de niños ha lactado

alguna vez. Sin embargo, menos de la mitad inicia la lactancia en la primera hora.

Además, un 18% de los recién nacidos, recibió un alimento pre-lácteo (alimento diferente a la leche materna antes de empezar a lactar). Estos casos se presentan con mayor frecuencia entre los niños que nacieron en un lugar diferente a su hogar, en un establecimiento de salud o en otro lugar (alrededor del 30 % en ambos casos), entre los que recibieron asistencia del médico en el parto (35 %).

Aunque al momento de la encuesta, ENDES, la totalidad de los niños menores de 4 meses estaba lactando, sólo lo hacía en forma exclusiva el 76 % de los menores de 1 mes, el 65 % de los lactantes de 1 a 3 meses y el 53 % de los niños de 4 a 5 meses y estas cifras son menores que las del año 2010. (2)

El problema radica en la introducción de agua u otros líquidos (tales como caldos, jugos y otras leches), a una edad muy temprana, al 14 % de los niños antes de los 1 primeros meses, al 35.5% entre los 1 y 3 meses y al 47 % entre los 4 y 5 meses.

Los porcentajes de niños que reciben alimentación complementaria a edades tempranas evidencian un aumento de 3 y 4 puntos respecto a los observados en el 2010.

En el mencionado contexto, el uso del biberón es una práctica relativamente común que se inicia entre los menores de 1 meses (17 %) y alcanza mayor frecuencia entre los niños de 11-15 meses de edad (57 %). En el 2000, el uso fue de 18 % para los menores de 1 meses y 43 % para niños de 11 a 15 meses de edad.

La ENDES reporta que el uso del biberón sigue siendo una práctica común aún en los últimos años, con muy ligeras variaciones respecto a la ENDES anterior.

De otro lado, se han llevado a cabo monitoreo del Código de Comercialización de Sucedáneos y/o del Reglamento de Alimentación Infantil en 1999, 2000, 2001, 2004 y 2010 los que muestran que la mayor parte del personal de salud desconoce estos documentos y que las donaciones e infracciones, aunque han disminuido, siguen produciéndose en la mayoría de establecimientos, siendo más numerosas en los del sector privado. (2)

En el Perú, si bien la mayoría de niños inicia el amamantamiento, se necesita fomentar y apoyar la lactancia materna precoz y exclusiva, el inicio oportuno de una alimentación complementaria adecuada y la erradicación de los biberones.

Se requiere difundir y socializar el Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna y el Reglamento de Alimentación Infantil entre los trabajadores de salud para que vigilen activamente su cumplimiento. (2)

En la ciudad de Tarma sucesivamente se ha observado al momento de brindar atención al recién nacido y su madre que existen diversas reacciones psicológicas y de conducta que adoptan las madres frente al nacimiento de un hijo, algunas reaccionan negativamente adoptando conductas de rechazo momentáneo y en otras que les dura algunas horas y días para poder aceptar a su niño ya que a esto se suma muchas mujeres que no han deseado el embarazo y otras que llevaron

un embarazo por presión de la pareja o de la misma familia y esto hace que haya ciertas reacciones de aceptación y rechazo al nuevo ser, el cuál va a originar diversas influencias en el recién nacido y que seguirá por el resto de etapas de crecimiento y desarrollo del niño.

## **1.2. Delimitación de la investigación.**

Esta investigación se desarrollará dentro del ámbito local de la ciudad de Tarma por lo tanto sólo tendrá inferencia local.

## **1.3. Formulación del problema.**

### **1.3.1. Problema principal.**

¿Cuál es nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en la práctica de la lactancia materna en el Distrito de Tarma 2014?

### **1.3.2. Problemas específicos.**

- ¿Cuál es el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en el logro del desempeño en la práctica de la lactancia materna en el Distrito de Tarma 2014?
- ¿Cuál es el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en las experiencias sustitutas de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014?
- ¿Cuál es el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en la persuasión verbal de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014?
- ¿Cuál es el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en el estado fisiológicos de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014?

## **1.4. Formulación de objetivos.**

#### **1.4.1. Objetivo general.**

Determinar nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en la práctica de la lactancia materna en el Distrito de Tarma.

#### **1.4.2. Objetivos específicos.**

- Identificar el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en el logro del desempeño en la práctica de la lactancia materna en el Distrito de Tarma 2014.
- Identificar el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en las experiencias sustitutas de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014
- Establecer el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en la persuasión verbal de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014.
- Establecer el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en el estado fisiológicos de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014.

### **1.5. Justificación de la investigación.**

#### **Teórica.**

El estudio de investigación permitió medir el nivel de afectividad de las madres hacia su recién nacido en la práctica de la lactancia materna pues es sabido que por reglas hospitalarias se suele separar a la madre y el recién nacido pese a los múltiples beneficios como la interacción madre niño, el afecto y sobre todo el inicio temprano de la lactancia materna por lo que surge la necesidad de elaborar estrategias de mejoras a la aceptación de la lactancia materna exclusiva como medio eficaz de

la prevención de enfermedades en su niño ya que la leche materna permite desarrollar, fortalecer el sistema inmunitario de los recién nacidos y sobre todo el vínculo afectivo entre la madre y el niño.

### **Social o práctica.**

La investigación se desarrolló dentro del ámbito local, permitió conocer más profundamente la problemática que está asociada a indicadores negativos de morbilidad y mortalidad ocasionados por los defectos en el manejo de una práctica adecuada de lactancia materna, así mismo tendrá un impacto social bastante bueno ya que permitió la continuación de estrategias encaminadas a la prevención de la desnutrición en menores lactantes y mejora de su calidad de vida.

### **Metodológica.**

Este estudio de investigación permitió la aplicación de dos instrumentos, uno guiado a medir el aspecto afectivo de la madre lactante y el otro instrumento a medir cómo la madre en nuestro medio practica la lactancia materna en beneficio de sus niños y luego correlacionar estos instrumentos en base al grado de confiabilidad y validación que tienen y sirvan para otras investigaciones a futuro.

## **1.6. Limitaciones de la investigación.**

No tuve limitación durante el desarrollo de la investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de estudio.**

##### **Internacionales:**

**Camarotto, Caroline Michele et. al. “Perfil de la lactancia materna en un grupo de madres adolescentes”. Sao paulo. 2011.**

Objetivos: Caracterizar la lactancia materna entre las madres adolescentes, para identificar la experiencia previa de lactancia materna, identificación de eventos / situaciones que perciben como un obstáculo en la lactancia actual. Métodos: Un estudio exploratorio se desarrolló en la maternidad de bajo riesgo de Ribeirão Preto-SP. Entrevistamos a 80 madres adolescentes. Hemos aplicado tres veces en una forma (hospital, en consulta de 10 ° a 15 días después del parto y la búsqueda por teléfono, después de un mes). Se utilizó estadística descriptiva. Resultados: Se observó una disminución gradual de la lactancia materna exclusiva. En la experiencia anterior, el 38,5% de los adolescentes chupar más de seis meses. En la experiencia real, que se encuentran los

problemas: el trauma del pezón y la dificultad en la succión del bebé y resultó ser manipulada para la lactancia. Conclusiones: La madre del adolescente requiere de la atención sin prediseñadas inabilidady etiquetas para el cuidado del niño, manteniendo las características específicas de la adolescencia. (13)

**García Galvao, Dulce. Capacitación en lactancia materna y su impacto en la práctica clínica. Brasilia 2011.** El estudio tuvo como objetivo identificar a la enfermera proporciona orientación a las madres sobre la lactancia materna y se encontró que las habilidades de comunicación son utilizadas en consejería en lactancia materna. Fue un estudio descriptivo y exploratorio, con un cuestionario que fue completado por 45 estudiantes de enfermería en un curso de especialización en pediatría. El promedio de edad de los participantes fue de 31,7 años, en su mayoría mujeres. Se encontró que después de conocer a los participantes comenzaron a ser más despiertos a la postura corporal de la madre y la anatomía de la mama. Hubo una modificación de la información a las madres a las prácticas más adecuadas para el posicionamiento y el método de alimentación, pero no hubo pocas habilidades de comunicación utilizados. Se concluyó que la capacitación en consejería no era suficiente, que requieren un mayor desarrollo. (14)

**Londoño Franco, Angela Liliana. Et. al. “Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá Colombia”. 2010.** La Introducción: la lactancia materna es la estrategia más costo-efectiva y segura para la

nutrición adecuada y la protección contra infecciones en los lactantes menores; es suficiente como único alimento durante los primeros seis meses de vida y el mejor de los complementos hasta los dos años. Su práctica continúa siendo escasa e inadecuada. El objetivo de este estudio fue describir características sociodemográficas del sistema de salud, conocimientos y prácticas relacionadas con la lactancia materna y el suministro de leche entera. Métodos: se realizó un estudio de corte transversal prospectivo en el municipio de Calarcá-Quindío en trescientos ochenta y cuatro niños de dos a cinco años. Se realizó entrevista a cada madre, en un protocolo para tal fin, previo consentimiento informado. Se realizó procesamiento y análisis de los datos en el programa SPSS versión 14. Resultados: la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los seis meses fue de 14%, lo cual se asoció al desconocimiento de las madres (RP: 1,3 IC95% 1,1 – 1,6) y al inicio precoz de alimentación complementaria (test de Mann Whitney  $p < 0,00$ ). Al inicio de leche entera precozmente se asociaron como factores independientes en análisis multivariante el inicio de la alimentación complementaria antes de los cuatro meses de vida (RP 3,9 IC95% 1,7- 9,1) y el tener dos o más hermanos (RP 3,3 IC95% 1,3- 8,5). Conclusiones: el desconocimiento de las ventajas de la lactancia exclusiva y de la introducción de la leche entera son elementos prioritarios para trabajar en las estrategias de prevención de enfermedades prevalentes en la infancia. (15)

**Hernández, Luzmila. Et al. “Creencias y prácticas sobre la**

**lactancia materna exclusiva de mujeres residentes en Comuna 5 de Cali” 2010.** Objetivo: Para explorar las prácticas y creencias sobre lactancia materna durante los primeros seis meses postparto, se llevó a cabo un estudio con mujeres que habitan en la comuna 5 del municipio de Santiago de Cali, Colombia. Metodología: La metodología utilizada fue la etnoenfermería, que facilitó indagar la perspectiva émica e identificar las prácticas beneficiosas y de riesgo para la salud del niño en cuanto a alimentación se refiere. La investigación tuvo como participantes clave 15 mujeres. La muestra se obtuvo aplicando el criterio de saturación de datos. Hallazgos: La presentación de los resultados se organiza en dos partes: las prácticas y creencias que favorecen la lactancia materna exclusiva y las prácticas y creencias que no la favorecen. Dentro de las diversas prácticas y creencias que favorecen la lactancia materna exclusiva sobresalieron las relacionadas con el vínculo materno, la preparación durante la gestación y el acompañamiento familiar. En las prácticas y creencias que no favorecen la lactancia materna cabe resaltar la poca confianza de la madre en cuanto a su propia producción de la maternal milk. Conclusiones: El conocimiento generado por este estudio puede contribuir a que el cuidado de enfermería que se brinda a las gestantes y puérperas sea coherente con su cultura, para lo cual se identificaron prácticas culturales que deben mantenerse y otras que deben reestructurarse o modificarse. (16)

**Alvarado Sánchez, Annia Yanina. Et. al. Intervención comunitaria sobre lactancia materna exclusiva en gestantes del municipio Songo-La Maya de Santiago de Cuba. 2010.** Se llevó a cabo

una intervención comunitaria en 38 gestantes (segundo y tercer trimestres de embarazo), pertenecientes a 4 consultorios del médico de la familia del municipio de Songo -La Maya de la provincia de Santiago de Cuba, desde mayo de 2007 hasta julio de 2008, a fin de incrementar las nociones que poseían sobre lactancia materna exclusiva y la importancia de mantenerla hasta el sexto mes de vida de sus hijos. Con esta intervención aumentó el considerablemente el conocimiento de las integrantes de la serie, lo cual reveló la efectividad del programa de clases-talleres aplicado. (17)

## **2.2. Bases teóricas científicas**

### **I. Niño lactante.**

#### **1.1. Lactante de 0 a 6 meses:**

##### **Fisiología.**

Desde el punto de vista nutricional el nacimiento representa un paso brusco de la nutrición parenteral transplacentaria a la alimentación enteral fraccionada intermitente. Para que se realice con normalidad este proceso de adaptación al metabolismo y nutrición extrauterinos, el aparato digestivo debe madurar en los primeros meses de vida, y así se capacitará para adaptarse progresivamente al tipo de alimentación variada propia del niño mayor y del adulto.

Nos centraremos casi exclusivamente en la fisiología del aparato digestivo del bebé por ser el más implicado en la alimentación y posterior desarrollo.

La boca, en el momento del nacimiento, se caracteriza por la

ausencia de dientes, por lo que la alimentación debe administrarse en forma líquida. Alrededor de los 6 meses de vida aparecen los primeros dientes. La deglución está disminuida, por lo que no es aconsejable la introducción de alimentos sólidos hasta el 6º mes de vida. (18)

### **Capacidades del bebe al nacer**

**La Succión.** Desde que el niño nace está capacitado para buscar alimento y succionar. Si le acercamos el pecho a su cara, busca el pezón para empezar a chupar.

Hay una relación muy directa con la madre o con la persona que le da el biberón, si se le acompaña con caricias, manteniendo al bebé abrazado y sintiéndose contemplado.

En la lactancia materna, la madre puede prolongar la unión con su hijo después del embarazo. El dar pecho, es un hecho que se aprende día a día y la madre se tiene que adaptar tanto física como psíquicamente.

En la lactancia artificial debe mantenerse una posición parecida a la lactancia materna para mantener el contacto piel-piel, tan favorable para el niño. (18)

**La Vista.** El niño, nada más nacer, no ve, pero es capaz de abrir los ojos ante un estímulo luminoso.

- Al poco tiempo, ya puede fijar y seguir la mirada a un objeto que esté delante de su campo visual a unos 30 cm de distancia.
- A los 3 meses el niño ya es capaz de ver más allá de 1,5 m. de distancia y a los 6 meses ya tiene la capacidad de un adulto.

- El bebé emplea la mirada para realizar intercambios afectivos.

**La Audición.** La capacidad auditiva en el recién nacido se manifiesta desde el primer momento de la vida. Tiene una importante predilección por la voz femenina. Además reacciona ante un ruido suave y si está dormido, se despierta. Cuando el ruido es muy fuerte, le produce una sensación de sobresalto, acompañado de un llanto escandaloso.

**El Olfato.** Es un sentido muy desarrollado en el niño ya que reconoce fácilmente el olor de su madre, teniendo preferencia por los olores azucarados y descartando los olores agrios. (18)

**El tacto.** Desde el nacimiento, el bebé recibe impresiones sensoriales a través de la piel. Los abrazos, caricias, etc., con los padres es el primer contacto que se establece.

**La sonrisa.** Es un gesto que el bebé realiza desde los primeros días de vida. Hacia los 1 meses la sonrisa va unida a un giro con la mirada, siendo una respuesta gratificante para los padres.

En cuanto a las magnitudes antropométricas del bebé se puede decir lo siguiente:

**El peso.** El bebé al nacer tiene un peso que depende de la duración de la gestación, del peso pre gestacional de la mujer y del peso ganado durante la gestación.

Los lactantes pierden peso durante los primeros días y recuperan el peso del nacimiento del 7º al 10º día de vida. Se duplica el peso del 4º al 6º mes. Se triplica al año.

**La talla.** La estatura aumenta un 50 % durante el primer año. Se duplica al 4º año. (18)

**Evolución en los seis primeros meses.**

Los avances del peso y de la talla son importantes, pero también hay que considerar el desarrollo de la evolución motriz y psicológica.

Las edades descritas a continuación, se refieren a los valores medios, aunque no nos debe preocupar si el desarrollo del niño se adelanta o se retrasa ligeramente. Hay bebés muy tranquilos y otros muy inquietos, lo cual influye en que su desarrollo sea más lento o más rápido. Si observamos alguna anormalidad, se debe consultar con el pediatra.

**Primer Mes.** El bebé, gira la cabeza de un lado a otro y la puede levantar durante breves segundos cuando está boca abajo. Las manos, casi siempre permanecen cerradas. Casi todo el tiempo lo pasa dormido, y solo se despierta cuando tiene hambre o está incómodo.

**Segundo Mes.** Puede seguir con la vista los objetos móviles, sonoros y de colores vivos. Colocado boca arriba, puede patear con fuerza. Empieza a estar más tiempo despierto.

**Tercer Mes.** Empieza a abrir las manos. Puede sujetar un juguete. Puede sostener la cabeza erguida durante un momento. El campo visual se amplía. Se deberá consultar al pediatra si a los 3 meses no sonríe, no fija la mirada o no sostiene la cabeza.

**Cuarto Mes.** Tumbado boca abajo, se apoya con las manos

abiertas y tiene más control de su cabeza. Intenta coger objetos y llevárselos a la boca. Empieza a emitir sonidos con tono fuerte.

**Quinto Mes.** Es capaz de enderezar el cuerpo y la cabeza. Empieza a reconocer a sus padres. Sostiene la cabeza si se le mantiene sentado. Sonríe ante un espejo.

**Sexto Mes.** Puede mantenerse sentado con apoyo. Coge juguetes con facilidad. Contesta con sonidos. Se debe consultar al pediatra si a los 6 meses no tiene intención de coger los objetos o no usa una de sus manos<sup>19</sup>. (18)

**Deberá Consultar Con Su Pediatra, Si:** En el 3º MES no sonríe, no fija la mirada o no sostiene la cabeza. En el 6º MES no tiene intención de coger los objetos o no usa una de sus manos. (18)

### **Alimentación.**

La alimentación, además de intentar conseguir un desarrollo adecuado del niño, debe evitar carencias nutricionales y prevenir enfermedades en el futuro, relacionadas con la dieta.

### **Tipos de alimentación.**

Un recién nacido puede alimentarse con lactancia materna o lactancia artificial.

La decisión se debe tomar de forma calmada, durante el embarazo y con una buena información sanitaria. Nunca se debe decidir en el parto. El no poder dar el pecho al niño, no debe de ser causa de trauma, ya que existen otros tipos de alimentación mediante los cuales se puede desarrollar de forma adecuada y

sana.

## **II LACTANCIA MATERNA**

### **1. Generalidades.**

La lactancia materna como alimentación de forma exclusiva, se considera la mejor forma de alimentación para los recién nacidos durante los primeros seis meses de vida. Según la OMS, a partir de esta edad, sigue siendo la alimentación idónea, junto con el inicio de la nutrición complementaria, aconsejando que se debería mantener la lactancia hasta los 1 años, o hasta que madre y/o hijo lo deseen. Por ello se realizan campañas encaminadas a fomentar su implantación, como base de una buena práctica alimentaria. No sólo supone un buen método de nutrición, sino que parece el más específico para las necesidades del lactante; adicionalmente, constituye un importante factor de protección celular y humoral, y de fortalecimiento de la relación materno-filial.

(18)

En el año 1989 OMS y UNICEF publicaron una declaración conjunta sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. No existen dudas de que la alimentación a través del amamantamiento constituye una función biológica esencial en los humanos por lo que en la actualidad ya no parece necesario justificar su recomendación.

Por el contrario, sería necesario justificar la decisión de su interrupción y su sustitución por la lactancia artificial, por causas médicas, como ocurriría en madres con toxicomanía, tuberculosis

activa, etc. o por causas médicas del niño (galactosemia, otras metabolopatías etc.).

No obstante, y a pesar de ser bien conocidos los beneficios derivados de la lactancia materna y de las campañas de promoción que se vienen realizando desde hace años, aun no se han alcanzado los objetivos previstos. En países como los EE.UU. aunque se han superado las tasas de la década de los 90, se continúa por debajo de las que existieron durante los años 80. Por ello, se mantienen las estrategias de promoción y protección de la lactancia, entre las que se considera de especial importancia la intervención como asesor del médico, especialmente del pediatra.

(19)

La Asamblea de Salud Mundial (WHA) adoptó en 1991 la “declaración de Innocenti” que reconoce la lactancia materna como un proceso único, que: Proporciona la nutrición ideal al lactante, contribuyendo al crecimiento y desarrollo saludables. Reduce la incidencia y gravedad de las enfermedades infecciosas, disminuyendo la morbilidad y mortalidad infantiles. Promueve la salud de la mujer al reducir el riesgo de cáncer de mama y de ovario, y al aumentar el intervalo entre embarazos. Proporciona beneficios sociales y económicos para la familia y la comunidad.

(19)

Analizando los datos de consumo de leches artificiales con respecto a la evolución de la natalidad, se observa un aumento progresivo en las ventas de leche hasta 1995, sobre todo debido

al aumento del consumo de las fórmulas de continuación. A partir de este año se produce un descenso moderado, fundamentalmente a expensas de la leche de inicio. Estos datos concuerdan con los presentados en la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1995 y 1997, que confirman una recuperación de la lactancia materna en España. (19)

## **2. Lactancia materna y su importancia.**

### **Para el niño:**

Con ventajas nutricionales:

- Mejora el balance calcio/fosfato.
- Incrementa la absorción de hierro y, por consiguiente, disminuye la incidencia de anemia.
- La composición de la leche materna se adapta en función de la demanda y necesidades del crecimiento del lactante.

Protección inmunológica:

- Debido a la presencia de inmunoglobulinas del tipo IgA, IgM e IgG, presencia de la fracción C3, C4 del complemento y lactoferrina.
- Profilaxis alérgica:
- Disminuye la incidencia de alergia alimentaria respecto a otros alimentos exógenos como la leche de vaca que posee abundantes beta-lactoglobulinas.
- Beneficios psicológicos:
- Incrementa el vínculo psicológico entre madre e hijo.

- Protege frente a la infección:
- Disminuye la posibilidad de contaminación bacteriana de la propia leche, al no tener que ser manipulada para su preparación. (20)

**Para la madre:**

- Mejora la recuperación tras el parto.
- Beneficios psicológicos:
- Incrementa el vínculo psicológico entre madre e hijo.
- Menores riesgos de salud:
- Se asocia a una menor incidencia de cáncer de mama y ovario.

Se considera demostrado que la lactancia materna proporciona una protección notablemente superior a la artificial frente a las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias del niño, principales causas de mortalidad en las poblaciones con escasos recursos económicos. En 1993, la OMS estimó que cada año podrían evitarse 1,5 millones de muertes de niños, mediante una lactancia materna eficaz. Adicionalmente, la leche artificial no sólo es costosa, sino que puede suponer un factor de riesgo de malnutrición, debido a que algunas madres pueden verse tentadas a diluirla o pasar prematuramente a otras formas de alimentación. (20)

**3. Fisiología de la lactancia.**

El proceso de preparación y secreción de la leche materna comienza inmediatamente tras la concepción. Los cambios morfológicos que ocurren en la mama (tamaño y color de la areola),

son a menudo la primera indicación física de embarazo en la madre. Estos cambios en las glándulas mamarias continuarán desarrollándose durante la gestación. Las mamas están preparadas para la lactancia desde el 4º mes de embarazo, si bien ésta no comienza hasta que no se desarrollan una serie de complejos cambios hormonales, que se inician unas horas después del parto, y conducen a la disminución de los niveles de progesterona plasmática, mientras que los de prolactina permanecen elevados.

La leche materna es el único alimento que necesita el niño durante los primeros 6 meses de vida, aportando proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales, y otros factores bioactivos que facilitan el crecimiento y desarrollo, y colaboran en la defensa contra antígenos extraños y agentes infecciosos. (21)

La OMS aconseja continuar el amamantamiento, junto con otros alimentos, al menos hasta los 1 años o bien hasta que madre o hijo lo deseen.

La leche es una suspensión de grasas en una solución de proteínas, hidratos de carbono (predominando la lactosa) y sales minerales. Es isoosmótica y más ácida que el plasma (pH de 6,8 a 7).

La composición de la leche varía según las fases de su secreción:

- Calostro: aparece en los primeros 3–4 días tras el parto. Es alcalino (pH 7,45), rico en vitamina K, proteínas, sodio, potasio

y minerales.

- Pobre en azúcar y grasa.
- Leche de transición: se segrega aproximadamente hasta la tercera semana. Su contenido va aumentando en azúcar y grasa.
- Leche completa o madura: es más ácida que el plasma (pH: 7 a 7,71) y mayor contenido graso.

La leche humana, a diferencia de la de otros mamíferos, presenta una concentración más baja de iones monovalentes y más alta de lactosa. La composición de la leche materna no es constante, observándose variaciones según la fase de la lactancia, la hora del día (4,11), la edad gestacional a la que se tiene el niño, la fase inicial o fase final de la mamada, siendo más rica en contenido graso al final (dando la sensación de saciedad al bebé al mamar a demanda). Estas variaciones enriquecen el proceso nutritivo de la lactancia natural, actualmente inimitable, inigualable e insuperable como alimento para el bebé. (21)

#### **4. Ventajas de la lactancia materna**

La lactancia materna tiene las siguientes ventajas para el lactante:

1. Se digiere mejor. Los componentes son bien absorbidos y utilizados, proporcionando un buen estado nutritivo. Podemos decir que, nutricionalmente es superior a cualquier otra alternativa.
2. Protege al lactante de determinadas infecciones. Los niños con lactancia materna padecen menos infecciones respiratorias y

digestivas.

3. La leche materna contiene ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (omega-6 y omega-3), los cuales tienen gran importancia en el desarrollo del sistema nervioso y en la visión.
4. Protege frente a las alergias.
5. Favorece una mayor respuesta a las vacunas.
6. Facilita el contacto físico madre-hijo. Esto supone para el niño un mejor desarrollo afectivo y emocional. (21)

#### **5. Problemas más comunes de la lactancia materna.**

Es importante destacar la ingurgitación de la mama, que si el niño es alimentado a demanda es poco probable que ocurra. Para aliviar las molestias, se aconsejan baños de agua tan caliente como se soporte, dando un masaje al pecho, intentando descargarlo. (21)

También puede ocurrir que haya un taponamiento u obstrucción de conductos, para lo cual se debe ofrecer la mama dolorosa al bebé para su descarga. Se hace repetidamente para evitar el llenado y con ello la posible infección. Sería aconsejable aplicar compresas calientes a las mamas entre toma y toma. (21)

**Otros problemas los exponemos en el siguiente cuadro.**

PROBLEMA	SOLUCIONES POSIBLES
Pezón retraído.	Antes de alimentar al niño, estimular suavemente el pezón entre los dedos hasta que esté erecto.
El bebé no abre bastante la boca.	Antes de alimentarlo, bajar la mandíbula del lactante con un dedo a medida que se guía el pezón hacia el interior de su boca.
El niño succiona mal.	Estimular los movimientos de succión presionando hacia arriba bajo el mentón del niño. Con frecuencia se exprime calostro y su sabor puede estimular la succión.
El niño muestra interés pero no toma el pezón. Finalmente llora por frustración.	Interrumpir la alimentación, acomodar al lactante; la madre debe tomar su tiempo para relajarse antes de intentarlo de nuevo.
El niño se duerme mientras se amamanta.	Despertar al niño frotándole la espalda, hablándole, estimulándole e intentar de nuevo.

Cuadro extraído de Nutrición y Dieta terapia de Krause, 3ª Edición.

**6. Técnica de lactancia materna.**

- Lavarse las manos antes y después de lactar.
- Postura:
  - Espalda recta
  - Hombros cómodos y relajados
  - Acerca el bebé a su pecho.
  - Coloca al lactante frente a la barriga de la madre.
  - Coloca la mano bajo el pecho, con cuatro dedos por debajo y el pulgar por encima, lejos de la areola,

descansando ligeramente y sin presionar.

- Sujeta el pecho y lo eleva un poco para facilitarle al niño el agarre; en general, el pecho puede soltarse en cuanto el niño succione bien. (22)

## **7. Extracción manual de la leche materna.**

- Se coloca el pulgar, dedo índice y medio formando una letra "C" a unos 3 o 4 cm por detrás del pezón (no tiene que coincidir forzosamente con el final de la areola).
- Evite que el pecho descansa sobre la mano como si ésta fuera una taza.
- Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos.
- Para pechos grandes o caídos, conviene levantarlo antes de empujar.
- Hay que rodar los dedos y el pulgar hacia el pezón, del modo en que se imprimen en un papel las huellas digitales (que rueden pero que no se deslicen.).Observe la posición de las uñas.
- Repita rítmicamente para vaciar los depósitos (coloque los dedos, empujándolos hacia adentro, ruédelos.).
- Rote la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Utilice ambas manos en cada pecho. (22)

### **Conservación de la leche**

- Conservar a temperatura ambiente, en el frigorífico o incluso en un congelador doméstico. (22)

## **8. Posiciones para lactar.**

Permita que la madre se sienta de tal manera que esté tranquila, cómoda y pueda relajarse. Utilice un banquito o cualquier otro objeto que le permita mantener los pies elevados y apoyados. Recuerde que en cualquier posición el bebé aproximarse al seno y no la madre agacharse hacia el niño. (22)

### **III APEGO, LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO HUMANO.**

#### **1. Generalidades.**

La perinatalidad es un periodo clave para orientar apegos seguros y promover una lactancia eficaz: madre y bebé atraviesan una transición de situaciones únicas en lo biológico, psicológico y social que no se repetirán en el curso del ciclo vital.

La necesidad de alimentación y la necesidad de apego constituyen necesidades básicas para la supervivencia de los hijos.

El apego de tipo seguro es el mejor predictor de desarrollo saludable evolutivamente.

Cautelar la calidad del proceso de vinculación, a nivel de la promoción y prevención primo-secundaria es tarea de todos los profesionales que laboran en el escenario perinatal. (23)

#### **2. Apego.**

El vínculo de Apego es un lazo afectivo, primario y específico entre una cría y un adulto de la misma especie, destinado a garantizar evolutivamente el desarrollo adecuado de las crías a través de un proceso de regulación fisiológica,

emocional y neuroendocrina.

“Primario” significa que la necesidad de vincularse es una urgencia biológica, innata de la misma importancia para la supervivencia de la especie que la alimentación y la procreación. Las evidencias del carácter primario de la vinculación fueron aportadas por Harlow en macacos: él demostró que el mono sacrificaba incluso la alimentación por la necesidad de afecto y por la necesidad de seguridad, en el diseño de madres sustitutas de alambre con biberón y madres sustitutas de peluche.

La calidad del proceso de vinculación constituye una urgencia existencial en la medida que determina la salud a lo largo de la vida. En efecto, apegos de tipo seguro se correlacionan con niños sanos que devienen adultos sanos y apegos de tipo ansioso y desorganizado se correlacionan con trastornos del desarrollo, maltrato y negligencia hacia los niños y psicopatología evolutivamente. (23)

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

#### **a. Preconcepcional.**

Las condiciones de crianza son claves para las futuras relaciones de apego de los individuos. La alimentación, la educación, los cuidados y afecto que recibe un niño(a) son factores que definen las relaciones afectivas que ellos tendrán con sus propios hijos(as). Resulta significativo que las niñas que reciben pecho, tienen más probabilidades de dar pecho a sus hijos más adelante.

El deseo de un hijo(a) surge por vez primera durante los años preescolares, y se observa en los juegos en que niños y niñas imitan roles maternos y paternos en que reproducen la experiencia de su propia crianza, e inician la práctica de lo que serán sus propias conductas. Las condiciones bajo las cuales se desarrolla la adolescencia, inciden en la elección de la pareja adecuada, y la definición de valores con los cuales las personas enfrentarán la maternidad o paternidad.

La planificación sexual y del momento adecuado de iniciar una gestación, son importantes para la vinculación con el ser en formación. Las gestaciones no deseadas enfrentan más dificultades para la formación de una relación de apego con sus hijos(as). (23)

**b. Prenatal.**

- Primer Trimestre, confirmación y aceptación del embarazo.
- Segundo Trimestre, indicios de un ser separado evidenciado en el crecimiento uterino, cambios corporales, percepción de movimientos fetales y auge del bebé imaginario.
- Tercer trimestre, personificación del bebé, anticipación de conductas de maternaje, incluida la forma de alimentar al futuro bebé y preparaciones concretas para el nacimiento y llegada del bebé. (23)

**c. Nacimiento e Interacción neonatal.**

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

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

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

A partir de los 11 meses, se consolida un tipo determinado de vínculo de apego seguro / inseguro.

**e. Apego prenatal.**

La vinculación de una madre y de un padre con su bebé debuta idealmente con el deseo de hijo y se cristaliza a partir de la confirmación del embarazo.

Durante el embarazo los padres vivencian la gestación del bebé real, feto percibido sensorialmente y objeto de observación del equipo médico, y la gestación del bebé imaginario, telón de proyección de la vida psíquica parental impregnado de significado relacional actual y pasado. Este bebé imaginario puede ser representado

mentalmente como un bebé reparador de carencias afectivas, un bebé de reemplazo de una pérdida afectiva, un bebé conciliador de un conflicto conyugal, entre otros significados posibles.

El efecto de la vida psíquica y emocional de la madre en la fisiología del embarazo y el feto intuida históricamente permaneció en el mundo mitológico y mágico hasta el progreso de la neurobiología y la psiconeuroinmunología, que muestran como los neurotransmisores conectan funciones mentales y fisiológicas en la madre (nivel intrapersonal) y comunican el estado emocional de la madre al bebé (nivel interpersonal y transgeneracional). (Calzado, 2006)

El drama relacional madre bebé se expresa así en una variada sintomatología que puede afectar el curso del embarazo y el desarrollo del bebé.

Al confirmar el embarazo se debe observar la tonalidad afectiva que suscita: alegría, temor, inquietud, ansiedad e invitar a la madre a verbalizar su reacción. Recoger la historia del embarazo es útil para predecir el grado de aceptación del embarazo: si corresponde al deseo de uno o ambos progenitores, si fue planificado, si se integra o interrumpe el proyecto personal y familiar.

Durante el primer trimestre la calidad del ciclo sueño-vigilia y la facilidad para alimentarse así como la adopción

de rutinas que beneficien al bebé son excelentes indicadores de una interacción materno fetal armónica.

Al contrario, síntomas tales como insomnio, hiperémesis gravídica y quejas somáticas diversas expresan el malestar relacional con el feto y/presencia de estresores.

La percepción materna de los movimientos fetales que le permite sentir al bebé como una persona con conductas autónomas da término a la fusión total de la madre con el feto y marca el inicio del proceso de separación necesario para alimentar el apego. La madre suele atribuir intencionalidad a los movimientos fetales y sus percepciones pueden oscilar entre poemas amorosos y pesadillas persecutorias.

La descripción de las características de los movimientos fetales, su intensidad y su tonalidad afectiva indican el grado de armonía de la interacción materno-fetal y se integran evolutivamente a la relación.

La percepción de los movimientos fetales ligada a los mecanismos de defensa que la madre interpone en su relación interpersonal con el bebé, se conectan con su experiencia vincular transgeneracional y con su situación actual. Un bebé no deseado, puede inhibir la percepción materna de los movimientos fetales, un bebé concebido en un contexto de violencia puede tener una representación

materna amenazante y persecutoria y comenzar así su historia de agresividad in útero. (23)

Los padres suelen y es deseable que establezcan diálogos verbales y táctiles con el bebé. En los últimos meses del embarazo, la anticipación de conductas de maternaje incluida la alimentaria y los preparativos para recibir al bebé cobran más importancia, incluyendo la elección del nombre, si aún no se había concretado. La imagen del bebé imaginario pierde nitidez para facilitar la acogida del recién nacido disminuyendo el perfil de confrontación entre el bebé imaginario y el bebé real. (23)

### **Indicadores de apego prenatal**

- Historia del embarazo.
- Tonalidad afectiva de los progenitores.
- Periodicidad de los controles del embarazo.
- Indicadores psicofisiológicos.
- Cuidados durante el embarazo.
- Percepción de movimientos fetales.
- Presencia de bebé imaginario o sueños con el bebé.
- Diálogos sensoriales o imaginarios con el bebé in útero.
- Preparativos para recibir al bebé. (23)

### **Procedimiento diagnóstico del apego prenatal.**

La entrevista prenatal relacional integrada al control prenatal habitual, es el mejor procedimiento para el diagnóstico del apego prenatal. Acoger las expectativas,

emociones, dudas, temores, de los futuros padres debe estar ligado al examen somático del embarazo. La atención prenatal debe incluir el examen somático y la entrevista conversacional en simultaneidad para evaluar la gestación uterina y la gestación psicológica.

En la medida que se abra un diálogo confiable y desprejuiciado de escucha activa los padres darán a conocer los múltiples problemas tales como consumo de drogas, violencia intrafamiliar, carencias afectivas, pérdidas que sabemos impactan el desarrollo vincular y la lactancia. Discriminar al inicio de la vida del bebé dificultades en el proceso de vinculación, permite implementar oportunamente intervenciones preventivas con todas las ventajas de la prevención temprana. (23)

### **Nacimiento y puerperio inmediato.**

El nacimiento constituye un espacio clave en la orientación del proceso de vinculación extrauterina madre-bebé hacia el tipo de vínculo deseable, el vínculo de apego seguro. La perinatalidad es una transición de estado para la madre y el bebé que culmina en un cambio de estado fisiológico, psicológico y de rol social en el punto crítico del nacimiento. El bebé emerge a la vida post-natal, la mujer pasa de gestante a madre, el hombre de progenitor a padre y el bebé imaginario se confronta con el bebé real.

Sostener a los padres en el descubrimiento del bebé

real, facilita la puesta en marcha de una espiral de interacciones armónicas y gratificantes que confirma la identidad materna y la identidad emergente del bebé recíprocamente. (23)

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

El cambio de estado confiere a la madre, al recién nacido y al padre el máximo de sensibilidad para que se activen las conductas de vinculación inscritas en el programa genético de los mamíferos.

El contacto piel a piel inmediato, cuando el recién nacido emerge a la vida extrauterina, es el activador de excelencia de las bases moleculares de los genes Fos B (Early Interactive Genes) responsable de la puesta en marcha de las conductas de maternaje.

Existe una conexión interesante entre el imprinting olfativo, el contacto piel a piel y el éxito de la lactancia. El contacto piel a piel estimula la secreción de glándulas mamarias y sudoríparas activando la impronta olfativa de la díada madre-bebé.

El bebé cuyo olfato se ha desarrollado in útero, reconoce el olor de la leche de la madre tempranamente y la madre que tiene la oportunidad de vivenciar el contacto piel a piel reconoce a su bebé por el olor. El olfato de la madre aumenta su sensibilidad en el período perinatal gracias al aumento de las células del bulbo olfatorio, y tiene

su auge en el puerperio inmediato, para comenzar a declinar a partir de la segunda semana de vida. El bebé recién nacido pocas veces va a succionar, y lo más importante en este primer encuentro es el contacto sensorial.

En una experiencia que es clásica, Kaitz reporta en el año 1991 como madres con los ojos vendados son capaces de reconocer a sus hijos por el olor cuando han gozado de contacto temprano piel a piel. En el caso en que no hubo contacto piel a piel temprano, no hay ese reconocimiento olfativo.

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

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

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

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

Todas las sensorialidades visual-táctil-auditiva olfativa se van inscribiendo e integrándose en el cerebro del bebé, para reconocer la figura de apego y se van inscribiendo en el cerebro de la madre para reconocer a su hijo(a).

No es casual que la distancia focal del recién nacido, corresponda a la distancia ojo a ojo que permite el encuentro visual con la madre, mientras lo amamanta cobijándolo en sus brazos. En situaciones clínicas que no permitan el contacto piel a piel, es imprescindible activar el apego materno con los otros canales sensoriales, tales como la información acerca del recién nacido y la descripción del bebé. El rol del padre en la transmisión de información es fundamental. (23)

### **Contacto piel y lactancia.**

El contacto piel a piel inmediato y extendido ha sido documentado en varios estudios, a partir de los cuales la UNICEF implementó los “Hospitales Amigos del Niño y la Madre” y el Programa de Lactancia Materna.

En la maternidad del Hospital Barros Luco Trudeau, el beneficio del contacto piel a piel inmediata antes del alumbramiento se puede observar a partir del año 1993 y se mantiene hasta la fecha. (Calzado, 2006)

### **Prácticas de atención.**

Frente a la institucionalización del proceso de nacimiento, les corresponde a los profesionales de salud posibilitar las condiciones de activación de las conductas de vinculación y orientar procesos de vinculación que tengan más probabilidad de consolidarse en apegos seguros. Para ello se requieren normas de atención, conductas y actitudes profesionales que las promuevan.

El cambio de estado fisiológico, psicológico y social permeabiliza al máximo los límites entre lo psíquico y lo ambiental, aumentando la penetrabilidad de los mensajes que se inscriben en el registro somático y simbólico dejando huellas indelebles en la relación madre-hijo.

Gestos y palabras de los profesionales se inscriben en la identidad materna y en la representación del hijo contribuyendo a orientar relaciones seguras o inseguras

hacia los hijos.

Mensajes como bebé débil, flaco, flojo porque no succiona o madre que no sabe cuidar, alimentar, calmar, etc., pueden contribuir a generar relaciones disfuncionales, así como gratificaciones verbales positivas, las orientan funcionalmente. (23)

### **Indicadores de la interacción materno-neonatal.**

#### **Ocurrencia y calidad de las interacciones físicas, verbales y visuales.**

- **Contacto físico:**

El contacto cariñoso es aquel en donde se observan eventos interactivos en que la madre acaricia, abraza, besa, acuna, sostiene a su hijo de un modo que denota una emoción de ternura y bienestar compartido madre bebé.

- **Verbalizaciones:**

Las verbalizaciones cariñosas ocurren cuando la madre tiende a hablarle a su hijo, realiza juegos vocales, le canta, u emite algún tipo de sonido vocal tal como hablarle, cantarle, emitir balbuceos u otro con una tonalidad emocional tierna y placentera. (23)

- **Contacto visual:**

Los contactos visuales cariñosos, ocurren cuando la madre busca, mantiene, sigue y responde a la mirada de su bebé. Los contactos visuales no cariñosos, ocurren cuando la madre no busca, ni mantiene ni sigue la mirada de su hijo, rehúye y evita su mirada y no responde o reacciona frente a la misma. (23)

**Grado de aceptación materna, de apariencia física y conducta de su bebé.**

Se observa la tonalidad afectiva que dichas características del bebé elicitó en la madre. Se indaga la distancia/cercanía con el bebé imaginario figurado en el embarazo, el grado de desilusión y el grado de aceptación de la pérdida del bebé imaginario ideal si es pertinente. (23)

**Grado de facilidad para ocuparse del bebé.**

- **Alimentarlo:**

Se aprecia el grado de facilidad y de bienestar de ambos protagonistas durante este evento interactivo. La madre con facilidad presenta posturas ajustadas de lactancia, hay facilidad en acercarlo a su pecho, no se observa muy ansiosa en el momento del amamantamiento, y parece disfrutar con tonalidad afectiva placentera con el amamantamiento al igual que el bebé.

Durante la muda y vestimenta se aprecia bienestar de ambos durante este evento interactivo. La madre con facilidad presenta delicadeza, comodidad en la forma de realizar esta tarea, si hay esfuerzo en la tarea no se observa una ansiedad desmedida. (23)

**Observación de la tolerancia de la madre frente al llanto del bebé.**

El llanto del bebé es un factor de estrés para la madre y el padre. Calmarlo es gratificante, la dificultad en calmarlo da frustración, ansiedad y puede conducir a conductas de maltrato que ponen en peligro la vida del niño (síndrome de niño sacudido). La tolerancia se aprecia a través de las diversas conductas que el llanto elicitó en la madre.

- Lo intenta calmar.

- Se aleja o ignora el llanto del bebé
- Se irrita: presenta expresiones faciales de agresividad y rabia, movimientos bruscos hacia el bebé.

Diagnosticar la Tonalidad afectiva y la armonía durante las interacciones es fundamental. Se puede detectar a través de la expresión facial, postura corporal, tono de voz, contenido de los comentarios, y signos expresivos. En la tonalidad afectiva placentera la madre tiene expresión facial de alegría, postura corporal abierta que se correlaciona con lactancia satisfactoria, tono de voz calmado y contenido positivo de los contenidos acerca del bebé.

Una interacción armónica presenta las siguientes características observables:

- **Es una interacción sensible:** la madre está alerta a los signos, tanto de malestar y bienestar, que pueda expresar el bebé. Con el tiempo logra interpretar adecuadamente los signos del bebé como el llanto y realizar los gestos que van al encuentro de estas señales.
- **Es una interacción contingente:** Una interacción contingente es aquella en donde la madre rápidamente reacciona frente a los signos sea de angustia del bebé (expresados en el llanto) como de necesidad de interacción placentera.
- Es una interacción de tonalidad afectiva placentera.
- **Es una interacción sincrónica:** tanto la madre como el bebé están conectados en una misma frecuencia emocional o sea hay sintonización de los estados afectivos de la madre y el bebé.

La estadía en maternidad brinda una ocasión privilegiada para

evaluar la interacción entre la madre y el bebé y focalizar intervenciones preventivas en díadas de alto riesgo relacional. Si se considera que la evaluación entre los 14 y 18 meses de edad de bebés provenientes de díadas madre-bebé de alto y bajo riesgo relacional, muestra que las conductas de maltrato se dan en un 76% de díadas de alto riesgo en comparación a un 11% de maltrato en díadas de bajo riesgo relacional, es una práctica que debería incorporarse programáticamente. (23)

### **Aspectos psicológicos de la lactancia.**

Asegurar la vitalidad del bebé es sin duda la primera tarea de los padres. Si bien cuidar la supervivencia de la progenie es una tarea común de los mamíferos, la toma de conciencia de esta tremenda responsabilidad es específica a la especie humana.

Las interferencias emocionales más frecuentes están dadas por el temor de dañar al bebé, de no ser una madre “suficientemente buena” en el concepto de Winnicott y lejos menos frecuentemente la vergüenza y el pudor de alimentar al hijo con su cuerpo.

Los padres y especialmente la madre deben aceptar la dependencia total del bebé en la medida que la necesidad de nutrición y la necesidad de apego constituyen una urgencia biológica. Para una lactancia eficaz la madre requiere disfrutar con las apetencias orales del recién nacido y de la satisfacción de gratificarlas con su cuerpo, proceso que puede ser bastante laborioso, influyen en ella los mensajes que ha recibido acerca de la lactancia de su propia madre, la anticipación prenatal para alimentar a su bebé, su experiencia anterior y los conflictos psicológicos y psicopatológicos.

Es recomendable indagar este aspecto en la conversación relacional del proceso de vinculación en curso en los controles prenatales. La conflictiva psicológica que deriva de un ecosistema inadecuado, escasa red de apoyo, disfuncional a nivel familiar y de pareja suele dar un nivel de ansiedad que puede dar dificultades en el inicio y mantención de la lactancia.

Que los profesionales se conciban como un nodo de la red de apoyo y se hagan las intervenciones necesarias facilita la crianza.

La conducta de amamantamiento es así una conducta interactiva diádica mediada por el eje neuroendocrino. Las funciones fisiológicas de la madre y el recién nacido están ligadas a través de las emociones que circulan entre ellos. Las emociones expresan la tonalidad afectiva del proceso de vinculación en curso, la situación actual de la madre y las conductas y actitudes de los profesionales tratantes.

La interacción madre – recién nacido durante la lactancia, es un proceso dinámico que evoluciona en el tiempo y debiera organizarse en una postura ajustada a los 3 o 4 días o sea al alta de la maternidad debiera estar ajustada. En tanto conducta interactiva diádica, el amamantamiento evidencia el grado de armonía del dialogo corporal, tónico y cenestésico entre los protagonistas.

Las Posturas de lactancia son observables en el diagnóstico del amamantamiento en la población de díadas madres-bebés chilenas, a saber:

- Posturas Ajustadas con lactancia satisfactoria: la posición de ambos es cómoda, los movimientos son armónicos permitiendo la

alimentación prolongada y el intercambio de miradas y caricias.

- Posturas Ajustadas con esfuerzo materno con lactancia satisfactoria: la madre mantiene una posición incómoda que la cansa al poco tiempo y dificulta el intercambio de miradas y caricias.
- Posturas Desajustadas con lactancia ineficaz: la adaptación recíproca es imposible, los 1 cuerpos están distantes, casi sin contacto, al menor movimiento de la madre se interrumpe el contacto boca pezón.

El bebé puede estar tónico o pasivo. Hay una interacción entre las características específicas de la forma de mamar del bebé y las vivencias de la madre, una succión muy vigorosa puede enorgullecer a una madre y puede angustiar a otra por la avidez y demanda del bebé. Al contrario una succión débil puede hacer temer a la madre problemas de alimentación, puede estimular demasiado al bebé en una pausa normal no respetando su ritmo.

Las características con que el bebé mama son variables: vigor, frecuencia y regularidad del ritmo de la succión varían individualmente y evolucionan en el tiempo. (23)

### **Interferencias psicopatológicas.**

El cambio de estado inherente al nacimiento abre una ventana a los procesos psíquicos que posibilitan la emergencia de conflictos muy antiguos y la posibilidad de intervenciones de gran eficacia. El puerperio es documentadamente el periodo de mayor vulnerabilidad psicológica. Estudios epidemiológicos describen que el riesgo de trastorno mental en el primer mes postparto es 7 veces mayor que antes

de embarazarse y que 1 de cada 10 mujeres tendría depresión.

La Depresión puerperal se caracteriza porque a la sintomatología de estado en otros periodos de la vida, se agrega la sensación de incapacidad para cuidar y alimentar al bebé. Cuestionan la calidad y la cantidad de leche que entregan. Solicitan consultas pediátricas frecuentes, buscando apoyo y seguridad.

Más precoz y frecuente durante el puerperio inmediato es el cuadro clínico de la disforia o blues postparto que es una perturbación emocional transitorio, con mucha ansiedad y temor en las tareas de maternaje e insomnio "subjetivo". El apoyo de los profesionales durante la estadía en la maternidad es esencial.

Si bien el dolor tiene un sustrato biológico y es real, la tolerancia al dolor es influenciado por la dimensión psicológica y la experiencia relacional de la madre.

Otras madres tienen dificultades en la secreción láctea pese a que cognitivamente refieren que desean amamantar al bebé, si la relación con el bebé es distante, displacentera triste podría orientar a un duelo en elaboración o no resuelto especialmente por óbitos o mortinatos.

En suma, descifrar el significado de la representación mental y la vivencia evocada por el amamantamiento que actualiza relaciones pasadas traumáticas y pérdidas es esencial para abordar este tipo de dificultades de la lactancia. Requieren atención de especialista. (23)

### **2.3. Definición de términos básicos.**

#### **Lactancia materna.**

Es la alimentación del niño básicamente con leche materna, desde recién

nacido hasta los seis meses de edad. Para el presente estudio se consideró el término niveles de lactancia materna y esto indica el tipo de alimentación que el niño recibe y se clasificará en tres niveles.

**Nivel 1:** No amamanta a su hijo con leche materna exclusiva y no está dispuesta a continuar amamantando.

**Nivel 1:** Amamanta con leche materna y a la vez le proporciona leche artificial, y no está segura de continuar amamantado.

**Nivel 3:** Sí está amamantando con leche materna exclusiva y está dispuesta a continuar amamantando los siguientes meses.

#### **Lactancia materna exclusiva.**

Es la alimentación del niño con leche materna, sin agregar otro tipo de líquido o sólido con fines nutricionales o no desde recién nacido hasta los seis meses de edad.

#### **Apego de las madres hacia su recién nacido.**

Son las respuestas afectivas a una conducta particular consisten en tres momentos: al inicio, durante y después de realizar la práctica de la lactancia materna y estos pueden ser apegos positivos o negativos.

#### **Práctica de la lactancia materna.**

Es el juicio de la capacidad personal para la práctica de la lactancia materna.

### **2.4. Formulación de hipótesis.**

#### **2.4.1. Hipótesis general.**

Existe relación significativa entre nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en la práctica de la lactancia materna en el Distrito de Tarma.

#### **2.4.2. Hipótesis específicas.**

- El nivel de apego de las madres es significativo, hacia su recién nacido en el logro del desempeño en la práctica de la lactancia materna en el Distrito de Tarma 2014.
- El nivel de apego de las madres es significativo, hacia su recién nacido en las experiencias sustitutas de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014
- El nivel de apego de las madres es significativo, hacia su recién nacido en la persuasión verbal de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014.
- El nivel de apego de las madres es significativo, hacia su recién nacido en el estado fisiológicos de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014.

#### **2.5. Identificación de variables.**

##### **Variable Independiente.**

Apego de las madres hacia su Recién nacido.

##### **Variable dependiente.**

Práctica de la lactancia materna.

## 2.6. Definición operacional de variables e indicadores.

Variables	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Items
<b>Variable Independiente.</b> Apego de las madres hacia su Recién nacido.	Son las respuestas afectivas a una conducta particular consisten en tres momentos: al inicio, durante y después de realizar la práctica de la lactancia materna y estos pueden ser apegos positivos o negativos.	Se refiere a la valoración de apego de las madres de familia para dar alimentación materna a su hijo.	1. Positivo al inicio. 2. Positivo durante. 3. Positivo después. 4. Negativo al inicio. 5. Negativo durante. 6. Negativo después.	<b>Inicio:</b> Positivo  Negativo  <b>Durante:</b> Positivo  Negativo  <b>Después</b> Positivo  Negativo	1. Me siento dispuesta siempre al pensar que debo darle el pecho a mi hijo. 2. Me siento feliz de pensar que puedo darle el pecho a mi hijo. 3. Me produce alegría pensar que voy a amamantar a mi hijo. 4. Me siento dichosa al pensar que puedo amamantar a mi hijo.  5. Me molesta pensar que tengo que amamantar a mí hijo. 6. Me siento enojada al pensar que debo darle pecho a mi hijo. 7. Me siento temerosa pensar que debo amamantar a mi hijo. 8. Me siento a disgusto al pensar que debo amamantar a mi hijo.  9. Me siento bien cuando le doy el pecho a mi hijo. 10. Me siento en compañía cuando amamanto a mi hijo. 11. Me siento afortunada de poder amamantar a mi bebé. 12. Me siento limpia cuando amamanto a mi hijo.  13. Me siento fatigada cuando le doy el pecho a mi bebé. 14. Me siento sucia cuando amamanto a mi hijo. 15. Me siento irritada por tener que amamantar a mi hijo. 16. Me siento desesperada cuando le doy el pecho a mi hijo.  17. Me siento complacida cuando termino de amamantar a mi hijo. 18. Me siento relajada al terminar de amamantar a mi bebé. 19. Me siento tranquila cuando termino de amamantar a mi bebé. 20. Me siento contenta después de amamantar a mi hijo.  21. Me siento triste cuando termino de amamantar a mi hijo. 22. Me siento nerviosa cuando termino de amamantar a mi bebé. 23. Me siento sola al terminar de amamantar a mi hijo. 24. Me siento abatida cuando termino de amamantar a mi hijo.
<b>Variable dependiente.</b> Práctica de la	Es el juicio de la capacidad personal para la práctica de la	Es la aplicación de la técnica de lactancia a materna	1. Logro de desempeño. 2. Experiencias		1. Cuando amamanto a mi hijo puedo encontrar un lugar cómodo y placentero. 2. Puedo resolver los problemas de tiempo y de trabajo para

lactancia materna.	lactancia materna.	en forma correcta a su niño.	sustitutas.  3. Persuasión verbal.  4. Estados fisiológicos.		<p>amamantar a mi hijo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Me es fácil amamantar a mi hijo aunque tuviera que salir al doctor, mandado o visitar parientes.</li> <li>4. Tengo confianza en que puedo amamantar bien a mi hijo aunque tuviera alguna mortificación.</li> <li>5. Venga lo que venga soy capaz de amamantar a mi hijo.</li> <li>6. Puedo sentirme motivada para amamantar a mi hijo cuando escucho a una mujer de las ventajas de dar el pecho.</li> <li>7. Puedo tener la necesidad de seguir dando pecho a mi hijo cuando escucho a mis amigas de las ventajas de hacerlo.</li> <li>8. Puedo seguir amamantando a mi hijo cuando veo a una mujer dando pecho.</li> <li>9. Puedo con el compromiso de darle el pecho a mi hijo cuando escucho a mi madre decir que ella tuvo tiempo y paciencia para hacerlo con mis hermanos y conmigo.</li> <li>10. Cuando veo a mis hermanas, cuñadas, vecinas amigas dar el pecho a sus bebés me hace pensar que puedo hacer lo mismo si me lo propongo.</li> <li>11. Puedo amamantar a mi hijo lo necesario cuando mi familia me pone de ejemplo ante los demás de la alimentación y salud de mi hijo.</li> <li>12. Puedo continuar amamantando a mi hijo gracias al apoyo de mi esposo y familiares.</li> <li>13. Puedo amamantar a mi hijo porque reconozco las ventajas que las enfermeras me han dicho sobre la alimentación al seno materno.</li> <li>14. Gracias a que tengo buena salud y suficiente cantidad de leche puedo amamantar a mi hijo.</li> <li>15. Me alimento bien para producir suficiente leche para mi hijo.</li> <li>16. Puedo permanecer tranquila al amamantar a mi hijo a pesar de las dificultades que se me presenten.</li> <li>17. Puedo continuar amamantando a mi hijo aunque tenga molestias y dolor en los senos.</li> <li>18. Puedo dar pecho a mi hijo hasta los cuatro meses, sin darle ningún otro alimento aunque tuviera grietas en los pezones.</li> </ol>
--------------------	--------------------	------------------------------	--	--	---

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Tipo de investigación.**

Para este estudio se utilizó el tipo de investigación cuantitativa, ya que la práctica de la lactancia materna estudió las variables, Apego de las madres hacia su recién nacido y la como esta contribuye a la práctica eficiente de la lactancia materna.

#### **3.2. Métodos de investigación.**

Se aplicó el método descriptivo, ya que según la naturaleza de las variables permitió describir la relación entre ellas.

#### **3.3. Diseño de investigación.**

El diseño de estudio fue el descriptivo correlacional cuya fórmula es la siguiente:

M -----> O<sub>x</sub>  
O<sub>y</sub>  
O<sub>z</sub>

**Dónde:**

M = Muestra de madres lactantes.

O<sub>x</sub> = Observación del apego materno.

O<sub>y</sub> = Correlación de las variables en estudio.

O<sub>z</sub> = Observación de la prácticas de lactancia materna.

**3.4. Población y muestra.**

**3.4.1. Población.**

La población estuvo constituida por madres lactantes que acuden a los servicios de salud del distrito de Tarma año 2014 cuya cifra estimada es de 61 madres de familia..

**3.4.2. Muestra.**

La muestra estuvo conformada por 61 madres de familia del Distrito de Tarma, este tamaño muestral se obtuvo aplicando el paquete estadístico Stats V2.

El tipo de muestreo fue el no probabilístico y la técnica muestra fue por conveniencia según se iba llegando las madres para su atención en el servicio.

**Criterios de inclusión.**

- Madres lactantes con niños menores de 6 meses de edad.
- Madres entre los 18 a 40 años.
- Madres que acepten, por libre decisión, proporcionar datos para esta investigación.

**Criterios de exclusión**

- Madres que no aceptaron proporcionar datos.
- Madres menores de 18 años.

### 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

#### Técnicas:

- **Autoregistro.**

Mediante esta técnica se procedió a la recogida de datos directamente de las madres de los niños lactantes de la localidad de Tarma. Esta aplicación tuvo una duración promedio de 10 minutos (10 por cada instrumento).

#### Instrumentos:

- **Cuestionario de apego para la práctica de la lactancia materna.**

Mediante este instrumento se evaluó el nivel de apego que tienen las madres respecto a la lactancia materna que dan a sus niños, este instrumento consta de 24 preguntas con alternativas de respuesta siguiente: De acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo.

- **Cuestionario de autoeficacia para la práctica de la lactancia materna.**

Mediante este instrumento se evaluó la práctica de la lactancia materna de las madres, este instrumento consta de 18 preguntas con alternativas de respuesta siguiente: De acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo.

Para dar validez y confiabilidad a los instrumentos se recurrió a 7 jueces expertos y para la confiabilidad al 10% de madres que no

conformaron la muestra a quienes se les aplicó la prueba piloto. El resultado de las sumatoria fue menor a 0.05 que permitió validar el instrumento y la prueba de confiabilidad con el alfa de Cronbach alcanzó al 0,84. (anexos 04, y 05).

### **3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.**

Para realizar el procesamiento y análisis de la información se realizaron los pasos siguientes:

- Verificación de cada uno de los instrumentos aplicados.
- Codificación instrumental.
- Codificación de los Items según las tablas en blanco.
- Tabulación.
- Se realizó el vaciado de datos en el SPSS 21, y se utilizaron también los paquetes estadísticos Stats, el programa Word y Excel.

### **3.7. Tratamiento estadístico.**

Una vez aplicado los instrumentos de recolección de datos se procedió a realizar lo siguiente:

- Para el análisis e interpretación de datos se utilizó la estadística inferencial.
- Se construyó las tablas en blanco.
- Se realizó la construcción de la base de datos en el SPSS 21.
- Se utilizó el programa Excel para construir los gráficos.

### **3.8. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación**

**A. Validación.** Para la validez, primero se recurrirá a la Validez de Respuesta con la evaluación de tres expertos

La validación del instrumento lo realizaron distinguidos investigadores de la región.

Se realizó mediante las técnicas de validación por expertos, dos docentes especializados en Enfermería y como también de un docente de investigación. A cada uno de los profesionales se entregó el instrumento (encuesta y cuestionario) con su respectiva matriz de consistencia, lo que generó algunas observaciones y sugerencias; luego, en base a ello se mejoró la estructura del instrumento para su aplicación.

### **B. Confiabilidad del instrumento**

Se sometió dicho instrumento al Análisis de Fiabilidad Alfa de Crombach, cuyos resultados son como siguen:

Alfa de Crombach de la escala de MOPS

Análisis de Fiabilidad

Alfa de Crombach	N° de ítems
0,807	11

Los valores obtenidos indican que el instrumento es altamente confiable.

### **3.9. Orientación ética**

Es importante señalar que el trabajo desarrollado, correspondiente a la lactancia materna que sustenta los planteamientos de la presente tesis, repercute en diferentes dimensiones de desarrollo humano: emocional, social y académico. Este tema es vital en el desarrollo integral de las personas lo que nos permitirá mejorar la calidad de vida de nuestra

sociedad.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. Descripción del trabajo de campo.

Para la ejecución de este estudio de investigación se recurrió a la aplicación de los instrumentos a la muestra en estudio conformada por las madres de familia lactantes de los niños del Distrito de Tarma, y luego de obtenido la información se arribó a los siguientes resultados

#### 4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.

**TABLA N° 01**

**NIVEL DE APEGO DE LAS MADRES HACIA SU RECIÉN NACIDO EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA DISTRITO DE TARMA 2014**

APEGO	PRACTICA LACTANCIA MATERNA				Total	
	Adecuada		Poco adecuada		N°	%
	N°	%	N°	%		
Apego positivo	35	57,4	14	22,9	49	80,3
Apego negativo	0	0,0	12	19,7	12	19,7
Total	35	57,4	26	42,6	61	100,0

**FUENTE:** Escala de apego para la práctica de la lactancia materna. Escala de autoeficacia para la práctica de la lactancia materna.

**COMENTARIO:**

En esta tabla se asociaron las variables principales del estudio efectuado en el distrito de Tarma, estos resultados obtenidos reflejan que el nivel de apego de la madre lactante a su recién nacido es positivo en el 80,3% de ellas y negativo en el 19,7%.

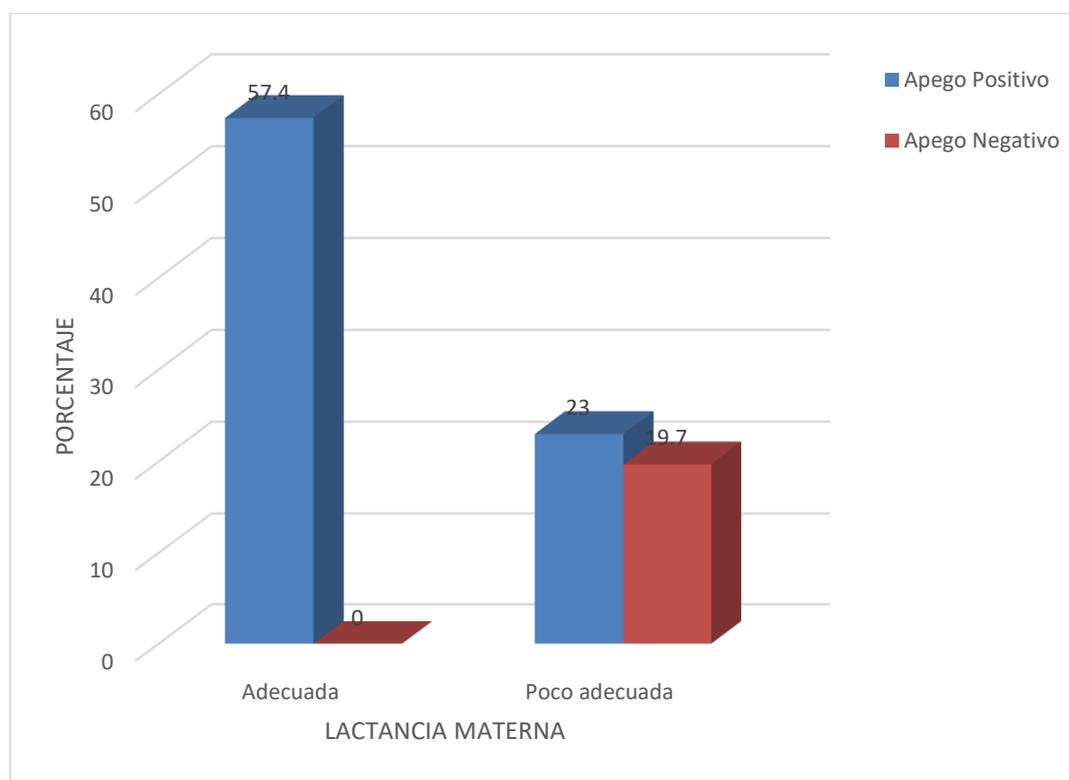
Asociando a la práctica materna se observa que el nivel de apego es positivo cuando la lactancia materna que da la madre a su recién nacido es adecuada en el 57,4%. Y es poco adecuada en el 22,9% de ellas.

El apego negativo que alcanza el 19,7% asociando a la lactancia materna es poco adecuada en el mismo porcentaje.

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se encontró que existe relación estadística entre ambas variables determinándose que la hipótesis alterna se acepte y la nula se rechace.

**GRÁFICO N° 01**

**NIVEL DE APEGO DE LAS MADRES HACIA SU RECIÉN NACIDO EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA DISTRITO DE TARMA 2014**



**TABLA N° 02**

**NIVEL DE APEGO DE LAS MADRES HACIA SU RECIÉN NACIDO EN LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA: DIMENSION LOGRO DE DESEMPEÑO, DISTRITO TARMA 2014**

APEGO	LOGRO DE DESEMPEÑO						Total	
	Adecuada		Poco adecuada		Inadecuada			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Apego positivo	33	54,1	16	26,2	0	0,0	49	80,3
Apego negativo	0	0,0	6	9,9	6	9,8	12	19,7
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>54,1</b>	<b>22</b>	<b>36,1</b>	<b>6</b>	<b>9,8</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Escala de apego para la práctica de la lactancia materna. Escala de autoeficacia para la práctica de la lactancia materna.

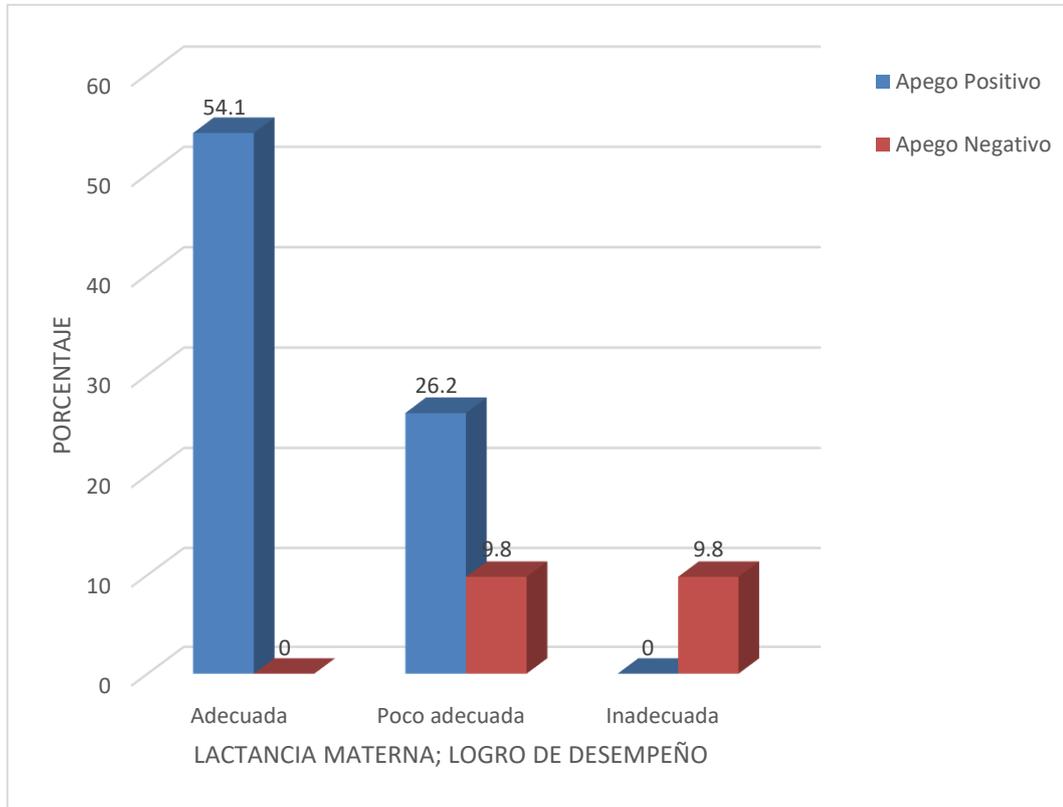
**COMENTARIO:**

En esta tabla se encontraron los resultados de la relación de las variables evaluadas tales como; apego según la lactancia materna en la dimensión; logro del desempeño, los datos obtenidos indican que el nivel de apego de las madres es positivo en el 80,3% de la población estudiada, y el logro de desempeño en la lactancia materna es adecuada en el 54,1% de las madres de los recién nacidos, seguido del logro poco adecuado en el 26,2% de la muestra.

El apego negativo que alcanzo al 19,7% de la población se observo que en cuanto a la lactancia materna en la dimensión logro del desempeño es poco adecuada en el 9,9% de ellas e inadecuada en el 9,8% de la muestra estudiada. Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se encontró que existe relación estadística entre ambas variables determinándose que la hipótesis alterna se acepte y la nula se rechace.

**GRAFICO N° 02**

**NIVEL DE APEGO DE LAS MADRES HACIA SU RECIÉN NACIDO EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA: DIMENSIÓN LOGRO DE DESEMPEÑO. DISTRITO DE TARMA 2014**



**TABLA N° 03**

**NIVEL DE APEGO DE LAS MADRES HACIA SU RECIÉN NACIDO EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA: DIMENSIÓN EXPERIENCIAS SUSTITUTAS. DISTRITO DE TARMA 2014**

APEGO	Experiencias Sustitutas				Total	
	Adecuada		Poco adecuada		N°	%
	N°	%	N°	%		
Apego positivo	39	63,9	10	16,4	49	80,3
Apego negativo	7	11,5	5	8,2	12	19,7
Total	46	75,4	15	24,6	61	100,0

**FUENTE:** Escala de apego para la práctica de la lactancia materna. Escala de autoeficacia para la práctica de la lactancia materna.

**COMENTARIO:**

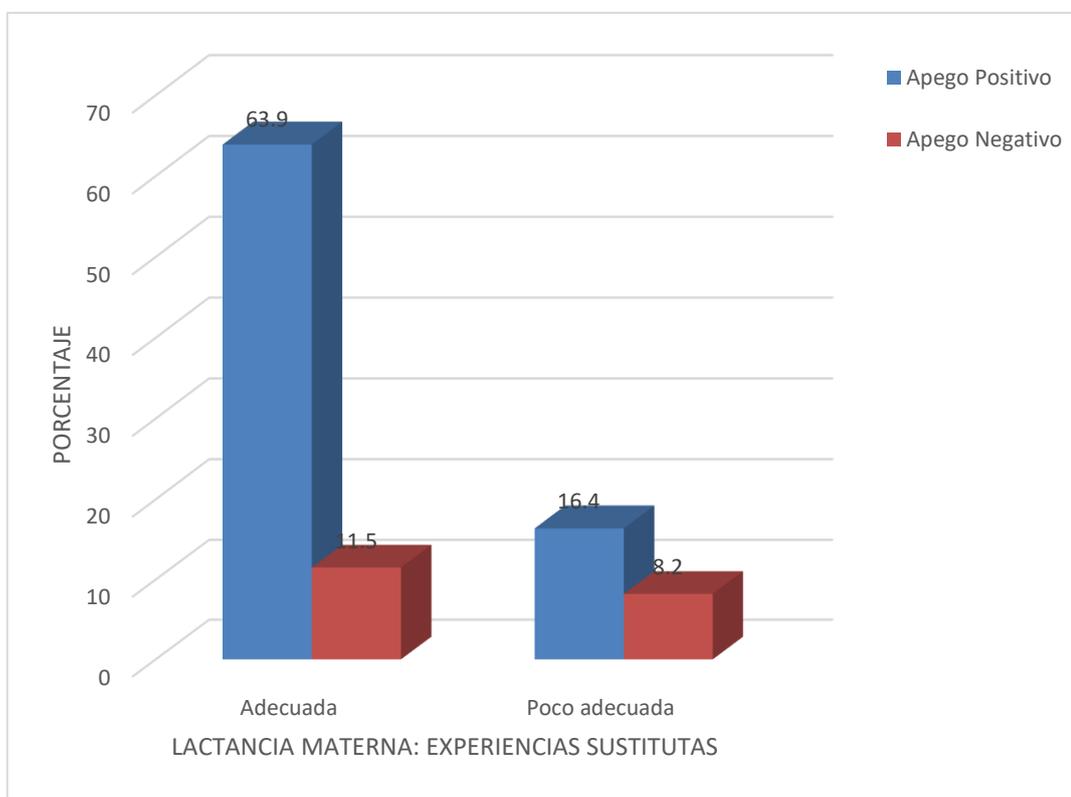
En esta tabla se relacionaron las variables; nivel de apego de las madres lactantes según la dimensión experiencias sustitutas observando en los resultados que el nivel de apego relacionado a la dimensión experiencias sustitutas es adecuada en el 63,9% de la población estudiada y poco adecuada en el 16,4% de la muestra.

El nivel de apego negativos según la dimensión experiencias sustitutas es adecuada en el 11,5% de las madres y poco adecuada en el 8,2% de ellas.

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se encontró que existe relación estadística entre ambas variables determinándose que la hipótesis alterna se acepte y la nula se rechace.

**GRAFICO N° 03**

**NIVEL DE APEGO DE LAS MADRES HACIA SU RECIÉN NACIDO EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA: DIMENSIÓN EXPERIENCIAS SUSTITUTAS. DISTRITO DE TARMA 2014**



**TABLA N° 04**

**NIVEL DE APEGO DE LAS MADRES HACIA SU RECIÉN NACIDO EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA: DIMENSIÓN PERSUASIÓN VERBAL. DISTRITO DE TARMA 2014**

APEGO	Persuasión verbal				Total	
	Adecuada		Poco adecuada		N°	%
	N°	%	N°	%		
Apego positivo	36	59,0	13	21,3	49	80,3
Apego negativo	9	14,8	3	4,9	12	19,7
Total	45	73,8	16	26,2	61	100,0

**FUENTE:** Escala de apego para la práctica de la lactancia materna. Escala de autoeficacia para la práctica de la lactancia materna.

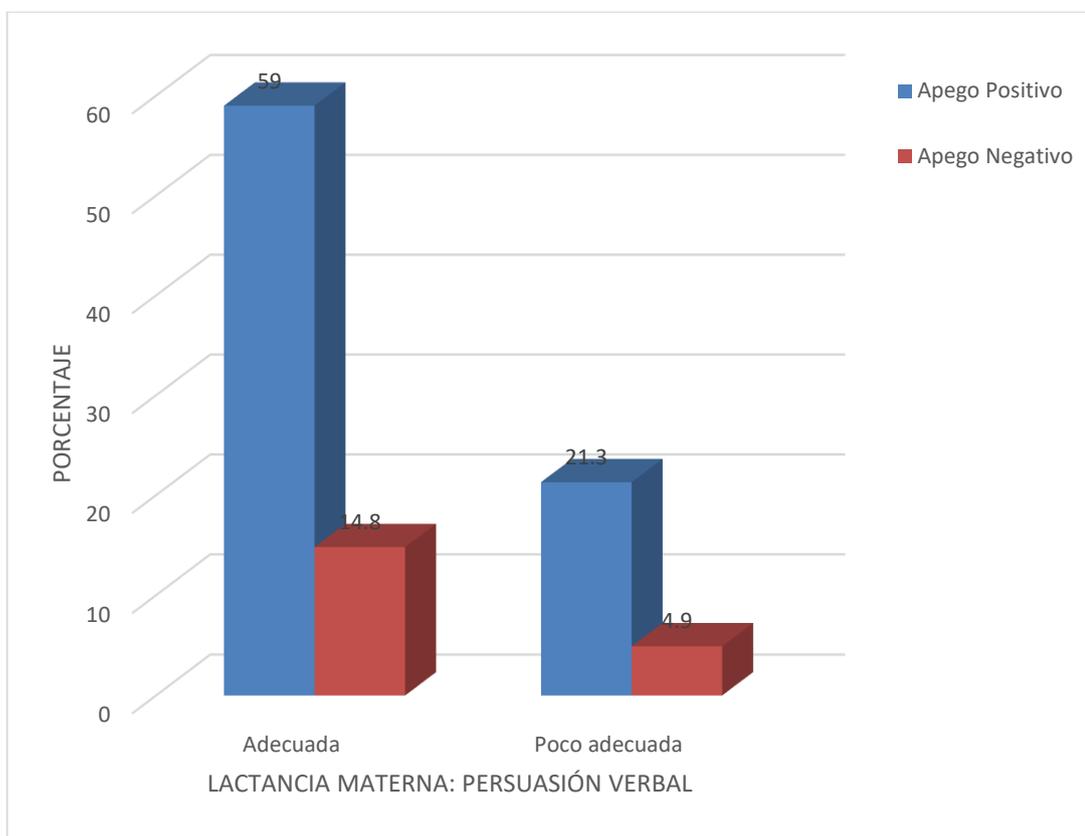
**COMENTARIO:**

En esta tabla se relacionaron las variables; nivel de apego de las madres lactantes según la dimensión persuasión verbal observando en los resultados que el nivel de apego relacionado a la dimensión persuasión verbal es adecuada en el 59,0% de la población estudiada y poco adecuada en el 21,3% de la muestra.

El nivel de apego negativos según la dimensión persuasión verbal es adecuada en el 14,8% de las madres y poco adecuada en el 4,9% de ellas.

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se encontró que existe relación estadística entre ambas variables determinándose que la hipótesis alterna se acepte y la nula se rechace.

**GRÁFICO N° 04**  
**NIVEL DE APEGO DE LAS MADRES HACIA SU RECIÉN NACIDO EN LA**  
**PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA: DIMENSIÓN PERSUASIÓN**  
**VERBAL. DISTRITO DE TARMA 2014**



**TABLA N° 05**  
**NIVEL DE APEGO DE LAS MADRES HACIA SU RECIÉN NACIDO EN LA**  
**PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA: DIMENSIÓN ESTADOS**  
**FISIOLÓGICOS. DISTRITO DE TARMA 2014**

APEGO	Estados Fisiológicos				Total	
	Adecuada		Poco adecuada		N°	%
	N°	%	N°	%		
Apego positivo	35	57,3	14	23,0	49	80,3
Apego negativo	7	11,6	5	8,1	12	19,7
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>68,9</b>	<b>19</b>	<b>31,1</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

**FUENTE:** Escala de apego para la práctica de la lactancia materna. Escala de autoeficacia para la práctica de la lactancia materna.

**COMENTARIO:**

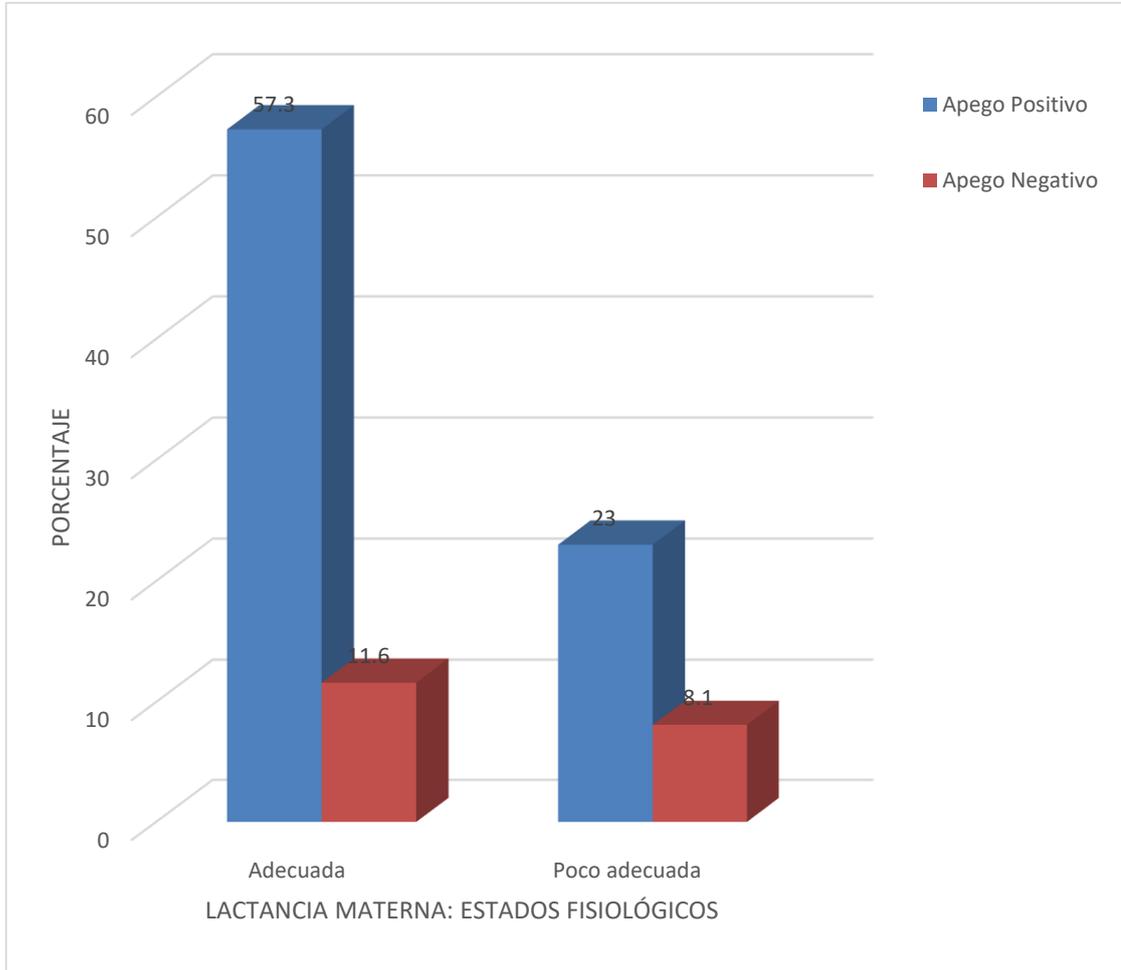
En esta tabla se relacionaron las variables; nivel de apego de las madres lactantes según la dimensión estados fisiológicos observando en los resultados que el nivel de apego relacionado a la dimensión estados fisiológicos es adecuada en el 57,3% de la población estudiada y poco adecuada en el 23% de la muestra estudiada.

El nivel de apego negativo según la dimensión estados fisiológicos es adecuada en el 11.6% de las madres y poco adecuada en el 8,1% de ellas.

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se encontró que existe relación estadística entre ambas variables determinándose que la hipótesis alterna se acepte y la nula se rechace.

### GRAFICO N° 05

## NIVEL DE APEGO DE LAS MADRES HACIA SU RECIÉN NACIDO EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA: DIMENSIÓN ESTADOS FISIOLÓGICOS. DISTRITO DE TARMA 2014



**TABLA N° 06**

**NIVEL DE APEGO DE LAS MADRES HACIA SU RECIÉN NACIDO EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA SEGÚN INDICADORES ESPECÍFICOS. DISTRITO DE TARMA 2014**

Indicadores	Apego				Total	
	Apego positivo		Apego negativo		N°	%
	N°	%	N°	%		
<b>Edad</b>						
< 20 años	41	67,2	0	0,0	41	67,2
21 – 30 años	4	6,6	2	3,2	6	9,8
31 – 40 años	4	6,6	10	16,4	14	23,0
<b>Condición civil.</b>						
Casada	44	72,1	0	0,0	44	72,1
Unión libre	3	4,9	8	13,1	11	18,0
Madre soltera	2	3,3	4	6,6	6	9,9
<b>Escolaridad</b>						
Primaria	7	11,5	4	6,5	11	18,0
Secundaria	29	47,5	7	11,5	36	59,0
Superior	13	21,3	1	1,7	14	23,0
<b>Ocupación</b>						
Ama de casa	48	78,7	0	0,0	48	78,7
Empleada	1	1,6	6	9,9	7	11,5
Obrera	0	0,0	6	9,8	6	9,8

**FUENTE:** Escala de apego para la práctica de la lactancia materna. Escala de autoeficacia para la práctica de la lactancia materna.

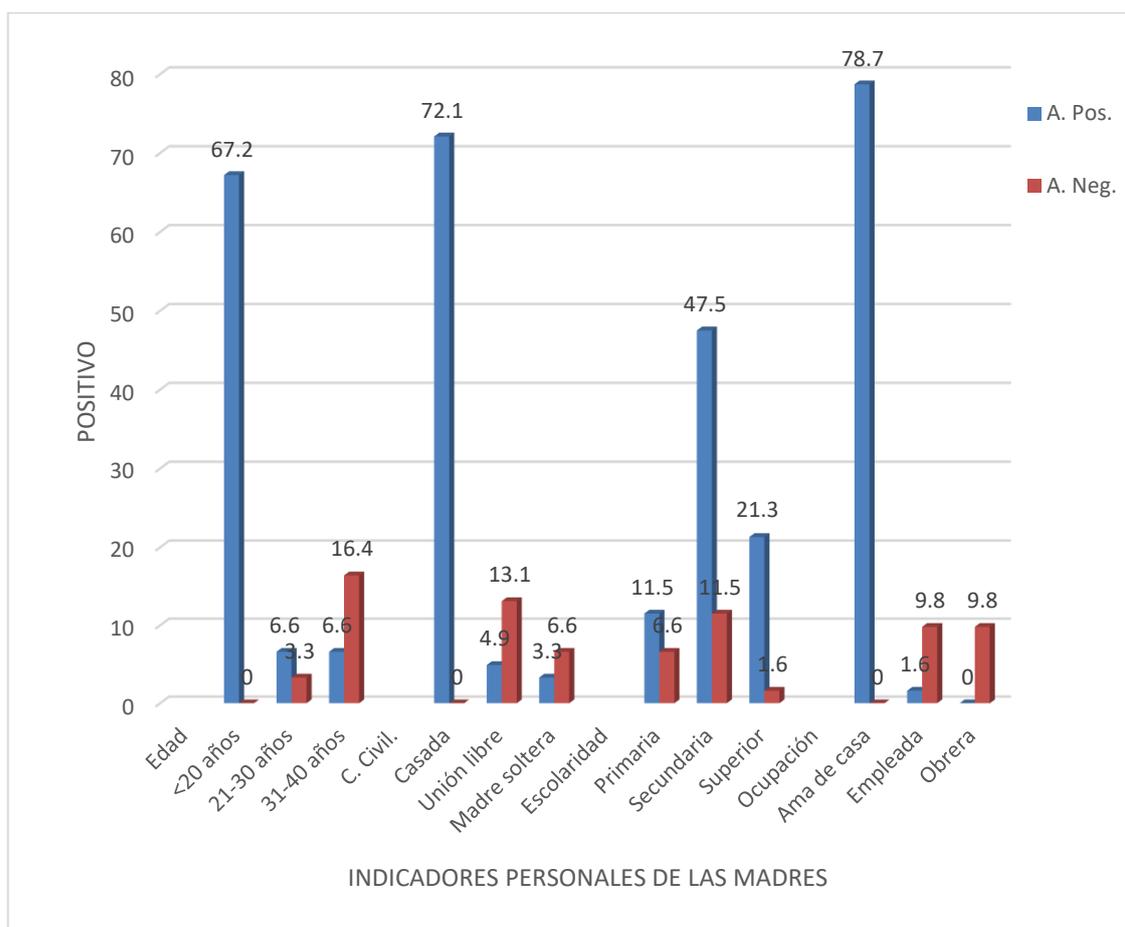
**COMENTARIO:**

En esta tabla se asociaron las variables nivel de apego de las madres con lactancia materna hacia su recién nacido por indicadores personales, los datos obtenidos muestran que el nivel de apego es positivo cuando las madres tienen menos de 20 años; 67,2%, de condición civil casada 72,1%, con grado de escolaridad secundaria; 47,5% y con ocupación ama de casa 78,7%.

El nivel de apego es negativo cuando la edad de las madres lactantes es de 31 a 40 años 16,4%, condición civil de unión libre 13,1% con escolaridad secundaria 11,5% y de ocupación ama de casa 48%.

Aplicando la prueba de contraste de hipótesis se encontró que existe relación estadística entre ambas variables determinándose que la hipótesis alterna se acepte y la nula se rechace.

**GRÁFICO N° 06**  
**NIVEL DE APEGO DE LAS MADRES HACIA SU RECIÉN NACIDO EN LA**  
**PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA SEGÚN INDICADORES**  
**ESPECÍFICOS. DISTRITO DE TARMA 2014**



### 4.3. Prueba de hipótesis.

**Tabla N° 01**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	20,110 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	17,295	1	,000		
Razón de verosimilitud	24,601	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	19,780	1	,000		
N de casos válidos	61				

**VALOR  $P < 0,05 \rightarrow$  ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN**

**ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**Tabla N° 02**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	33,386 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	34,709	2	,000
Asociación lineal por lineal	29,443	1	,000
N de casos válidos	61		

**VALOR  $P < 0,05 \rightarrow$  ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN**

**ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**Tabla N° 03**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	12,349 <sup>a</sup>	1	,0125		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	11,343	1	,0247		
Razón de verosimilitud	12,161	1	,0142		
Prueba exacta de Fisher				,0147	,0125
Asociación lineal por lineal	12,311	1	,0128		
N de casos válidos	61				

**VALOR  $P < 0,05 \rightarrow$  ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN**

**ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**Tabla N° 04**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	11,012 <sup>a</sup>	1	,0914		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	11,000	1	,000		
Razón de verosimilitud	10,012	1	,0914		
Prueba exacta de Fisher				,000	,014
Asociación lineal por lineal	9,011	1	,0515		
N de casos válidos	61				

**VALOR  $P < 0,05 \rightarrow$  ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN**

**ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

**Tabla N° 05**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	13,771 <sup>a</sup>	1	,0380		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	12,281	1	,0596		
Razón de verosimilitud	9,743	1	,0389		
Prueba exacta de Fisher				,0489	,0292
Asociación lineal por lineal	9,758	1	,0384		
N de casos válidos	61				

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN**

**ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA**

**Y RECHAZANDO LA NULA.**

**Tabla N° 06**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	34,482 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	36,101	2	,000
Asociación lineal por lineal	33,898	1	,000
N de casos válidos	61		

**VALOR P < 0,05 → ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN**

**ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	38,755 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	39,961	2	,000
Asociación lineal por lineal	31,133	1	,000
N de casos válidos	61		

**VALOR  $P < 0,05 \rightarrow$  ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN**

**ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,331 <sup>a</sup>	2	,189
Razón de verosimilitud	3,397	2	,183
Asociación lineal por lineal	3,228	1	,072
N de casos válidos	61		

**VALOR  $P < 0,05 \rightarrow$  ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN**

**ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS NULA  
Y RECHAZANDO LA ALTERNA.**

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	55,576 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	54,749	2	,000
Asociación lineal por lineal	53,635	1	,000
N de casos válidos	61		

**VALOR  $P < 0,05 \rightarrow$  ES SIGNIFICATIVO LA RELACIÓN**

**ACEPTÁNDOSE LA HIPÓTESIS ALTERNA  
Y RECHAZANDO LA NULA.**

#### **4.4. Discusión de resultados.**

Los beneficios del amamantamiento en términos de salud se extienden a la madre. Amamantar reduce el riesgo de cáncer de mama, endometrio y ovario, la osteoporosis y la hemorragia posparto y actúa como un espaciador natural de los nacimientos, asegurando que el cuerpo de la madre tenga tiempo suficiente para recuperarse y prepararse para los nacimientos futuros.

En el estudio efectuado en la ciudad de Tarma se arribó a las siguientes conclusiones; El nivel de apego es positivo cuando la lactancia materna que da la madre a su recién nacido es adecuada en el 57,4%. Y es poco adecuada en el 22,9% de ellas. Y el nivel de apego de las madres es positivo en el 80,3% de la población estudiada, y el logro de desempeño en la lactancia materna es adecuada en el 54,1% de las madres de los recién nacidos, seguido del logro poco adecuado en el 26,2% de la muestra. Según García Galvao reporta que los niños que lactan son más despiertos a la postura corporal de la madre, es por ello por lo que es muy importante enseñar a la madre ponerse en una postura adecuada para el momento de lactar al niño el cuál influye en que ellos se sientan más cómodos y puedan lactar sin dificultad.

Es necesario tener presente que para que el lactante, la lactancia materna representa un paso brusco de cambio yendo desde la nutrición parenteral transplacentaria a la alimentación enteral fraccionada intermitente. Por ello es necesario el proceso de adaptación al metabolismo y nutrición extrauterinos, el aparato digestivo debe madurar en los primeros meses de vida, y así se capacitará para adaptarse

progresivamente al tipo de alimentación variada propia del niño mayor.

El nivel de apego relacionado a la dimensión experiencias sustitutas es adecuada en el 63,9% de la población estudiada y poco adecuada en el 16,4% de la muestra. Y el nivel de apego relacionado a la dimensión persuasión verbal es adecuada en el 59,0% de la población estudiada y poco adecuada en el 21,3% de la muestra.

La lactancia materna como alimentación de forma exclusiva, se considera la mejor forma de alimentación para los recién nacidos durante los primeros seis meses de vida. Según la OMS, a partir de esta edad, sigue siendo la alimentación idónea, junto con el inicio de la nutrición complementaria, aconsejando que se debería mantener la lactancia hasta los 1 años, o hasta que madre y/o hijo lo deseen. Por ello se realizan campañas encaminadas a fomentar su implantación, como base de una buena práctica alimentaria. No sólo supone un buen método de nutrición, sino que parece el más específico para las necesidades del lactante; adicionalmente, constituye un importante factor de protección celular y humoral, y de fortalecimiento de la relación materno-filial.

El nivel de apego relacionado a la dimensión estados fisiológicos es adecuada en el 57,3% de la población estudiada y poco adecuada en el 23% de la muestra estudiada. La perinatalidad es un periodo clave para orientar apegos seguros y promover una lactancia eficaz: madre y bebé atraviesan una transición de situaciones únicas en lo biológico, psicológico y social que no se repetirán en el curso del ciclo vital. La necesidad de alimentación y la necesidad de apego constituyen necesidades básicas para la supervivencia de los hijos. El apego de tipo

seguro es el mejor predictor de desarrollo saludable evolutivamente. Cautelar la calidad del proceso de vinculación, a nivel de la promoción y prevención primo-secundaria es tarea de todos los profesionales que laboran en el escenario perinatal.

El vínculo de Apego es un lazo afectivo, primario y específico entre una cría y un adulto de la misma especie, destinado a garantizar evolutivamente el desarrollo adecuado de las crías a través de un proceso de regulación fisiológica, emocional y neuroendocrina.

“Primario” significa que la necesidad de vincularse es una urgencia biológica, innata de la misma importancia para la supervivencia de la especie que la alimentación y la procreación. Las evidencias del carácter primario de la vinculación fueron aportadas por Harlow en macacos: él demostró que el mono sacrificaba incluso la alimentación por la necesidad de afecto y por la necesidad de seguridad, en el diseño de madres sustitutas de alambre con biberón y madres sustitutas de peluche.

En humanos el tipo de apego que se consolida a partir de los 11 meses de vida es la culminación del proceso de interacción entre el bebé y la figura primordial de apego, depende por lo tanto de las características de dicha interacción que pueden ser modificadas con intervenciones específicas.

La calidad del proceso de vinculación constituye una urgencia existencial en la medida que determina la salud a lo largo de la vida. En efecto, apegos de tipo seguro se correlacionan con niños sanos que devienen adultos sanos y apegos de tipo ansioso y desorganizado se correlacionan con trastornos del desarrollo, maltrato y negligencia hacia

los niños y psicopatología evolutivamente.

El nivel de apego es positivo cuando las madres tienen menos de 20 años; 67,2%, de condición civil casada 72,1%, con grado de escolaridad secundaria; 47,5% y con ocupación ama de casa 78,7%. La vinculación de una madre y de un padre con su bebé debuta idealmente con el deseo de hijo y se cristaliza a partir de la confirmación del embarazo. Durante el embarazo los padres vivencian la gestación del bebé real, feto percibido sensorialmente y objeto de observación del equipo médico, y la gestación del bebé imaginario, telón de proyección de la vida psíquica parental impregnado de significado relacional actual y pasado. Este bebé imaginario puede ser representado mentalmente como un bebé reparador de carencias afectivas, un bebé de reemplazo de una pérdida afectiva, un bebé conciliador de un conflicto conyugal, entre otros significados posibles.

El efecto de la vida psíquica y emocional de la madre en la fisiología del embarazo y el feto intuida históricamente permaneció en el mundo mitológico y mágico hasta el progreso de la neurobiología y la psiconeuroinmunología, que muestran como los neurotransmisores conectan funciones mentales y fisiológicas en la madre (nivel intrapersonal) y comunican el estado emocional de la madre al bebé (nivel interpersonal y transgeneracional).

El drama relacional madre bebé se expresa así en una variada sintomatología que puede afectar el curso del embarazo y el desarrollo del bebé.

Al confirmar el embarazo se debe observar la tonalidad afectiva

que suscita: alegría, temor, inquietud, ansiedad e invitar a la madre a verbalizar su reacción. Recoger la historia del embarazo es útil para predecir el grado de aceptación del embarazo: si corresponde al deseo de uno o ambos progenitores, si fue planificado, si se integra o interrumpe el proyecto personal y familiar.

Durante el primer trimestre la calidad del ciclo sueño-vigilia y la facilidad para alimentarse, así como la adopción de rutinas que beneficien al bebé son excelentes indicadores de una interacción materno fetal armónica.

La Asamblea de Salud Mundial (WHA) adoptó en 1991 la “declaración de Innocenti” que reconoce la lactancia materna como un proceso único, que: Proporciona la nutrición ideal al lactante, contribuyendo al crecimiento y desarrollo saludables. Reduce la incidencia y gravedad de las enfermedades infecciosas, disminuyendo la morbilidad y mortalidad infantiles. Promueve la salud de la mujer al reducir el riesgo de cáncer de mama y de ovario, y al aumentar el intervalo entre embarazos. Proporciona beneficios sociales y económicos para la familia y la comunidad.

Analizando los datos de consumo de leches artificiales con respecto a la evolución de la natalidad, se observa un aumento progresivo en las ventas de leche hasta 1995, sobre todo debido al aumento del consumo de las fórmulas de continuación. A partir de este año se produce un descenso moderado, fundamentalmente a expensas de la leche de inicio. Estos datos concuerdan con los presentados en la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo de 1995 y 1997,

que confirman una recuperación de la lactancia materna en España.

## CONCLUSIONES

1. El nivel de apego es positivo cuando la lactancia materna que da la madre a su recién nacido es adecuada en el 57,4%. Y es poco adecuada en el 22,9% de ellas.
2. El nivel de apego de las madres es positivo en el 80,3% de la población estudiada, y el logro de desempeño en la lactancia materna es adecuada en el 54,1% de las madres de los recién nacidos, seguido del logro poco adecuado en el 26,2% de la muestra.
3. El nivel de apego relacionado a la dimensión experiencias sustitutas es adecuada en el 63,9% de la población estudiada y poco adecuada en el 16,4% de la muestra.
4. El nivel de apego relacionado a la dimensión persuasión verbal es adecuada en el 59,0% de la población estudiada y poco adecuada en el 21,3% de la muestra.
5. El nivel de apego relacionado a la dimensión estados fisiológicos es adecuada en el 57,3% de la población estudiada y poco adecuada en el 23% de la muestra estudiada.
6. El nivel de apego es positivo cuando las madres tienen menos de 20 años de edad; 67,2%, de condición civil casada 72,1%, con grado de escolaridad secundaria; 47,5% y con ocupación ama de casa 78,7%.

## RECOMENDACIONES

1. Desarrollar un Programa de difusión sobre el Apego o Vínculo Afectivo de la madre hacia su niño incluyendo a la familia en general por la necesidad de afecto y seguridad.
2. Desarrollar talleres sobre vínculo afectivo priorizando a todas las madres, de toda edad, de unión libre, madres solteras y adolescentes.
3. Sugerir a los responsables del Programa de Salud Mental la promoción de las ventajas del nivel de apego durante la lactancia materna.
4. Instituir como norma un carnet de participación al programa de apego, como requisito para el control médico-obstétrico
5. Promocionar acciones educativas teóricas y prácticas del vínculo afectivo, en padres de familia de las instituciones educativas del nivel inicial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Goulet C, ST C. "A concept analysis of parent-infant attachment. J Ady Nurs" Estados Unidos: Nurs; 1998.
2. Bialoskurski M, Cox C, Hayes J. "The nature of attachment in a neonatal intensive care unit." Estados Unidos: Nurs; 1999.
3. Lebovici S. "El lactante, su madre y el psicoanalista. Las interacciones precoces" Buenos Aires: Amorrortu; 1983.
4. Bowlby J. "Parent-child attachment and healthy human development" New York: Basic Books; 1988.
5. Leininger M. "Culture Care Diversity and Universality theory and evolution of the Ethnonursing Method" Massachusetts: Jones And Bartlett Publishers; 2006.
6. Leininger M. "Evaluation criteria and critique of qualitative research studies" Beberly Hills: Sage Publications; 1994.
7. Leininger M. "Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research y Practices" New York: McGraw-Hill; 1995.
8. Fals B. "Historia doble de la Costa: Mompox y Loba" Bogotá: Carlos Valencia; 1980.
9. Montero M, Mío Y. "La nostalgia por África en la literatura del Caribe. África, América, Asia, Australia, S.I. Roma: "Bulzoni: Nurs; 1982.
10. Bowlby J. "Child Care and Growth of Love" Penguin: Libre; 1976.
11. Musen P, Conger J, kagan J. "Desarrollo de la personalidad en el niño" México: Trillas; 1991.
12. Harlow H. "Love of infant monkeys" Sociedad Americana: Libre; 1959.

13. Camarotto C, Span A, Ribeiro C, Camilla P, Dos Santos J. URL Disponible en. [Online].; 2011. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-12002012000200008&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-12002012000200008&lang=pt) visitado en octubre 2011.
14. García G. URL Disponible en. [Online].; 2011. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000200014&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200014&lang=pt) visitado en octubre del 2011.
15. Londoña A. URL Disponible en. [Online].; 2010. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70172020000200009&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70172020000200009&lang=pt).
16. Hernández L. URL Disponible en. [Online].; 2010. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342020000200008&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342020000200008&lang=pt). Visitado en octubre 2011.
17. Alvarado A. URL Disponible en. [Online].; 2010. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-30192020000800011&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-30192020000800011&lang=pt).
18. Becerra F. URL Disponible en. [Online].; 2009. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0110-00112009000300006&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0110-00112009000300006&lang=pt) visitado en octubre 2011.
19. Rodríguez J. URL Disponible en. [Online].; 2008. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0114-00642008000200007&lang=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0114-00642008000200007&lang=pt).
20. Sánchez A. URL Disponible en. [Online].; 2008. Available from: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06112008000300003&lang=pt](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06112008000300003&lang=pt).

21. Hernández F. URL Disponible en. [Online].; 2007. Available from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-11151997000500003&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-11151997000500003&lang=pt).
22. Delgado M. URL Disponible en. [Online].; 2007. Available from:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342004000200001&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342004000200001&lang=pt).
23. Calzado M. URL Disponible en. [Online].; 2006. Available from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192000000200011&lang=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192000000200011&lang=pt).

**ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**ANEXO N° 01**

**Cuestionario sobre apego para la práctica de la lactancia materna**

**INSTRUCCIONES:**

Favor de leer cada una de las preguntas, así como las posibles opciones e indique la respuesta que sea apropiada para usted.

**I. DATOS GENERALES:**

**1. Edad en años cumplidos:**

1. < de 20 años ( )
2. 21 - 30 años ( )
3. 31 – 40 años ( )
4. 41 – 50 años ( )

**2. Condición civil:**

1. Casada ( )
1. Unión libre ( )
4. Soltera ( )
5. Viuda ( )

**3. Escolaridad:**

1. Primaria ( )
2. Secundaria ( )
3. Superior ( )

**4. Ocupación:**

1. Ama de casa ( )
2. Trabajadora del hogar ( )
3. Empleada ( )
4. Obrera ( )

**II DATOS MATERNOS.**

1. ¿Es su primer bebé? <  
SI ( ) NO ( )

1. Número de embarazo: \_\_\_\_\_

3. Número de hijos vivos (Incluyendo al Recién Nacido): \_\_\_\_\_

4.- ¿Cómo fue su parto?

1. Vaginal

2. Cesárea
3. Distócico vaginal
5. ¿Fue a término su embarazo?  
SI ( ) NO ( )

### III PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA.

7. ¿Está amamantando a su hijo con leche materna Exclusiva?  
SI ( ) NO ( )
8. ¿Está dispuesta a continuar amamantando a su hijo con leche materna exclusiva durante los siguientes meses?  
SI ( ) NO ( )
9. ¿Le ha ofrecido leche artificial a su hijo antes de los 4 meses de edad?  
SI ( ) NO ( )
10. ¿Le ha dado otro tipo de alimentos (frutas, verduras, cereales) a su hijo antes de los 4 meses de edad del niño?  
SI ( ) NO ( )
11. ¿Ha decidido dejar de amamantar al seno materno a su hijo?  
SI ( ) NO ( )
12. ¿Qué dificultades se le presentan para realizar la alimentación al seno materno:
  1. Trabajo fuera de casa. ( )
  2. El niño no acepta la leche. ( )
  3. Problemas familiares y de tiempo. ( )
  4. Problemas de pezón y de salud de las madres. ( )
  5. Poca cantidad de leche. ( )
  6. Otras: ( )
13. ¿Qué aspectos le motivan o que facilidades tiene para realizar la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva:
  1. Recibe apoyo del esposo y familia ( )
  2. Se siente bien y satisfecha. ( )
  3. Ahorra tiempo y dinero. ( )
  4. Mantiene la salud del niño. ( )
  5. Otras: ( )

	<b>PROPOSICIONES</b>	<b>ALTERNATIVAS</b>		
		De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
IN	1. Me molesta pensar que tengo que amamantar a mí hijo.			

DSN	2. Me siento triste cuando termino de amamantar a mi hijo.			
DSP	3. Me siento complacida cuando termino de amamantar a mi hijo.			
DP	4. Me siento bien cuando le doy el pecho a mi hijo.			
DSN	5. Me siento nerviosa cuando termino de amamantar a mi bebé.			
DSN	6. Me siento sola al terminar de amamantar a mi hijo.			
DN	7. Me siento fatigada cuando le doy el pecho a mi bebé.			
IN	8. Me siento enojada al pensar que debo darle pecho a mi hijo.			
DP	9. Me siento en compañía cuando amamanto a mi hijo.			
IN	10. Me siento temerosa pensar que debo amamantar a mi hijo.			
IP	11. Me siento abatida cuando termino de amamantar a mi hijo.			
DSN	12. Me siento dispuesta siempre al pensar que debo darle el pecho a mi hijo.			
IP	13. Me siento feliz de pensar que puedo darle el pecho a mi hijo.			
DN	14. Me siento sucia cuando amamanto a mi hijo.			
DP	15. Me siento afortunada de poder amamantar a mi bebé.			
DSP	16. Me siento relajada al terminar de amamantar a mi bebé.			
IP	17. Me produce alegría pensar que voy a amamantar a mi hijo.			
IP	18. Me siento dichosa al pensar que puedo amamantar a mi hijo.			
IN	19. Me siento a disgusto al pensar que debo amamantar a mi hijo.			
DP	20. Me siento limpia cuando amamanto a mi hijo.			
DSP	21. Me siento tranquila cuando termino de amamantar a mi bebé.			
DN	22. Me siento irritada por tener que amamantar a mi hijo.			
DN	23. Me siento desesperada cuando le doy el pecho a mi hijo.			
DSP	24. Me siento contenta después de amamantar a mi hijo.			

	Positivos	Negativos
Inicio	11,13,17,18	1,8,10, 19
Durante	4, 9,15,20	7,14, 22,23
Después	3,16,21,24	2, 5, 6, 12

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**ANEXO N° 02**

## Cuestionario de autoeficacia para la práctica de la lactancia materna

	PROPOSICIONES	ALTERNATIVAS		
		De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
LD	1. Cuando amamanto a mi hijo puedo encontrar un lugar cómodo y placentero.			
LD	2. Puedo resolver los problemas de tiempo y de trabajo para amamantar a mi hijo.			
LD	3. Me es fácil amamantar a mi hijo aunque tuviera que salir al doctor, mandado o visitar parientes.			
LD	4. Tengo confianza en que puedo amamantar bien a mi hijo aunque tuviera alguna mortificación.			
EF	5. Gracias a que tengo buena salud y suficiente cantidad de leche puedo amamantar a mi hijo.			
EF	6. Me alimento bien para producir suficiente leche para mi hijo.			
EF	7. Puedo permanecer tranquila al amamantar a mi hijo a pesar de las dificultades que se me presenten.			
LD	8. Venga lo que venga soy capaz de amamantar a mi hijo.			
ES	9. Puedo sentirme motivada para amamantar a mi hijo cuando escucho a una mujer de las ventajas de dar el pecho.			
ES	10. Puedo tener la necesidad de seguir dando pecho a mi hijo cuando escucho a mis amigas de las ventajas de hacerlo.			
PV	11. Puedo amamantar a mi hijo lo necesario cuando mi familia me pone de ejemplo ante los demás de la alimentación y salud de mi hijo.			
PV	12. Puedo continuar amamantando a mi hijo gracias al apoyo de mi esposo y familiares.			
ES	13. Puedo seguir amamantando a mi hijo cuando veo a una mujer dando pecho.			
ES	14. Puedo con el compromiso de darle el pecho a mi hijo cuando escucho a mi madre decir que ella tuvo tiempo y paciencia para hacerlo con mis hermanos y conmigo.			
ES	15. Cuando veo a mis hermanas, cuñadas, vecinas amigas dar el pecho a sus bebés me hace pensar que puedo hacer lo mismo si me lo propongo.			
PV	16. Puedo amamantar a mi hijo porque reconozco las ventajas que las enfermeras me han dicho sobre la alimentación al seno materno.			
EF	17. Puedo continuar amamantando a mi hijo aunque tenga molestias y dolor en los senos.			
EF	18. Puedo dar pecho a mi hijo hasta los cuatro meses, sin darle ningún otro alimento aunque tuviera grietas en los pezones.			

Sus escalas:

- Logro de desempeño 1, 2, 3, 4, 8
- Experiencias sustitúas 9, 10, 13, 14, 15
- Persuasión verbal 11, 12, 16
- Estados fisiológicos 5, 6, 7, 17, 18

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**ANEXO N° 03**

**NIVEL DE APEGO DE LAS MADRES HACIA SU RECIÉN NACIDO EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL DISTRITO DE TARMA 2014**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p><b>Problema principal:</b> ¿Cuál es nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en la práctica de la lactancia materna en el Distrito de Tarma 2014?</p> <p><b>Problemas específicos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en el logro del desempeño en la práctica de la lactancia materna en el Distrito de Tarma 2014?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en las experiencias sustitutas de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014?</li> <li>• ¿Cuál es el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en la</li> </ul>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en la práctica de la lactancia materna en el Distrito de Tarma.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en el logro del desempeño en la práctica de la lactancia materna en el Distrito de Tarma 2014.</li> <li>• Identificar el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en las experiencias sustitutas de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014</li> <li>• Establecer el nivel de apego de las madres hacia su recién</li> </ul>	<p><b>Hipótesis general:</b> Existe relación significativa entre nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en la práctica de la lactancia materna en el Distrito de Tarma.</p> <p><b>Hipótesis específica.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El nivel de apego de las madres es significativo, hacia su recién nacido en el logro del desempeño en la práctica de la lactancia materna en el Distrito de Tarma 2014.</li> <li>• El nivel de apego de las madres es significativo, hacia su recién nacido en las experiencias sustitutas de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014</li> <li>• El nivel de apego de las madres es significativo, hacia su recién nacido en la persuasión verbal</li> </ul>	<p><b>Variable Independiente.</b> Apego de las madres hacia su Recién nacido.</p> <p><b>Variable dependiente.</b> Práctica de la lactancia materna.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Positivo.</li> <li>2. Negativo.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Logro de desempeño.</li> <li>2. Experiencias sustitutas.</li> <li>3. Persuasión verbal.</li> <li>4. Estados fisiológicos.</li> </ol>	<p><b>Diseño de estudio:</b> Se aplicará el diseño descriptivo Correlacional.</p> <p><b>Población:</b> La población estará conformada por madres lactantes de las localidades de Tarma cuya cifra estimada es de 80.</p> <p><b>Muestra:</b> La muestral estará conformado por 61 madres de familia.</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de apego para la práctica de la lactancia materna.</li> <li>• Escala de</li> </ul>

<p>persuasión verbal de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en el estado fisiológicos de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014?</li> <li>• ¿Cómo se relaciona el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido con los indicadores específicos en el Distrito de Tarma 2014?</li> </ul>	<p>nacido en la persuasión verbal de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer el nivel de apego de las madres hacia su recién nacido en el estado fisiológicos de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014.</li> <li>• Identificar la relación del nivel de apego de las madres hacia su recién nacido con los indicadores específicos en el Distrito de Tarma 2014.</li> </ul>	<p>de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El nivel de apego de las madres es significativo, hacia su recién nacido en el estado fisiológicos de la práctica de la lactancia materna, en el Distrito de Tarma 2014.</li> <li>• El nivel de apego de las madres es significativo, hacia su recién nacido y se relaciona con los indicadores específicos en el Distrito de Tarma 2014.</li> </ul>			<p>autoeficacia para la práctica de la lactancia materna.</p> <p><b>Técnicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoregistro.</li> </ul>
---	--	--	--	--	---

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**ANEXO N° 04**

**VALIDEZ DE CONTENIDO**

Kerlinger (1975). La validez de contenido es básicamente cuestión de “Juicio”, efectivamente, a diferencia de otros tipos de validez que son determinados por coeficientes de correlación la validez de contenido es verificada por jueces expertos quienes evalúan la representatividad de la conducta que se mide, buscando establecer si se representan el universo del contenido de esa conducta y la relevancia de los ítems.

**Validez de contenido del instrumento:**

<b>Prueba <math>\chi^2</math></b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Fo	20	05
Ft	03	03
Fo – Ft	17	02
(Fo – Ft) <sup>2</sup>	289	04
(Fo – Ft) <sup>2</sup> /Ft	96,33	1,33
$\chi^2$	97,66	

**Planteamiento de la hipótesis.**

Ho: La opinión de los jueces respecto a los ítems de la prueba no es significativo.

H1: La opinión de los jueces respecto a los ítems de la prueba es significativa.

Como resultado de la prueba  $\chi^2$  se tiene  $\chi^2 = 97,66$  este valor comparado con el valor crítico de  $\chi^2$  a grados de libertad  $gl = 1$  a un nivel de significancia de 0,05 de la tabla se tiene  $\chi^2_{0,05} = 3,841$

Como la regla de decisión dice que  $\chi^2$  calculado  $> \chi^2$  de la tabla, tomando como referencia este supuesto científico se tiene que  $97,66 > 3,841$ , por lo que concluimos que la prueba a opinión de los jueces es significativo.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**ANEXO 05**

**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN: COEFICIENTE ALPHA DE CRONBACH**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2
2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2
3	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1
4	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
5	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1
6	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1
7	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2
8	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
9	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	1
10	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
Si	14	14	15	16	17	15	15	17	15	16	14	14	15	15	14	16	17	14
X	1,4	1,4	1,5	1,6	1,7	1,5	1,5	1,7	1,5	1,6	1,4	1,4	1,5	1,5	1,4	1,6	1,7	1,4
s <sup>2</sup>	0,516	0,516	0,527	0,516	0,483	0,527	0,527	0,483	0,527	0,516	0,516	0,516	0,527	0,527	0,516	0,516	0,483	0,516

$$\alpha = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right)$$

$S^2_i$  : Varianza de cada ítem

$S^2_t$  : Varianza de la suma de los ítems = 10,265

$\alpha = 0,841$ , la prueba tiene una confiabilidad aceptable.