

**Universidad Del Norte Santo Tomas De Aquino**

**Facultad Ciencias De La Salud**

**Carrera Licenciatura En Nutrición**

**ESTADO NUTRICIONAL DEL  
LACTANTE, CONOCIMIENTOS  
MATERNOS Y AUTOEFICACIA PARA  
LA LACTANCIA EN MUJERES  
TUCUMANAS**

**Alumna: García Segura Milena Natalia**

**Director: Dr. Vigliocco, Gustavo**

**Asesor metodológico: Lic. Montoya Karina**

**Tucumán | 2014**

*Esta tesis se la dedico en primer lugar a mi madre y abuelos que me ayudaron y me brindaron todas las herramientas que yo necesitaba para poder iniciar y terminar esta carrera que elegí, y que siempre estuvieron a mi lado en los momentos mas difíciles de mis estudios, a mis hermanas que son la alegría de mis días, a mi pareja que me apoyo y me dio fuerzas para terminar la carrera y al resto de mi familia y amigos. Por último y sobre todas las cosas quiero agradecerle a Dios que estuvo iluminándome en este y en todos los momentos de mi vida.*

# Índice

<b>Resumen</b>	1
<b>Introducción</b>	2
<b>Capítulo 1: Planteamiento del problema</b>	
1.1 Justificación	5
1.2 Objetivos	6
1.3 Interrogantes	7
<b>Capítulo 2: Antecedentes de investigación</b>	
2. Antecedentes de investigación	9
<b>Capítulo 3: Marco Teórico Conceptual</b>	
<b>3.1 Lactancia</b>	14
3.1.1 Lactante	15
3.1.1.1 Adquisiciones madurativas en los primeros años de vida	16
3.1.2 Comienzo Temprano del amamantamiento	18
3.1.3 Beneficios de la Lactancia Materna	19
3.1.3.1 Para la madre	19
3.1.3.2 Para el niño	19
3.1.3.3 Para la familia	20
3.1.3.3 Para la sociedad	20
3.1.4 Dificultades durante el amamantamiento	21
3.1.4.1 Mastitis	21
3.1.4.1 Grietas en el pezón	21
3.1.5 Evaluación del estado nutricional en lactantes	22
<b>3.2 Conocimiento</b>	23
3.2.1 Conocimiento de las madres sobre la lactancia materna	24
3.2.2 Preparación de la madre para la lactancia	25
<b>3.3 Autoeficacia</b>	26
3.3.1 Autoeficacia para la lactancia materna	27
<b>Capítulo 4: Materiales y Métodos</b>	
4.1 Tipo de estudio	29
4.2 Hipótesis de Investigación	29
4.3 Definición de variables	30
4.4 Diseño de investigación	31
4.5 Población y muestra	32
Método de muestreo	32
Consideraciones éticas	33
4.6 Técnicas y procedimientos de recolección y análisis de datos	34
<b>Capítulo 5: Resultados</b>	
5.1 Características de la muestra	39
5.2 Análisis descriptivo	42
5.2.1 Valoración nutricional del niño y alimentación	42
5.2.2 Conocimientos maternos	43
5.2.3 Autoeficacia para la lactancia materna	44
5.3 Comprobación de hipótesis	45
<b>Capítulo 6: Discusión, conclusión y propuestas</b>	
6.1 Discusión y conclusión	49

---

6.2 Propuestas	<b>52</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>55</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo N° 1: Consentimiento informado – Aceptación	<b>58</b>
Anexo N° 2: Ficha del niño y de la madre	<b>60</b>
Anexo N° 3: Grilla de corrección de conocimientos	<b>63</b>
Anexo N° 4: Guía para la evaluación del crecimiento físico	

---

## Resumen

---

**Introducción:** La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. El conocimiento que tengan las madres sobre prácticas de lactancia materna asegura que la mujer pueda amamantar sin temores ni dificultades. La autoeficacia en la lactancia materna es la creencia de la madre sobre su capacidad para afrontar satisfactoriamente esta práctica.

**Objetivo:** Describir el estado nutricional de lactantes de 0 a 24 meses, los conocimientos maternos y la autoeficacia para la lactancia materna.

**Metodología:** Estudio descriptivo, no experimental, transversal. Se trabajó con 30 lactantes de 0 a 24 meses y 30 madres, en un consultorio pediátrico de San Miguel de Tucumán, 2014.

**Resultados:** El relación al estado nutricional de los niños, en el 63,3% de los lactantes fue adecuado. Solo el 36,7% presento malnutrición. Teniendo en cuenta los conocimientos maternos, predominaron aquellas madres con conocimientos suficientes con el 93,3%. En cuanto a la autoeficacia para la lactancia materna, el 70% de las madres se sintieron seguras durante el amamantamiento. Solamente el 30% se sintió insegura.

**Palabras Clave:** Estado Nutricional Antropométrico- Lactante- Conocimientos maternos- Autoeficacia.

## **Introducción**

---

La lactancia materna (LM) es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, a la vez tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la LM exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. La LM exclusiva es una de las maneras de asegurar el Estado nutricional (EN) adecuado del lactante.

Se entiende por EN del lactante a la situación en la que se encuentra en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Su evaluación debe detectar no sólo la desnutrición, sino también el sobrepeso y la obesidad, cuya prevalencia ha aumentado en forma significativa en los últimos años.

El éxito de la LM y la LM exclusiva van a determinar una serie de beneficios que involucran no sólo al lactante sino a toda la sociedad. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

El conocimiento que tengan las madres sobre prácticas de lactancia materna debe ser adquirido desde el control pre-natal para que la mujer vaya al parto y luego a amamantar sin temores y sin dificultades.

En Argentina, el estudio de la autoeficacia, aplicado a distintos ámbitos es reciente. Se entiende por autoeficacia a la confianza en la capacidad de uno mismo para llevar a cabo una tarea o cometer una meta determinada. Los individuos se programan a sí mismos para el éxito o para el fracaso, ejecutando sus expectativas de autoeficacia.

La autoeficacia para la LM es el juicio de la capacidad que tiene la madre para realizar el amamantamiento y comprende a los logros de desempeño, experiencias sustitutas, persuasión verbal y estados fisiológicos.

Es por esto que este estudio se propuso describir el estado nutricional de lactantes, los conocimientos maternos y la autoeficacia de las madres para la lactancia, San Miguel de Tucumán, 2014.

# Capítulo 1: Planteamiento del Problema



## 1.1 Justificación

---

La LM es la primera comida natural para los recién nacidos. Es recomendación de salud pública mundial de manera exclusiva los primeros seis meses de vida ya que fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad. Los niños y recién nacidos en particular son especialmente vulnerables frente a la malnutrición y enfermedades infecciosas, que son prevenibles o tratables en su mayoría (Organización Mundial de la Salud, 2014).

El estado nutricional del niño es un indicador de salud y de bienestar general de una nación (UNICEF, 1990). Los factores que influyen en el mismo son diferentes en los países desarrollados y en los no desarrollados. En ambos casos la interacción entre nutrición, enfermedad, crecimiento y sus consecuencias a largo plazo son áreas en las que se debe investigar y trabajar activamente (Menghello, 1991).

A partir de la propuesta de este estudio se buscó profundizar en el conocimiento del estado nutricional de niños de 0 a 24 meses y la relación con la lactancia materna. Se trata de una etapa crucial de crecimiento y desarrollo, donde cualquier situación de desequilibrio de nutrientes, compromete el estado nutricional, sus funciones vitales, influenciando inclusive el EN de su adultez.

En este estudio se consideró necesario establecer, qué y cuanto saben las madres sobre la LM exclusiva, su importancia, técnicas y dificultades. Se profundizó en este conocimiento ya que, de ser adecuado, conlleva a que esta práctica sea más exitosa.

Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud (Olivari Medina & Urra Medina, 2007). Si bien la misma es factible en la mayoría de los casos, existen referencias científicas que documentan distintos factores que pueden promover que la misma no se establezca.

Es por esto que este estudio profundizó en la descripción de la autoeficacia materna. El constructo de autoeficacia, hace referencia a la capacidad que tienen las personas para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana (Prieto Navarro, Bandura, & Pajares, 2007).

En la LM, la autoeficacia es la creencia de la madre sobre su capacidad para afrontarla satisfactoriamente. En Argentina, si bien no hay evidencia científica sobre la autoeficacia para lactancia materna, este concepto está siendo aplicado a investigaciones realizadas en otros ámbitos (Kohler Herrera, 2009; Ríos Risquez, Sánchez Meca y Godoy Fernández, 2010; Carrasco Ortiz y del Barrio Gándara, 2002; Remor y Martins de Lima, 2009; Chicharro Romero, Pedrero Pérez y Pérez López, 2006).

Es por esto que este estudio describió la autoeficacia para la lactancia materna en madres de lactantes de 0 a 24 meses para evaluar cuan seguras, positivas y confiadas se encuentran dichas madres para amamantar.

Se consideró importante estudiar la autoeficacia para la LM, porque las expectativas de cada madre y cómo hacen frente al rol de amamantar, van a influir en una correcta alimentación del lactante.

## 1.2. Objetivos

---

**General:** Describir el estado nutricional de lactantes, los conocimientos maternos y la autoeficacia de sus madres para la lactancia, San Miguel de Tucumán, 2014

**Específicos:**

- 1- Valorar el estado nutricional antropométrico de lactantes de 0 a 24 meses.
- 2- Identificar el conocimiento sobre la lactancia materna en madres de lactantes de 0 a 24 meses.

3- Describir la autoeficacia para la lactancia materna en madres de lactantes de 0 a 24 meses.

### **1.3. Interrogantes**

---

1- ¿Cuál es el estado nutricional antropométrico de lactantes de 0 a 24 meses?

2- ¿Qué conocimiento tienen sobre la lactancia materna las madres de lactantes de 0 a 24 meses?

3- ¿Qué nivel de autoeficacia para la lactancia materna presentan las madres de lactantes de 0 a 24 meses?

## Capítulo 2: Antecedentes de investigación



## 2. Antecedentes de investigación

A nivel internacional se encontraron artículos científicos relacionados a la autoeficacia para la lactancia materna, los cuales se llevaron a cabo recientemente. Se puede mencionar entre los mismos al artículo científico titulado **“Fiabilidad y validez de la versión española de una escala de autoeficacia en la lactancia materna”** (Llopis-Rabout-Coudray, López-Osuna, Durá-Rayó, Richart-Martínez, Oliver-Roig, 2011). Esta investigación se realizó en Alicante, España y su objetivo fue validar lingüísticamente la Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) al español y determinar sus características psicométricas. Se llevó a efecto en dos hospitales mediante una muestra accidental de 150 madres lactantes, las cuales llenaron a las 48 horas post parto y aun hospitalizadas, la versión española de la BSES-SF y un cuestionario con variables sociodemográficas, obstétricas y sobre el estatus de lactancia materna (LM) al alta. A las 6 semanas posparto se obtuvo, nuevamente, datos sobre el estatus de LM mediante una encuesta telefónica. Los resultados arrojados fueron que aquellas mujeres con experiencia previa y con experiencia previa muy positiva en LM, con puntuaciones más altas en el ítem global de autoeficacia y con más hijos, tuvieron mayores puntuaciones en la versión española anteriormente referida. Y que las puntuaciones de la escala al alta hospitalaria no guardaron relación con el estatus de LM a las 6 semanas posparto.

Por otra parte, se puede mencionar el trabajo realizado en Brasil, denominado **“Prevalencia de diagnósticos de enfermería de lactancia materna en binomio madre-hijo en unidad básica de salud”** (Costa Carvalho, Rodrigues Silva, Zulmyra Cintra Andrade, Martins da Silva, Venícios de Oliveira Lopes, 2014). Los objetivos de esta investigación fueron los diagnósticos de enfermería de lactancia materna, su frecuencia de ocurrencia, sus características definitorias y el valor de confianza materna basada en la escala de autoeficacia en la lactancia materna. Se llevó a efecto mediante un estudio transversal, con 28 binomios madre-hijo. Se incluyó entrevistas, anamnesis y examen físico del binomio. La escala de autoeficacia en lactancia

materna fue significativa con la presencia de diagnóstico Lactancia materna eficaz y ausencia de Lactancia materna interrumpida.

A nivel nacional, si bien se encontró estudios referidos a la lactancia materna y el estado nutricional del lactante, no se registraron estudios relacionados con la autoeficacia para la lactancia materna. Sin embargo si se llevaron a cabo investigaciones sobre autoeficacia en otros ámbitos, como el académico, el social, conductas de salud, el lúdico y el autocontrol. (Kohler Herrera, 2009; Ríos Risquez, Sánchez Meca y Godoy Fernández, 2010; Carrasco Ortiz y del Barrio Gándara, 2002; Remor y Martins de Lima, 2009; Chicharro Romero, Pedrero Pérez y Pérez López, 2006).

Por un lado se puede mencionar el trabajo denominado **“Lactancia Materna exclusiva, factores de éxito y/o fracaso”** (González, Huespe Auchter y Auchter, 2008). El mismo se llevó a cabo en Corrientes y sus objetivos fueron analizar factores que favorecen y/o interfieren en lactancia materna exclusiva, describir características de lactancia natural según edad y nivel de instrucción materna, determinar duración de lactancia según forma de terminación del parto y de institución del nacimiento. Se realizó mediante un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, su población fueron madres de hijos de 6 a 12 meses de la ciudad de Corrientes y se utilizó para la investigación un cuestionario personal. Se llevó a efecto a partir de 170 encuestas, al mes de vida 13% había dejado de ser amamantado, la lactancia exclusiva llegó al 6º mes en 25% de menores de 20 años, 43% de sometidas a cesárea, 52% de madres que la comenzaron dentro de la primera hora del nacimiento y en 46% de madres con nivel terciario.

En la Plata, se realizó el estudio denominado **“Estado Nutricional infante juvenil en seis provincias de Argentina: Variación Regional”** (Oyhenart, Dahinte, Alba, Alfaro, Bejaran, Cabrera, Cesani, Dipierri, Forte, Lomaglio, Luna, Marrodán, Moreno Romero. Quintero, Torres, Verón, Zavatti, 2008). El objetivo del trabajo fue analizar el estado Nutricional de la población infante-juvenil de seis provincias: Buenos Aires, Catamarca, Chubut, Jujuy, La Pampa y Mendoza. Se empleó la misma metodología de estudio con el fin de disponer de elementos que permitieron su contrastación. Se midió peso corporal (kg) y talla (cm) en una muestra de 15011 escolares asistentes a 102

establecimientos escolares comprendidos entre los 3 y 18 años de edad. Con los datos obtenidos se analizó los indicadores Talla/Edad, Peso/Talla, Peso/Edad e Índice de Masa Corporal (IMC). Las prevalencias de malnutrición mostraron diferencias regionales con variación clinal: Mientras la desnutrición decreció del norte al sur del país, el sobrepeso-obesidad mostró una situación inversa: mayor en el sur y menor en el norte.

Por último, a nivel provincial se registraron en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, un estudio referido al estado nutricional de niños y dos estudios relacionados a los conocimientos maternos. En relación al estado nutricional de niños, se puede mencionar el trabajo titulado **“Evaluación del Estado Nutricional de la Población de Niños que Asisten a la Fundación Manos Abiertas de San Miguel de Tucumán”**, (Ale, 2005). En esta investigación se trabajó con 35 niños, de 5 meses a 14 años, que asistieron en el mes de Abril a dicha Fundación para ser asistidos por encontrarse en situación de calle. Se realizó evaluación del estado nutricional de los mismos, mediante técnicas antropométricas. Se relevó información de frecuencia de consumo alimentario semanal a través de cuestionarios. Se relacionó la frecuencia de consumo de alimentos protectores (leche, yogur, queso, carne y huevo) con el estado nutricional de los niños. Se realizó además un análisis nutricional de la ración que les ofreció la institución. La información que se obtuvo fue de carácter descriptivo y representó un resumen diagnóstico del estado nutricional de los niños. De acuerdo a los resultados antropométricos, el estado nutricional que predominó fue “Normal/Eutrófico”, en el 51% de la población total.

En relación al tema de los conocimientos maternos sobre la LM, se puede mencionar por un lado la investigación titulada **“Conocimientos sobre lactancia materna en un grupo de madres primíparas de la ciudad de Aguilares, Tucumán”**, (Filippini, 2005). El objetivo principal de este trabajo fue evaluar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna, beneficios de la misma, correctas técnicas de amamantamiento e higiene de un grupo de madres primíparas, antes y después de una Interacción Educativa Sanitaria (IES) sobre el tema, con el fin de determinar modificaciones en dicho nivel de conocimiento. Participaron 28 mujeres embarazadas primíparas que

concurrieron a los consultorios de obstetricia de un sanatorio privado de la ciudad de Aguilares, Tucumán. El trabajo respondió a un diseño preexperimental de prueba-post prueba de un solo grupo. Fue un estudio longitudinal de tipo panel. En la aplicación de la prueba solo una de las primíparas tuvo conocimiento “suficiente” sobre el tema en cuestión. Luego de las IES, en la aplicación post-prueba, 24 mujeres tuvieron conocimientos suficientes. Hubo modificación luego de la IES, demostrando la eficacia de la educación sanitaria.

Por otro lado se puede mencionar la investigación titulada **“Conocimientos de nutrición en embarazadas que asisten a cursos pre-parto en San Miguel de Tucumán”** (Ylían, 2008). Los objetivos de dichos estudios fueron evaluar los conocimientos en las embarazadas en relación con los parámetros adecuados de alimentación presentados en las Guías alimentarias para la población Argentina, como también valorar el EN de las gestantes de acuerdo con los gráficos de incremento de peso en embarazo de Rosso y Mardones. Se estudió a 40 mujeres de entre 25 y 35 años, que cursaban su 3º trimestre de embarazo y que asistían a un curso preparto, entre los meses de octubre y diciembre del año 2007. El tipo de muestra que se utilizó fue no probabilística incidental por conveniencia. El instrumento para la recolección de datos fue una encuesta cerrada y semiestructurada. Los resultados revelaron que los conocimientos sobre nutrición en el 95% fueron moderados, 12,5% insuficientes y solo el 25% suficientes. En relación a la valoración nutricional de las gestantes el 52,5% tuvo un peso bajo, el 35% normal, un 10% sobrepeso y solamente el 5% obesidad.

## Capítulo 3:

# Marco Teórico Conceptual



## 3.1 Lactancia

---

La leche materna representa inigualables beneficios para el niño y la madre, tanto en aspectos biológicos y psicoafectivos, como ventajas sociales, ecológicas y económicas (UNICEF, 1990).

La OMS recomienda a todas las madres la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, con el fin de ofrecer a sus hijos un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Posteriormente, hasta los dos años o más, los lactantes deben seguir con la lactancia materna, complementada con otros alimentos nutritivos (Organización Mundial de la Salud, 2014).

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

El calostro se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto (Lorenzo, 2007).

Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado.

En el calostro la concentración promedio de Ig A y lactoferrina (son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria) es de 2-3 g. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm<sup>3</sup>) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente (Lorenzo, 2007).

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4<sup>o</sup> y el 15<sup>o</sup> día postparto.

Entre el 4<sup>o</sup> y el 6<sup>o</sup> día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto (Lorenzo, 2007).

Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche.

Los cambios de composición y volumen son muy significativos entre mujeres y dentro de una misma mujer, durante los primeros 8 días, para luego estabilizarse. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño. La leche de pre término contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas.

### **3.1.1 Lactante**

---

Se entiende por recién nacido al producto de la concepción, que tras independizarse del claustro materno y una vez ligado el cordón umbilical, presenta signos de vida como: respiración, latidos, movimientos, etc. (Lorenzo, 2007).

El niño interesa desde antes de la concepción, ya que hay que preparar a la madre para el embarazo, consumiendo ácido fólico, debiendo alcanzar un peso adecuado, etc. La característica básica que diferencia al niño del adulto es que se encuentra en constante crecimiento y desarrollo. El periodo más importantes es entre los 9 meses de gestación y los 2 años de vida (Lorenzo, 2007).

### **3.1.1.1 ADQUISICIONES MADURATIVAS EN LOS PRIMEROS AÑOS**

#### **DE VIDA:**

Según Torresani (2008):

Al cabo del primer trimestre se debe encontrar:

- Coordinación: Seguimiento visual en arco horizontal y vertical, manos en línea media manoteo de objetos.
- Motricidad: Sostén cefálico.
- Lenguaje: Vocalización en respuesta, búsqueda de fuente sonora.
- Socioadaptativa: Sonrisa social, reacciona ante la desaparición del observador.

Al cabo de segundo trimestre se debe encontrar:

- Coordinación: Prensión voluntaria y transferencia. Toma de objetos, los examina y los sigue hasta que desaparece.
- Motricidad: Balaceo. Trípode. Rodado.
- Lenguaje: Balbuceo prolongado en sílabas, búsqueda lateral de la fuente sonora en un mismo plano.
- Socioadaptativa: Se orienta hacia la voz y se vuelve hacia quien le habla. Ríe a carcajadas. Da gritos de alegría.

Al cabo del tercer trimestre se debe encontrar:

- Coordinación: Pasaje de prehensión de rastrillo a pinza cubital.
- Motricidad: Sedestación estable. “Saltarín”. Postura de gateo. Intenta pararse con apoyo, hace movimientos que semejan pasitos.
- Lenguaje: Reacciona a los requerimientos verbales. Silabeo. “Mama”, “Papa” inespecíficos. Búsqueda de los sonidos por arriba de la cabeza.
- Socioadaptativa: coopera en los juegos. Lenguaje gestual. Tímidos con los extraños. Reacciona al “no”.

Al cabo del cuarto trimestre se debe encontrar:

- Coordinación: Prehensión radial. Coloca un cubo en una taza.
- Motricidad: Pasa solo a la posición de sentado. Gatea hábil. Se para con sostén. Camina de la mano. Puede iniciar el parado y la deambulacion autónoma.
- Lenguaje: Palabra definida “upa”. Mamá – Papá con sentido. Silabeos prolongados con entonación.
- Socioadaptativa: Entiende el “no”. Imita gestos simples. Juega a las escondidas. Reconoce objetos cotidianos. Entrega en respuesta a un pedido.

Entre los doce y quince meses se debe encontrar:

- Coordinación: Pinza oponente (pulgares- índice). Introduce una pelotita en el frasco. Garabateo espontáneo. Hace torres.
- Motricidad: Pre- marcha a marcha independiente. Marcha lateral en ambas direcciones. Sube escaleras reptando.
- Lenguaje: “Jerga”. Disfruta canciones. Nombra objetos familiares. Puede reconocer una o dos partes de su cuerpo.
- Socioadaptativa: Comunica algunos deseos o necesidades señalando. Inicia el juego del dame y tomá. Abraza a los padres como muestra de afecto.

A los 18 meses se debe encontrar:

- Coordinación: Intenta doblar papel. Arma trenes. Imita trazo vertical, la escritura.
- Motricidad: Corre con rigidez. Patea una pelota. Sube escalera asido de una mano. Camina para atrás. Se agacha y levanta sin sostén.
- Lenguaje: Vocabulario entre siete y veinte palabras. Usa pronombres inapropiadamente. Identifica partes de su cuerpo. Nombra figuras.

- Socioadaptativa: Cumple ordenes simples. Juego funcional con los juguetes. Se saca algunas prendas solo. Prefiera comer solo. Puede quejarse del pañal sucio.

A los veinticuatro meses se debe encontrar:

- Coordinación: Realiza garabatos circulares. Imita el trazo vertical. Completa el tablero de encastre. Maneja correctamente la curreta y el tenedor.
- Motricidad: Corre con seguridad. Se para en un pie con apoyo o ayuda. Abre las puertas, sube a los muebles.
- Lenguaje: Arma frases de dos palabras (habla telegráfica). Incorpora verbos y adjetivos. Habla en tercera persona. Distingue entre arriba y abajo.
- Socioadaptativa: Colabora cuando se lo viste y desviste. Escucha relatos. Refiere experiencias inmediatas. Juego simbólico o de fantasía (capacidad de juego de ausencia de juguetes). Empieza a compartir juguetes y actividades con otros niños, aunque aún prefiere jugar solo.

### 3.1.2 Comienzo temprano del amamantamiento

---

El niño debe ser puesto por primera vez cuando lo permita su estado físico y el de su madre. Se recomienda que el contacto del recién nacido con la madre sea dentro de la primera hora, dado que la duración de la lactancia se asocia con la precocidad de este primer contacto. Durante los primeros días de vida es importante animar a la madre a ofrecer el pecho con mucha frecuencia entre 8 y 12 veces al día y siempre que el bebe muestre signos de hambre sin esperar que lllore desesperadamente.

La succión temprana de los pechos tiene varias ventajas:

- Produce contracciones uterinas que facilitan la expulsión rápida de la placenta y una más pronta recuperación del tamaño uterino.
- Previene hemorragias posparto.
- Estimulan una mas precoz bajada de leche.
- Si no es posible poner al niño al pecho en sala de parto, es conveniente hacerlo dentro de la primera hora del recién nacido (Lorenzo, 2007).

### ***3.1.3 Beneficios de la lactancia materna***

---

#### **3.1.3.1 PARA LA MADRE:**

- Favorece el restablecimiento del vinculo madre-hijo.
- Refuerza el autoestima.
- Menor sangrado posparto.
- Menor riesgo de padecer anemias.
- Mayor esparcimiento entre embarazos.
- Menor riesgo de padecer cáncer ginecológico.
- Rápida recuperación Física.

#### **3.1.3.2 PARA EL NIÑO:**

- Mejora el desarrollo psicomotor, emocional y social.
- Desarrollo de la personalidad más segura e independiente.
- Menor incidencia de muerte súbita del lactante.
- Menor incidencia de infeccione y alegrías respiratorias y digestivas.
- Menor incidencia de enfermedad celíaca.

- Protección contra diabetes mellitus.
- Menor incidencia de problemas dentales y maloclusión.
- Asociación con inteligencia superior (Parrila, 2001).

### **3.1.3.3 PARA LA FAMILIA:**

- Mejor desarrollo de la familia como célula social.
- Menor gasto en medicamentos, alimentos sustitutos, etc.
- Menor ausentismo laboral por enfermedades de los hijos.
- Mejor atención de los niños pequeños por mayor espaciamiento entre embarazos.
- Economía (León Cava, 2002).

### **3.1.3.4 PARA LA SOCIEDAD:**

- Perspectiva de una sociedad más sana en el futuro.
- Ahorro de tiempo y combustible.
- Mayor bienestar por sentimientos de competencia familiar para la crianza de los hijos.
- Menor gasto en atención de patologías y posibilidad de reorientar fondos de Salud Pública hacia la prevención.
- Mayor productividad al disminuir el ausentismo laboral de los padres
- Contribución al equilibrio ecológico.
- Disminución de la morbi- mortalidad infantil.
- Menor gasto por la adquisición de leches artificiales, tetinas y biberones (Lorenzo, 2007).

## 3.1.4 Dificultades durante el amamantamiento

---

### 3.1.4.1 MASTITIS

La mastitis es la inflamación del tejido intersticial mamario que produce ardor, dolor y sensibilidad localizada. La infección intramamaria puede ser una complicación de la tensión láctea, de grietas del pezón o del taponamiento de conductos. El seno puede estar afectado y además presentar fiebre.

La mastitis es más frecuente en la segunda y tercera semana posparto. Sin embargo, puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia, incluso en el segundo año (Organización Mundial de la Salud, 2002).

No se debe suspender la lactancia. Se deben colocar paños fríos después de cada mamada. Con el tratamiento de mastitis iniciado precozmente no es necesario el destete y el absceso mamario es raro.

La mastitis puede producir síntomas agudos, causantes de la suspensión de la lactancia por parte de las madres; sin embargo, la remoción eficaz de la leche es parte esencial del tratamiento. Esta suspensión aguda de la lactancia puede exacerbar la mastitis y aumentar el riesgo de formación de absceso. (Lorenzo, 2007).

### 3.1.4.2 GRIETAS EN EL PEZÓN

Son lesiones producidas por el traumatismo que causan las encías del niño sobre el pezón y pueden ocurrir cuando la posición al pecho no es la correcta, por la humedad o la propia hipersensibilidad de la piel (Rozas García, 2006). Tienen como causa predisponente los pezones delicados de las mujeres de tez blanca. (De Krause, 1998).

### Medidas de prevención y tratamiento:

- Amamantar con frecuencia para evitar la fuerte succión ejercida por el niño hambriento.
- No utilizar productos astringentes para la higiene del pezón y desaconsejar el lavado en cada toma.
- Mantener el pezón seco exponiéndolo al aire el máximo tiempo posible. Si se usan discos absorbentes, deben cambiarse a menudo para evitar la humedad.
- Corregir la posición de la boca del lactante, comprobando que el labio inferior esté doblado hacia fuera, y no dentro de la boca, lo que podría erosionar el pezón
- Cambiar la posición del amamantamiento en cada toma para que el niño no siga lesionando la zona afectada (Rozas García, 2006).

### ***3.1.5 Evaluación del Estado Nutricional en lactantes***

---

El estado nutricional de un niño se evalúa con distintas finalidades, por lo tanto la metodología a emplear varía en función a ello y a la disponibilidad de recursos con los que se cuente (De Girolami, 2003). La valoración del estado nutricional (VEN) es un instrumento operacional que permite definir conductas clínicas y epidemiológicas. En el ámbito clínico permite seleccionar aquellos individuos que necesitan una intervención dietoterápica o adecuar la modalidad de apoyo nutricional.

Se considera que la alimentación de un niño es suficiente cuando satisface sus necesidades, mantiene sus funciones biológicas, su composición corporal en forma normal y preserva su ritmo de crecimiento de acuerdo a su potencial genético.

La OMS define a la evaluación del estado nutricional como la interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos, antropométricos, y/o clínicos; que se utiliza básicamente para determinar la situación nutricional de individuos o poblaciones en forma de encuestas, vigilancia o pesquisa.

## **3.2 Conocimiento**

---

Bunge (1996), define el conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos; en base a ellos tipifica en conocimiento en: el Conocimiento Científico y Ordinario o vulgar.

El primero lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático, y verificable a través de la experiencia; y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación.

Según el punto de vista del filósofo Salazar Bondy (1961), define el conocimiento: primero como un acto, segundo como un contenido: Dice del conocimiento como un acto que es la aprehensión de una cosa, una propiedad, hecho u objeto por su sujeto consciente, entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido, asume que es aquel que adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer, este contenido significativo, el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar unos de otros. No son puramente subjetivas, pueden independizarse del sujeto, gracias al lenguaje tanto para si mismos, como para otros sujetos.

Conocimientos es la suma de los hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo, que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, originando, cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende.

Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades, irán cambiando a medida que aumenten los conocimientos aunada con la importancia que se le de a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas: La informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele complementarse con otros medios de información: La formal, viene a aquella que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

### *3.2.1 Conocimientos de las madres sobre la lactancia materna*

---

El conocimiento que tengan las madres sobre prácticas de lactancia materna debe ser adquirido desde el control pre-natal para que la mujer vaya al parto y luego a amamantar sin temores y sin dificultades (Ferreaes, 1998).

Cuando la gestante va al control pre-natal debe ser aconsejada de acuerdo a sus necesidades específicas, que tendrán que ser identificadas desde que se establece el contacto con ella y conociendo su entorno familiar y social. Se tendrá en cuenta nivel de instrucción, costumbres, creencias, actitudes y los propios conocimientos (aunque estén errados) de la gestante, acerca de la alimentación de su futuro hijo.

Evidentemente a nivel de conocimientos hay tres momentos claves cuyo manejo es muy importante para que la lactancia materna sea exitosa: período pre-natal, período inmediatamente ocurrido el parto, y el período post-parto.

La lactancia materna es un proceso natural que existe desde que existe el hombre pero no es algo sencillo, hay muchos factores sociales, culturales, personales y familiares que obstaculizan la buena práctica de este proceso natural.

A través del tiempo se dan todo tipo de cambios: sociales, culturales, tecnológicos que hacen que los conocimientos se modifiquen positiva o negativamente y si la mujer, que esta involucrada en la sociedad y sus cambios, no se le da a conocer o no se la educa en el momento prenatal sobre como prepararse física y psicológicamente para que de lactancia materna; serán mas difíciles de manejar los siguientes dos momentos.

Lo mismo, si la madre inmediatamente después del parto, durante el contacto piel a piel, no se educa sobre la lactancia materna, en el tercer momento no reconocerá la importancia y las técnicas de amamantamiento (o las conocerá mal), cayendo en la desinformación y confusión, hará mal la práctica del esta y será perjudicial tanto para ella como para su hijo. Llevándola a complicaciones innecesarias que debieron ser previstas. (Osorio, 1992)

### 3.2.2 Preparación de la madre para la lactancia

---

El proceso de la lactancia y los beneficios del amamantamiento deben ser parte de los programas sobre familia y salud en la educación media superior.

Es indispensable alentar a las mujeres a que expresen y discutan sus opiniones y sentimientos de tal manera que pueda corregirse cualquier información inadecuada. Durante los últimos meses del embarazo es imprescindible poner a disposición a las mujeres que han decidido amamantar toda la información sobre el proceso de la lactancia.

Debe alentarse a los padres a participar en las sesiones informativas, debido a que apoyo emocional contribuye a la lactancia satisfactoria.

Muchas madres nunca han visto a una mujer amamantando; por lo tanto, encuentran especialmente de utilidad dialogar con una mujer que ha

amamantado de manera exitosa y que esta dispuesta a contestar preguntas y proporcionar reforzamiento positivo (De Krause, 1998).

### 3.3 Autoeficacia

---

El constructo de autoeficacia, que fue introducido por Bandura representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva (Bandura, 1984).

De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas:

Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal.

Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados.

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

De acuerdo a la teoría e investigación, la autoeficacia influye en cómo la gente siente, piensa y actúa (Olivari Medina & Urra Medina, 2007).

Por lo tanto la autoeficacia en general es un constructo global que hace referencia a la creencia estable de la gente sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana (Sanjuán Suárez, Pérez García, & José, 2000).

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Así por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos. Una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia (Bandura, 1997).

La autoeficacia es tradicionalmente entendida como referida a un dominio o una tarea específica. Sin embargo, algunos investigadores también han conceptualizado un sentido general de autoeficacia que se refiere a un sentido amplio y estable de competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes (Luszczynska, Scholz, & Schwarzer, 2005).

Para la mayoría de las aplicaciones, Bandura (1997, 2001) plantea que la autoeficacia percibida debe ser conceptualizada de manera específica, no obstante la autoeficacia general puede explicar un amplio rango de conducta humana y resultados de afrontamientos cuando el contexto es menos específico. Podría ser especialmente útil cuando la investigación se centra en múltiples conductas simultáneamente (Luszczynska, Scholz, & Schwarzer, 2005)

### **3.3.1 Autoeficacia para la lactancia materna**

---

El concepto de autoeficacia ha sido adaptado a la psicología y a la salud como un importante predictor de conductas de salud.

Dennis, (1999) se refiere a la autoeficacia enfocada específicamente al amamantamiento y la define como percepción de la madre sobre su habilidad para amamantar a su recién nacido.

La autoeficacia en la LM es la creencia de la madre sobre su capacidad para afrontar satisfactoriamente esta práctica.

Para que la lactancia materna sea eficaz la madre debe sentir, debe tener buena disposición, fe en la LM, expectativas sobre la LM y ansiedad y planificación de su duración.

## Capítulo 4:

# Materiales y métodos



## 4.1. Tipo de estudio

---

El presente estudio fue de tipo descriptivo. Los estudios descriptivos permiten detallar situaciones y eventos, es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno y busca especificar propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2010).

Este proyecto de investigación se consideró de carácter descriptivo, en cuanto permitió analizar el estado nutricional de niños lactantes de 0 a 24 meses, el conocimiento materno y el nivel de autoeficacia para la lactancia en mujeres tucumanas.

## 4.2. Hipótesis de investigación

---

**Hipótesis 1:** El estado nutricional antropométrico de los lactantes de 0 a 24 meses es adecuado.

**Hipótesis 2:** Las madres de lactantes de 0 a 24 meses tienen un conocimiento suficiente sobre la lactancia materna.

**Hipótesis 3:** Las madres de lactantes de 0 a 24 meses presentan un nivel de autoeficacia para la lactancia materna segura.

## 4.3 Definición de variables

**Variable N°1:** Estado nutricional antropométrico del lactante.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Es la situación de nutrición en la que se encuentra el lactante, se evalúa para saber si su crecimiento es adecuado o para saber si su tamaño es adecuado para la edad (Menghello, 1991).

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** Se trabajó tomando mediciones a los lactantes de peso/ edad, talla/edad, peso/ talla (IMC). Los datos obtenidos se interpretaron en los gráficos elaborados por Lejarraga y Orfila, publicados en las “Guías para la Evaluación del Crecimiento” de la SAP, 2013. Los gráficos fueron elaborados con datos del estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento de 2006.

**Categorías de la variable:**

- **Adecuado:** Se consideró al niño eutrófico cuando se encontró entre el percentil 3 y 97 en al menos dos de las tablas propuestas.
- **Inadecuado:** Cuando el niño se encontró por debajo del percentil 3 o por encima del percentil 97 en al menos dos de las tablas propuestas.

**Variable N° 2:** Conocimientos maternos sobre la lactancia materna.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Es el conocimiento que tienen las madres sobre las prácticas de lactancia materna, el cual debe ser adquirido desde el control pre-natal para que la mujer vaya al parto y luego a amamantar sin temores y sin dificultades (Ferreaes, 1998).

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** La misma se determinó mediante enunciados en los cuales las madres debían seleccionar con Verdadero (V) y Falso (F), afirmaciones de acuerdo a sus conocimientos.

**Categorías de la variable:**

- **Conocimiento Suficiente:** Cuando las madres de los lactantes respondieron 8 o más enunciados de manera correcta.

- **Conocimiento Insuficiente:** Cuando las madres de los lactantes respondieron 7 o menos enunciados de manera correcta.

**Variable N° 3:** Autoeficacia para la lactancia materna.

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL:** Es la autoeficacia enfocada específicamente al amamantamiento, la percepción de la madre sobre su habilidad para amamantar a su recién nacido (Dennis, 1999).

**DEFINICIÓN OPERATIVA:** La variable se determinó mediante la versión al español de la Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF) (Goddard Hernández, 2010), mediante el cual se analizó la percepción de eficacia que tiene la madre para la lactancia materna.

**Categorías de la variable:** A partir de lo propuesto por su autor se categorizó la variable en:

- **Segura:** Cuando las madre de los lactantes tuvieron una percepción de autoeficacia para la lactancia materna entre 10-14 puntos.
- **Insegura:** Cuando la madre de los lactantes tuvieron una percepción de autoeficacia para la lactancia materna entre 0-4 y entre 5-9 puntos.

## **4.4. Diseño de Investigación**

El presente trabajo correspondió a una investigación no experimental, transversal. En los diseños de investigación no experimental no se manipulan las variables, sino que sólo se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural y luego son analizados. (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2010) En esta investigación no se manipuló las variables estado nutricional de lactantes, conocimientos maternos y autoeficacia para la lactancia sino que fueron observados tal como se dieron en su realidad y luego fueron analizados.

Una investigación transversal recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e

interrelación en un momento dado. (Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2010). Esta investigación fue transversal debido a que las variables se dieron en un determinado momento, en un punto en el tiempo.

## 4.5 Población y muestra

**POBLACIÓN 1:** Todos los niños de entre 0 a 24 meses que concurrieron a un consultorio pediátrico de la Capital Tucumana Julio, 2014.

➤ **Muestra 1:** 30 niños de entre 0 a 24 meses que concurrieron a un consultorio pediátrico de la Capital Tucumana Julio, 2014.

Criterios de exclusión:

➤ *Lactantes con patología de base con repercusión nutricional.*

➤ *Lactantes mayores de 24 meses.*

**POBLACIÓN 2** Todos las madres de niños de entre 0 y 24 meses que concurrieron a un consultorio pediátrico de la Capital Tucumana Julio, 2014

➤ **Muestra 2:** 30 madres de niños de entre 0 a 24 meses que concurrieron a un consultorio pediátrico de la Capital Tucumana Julio, 2014.

Criterios de exclusión:

➤ *Madres de lactantes que presentaron deterioro mental o neurológico.*

➤ *Madres que presentaron alguna condición de base que impida la lactancia efectiva en el niño.*

**MÉTODO DE MUESTREO:** No probabilístico, este tipo de muestreo se da cuando la elección de los elementos, no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con el investigador o del que hace la muestra (Hernandez Sampieri, 2010). Para participar de esta investigación, la muestra tuvo que contar con unas series de características entre las cuales fueron, que el

lactante junto a su madre asistan al consultorio pediátrico, que los niños tengan un rango de edad entre los 0 y 24 meses, tiempo de la madre para la participación de la encuesta y su voluntariedad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS: Se solicitó por escrito el consentimiento informado y la aceptación a las madres de los lactantes, luego de haber explicado los fines del estudio (Anexo N°: 1).

También se solicitó el acceso al consultorio donde los datos fueron recolectados.

## 4.6 Técnicas y procedimientos de recolección y análisis de datos

Inicialmente mediante la recomendación e intervención del director de tesis, se pudo acceder a un consultorio pediátrico para realizar la recolección de datos.

En una primera instancia se planteó a la doctora el tema y los objetivos a desarrollar en el trabajo de investigación. La doctora accedió a participar, brindando su número telefónico y espacio de trabajo. En una segunda instancia se coordinó la aceptación formal mediante nota escrita del permiso cedido al investigador.

Para la recolección se utilizó: una ficha del niño y la madre (ver anexo N°2). La misma se dividió en dos apartados. Por un lado los datos del niño, con seis ítems para completar con el fin de determinar su estado nutricional. Se llenaron los ítems mediante datos que arrojaron los instrumentos como la báscula pediátrica, el tallmetro y la historia clínica. Para completar los datos de la madre y así analizar su autoeficacia para la lactancia materna, se realizó una encuesta. La misma consideró:

- Datos personales. (1, 2, 3, 4, 5 y 6)
- La *Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF) (Goddard Hernández, 2010). Se trata de un instrumento cerrado de 14 preguntas (ítem 7 del instrumento de recolección de datos).
- Cuestionario de conocimiento sobre la lactancia: contemplados en el ítem 8 con opciones de respuesta de tipo verdadero o falso (en el anexo 3, se puede observar la grilla de corrección de conocimientos).

También se utilizó las historias clínicas de los pacientes. Las mismas son documentos que contuvieron valoraciones e información sobre la situación y evolución clínica del niño a lo largo de su proceso asistencial. El acceso a las historias clínicas facilitó el llenado de los ítems 1a, 1b, 4, 5 y 6 del apartado del niño en el instrumento de recolección de datos.

En el consultorio se trabajó con dos tipos de básculas, a saber:

➤ Balanza de plato para lactantes: La misma tenía un largo 540 mm, pesaba 6,5 kg, un ancho de 286 mm y una capacidad máxima de 16 Kg. (MARCA CAM).

➤ Balanza de pie: Con una base del equipo sólida, tenía un rango de pesaje de 0 a 150 kg y una escala de peso graduada en kilos y gramos, con precisión de 100 gramos.

A partir del trabajo con las básculas fue posible completar el ítem 2 del apartado del niño.

Por otro lado, se acudió al manejo del tallimetro del consultorio. Se trató de una escala métrica inextensible, graduada en centímetros, fijada a lo largo de la superficie de la camilla para medir la longitud corporal en decúbito supino (niño acostado). Se utiliza para niños de hasta dos años, y la que arrojó la información para completar el ítem 3 de los datos del niño. (Seca 207)

Para la toma de las mediciones antropométricas, se guió del libro de la Sociedad Argentina de pediatría (SAP) “Guía para la evaluación del crecimiento físico” (2013). (Ver anexo N° 4)

Se utilizaron las tablas de la OMS para volcar los datos de los niños para determinar el estado nutricional antropométrico (Ver anexo N° 5).

En cuanto al trabajo de campo propiamente dicho, el primer día que se asistió al consultorio la doctora permitió presenciar la consulta de un niño. La doctora presentó la madre del lactante al investigador. Se explicó el fin de la investigación. Y se solicitó su consentimiento para encuestarla y analizar al niño. Se aclaró que todos los datos aportados revestirían un carácter anónimo.

Esa primera experiencia presentó dificultades dado que se percibió incomodidad en la madre al encuestarla.

Luego, se tomaron las medidas correspondientes al niño y la doctora brindó la historia clínica para tomar algunos datos del mismo. Se concluyó la primera muestra. Como consecuencia de esta primera experiencia, por un lado se determinó que era conveniente el auto llenado de las encuestas por parte de la madre. Por otro lado se decidió que dichas encuestas se realizaran en la sala de espera. Una vez llenadas y en el momento de ingresar al consultorio, realizar la correspondiente recolección de los datos del niño. Esta estrategia

aseguro una mejor calidad de los datos recabados, a la vez que implicaba menor tiempo para el investigador.

Se evidenciaron dificultades vinculadas a la comprensión de los términos de los enunciados referidos al conocimiento. Así como también, interés de las madres por conocer las respuestas correctas. Ante esto, el investigador explicó que debían seleccionar lo que consideraran, es decir, lo que sentían realmente, en el caso del ítem para la autoeficacia, y lo que ellas conocían; en el caso del ítem sobre el conocimiento para la lactancia.

En cuanto a las preguntas correctas de los conocimientos, se aclaraban una vez terminada la tarea de recolección de datos. El tiempo aproximado para la recolección de los datos del niño fue entre 15 a 20 min cada vez. Dependía de la condición del niño en el momento de la toma de los datos antropométricos, debido a que muchos de ellos lloraban. Ante esta situación, se recurría a devolverlo a su madre, tranquilizarlos y retomar la toma de datos. Las mediciones antropométricas se realizaron bajo supervisión de la pediatra. Mientras que el tiempo aproximado para la toma de datos de la ficha de la madre se realizó en 20 min cada vez.

Se tuvo el agrado de encuestar a madres con muy buena predisposición, inclusive relataban situaciones o vivencias relacionadas con su bebe.

Del acceso a las historias clínicas se pudo constatar que la mayoría de los padres con sus bebes que asistían al consultorio se trataba de personas de clase social media-baja, trabajadores golondrina, los cuales no se encontraban efectivos en su trabajo, y que podían acceder a esa obra social por un monto disponibles para ellos.

Del dialogo con la pediatra se pudo conocer que muchos de los pacientes con sus madres asistieron a centros de salud primarios como CAPS, Hospital de niño y Maternidad por lo que tuvieron la oportunidad de presenciar charlas o campañas relacionadas a la lactancia materna.

Se concluyó la toma de datos con las 30 muestras en aproximadamente cuatro semanas. Algunos días se pudo tomar varias muestras, así como otros días se consiguió pocas, ya que no todos los niños que concurrían al consultorio se encontraban en el rango de edad propuesto en el trabajo de investigación.

Los datos recolectados serán volcados en una matriz de datos generada con el programa Excel. Para el ingreso de los datos los mismos serán previamente codificados.

La matriz permitirá la generación de gráficos y tablas estadísticas que permitirán realizar el análisis descriptivo. Para el análisis inferencial se aplicará la prueba no paramétrica de  $\chi^2$  para una variable.

# Capítulo 5: Resultados



## 5. Resultados

Este estudio buscó describir el estado nutricional de lactantes de 0 a 24 meses, la autoeficacia para la lactancia y el conocimiento de las madres de dichos niños sobre la lactancia.

Se trabajó, en un período de aproximadamente 4 semanas, en un consultorio pediátrico del Senyp.

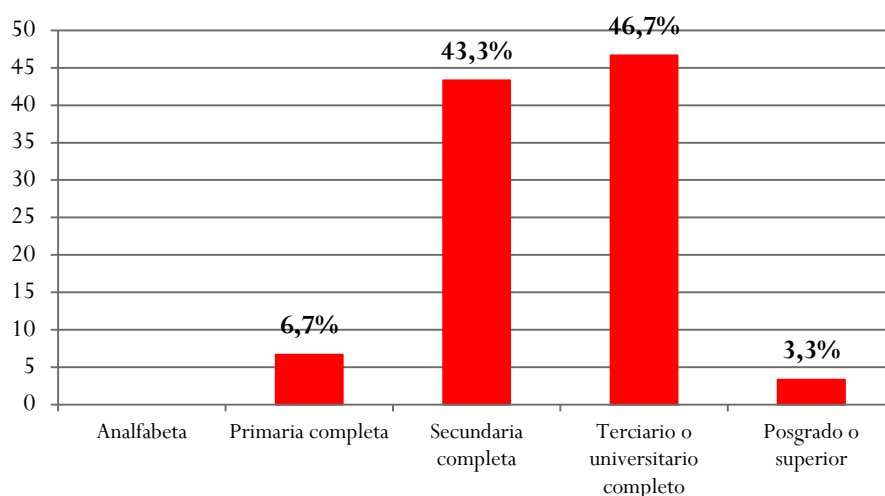
A continuación se presentan los principales resultados.

### 5.1 Características de la muestra

La edad de la madre más representada en esta investigación fue de un promedio de 37,5 años.

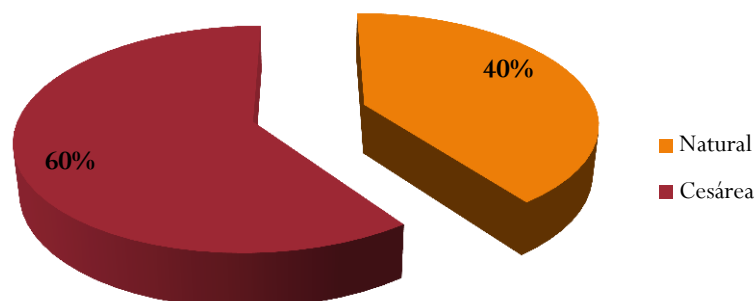
Teniendo en cuenta el nivel de instrucción, se encontró que predominaron aquellas madres con un nivel educativo de terciario o universitario alcanzando el 46,7% (n= 14) en contrapartida, el nivel educativo menos encontrado fueron las que completaron posgrado o superior que alcanzaron el 3,3% de la muestra (n=1). No hubo ninguna madre analfabeta.

**Grafico N° 1: Distribución de la muestra de madres según nivel de instrucción (N=30)**



En cuanto al tipo de nacimiento, el 60% (n=18) de la muestra fue por cesárea, mientras que el 40% (n=12) fue por parto natural.

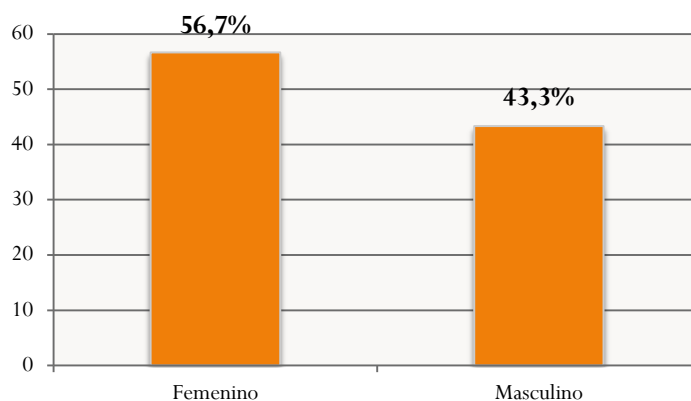
**Grafico N° 2: Distribución de la muestra de madres según tipo de nacimiento (N=30)**



Cabe destacar que con respecto a la información sobre la lactancia materna, se observó que el 100% de las madres recibió algún tipo de información sobre la misma.

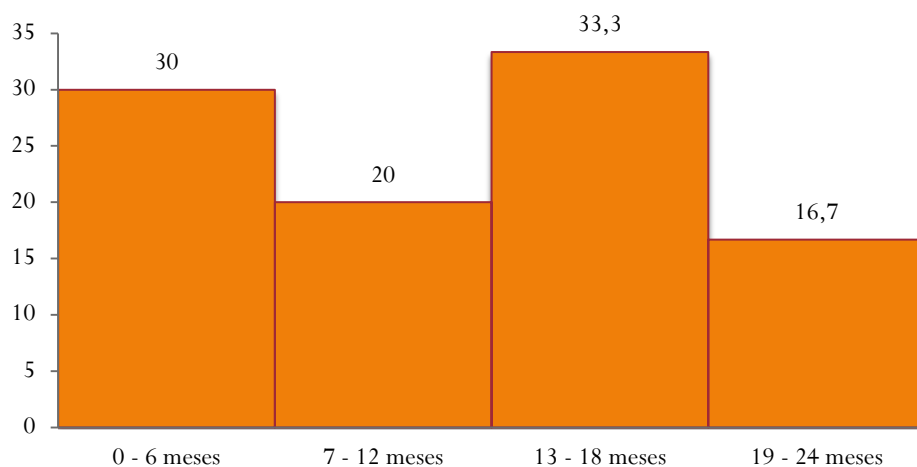
Teniendo en cuenta la variable sexo el 56,7% (n=17) de la muestra fueron de sexo femenino y el 43,3% (n=13) de sexo masculino.

**Grafico N°3: Distribución de la muestra de niños según sexo (N=30)**



Por otro lado como se pudo apreciar en el grafico 4, la distribución de la muestra según la edad del niño resultó homogénea tanto en los niños de entre 0-6 meses (n=9) y los niños de entre 13-18 meses (n=10); 30%, 33,3 % respectivamente. Así como en los niños de entre 7-12 meses (n=6) y los niños de entre 19-24 meses (n=5); 20%, 16,7% respectivamente.

**Grafico N° 4: Distribución de la muestra de niños según edad (N=30)**



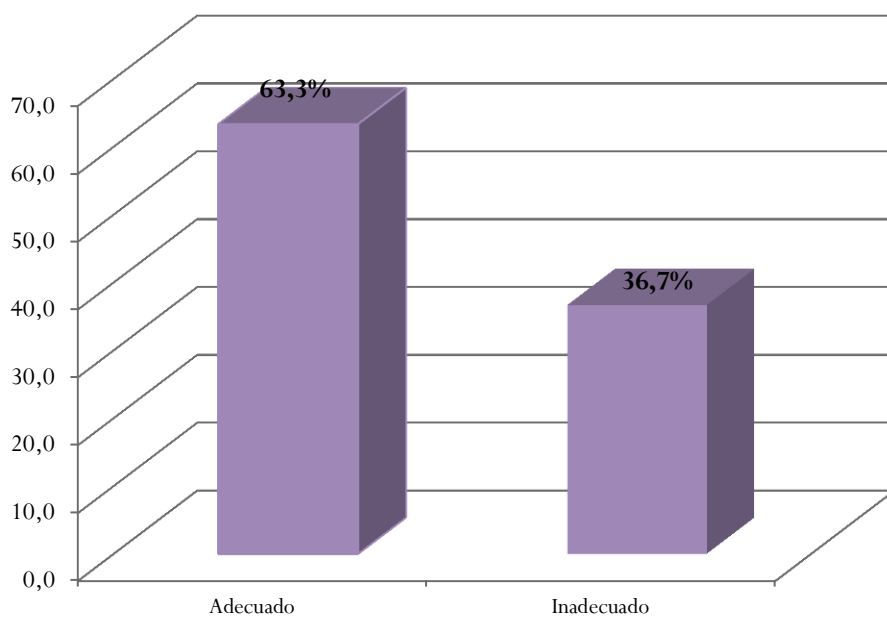
Cabe destacar que en cuanto al peso al nacer de los niños, el promedio fue de 3,03 kg y en relación a la edad gestacional un promedio de 37,5 semanas.

## 5.2 Análisis descriptivo

### 5.2.1 Valoración nutricional del niño y alimentación

El relación al estado nutricional de los niños, llamó la atención que el 63,3% de los lactantes presentó un EN adecuado. Sólo el 36,7% de ellos, un EN inadecuado.

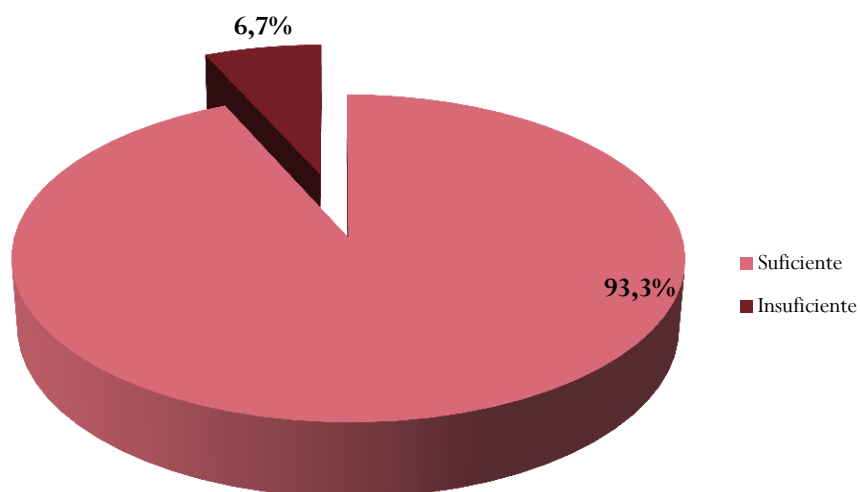
**Grafico N° 1: Distribución de la muestra de niños según estado nutricional (N=30)**



## 5.2.2 Conocimientos maternos

Teniendo en cuenta los conocimientos maternos se encontró que predominaron aquellas madres con conocimientos suficientes con el 93,3% y que sólo el 6,7% correspondieron a las madres con conocimientos insuficientes.

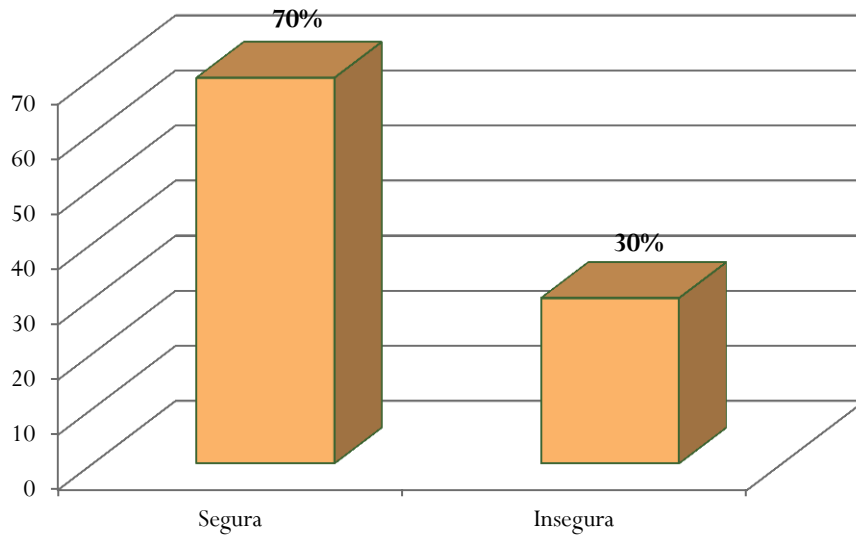
Grafico N° 1: Distribución de la muestra de madres según conocimiento maternos (N=30)



### 5.2.3 Autoeficacia para la lactancia materna

En cuanto a la autoeficacia para la lactancia materna, cabe destacar que el 70% de las madres se sintieron seguras durante el amamantamiento. Solamente el 30%, inseguras.

**Gráfico N° 1: Distribución de la muestra de madres según nivel de autoeficacia para la lactancia materna (N=30)**



## 5.3 Comprobación de Hipótesis

**Hipótesis 1 ( $H_1$ ):** El estado nutricional antropométrico de los lactantes de 0 a 24 meses es adecuado.

**Hipótesis de nulidad ( $H_0$ ):** No existen diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico de los lactantes de 0 a 24 meses.

**Tabla de comprobación de hipótesis para  $H_1$**

Categorías	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
<b>Adecuado</b>	19	15	4	16	1,067
<b>Inadecuado</b>	11	15	-4	16	1,067
<b>Total</b>	30	30	Chi obtenido		2,133

Para la puesta a prueba de la  $H_1$  se aplicó la fórmula de  $\chi^2$  para una variable. Se trabajó con un valor de  $\alpha$  de 0,05, un Intervalo de Confianza (IC) del 95% y 1 Grado de Libertad (GL). Con estas pautas el valor teórico de  $\chi^2$  fue de 3,84.

La aplicación de la fórmula estadística determinó un valor de  $\chi^2$  de 2,133. Siendo el mismo inferior al valor teórico, se comprueba la  $H_0$ , refutándose la  $H_1$ .

**Por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confianza que no existen diferencias significativas en el estado nutricional antropométrico de los lactantes de 0 a 24 meses.**

**Hipótesis 2 (H<sub>2</sub>):** Las madres de lactantes de 0 a 24 meses tienen un conocimiento suficiente sobre la lactancia materna.

**Hipótesis de nulidad (H<sub>0</sub>):** No existen diferencias significativas entre el conocimiento de las madres de lactantes de 0 a 24 meses.

**Tabla de comprobación de hipótesis para H<sub>2</sub>**

Categorías	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
<b>Suficiente</b>	28	15	13	169	11,267
<b>Insuficiente</b>	2	15	-13	169	11,267
<b>Total</b>	30	30	Chi obtenido		25,533

Para la puesta a prueba de la H<sub>2</sub> se aplicó la fórmula de chi<sup>2</sup> para una variable. Se trabajó con un valor de  $\alpha$  de 0,05, un Intervalo de Confianza (IC) del 95% y 1 Grado de Libertad (GL). Con estas pautas el valor teórico de chi<sup>2</sup> fue de 3,84.

La aplicación de la formula estadística determinó un valor de chi<sup>2</sup> de 25,533. Siendo el mismo superior al valor teórico, se refuta la H<sub>0</sub>, comprobándose la H<sub>2</sub>.

**Por lo tanto se puede afirmar con un 95 % de confianza que existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento de las madres lactantes de 0 a 24 meses.**

**Hipótesis 3 (H<sub>3</sub>):** Las madres de lactantes de 0 a 24 meses presentan un nivel de autoeficacia para la lactancia materna segura.

**Hipótesis de nulidad (H<sub>0</sub>):** No existe diferencias significativas en el nivel de autoeficacia para la lactancia materna en madres de lactantes de 0 a 24 meses.

**Tabla de comprobación de hipótesis para H<sub>3</sub>**

Categorías	O	E	O-E	(O-E)(O-E)	(O-E)(O-E)/E
<b>Segura</b>	21	15	6	36	2,400
<b>Insegura</b>	9	15	-6	36	2,400
<b>Total</b>	30	30	Chi obtenido		4,800

Para la puesta a prueba de la H<sub>3</sub> se aplicó la fórmula de chi<sup>2</sup> para una variable. Se trabajó con un valor de  $\alpha$  de 0,05, un Intervalo de Confianza (IC) del 95% y 1 Grado de Libertad (GL). Con estas pautas el valor teórico de chi<sup>2</sup> fue de 3,84.

La aplicación de la formula estadística determinó un valor de chi<sup>2</sup> de 4,800. Siendo el mismo superior al valor teórico, se refuta la H<sub>0</sub>, comprobándose la H<sub>2</sub>.

**Por lo tanto se puede afirmar con un 95% de confianza que existen diferencias significativas entre el nivel de autoeficacia para la lactancia materna en madres de lactantes de 0 a 24 meses.**

# Capítulo 6: Discusión, conclusión y Propuestas



## 6.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Este trabajo ha centrado su interés en investigar por un lado el estado nutricional antropométrico de lactantes, por otro lado los conocimientos de madres sobre la lactancia materna y además analizar la autoeficacia de las madres sobre el amamantamiento.

Se analizó a una población de 30 lactantes de 0 a 24 meses, así como también a 30 madres.

Se llevó a cabo en un consultorio pediátrico de la capital tucumana.

A continuación se presentan las principales conclusiones:

El estado nutricional antropométrico en lactantes es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes, una condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutricionales individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos (De Krause, 1998). En los niños, y especialmente antes del primer año de vida, es muy importante la vigilancia nutricional debido a la gran velocidad de crecimiento. Cualquier factor que altere este equilibrio, repercute rápidamente en el crecimiento y desarrollo del niño. Por esta razón el control periódico de salud constituye el elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales, ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada (Adrianzén, 2004). En esta investigación no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre aquellos que tuvieron un adecuado e inadecuado EN. Los niños con EN adecuado, alcanzaron el 60% de las muestras ( $\alpha = 0,05$ ; IC= 95%; 1 GL). Estudios realizados en países industrializados mostraron datos diferentes a lo encontrado en esta investigación, se encontró que predominó el estado nutricional antropométrico inadecuado, ya que hubo un alto porcentaje de niños con desnutrición (Covar, Alda, Ventura, Braunstein, Serralunga y cols, 2008; Díaz Argüelles, Ramírez Corrí, 2005; García, Hess, 2007; Jiménez, Pardo, Ibáñez, 2009; Schonhaut, Rodríguez, Lizama, Lucero, Maldonado y cols, 2014).

El peso al nacer es un determinante básico de supervivencia, salud y desarrollo infantil. Los niños que nacen con 2,5 kg tienen más posibilidades de

sufrir enfermedades y mayor riesgo de muerte durante el primer año de vida, (Ministerio de Salud , 2006). En este trabajo de investigación, el porcentaje de peso al nacer fue de 3,03kg, lo que difiere con la estadística realizada en Argentina por el Ministerio de Salud en el año 2005, ya que hubo una tasa alta de niños con bajo peso al nacer, así como también en un estudio realizado en Canadá, en el año 2005- 2006, el cual arrojó datos similares. (Ministerio de Salud , 2006).

La lactancia materna es un proceso natural que existe desde que existe el hombre pero no es algo sencillo, hay muchos factores sociales, culturales, personales y familiares que obstaculizan la buena práctica de este proceso natural.

A través del tiempo se dan todo tipo de cambios: sociales, culturales, tecnológicos que hacen que los conocimientos se modifiquen positiva o negativamente y si la mujer, que esta involucrada en la sociedad y sus cambios, no se le da a conocer o no se la educa en el momento prenatal sobre como prepararse física y psicológicamente para el amamantamiento; será luego mas difícil de manejar (Osorio, 1992). En este estudio se verificó con un 95% de confianza, que los conocimientos maternos fueron suficientes. Las madres con conocimientos suficientes alcanzaron el 93,3%, solamente el 6,7% tuvieron conocimientos insuficientes respecto a la misma. Estos datos por un lado coincidieron con algunas investigaciones internacionales referidas al tema (Akre, 1992; Delgado, Hebel, Orellana, Ríos, 2000; Forsyth, Ongston, Clark, Florey, Howie, 1993; Grossman, Harter, Hasbrouk, 2000; Howard, Weitzman, 1993). Y por otro lado difiere de una investigación realizada en Lima, Perú, donde el 59% de las madres tenían conocimientos insuficientes sobre la lactancia materna (Hernández, Bellido, 1997).

Dada la controversia existente a cerca de los beneficios y perjuicios ocasionados por el uso del chupete en la actualidad, debido a las malformaciones en el aparato dentario (Aliboni, 2002) en este estudio, se encontró que los principales desconocimientos sobre la lactancia materna, estuvo vinculada al uso del chupete.

La autoeficacia es una variable psicológica que influye fuertemente en cuan efectiva puede ser una persona para afrontar un proceso estresante.

Mientras mayor sea el grado de autoeficacia percibida, más motivado se encontrará un sujeto para iniciar y mantener una actividad (Bandura, 1999). La autoeficacia enfocada específicamente al amamantamiento se define como la “percepción de la madre sobre su habilidad para amamantar a su recién nacido” (Dennis, 1999). En esta investigación se encontró que solo el 30% de las madres se sintieron inseguras, es decir, predominaron las madres que estuvieron seguras respecto a su amamantamiento. Estos resultados coincidieron con la bibliografía referida al tema, dado que en esos estudios se encontró que predominaron las madres que se sintieron seguras durante amamantamiento (Creedy, Dennis, Blyth, Moyle, Pratt y cols, 2003; Dennis, 1999; Dennis, 2003; Molina Dávila, Parrilla, Dennis, 2003; Wutke, Dennis, 2007).

## 6.2 PROPUESTAS

---

Los datos aportados por este estudio son conocimientos científicos de relevancia para distintos actores de nuestra comunidad, por ejemplo a los profesionales del área de la salud especialmente de la nutrición, también en el ámbito clínico, el posible hecho de trabajar con escalas de autoeficacia podría utilizarse en las madres, en los consultorios tanto de nutrición como pediátricos para ver que cosas pueden fortalecer en la consulta, en explicarles mejor acerca del amamantamiento o si hay que derivar o no a un psicólogo.

Aportaría también a la psicología, ya que los profesionales podrían tener en cuenta el uso de escalas de autoeficacia a la hora de iniciar acciones que busquen que las personas puedan auto validarse.

Por otro lado, aportaría también a profesionales educadores como la enfermería y al estado como responsables de la promoción de la lactancia materna. Podría condicionar la decisión de la gestante sobre la forma de alimentar a su hijo y así conseguir un amamantamiento satisfactorio y eficaz. También podría influir positivamente en la toma de conciencia de la gestante para mantener la lactancia materna al máximo tiempo posible.

Por lo tanto, le serviría para todos los profesionales mencionados y sobre todo al nutricionista, ya que el mismo, es por tanto un profesional universitario, cuya formación académica sustentada en una base científica y ética, le permite desarrollar competencias específicas para desempeñarse con autonomía, en diferentes campos de aplicación de la disciplina, que lo diferencian de otros profesionales de la salud y la alimentación.

Por ello y por ultimo es importante destacar que teniendo en cuenta la mirada de la autoeficacia para la lactancia materna es importante para el nutricionista porque podría influir a los profesionales de la salud al uso de las escalas de autoeficacia, para que sean adaptadas. Así como también influir sobre sus pacientes en cuanto a la modificación de los estilos de vida.

En cuanto a las limitantes de este estudio se pueden mencionar en primer término el tamaño de la muestra, dado que esta investigación se trabajo en un consultorio particular, fue posible recabar datos de 30 niños. Se sugiere

que futuras investigaciones se trabaje con estrategias metodológicas que prevean un tamaño de muestra representativo.

Otra limitación de este estudio estuvo vinculada a la bibliografía consultada, en Argentina este es el primer estudio realizado sobre autoeficacia para la LM, esto significó una dificultad en las búsquedas bibliográficas, se encontraron pocos artículos de acceso libre e inclusive la bibliografía disponible para la compra no es abundante. Se sugiere que futuras investigaciones prevean la manera de mejorar el acceso a la bibliografía contactándose con autores internacionales que la faciliten.

# Bibliografía



## Bibliografía

---

- Matitis: Causas y Manejo. Departamento de Salud y desarrollo del niño y del adolescente* . (2002). Ginebra : Organizacion Mundial de la Salud.
- Ministerio de Salud* . (2006). Obtenido de [www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/1-capitulo-sana.pdf](http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/1-capitulo-sana.pdf)
- Adrianzén, P. (2004). *Velocidad de crecimiento en lactantes que reciben Lactancia Materna Exclusiva VS lactancia mixta*. Santiago : Instituto Nacional de Salud del Niño.
- Aliboni, V. (2002). *Uso del chupete: hallazgos preliminares*. Obtenido de [http://www3.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2002/arch02\\_2/114.pdf](http://www3.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2002/arch02_2/114.pdf)
- Bandura, A. (1984). *Teoria del aprendizaje social*. Madrid: Espasa universitaria.
- Bandura, A. (1995). *Self - efficacy in changing societies*. New York: Cambridge university press.
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: como afrontamos los cambios en la sociedad actual*. Madrid: Descleé de Brouwer.
- Bunge, M. (1996). *La ciencia: su método y su filosofía*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana .
- De Girolami, D. (2003). *Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal*. Buenos Aires: El Ateneo.
- De Krause, M. (1998). *Nutrición y Dietoterapia*. Mexico: Hill Interamericana. Primera Edición.
- Dennis, C.-L. (1999). *Theoretical underpinnings of self: efficacy framework*. Canada: Journal of Human Lactation.
- Ferreaes, M. (1998). *Lactancia Materna*. Mexico D.F: Mac Graw Hill Interamericana.
- Goddard Hernández, B. E. (2010). *Adaptación transcultural de la escala de autoeficacia para el amamantamiento- formato corto al contexto chileno*. Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmg578a/doc/fmg578a.pdf>
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodologia de la investigacion*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.

- León Cava, N. (2002). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de [http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/lactancia/CNLM\\_cuantificacion\\_de\\_beneficios\\_de\\_la\\_LM.pdf](http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_cuantificacion_de_beneficios_de_la_LM.pdf)
- Lorenzo, J. (2007). *Nutrición en el niño sano*. Rosario : Corpus.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). *The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies*. USA: The journal of psychology.
- Menghello, J. (1991). *Pediatría cuarta edición*. Santiago de Chile: Mediterraneo.
- Olivari Medina, C., & Urrea Medina, E. (2007). *Autoeficacia y conductas de salud. Ciencia y enfermería*.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Recuperado el 6 de Junio de 2014, de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/childgrowth/publications/physical\\_status/es/](http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/es/)
- Osorio, J. (1992). *Hacia una feliz lactancia materna*. Bogotá: Edición UNICEF.
- Parrila, A. (2001). *Guía para una lactancia exitosa*. Puerto Rico : Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- Prieto Navarro, L., Bandura, A., & Pajares, F. (2007). *Autoeficacia del profesor universitario: eficacia percibida y práctica docente*. Madrid: Narcea Universitaria.
- Roberto, H. S., Carlos, F. C., & Pilar, B. L. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Rozas García, M. R. (2006). *Problemas tempranos en las mamás durante la lactancia. Medidas de prevención y tratamiento*. Barcelona: Ediciones Mayo, S.A.
- Salazar Bondy, A. (1961). *Introducción a la filosofía*. Lima: Manual de filosofía Vol. II.
- Sanjuán Suárez, P., Pérez García, A. M., & Jose, B. M. (2000). *Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para sociedad española*. Reunido.
- Sociedad Argentina de pediatría. (2013). *Guías para la evaluación del crecimiento físico*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría.
- Torresani, M. E. (2008). *Cuidado nutricional pediátrico*. Buenos Aires: Universitaria.
- UNICEF. (1990). *Strategies for improved nutrition of children and women in developing countries*. New York: Joint support program.
- WFP, Organización Panamericana de la Salud, Comisión Europea de Ayuda Humanitaria. (2005). *Estado Nutricional, de alimentación y condiciones de salud de*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud.

# Anexos



## **Anexo N° 1: Consentimiento Informado – Aceptación**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **Notificación**

El presente trabajo de Tesis de Licenciatura titulado “Estado nutricional del lactante, conocimientos maternos y autoeficacia para la lactancia en mujeres tucumanas“, elaborado por la Srta: Milena Natalia García Segura, estudiante de Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias De La Salud de la UNSTA.

El objetivo de este trabajo es:

- ❖ Valorar el estado nutricional antropométrico de lactantes de 0 a 24 meses.
- ❖ Identificar el conocimiento sobre la lactancia materna en madres de lactantes de 0 a 24 meses.
- ❖ Describir la autoeficacia para la lactancia materna en madres de lactantes de 0 a 24 meses.

La participación en este trabajo de investigación es estrictamente voluntaria. La información proporcionada será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de este trabajo.

En caso de tener duda al respecto, puede hacer la consulta que sea necesaria para completar su información. En caso de que algunas de las preguntas del cuestionario le resultaran incómodas o inconvenientes tiene el derecho de hacérselo saber a la Srta, ó, directamente negarse a responder.

Desde ya se agradece su participación.

Cordialmente.

Firma:

.....  
Apellido y Nombre del responsable del trabajo de Tesis

## ACEPTACION

-----**ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE** en este Trabajo de **Investigación**, conducido por: Milena Natalia García Segura. He sido informada/o que los fines de este trabajo son:

- ❖ Valorar el estado nutricional antropométrico de lactantes de 0 a 24 meses.
- ❖ Identificar el conocimiento sobre la lactancia materna en madres de lactantes de 0 a 24 meses.
- ❖ Describir la autoeficacia para la lactancia materna en madres de lactantes de 0 a 24 meses.

-----Reconozco que la información que Yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y Exclusivo para este trabajo. Se prohíbe utilizarla para cualquier otro propósito. He sido informada/o que puedo hacer preguntas sobre el trabajo en cualquier momento y que puedo no responder a las preguntas que me incomoden. De tener preguntas sobre mi participación en este trabajo, puedo contactar a la Srita Milena Natalia García Segura, en los siguientes N° telefónicos: 4346151 - 3816056100.

Apellido y Nombre del Participante: -----

Firma: -----

Fecha: -----

## Anexo N° 2: Ficha del niño y de la madre

---

### 1. DATOS DEL NIÑO

---

1a Sexo:.....1b Edad: .....2 Peso Actual: .....3 Talla: .....4 Peso al nacer: .....5 Edad gestacional: .....

6 Tipo de alimentación: \_\_LM \_\_ FL \_\_ ACO

### 2. DATOS DE LA MADRE

---

1. Edad:.....

#### 2. Máximo nivel de instrucción alcanzado

- Analfabeta o primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria completa
- Terciario o universitario completo
- Posgrado o superior

3. Cantidad de Hijos:.....

4. Tipo de nacimiento del hijo actual: \_\_\_\_Parto natural \_\_\_\_Cesárea

5. ¿Ha recibido algún tipo de información acerca de la lactancia materna?

SI NO

6. Si la recibió, ¿a partir de donde o de quien la adquirió?

- Familiar
- Libro
- Campaña de promoción de lactancia materna
- Médico pediatra
- Otros.....

**7. Para cada una de las siguientes afirmaciones, elija la respuesta que mejor describe cuán segura se siente con respecto a manejar la lactancia de su nuevo hijo. Por favor, marque su respuesta haciendo una cruz (X) en la opción más cerca de cómo se siente. No hay respuestas correctas o incorrectas. Elija solo una**

ENUNCIADOS	INSEGURA	MAS O MENOS SEGURA	SEGURA
1 Puedo determinar que mi hijo está recibiendo suficiente leche de mí pecho			
2 Puedo enfrentar con éxito el amamantamiento igual como he enfrentado otros desafíos en mi vida			
3 Puedo darle pecho a mi hijo sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas (relleno)			
4 Puedo asegurar que mi hijo esta apropiadamente agarrado a mi pecho mientras se alimenta.			
5 Puedo manejar a mi bienestar la situación del amamantamiento			
6 Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso si mi hijo está llorando			
7 Puedo mantener el deseo de amamantar.			
8 Puedo dar pecho cómodamente cuando los miembros de mi familia están presentes			
9 Puedo estar satisfecha con la experiencia de amamantar.			
10 Puedo enfrentar el hecho de que la lactancia materna me ocupará tiempo.			
11 Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiarlo al otro pecho.			
12 Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite.			
13 Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo			
14 Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho			

**8. Seleccione Verdadero (V) o Falso (F) para cada enunciado según como los considere**

ENUNCIADOS	V	F
1 Se recomienda que el inicio de la lactancia materna sea dentro de la primera hora de vida del recién nacido		
2 Es importante que el niño menor a 6 meses ingiera agua o algún jugo entre mamadas, para evitar la deshidratación		
3 Cuando la madre está muy tensa, estresada, preocupada o deprimida se debe dejar de darle el pecho al bebé		
4 La alimentación del niño debe establecerse a horario libre o auto demanda durante el día y la noche		
5 La lactancia materna protege al niño de enfermedades como obesidad y colesterol alto		
6 El uso del chupete está recomendado ya que tranquiliza al niño		
7 La presencia de grietas en el pezón de la madre justifica la interrupción de la lactancia		
8 Se recomienda que el niño continúe con lactancia materna hasta los 2 años		
9 Si durante la primera semana de vida el niño baja de peso, es indicio de que la leche materna no es de buena calidad		
10 La fórmula de inicio es mejor que la leche materna por tener mayor concentración de vitaminas, minerales, proteínas y calcio		
11 La alimentación de la madre debe ser balanceada, armónica, completa y suficiente ya que eso se ve reflejado en la calidad de la leche que le proporciona al niño		
12 A partir de los 6 meses, se pueden incorporar alimentos progresivamente según indicación del profesional de la salud		
13 En el momento de amamantar, es el bebé el que debe volcar su cabeza en busca del pezón		
14 La lactancia hasta los dos años dificulta crear un vínculo entre la madre y el bebé, e incluso baja el autoestima de la madre.		

## Anexo N° 3: Grilla de corrección de conocimientos

ENUNCIADOS	V	F
1 Se recomienda que el inicio de la lactancia materna sea dentro de la primera hora de vida del recién nacido (Lorenzo, 2207)	X	
2 Es importante que el niño menor a 6 meses ingiera agua o algún jugo entre mamadas, para evitar la deshidratación (Torresani, 2008).		X
3 Cuando la madre está muy tensa, estresada, preocupada o deprimida se debe dejar de darle el pecho al bebé (Lorenzo, 2007).		X
4 La alimentación del niño debe establecerse a horario libre o auto demanda durante el día y la noche (Lorenzo, 2007).	X	
5 La lactancia materna protege al niño de enfermedades como obesidad y colesterol alto (Lorenzo, 2007).	X	
6 El uso del chupete está recomendado ya que tranquiliza al niño (Aliboni, 2002).	X	
7 La presencia de grietas en el pezón de la madre justifica la interrupción de la lactancia (De Krause, 1998).		X
8 Se recomienda que el niño continúe con lactancia materna hasta los 2 años (Organización Mundial de la Salud, 2014).	X	
9 Si durante la primera semana de vida el niño baja de peso, es indicio de que la leche materna no es de buena calidad (De Krause, 1998).		X
10 La fórmula de inicio es mejor que la leche materna por tener mayor concentración de vitaminas, minerales, proteínas y calcio (Lorenzo, 2007).		X
11 La alimentación de la madre debe ser balanceada, armónica, completa y suficiente ya que eso se ve reflejado en la calidad de la leche que le proporciona al niño (De Krause, 1998).	X	
12 A partir de los 6 meses, se pueden incorporar alimentos progresivamente según indicación del profesional de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2014)	X	
13 En el momento de amamantar, es el bebe el que debe volcar su cabeza en busca del pezón (De Krause, 1998).		X
14 La lactancia hasta los dos años dificulta crear un vínculo entre la madre y el bebe, e incluso baja el autoestima de la madre (Lorenzo, 2007).		X

## **Anexo N° 4:” Guía para la evaluación del crecimiento físicos”, 2013, para la toma de mediciones (pag 19 – 20)**

### Técnicas antropométricas:

#### Peso corporal:

Los niños deben pesarse sin ropa. Si esto no es posible, se descontará luego el peso de la prenda usada. Se coloca al niño sobre el centro de la plataforma o bandeja de la balanza, efectuándose la lectura con el fiel en el centro de su recorrido, hasta los 10 ó 100 g completos (según se trate de una balanza para lactantes o para niños mayores); por ejemplo, si el vástago está entre los 18.700 g y los 18.800 g la lectura será de 18.700 g. Las balanzas deben ser controladas y calibradas una vez cada tres meses.



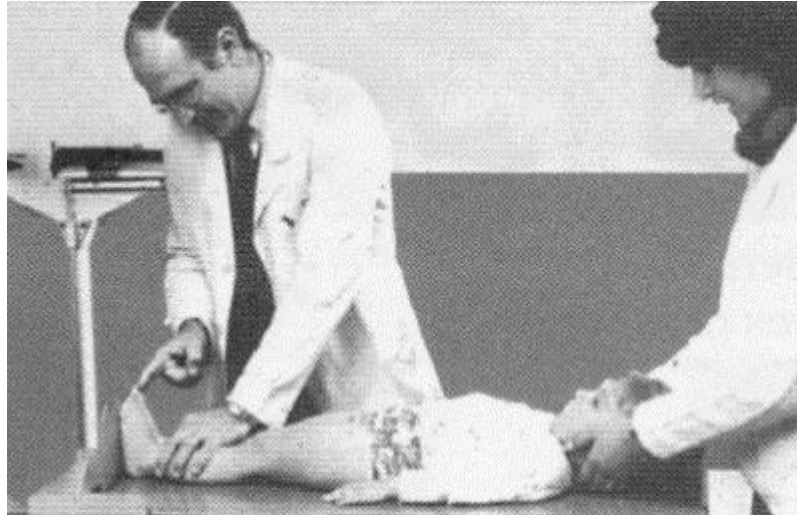
#### Longitud corporal en decúbito supino:

Debe medirse hasta los 2 años. Desde esta edad en adelante se medirá en posición de pie. Es necesario que la medición se efectúe con un ayudante, que puede ser la madre del niño. Se coloca al niño en decúbito supino sobre la superficie horizontal plana.

El ayudante mantiene la cabeza en contacto con el extremo cefálico de dicha superficie, contra el plano vertical fijo. La cabeza del niño debe colocarse con el plano de Frankfúrt paralelo a la barra fija. Esto se logra haciendo que el

niño mire hacia arriba, de tal manera que la línea que forma el borde inferior de la órbita y el conducto auditivo externo quede paralelo al soporte fijo .

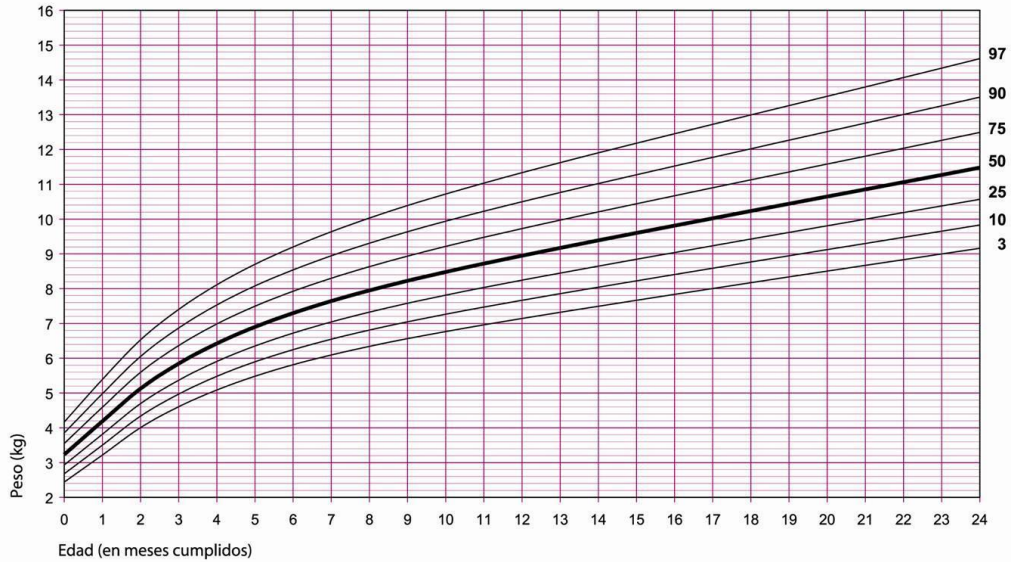
El observador que mide al niño estira las piernas de éste y mantiene los pies en ángulo recto, deslizando la superficie vertical móvil hasta que esté firmemente en contacto con los talones del niño, efectuándose entonces la lectura hasta el último milímetro completo (0,1 cm).



## Anexo N° 5: Tablas de valoración

### Peso para la Edad de NIÑAS

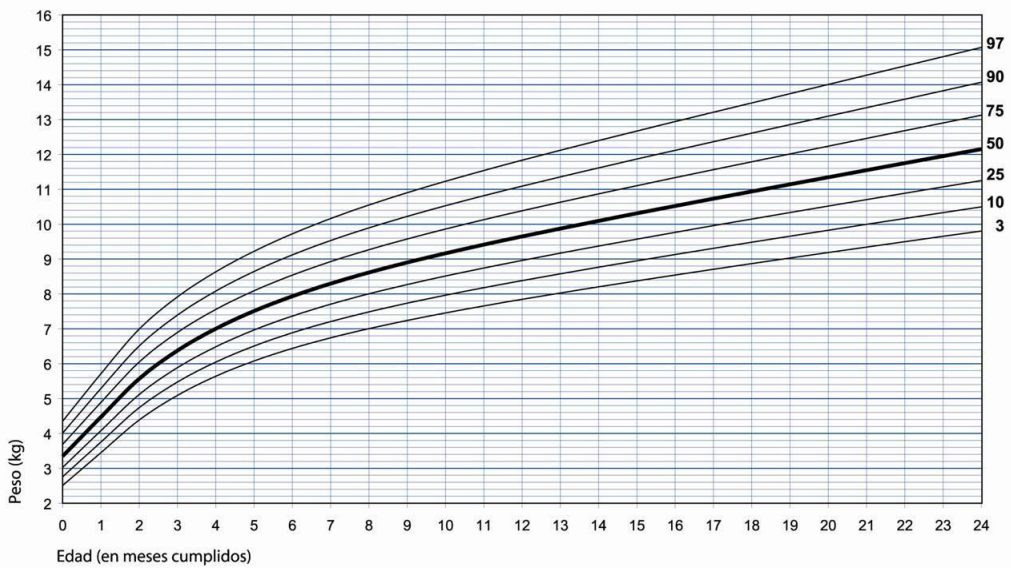
Percentilos (0 a 24 meses)



Organización Mundial de la Salud. Patrón de crecimiento, 2006

### Peso para la Edad de NIÑOS

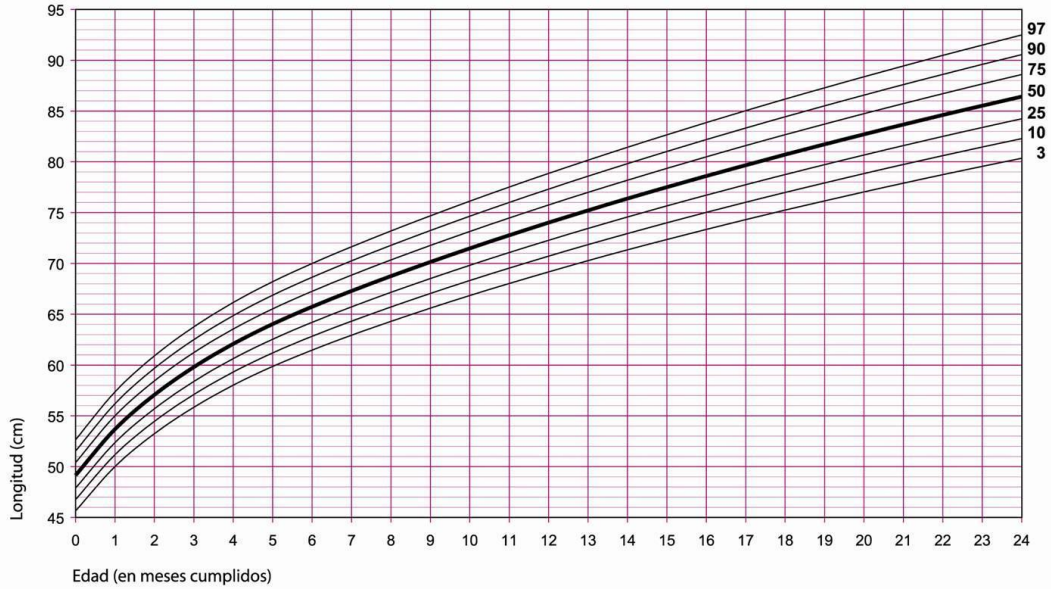
Percentilos (0 a 24 meses)



Organización Mundial de la Salud. Patrón de crecimiento, 2006

### Longitud para la Edad de NIÑAS

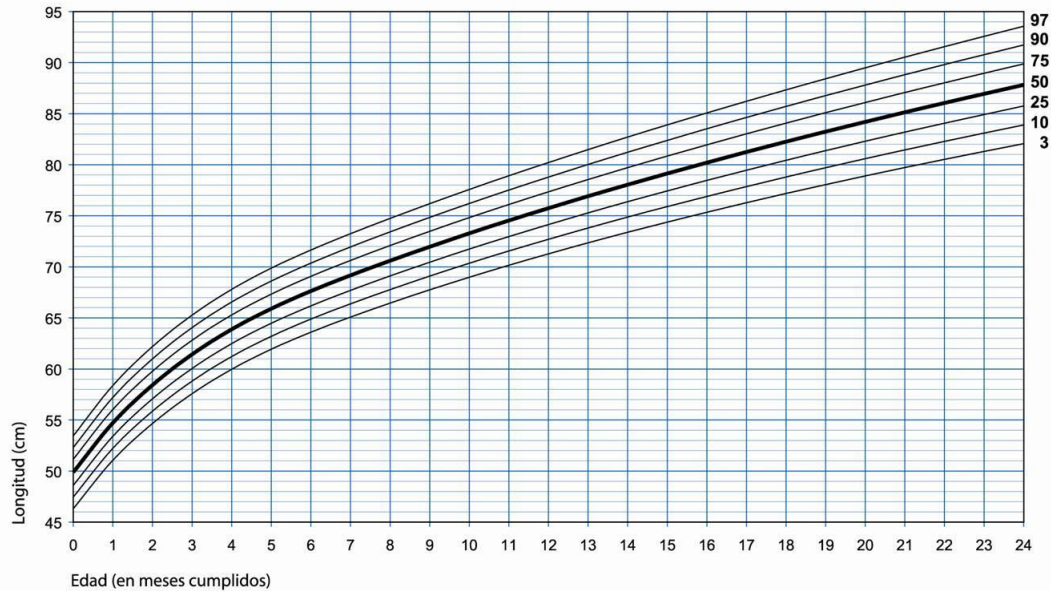
Percentilos (0 a 24 meses)



Organización Mundial de la Salud. Patrón de crecimiento, 2006

### Longitud para la Edad de NIÑOS

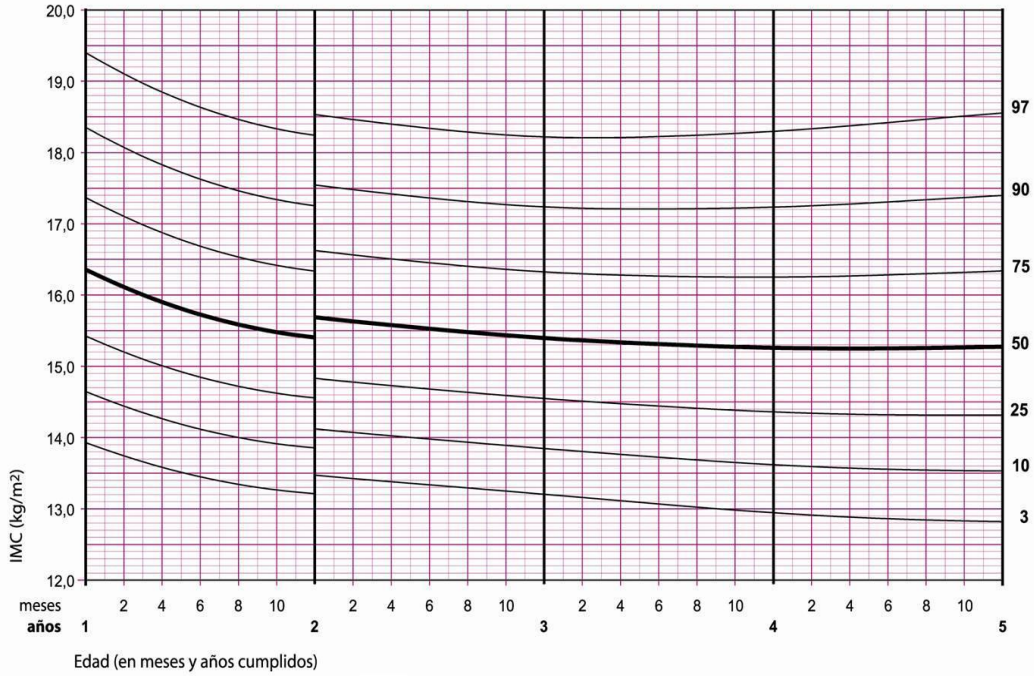
Percentilos (0 a 24 meses)



Organización Mundial de la Salud. Patrón de crecimiento, 2006

## Indice de Masa Corporal de NIÑAS

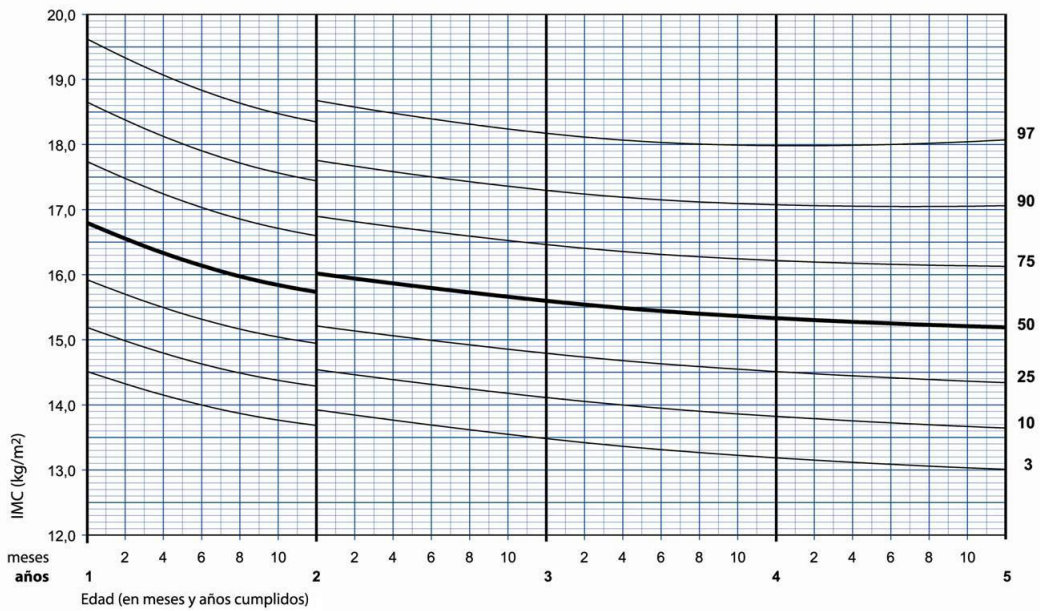
Percentilos (1 a 5 años)



Organización Mundial de la Salud. Patrón de crecimiento, 2006

## Indice de Masa Corporal de NIÑOS

Percentilos (1 a 5 años)



Organización Mundial de la Salud. Patrón de crecimiento, 2006