

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN PUÉRPERAS PRIMIPARAS. HOSPITAL II-ESSALUD.
SETIEMBRE – NOVIEMBRE. 2015”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

Presentado por

ROCA BAUTISTA, Sandra Marina.

SUAREZ ECHACCAYA, Cledy.

ASESOR: Mg. Obst. Roaldo PINO ANAYA.

AYACUCHO- PERÚ

2015

Tesis
0752
Roc
Ej-1

ACTA DE SUSTENTACION

R.D N° 311-FC de la Salud- UNSCH-2015

En la ciudad de Ayacucho a los veintinueve días del mes de diciembre del año dos mil quince, siendo las ocho horas con cuarenta minutos, en el auditorio de la Escuela de Formación Profesional de Obstetricia, se reunieron los miembros del jurado calificador integrado por:

Mg. Melchora Avalos Mamani (Presidente)

Mg. Oriol Chuchón Gómez (Miembro)

Mg. Patricia Bustamante Quispe (Miembro)

Mg. Roaldo, Pino Anaya (Asesor)

Bajo la presidencia de la Mg Melchora Avalos Mamani y actuando como secretario docente el Mg. Roaldo Pino Anaya asesor de la tesis en mención.

Se continúa con la lectura de la Resolución Decanal de 2015 que resuelve declarar expedita la Sustentación de la Tesis "Nivel de Conocimientos y Uso Sobre Lactancia Materna Exclusiva en Puérperas Primíparas del Hospital II- EsSalud. Setiembre – Noviembre 2015", presentado por las bachilleres en Obstetricia Sandra Marina Roca Bautista y Cledy Suarez Echaccaya.

Acto seguido la presidente invita a las tesisas proceder con la sustentación en el tiempo provisto en el reglamento.

Concluida con la sustentación de tesis, la presidente invita a los miembros del jurado a formular las preguntas y/o observaciones que consideran por conveniente. Concluida la estación de preguntas, la presidente invita al público abandonar la sala a fin de que el jurado calificador proceda con la deliberación respectiva.

Resultados de la evaluación de Sandra Marina roca Bautista:

	Nota	Nota	Nota	Promedio
	Texto	Exposición	P/R	
Mag. Melchora Avalos Mamani (presidente)	16	16	16	16
Mg. Oriol Chuchón Gómez (miembro)	17	17	17	17
Obst. Patricia Bustamante Quispe (miembro)	16	17	17	17

Promedio Final: 17

Resultados de la evaluación de Cledy Suarez Echaccaya

	Nota	Nota	Nota	Promedio
	Texto	Exposición	P/R	
Mg. Melchora Avalos Mamani (presidente)	16	16	16	16
Mg. Oriol Chuchón Gómez (miembro)	17	17	17	17
Obst. Patricia Bustamante Quispe (miembro)	16	17	17	17

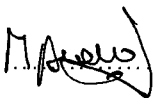
Promedio final: 17

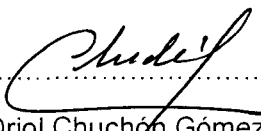
De la evaluación de los miembros del jurado se concluye APROBAR por unanimidad a la Bachiller Sandra Marina Roca Bautista con la nota:


APROBAR por unanimidad a la Bachiller Cledy Suarez Echaccaya con la nota:

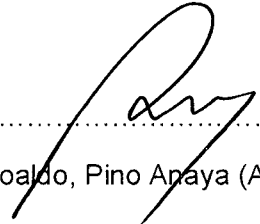
Se sugiere levantar las observaciones planteadas por los miembros del Jurado.

Finalmente para dar fe de lo actuado los miembros del Jurado firman al pie de la presente acta, siendo las:


.....
Mg. Melchora Avalos Mamani (Presidente)


.....
Mg. Oriol Chuchón Gómez (Miembro)


.....
Mg. Patricia Bustamante Quispe (Miembro)


.....
Mg. Roaldo, Pino Anaya (Asesor)

DEDICATORIA

A mis adorados padres JAVIER y MARINA, quienes con su amor, afecto y sacrificio me brindaron todo el apoyo hasta la conclusión de mis estudios superiores.

A mis hermanos REYNA Y MIQUEAS por ser la razón de mi superación.

A mi amado FLORIANO, quien con su amor, afecto y sacrificio incentivó en el éxito de mi formación profesional y la conclusión del presente trabajo.

SANDRA

DEDICATORIA

A Dios por guiarme y protegerme en cada momento de mi vida, por haberme permitido llegar a este momento tan importante de mi existencia.

A mis padres Cirilo y Estefa y hermanos Charles y Jhenny quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, brindándome su apoyo emocional y comprensión, depositando su entera confianza en cada reto que se me presenta, gracias a ustedes por haber contribuido en mi desarrollo profesional.

A mis profesores, gracias por el apoyo y los conocimientos que me transmitieron durante el desarrollo de mi formación profesional por inculcarme el deseo de superación e impulsarme al ámbito de la investigación.

Cledy.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por habernos dado la oportunidad de la vida y por iluminar nuestra existencia con sus bendiciones.

A nuestros padres:

Por ser nuestra fuente inagotable de inspiración y sacrificio en las adversidades de la vida.

A la Escuela de Formación Profesional de Obstetricia de la UNSCH, en su persona de los docentes formadores:

Por habernos acogido en sus aulas durante nuestra permanencia estudiantil. Asimismo, al personal docente de la mencionada Escuela por su gran contribución académica, a nuestro asesor por habernos brindado su generoso tiempo durante la elaboración del presente trabajo de investigación.

A nuestros compañeros:

Por compartir muchos instantes de reflexión y apoyo recíproco.

Las Investigadoras

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.-PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	7
1.2.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3.-OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.3.1.-OBJETIVO GENERAL.....	12
1.3.2.-ESPECIFICOS.....	12

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.-ANTECEDENTE DE ESTUDIO.....	13
2.2.-BASE TEÓRICA-CIENTÍFICA.....	18
2.2.1.-CONOCIMIENTO.....	18
2.2.2.-CONOCIMIENTO Y USO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS.....	19
2.2.3.-LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	23
2.2.4.-TIPOS DE LACTANCIA MATERNA.....	24
2.2.5.-ANATOMÍA DE LA MAMA.....	25
2.2.6.-COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA.....	29
2.2.7.-CAMBIOS DE LA COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA.....	31
2.2.8.-VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	32
2.2.9.-TÉNICAS DE AMAMANTAMIENTO.....	44
2.2.10.-TIEMPO ÓPTIMO DE AMAMANTAMIENTO.....	45
2.2.11.-PUERPERIO NORMAL.....	46

2.2.12.-FACTORES ASOCIADOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	46
2.3.-DEFINIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TÉRMINOS.....	49
2.4.-HIPÓTESIS.....	51
2.5.-VARIABLES E INDICADORES.....	52

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	53
3.2.-MÉTODO DE ESTUDIO.....	53
3.3.-POBLACIÓN.....	53
3.4.- MUESTRA.....	53
3.5.-TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	55
3.6.-PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	55
3.7.-PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	56

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES.....	89
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	90
ANEXOS.....	94

INTRODUCCIÓN

La Lactancia Materna es un acto natural que se practica como forma de alimentación al niño durante los primeros meses de vida¹, por medio del cual la madre brinda un fluido biológico complejo: proteínas, grasas, vitaminas, carbohidratos, sales minerales, agua; así como de elementos bioactivos que le confieren a la leche, además de la propiedad nutritiva, la protección contra agentes patógenos presentes en el medio ambiente, favorece la maduración del aparato digestivo del lactante; del mismo modo, presenta la ventaja de que para su administración se requiere por lo general que la madre tenga un contacto piel a piel mayor con su bebé, lo que favorece las relaciones psicoafectivas desde temprana edad entre la madre y el hijo. Existe también otra ventaja que es la del ahorro de tiempo, dinero y trabajo, debido que no se requiere el aporte de una cantidad de dinero para adquirirla, ni necesita preparación. Por lo tanto se puede concluir en que no existe sustituto completo para esta leche. Es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la Lactancia Materna debe ser exclusiva hasta los seis meses de edad, sin la adición de líquidos u otras leches.²

Es necesario destacar además que la lactancia materna exclusiva tiene la función anticonceptiva, es un periodo fisiológico de infertilidad. Es un anticonceptivo por excelencia cuando se asocia a un tiempo prolongado de amenorrea, prácticamente es un método natural de regulación de la fertilidad, mientras sea exclusiva. Además es especialmente recomendada por sus especiales propiedades defensivas para la protección del niño ya que la leche materna contiene todas las fracciones de anticuerpos, células y factores humorales contra los agentes patógenos que pueden agredir al niño.

Los índices de mortalidad y morbilidad infantil son más bajas entre los niños alimentados con lactancia materna, que entre los niños alimentados con lactancia artificial.

Aún así en el contexto mundial se observa un bajo nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas y esto conlleva a que presenten técnicas inadecuadas en el uso de la lactancia materna.

En el departamento de Ayacucho se promueve la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, sin embargo las puérperas desconocen la importancia del valor nutritivo de la leche materna, debido a que no se les brinda una información oportuna ni adecuada. Además se observa cierto desinterés por parte de la mayoría de ellas, dado que tienen otras prioridades que atender (plática entre las pacientes y con sus familiares, descansar, trabajo).

Por tal motivo realizamos el presente estudio de investigación, el cual fue de mucha importancia, ya que nos permitió conocer el nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas, de esta manera contribuir con el profesional de salud para la aplicación de estrategias que mejoren la información, educación y comunicación sobre la lactancia materna exclusiva en especial a las primíparas del Hospital II-EsSalud. A través de una investigación aplicada, método de estudio descriptivo, transversal, prospectivo, con una muestra constituida por 70 pacientes puérperas primíparas del hospital II EsSalud, encontrándose los principales resultados: el 50% (35) tuvieron nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva, seguido del 28,6% (20) con nivel de conocimiento bueno y el 21,4% (15) deficiente nivel de conocimiento, asimismo el 90% (63) hacen uso adecuado de la lactancia materna y el 10% (07) hacen uso inadecuado de la lactancia materna . Luego con regular nivel de conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna exclusiva se reportó al 31,4%(22) de adultas primíparas, el 41,4% (29) procedieron de la zona urbana, 30%(21) tuvieron nivel de instrucción superior, 21,4%(15) fueron empleadas, el 32,8% (23) tuvieron más de 6 controles prenatales, 38,5% (27) recibieron información previa sobre lactancia materna por parte del personal de salud.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial apenas el 35% de los lactantes reciben leche materna exclusiva durante sus primeros cuatro meses de vida; estos estudios han comprobado que tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, el número de madres que lactan cada día es menor por este motivo la mayoría de países con políticas activas de promoción, se han establecido programas para estimular este tipo de alimentación.³

En el continente europeo se recomienda la lactancia materna, sin embargo sólo el 30% de las madres dan el pecho hasta los 2 o 3 meses de vida del niño.⁴

En Latinoamérica existe una generalización de prácticas sub-óptimas de lactancia materna principalmente el inicio tardío de ella, uso de leches artificiales y líquidos al recién nacido, duración reducida de la lactancia, uso de biberones e inadecuada elección del momento de introducción de los alimentos complementarios. En Colombia, el Plan Decenal para la promoción de la lactancia materna reconoce la existencia en el país de prácticas erróneas que afectan la lactancia materna. En el estudio de Carrasquilla y Cols., sobre lactancia materna en instituciones de salud en ciudades colombianas, sólo 45% de las madres iniciaron la lactancia dentro de la primera hora después del nacimiento, es común el uso de leches artificiales como primer alimento; también se encontró la creencia de que el calostro es una leche de mala calidad.

En el Perú se promociona la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, ya que está establecido por el Ministerio de Salud, la OMS y la UNICEF. La información sobre lactancia materna en el área urbana es brindada por el personal de salud a las mujeres durante; el control prenatal, en las sesiones de psicoprofilaxis, algunas veces durante el trabajo de parto y en el puerperio. Otra forma de información en el área urbana es a través de; revistas, periódicos, programas de radio y televisión, internet, tiene toda la información pero no lo ponen en práctica se observa cierto desinterés por parte de la mayoría de ellas con respecto a la lactancia materna, ya que tienen otras prioridades que atender como no dejar sus empleos.

Según la encuesta (ENDES/INEI - 2012), la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses se incremento de 52.7% en 1996 a 69,9% en el 2009. Estos datos nos podrían indicar que las acciones emprendidas están dando resultados positivos, al ser uno de los porcentajes más altos del decenio. Si profundizamos en estos resultados, observamos que la LME en las áreas rurales es la que con el paso de los años ha incrementado en mayor proporción, siendo la región de la selva, la que concentra un porcentaje mayor en LME sin embargo en los ámbitos urbanos y de la costa, los porcentajes no han variado.

Asimismo, se observa que 3 de cada 4 niños reciben LME Hasta el primer mes, la proporción disminuye a 2 de cada 3 cuando el niño cumplió el tercer mes y se reduce a 1 de cada 2 al llegar al quinto mes de vida, problema asociado a la incorporación al mercado laboral de las madres que dan de leche.

El 98,7 por ciento de las niñas y niños que nacieron en los cinco años anteriores a la ENDES 2012 han lactado alguna vez. Según sexo, el porcentaje fue ligeramente superior en las mujeres (98,7 %), en comparación con los hombres (98.6%), por nivel educativo fue mayor entre las niñas y niños de madres sin educación (99,2%) en relación con las que tuvieron educación secundaria a superior (98,5%), Por área de residencia, fue mayor en el área rural (99,1%) que en la urbana (98,5%).⁵

Las madres primíparas por desconocimiento y falta de experiencia tienen dificultades durante el periodo de lactancia de su niño repercutiendo en su

uso y buena alimentación, los niños son vulnerables a enfermarse y morir cuando recibe una deficiente alimentación materna desde su nacimiento, repercutiendo esto en su normal crecimiento y desarrollo en la primera infancia.⁵

En el departamento de Ayacucho, a pesar que en el hospital y establecimientos de salud se promociona la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses por la importancia nutricional y el bajo costo de la leche materna, se observa un alto porcentaje de puérperas primíparas que desconocen la importancia del valor nutritivo de la leche materna, ya que no se prioriza una información oportuna y adecuada. Además se observa cierto desinterés por parte de la mayoría de ellas con respecto a la lactancia materna, ya que tienen otras prioridades que atender.

Así mismo en las puérperas primíparas que acuden al servicio de gineco-obstetricia encontramos a mujeres que proceden de la zona urbana, las mismas que demuestran un desconocimiento sobre lactancia materna en general, aplicando uso inadecuado de la lactancia materna que en muchos casos llevan a complicaciones, debido a una falta de información oportuna y adecuada, en la que priorizan mas sus empleos dejando la lactancia materna exclusiva y uso inadecuado a éste grupo de madres.

Debido a toda la problemática observada realizamos el presente estudio de investigación sobre el nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas, bajo estas consideraciones nos planteamos la siguiente interrogante:

1.2.-FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva de puérperas primíparas del Hospital II-EsSalud. Setiembre-
Noviembre 2015?.

1.3.-OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1.-OBJETIVO GENERAL:

Conocer el nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas del Hospital II-EsSalud. Setiembre – Noviembre del 2015.

1.3.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas del Hospital II-EsSalud.
- Relacionar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva con el uso en puérperas primíparas del Hospital II-EsSalud.
- Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva con los factores maternos tales como: edad, procedencia, grado de instrucción, ocupación, estado civil, número de atenciones prenatales, información previa recibida.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1.-ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Moran Rodríguez, M. (España: 2009), en su trabajo de investigación “Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad”, halló de un total de 384 historias clínicas analizadas, iniciaron la lactancia materna exclusiva en 63.5% a los seis meses permanecían 22.6% (IC 95%: 18.4-26.9). EL 43.45 de los niños que empezaron con LME abandonaron a los 3 meses y 64.4% a los 6 meses. Concluyo que la lactancia materna en esta población se aparta de las recomendaciones de la OMS. Los resultados apuntan a que la LME conlleva una evolución del peso del niño más adecuada y una menor morbilidad, al menos en el primer año de vida.

González Reyes M. (Ecuador: 2012), en su trabajo de investigación titulado: “Conocimientos sobre la importancia de La lactancia materna

que tienen las embarazadas primigestas” de 80 primigestas que acudieron al control pre-natal, que se obtuvo como resultado: El 41% respondió que si conoce de la importancia de la lactancia materna, el 59% no conoce las ventajas que esta actividad produce. Por lo que es necesario ahondar en el tema y dar a conocer a las mujeres embarazadas primigestas que asisten al hospital “Dr. Liborio Panchana Sotomayor”, todos los beneficios que reciben los bebés en el momento de lactar desde el primer día de su nacimiento hasta los seis meses de edad, y posteriormente prolongar con alimentación complementaria hasta los dos años.

Moscoso (Lima: 1991), en su estudio sobre “Lactancia Materna Exclusiva”, entrevista hecha a 220 mujeres que acudieron al Centro Médico Naval de Lima, se encontró que el 52.7% conoce sobre el tema y el 47.3% no conoce el tema.

El 92.3% de la entrevistadas se encontraban en edad adulta y el 7.7% eran adolescentes; de la cuales el 46.3% y el 58.8% respectivamente no conoce sobre Lactancia Materna Exclusiva. 58.6% son mujeres de baja condición económica, el 30% de mediana economía y el 11.4% de buena economía donde el 55.3%, el 37.9% y 28% respectivamente no conocen sobre la lactancia materna exclusiva. El 88.6% de las mujeres no recibieron educación previa sobre el tema

Lévano Sánchez c. (Lima: 2004), en su trabajo de investigación titulado “Perfil socio demográfico de las madres que dan de lactar a niños menores de 6 meses” con el objetivo de identificar el perfil socio

demográfico de las madres que dan de lactar a niños menores de seis meses. Concluyen que las madres que dan lactancia materna en mayor porcentaje tienen edades comprendidas entre 20 a 34 años, son madres convivientes y han recibido educación sobre lactancia materna.

Martínez A. (2007: Cusco), en la investigación "Factores asociados a la lactancia materna en madres adolescentes de la localidad de Vista Alegre. Quillabamba Cuzco", reportó que el 75.6% de madres adolescentes practicaban la lactancia materna exclusiva, siendo la totalidad del área rural. Asimismo, el 24.4% practica la lactancia materna mixta, de ellas 12.8% procedieron del área rural y el 11.6% del área urbano marginal, hallándose diferencia estadística significativa ($P < 0.05$).

Rivas Cuno, R(Lima 2012), en su trabajo de investigación: "Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal", Se entrevistó a 151 puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Resultados: Se observó que la mayoría eran madres entre 19-25 años (49,9 %), grado de instrucción secundaria (72,2%), unión estable (64,9 %), proceden de la región costa (59,6%) y como ocupación de ama de casa (76,2 %). Hubo una menor proporción de inicio de la Lactancia Materna Precoz en mujeres mayores de treinta y cinco años, solo un 7,7% han brindado Lactancia Materna Precoz ($p = 0,022$), la procedencia de la región Selva, hay una menor proporción que inician la lactancia materna precoz (7.7%) ($p = 0.022$). Con respecto a los programas de preparación para el parto se asocia significativamente con el inicio de Lactancia Materna Precoz ($p =$

0,004). El 69,2% de las puérperas que iniciaron la lactancia materna precoz refirieron haber recibido información sobre la Lactancia Materna ($p = 0,001$). La estadía en Centro Obstétrico, está asociado significativamente con el inicio de la Lactancia Materna Precoz ($p = 0,007$). El 53,1% de las puérperas que iniciaron la Lactancia Materna Precoz refirieron haber tenido su parto con un acompañante ($p = 0,037$) y aquellas madres puérperas que decidieron dar Lactancia Materna Exclusiva, durante su embarazo, a sus recién nacidos (94,5%) iniciaron la Lactancia Materna Precoz ($p = 0,000$).

Delgado Marruffo L. (Chiclayo: 2013), en su trabajo de investigación titulado: "Nivel de conocimiento de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. HRDLM - Chiclayo, 2012", se encuestaron 124 madres adolescentes donde obtuvieron los siguientes resultados: según nivel de Conocimiento de las madres adolescentes en la práctica de Lactancia materna exclusiva, se observa que del total de 124 madres adolescentes encuestadas, 48.4% presentan nivel medio de Conocimiento, 41,1 nivel bajo de conocimiento y 10.5% nivel alto.

Arapa S. (Ayacucho: 2006), en su trabajo de investigación titulado: "Conocimiento y prácticas sobre lactancia materna en puérperas primíparas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Abril – Julio 2009" reportó que el 57.8% de las puérperas primíparas presentaron nivel de conocimiento deficiente sobre lactancia materna, seguido del 33.3% con regular y el 8.9% con bueno.

Asimismo, el 57.8% presentaron prácticas de lactancia materna inadecuada y el 42.2% adecuada. Finalmente del 42.2% de madres con practica de lactancia materna adecuada, el 33.3% presentaron nivel de conocimiento regular y el 8.9% buen.

Huayhua Ñ. y Morales Y. (Ayacucho: 2010). En su trabajo de investigación titulado: "Factores sociodemográficos asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en puérperas adolescentes atendidas en el hospital de apoyo San Francisco –VRAE Abril – Junio 2010", donde se encuestaron 63 puérperas adolescentes que fueron atendidas en dicho Hospital, se reportó: que del 100% de puérperas adolescentes en estudio el 84.1% no practicaban la lactancia materna exclusiva y tan solo el 15.9% si. Donde del análisis del cuadro concluyeron que existía un elevado porcentaje (84.1%) de puérperas adolescentes que no practicaron lactancia materna exclusiva, las razones por las que no lo realizan es debido al desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, desconocimiento de los procedimientos adecuados, ocupación laboral, entre otras causas.

2.2.-BASE TEÓRICO-CIENTÍFICO

2.2.1.-CONOCIMIENTO

Define el conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago e inexacto; en base a ello tipifica conocimiento científico y ordinario y vulgar.

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.⁶

Según el punto de vista filosófico define conocimiento: primero como un acto y segundo como un contenido: dice del conocimiento como un acto que es la aprehensión de una cosa, una propiedad, hecho u objeto consiente, entendiéndose como aprehensión al proceso mental, y no físico. Del conocimiento del contenido asume que es aquel que se 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 adaptación del objeto. No son puramente subjetivas, pueden independizarse del sujeto, gracias al lenguaje para sí mismo, como para otros sujetos.

Conocimiento es la suma de 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 sus conocimientos aunada con la importancia que se le dé 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 completarse con otros miembros de información: la formal, viene a ser aquella que se imparte a las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.⁷

2.2.2.-CONOCIMIENTO Y USO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS

Es toda aquella información que posee la madre sobre la lactancia materna exclusiva en cuanto a la importancia, frecuencia, duración, ventajas en la salud del niño y la madre.

En Latinoamérica existe una generalización de falta de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva principalmente el inicio tardío de ella, uso de leches artificiales y líquidos al recién nacido, duración reducida de la lactancia, uso de biberones e inadecuada elección del momento de introducción de los alimentos complementarios. En Colombia, el Plan Decenal para la promoción de la lactancia materna reconoce la existencia

en el país de prácticas erróneas que afectan la lactancia materna, en el estudio de Carrasquilla y Cols., sobre lactancia materna en instituciones de salud en ciudades colombianas, sólo 45% de las madres iniciaron la lactancia dentro de la primera hora después del nacimiento y es común el uso de suero glucosado y leches artificiales como primer alimento, también encontró la creencia de que el calostro es una leche de mala calidad.⁸

La Wellstart, una organización dedicada a la promoción de la salud familiar por medio de la lactancia materna, promueve cinco conductas óptimas de lactancia con las cuales se espera maximizar los beneficios de la lactancia natural y se basan en evidencias de investigaciones acerca de las propiedades de la leche materna.

La Wellstart sugiere investigar cada una de estas conductas según el propio contexto cultural, con el fin de conocer el uso, mejorarlas y estimularlas, tomando como base la necesidad. Poco se sabe en Colombia de los conocimientos maternos sobre estas conductas óptimas y sería de interés saber cuánto conocen las madres al respecto y cómo se conforman perfiles según el grado de conocimiento. Estos hallazgos permitirían tener bases para las actividades de intervenciones más efectivas en la promoción de la lactancia materna y de las conductas óptimas al conocer los grupos de madres que necesitan más información sobre el tema y que comprometen distintas instancias de salud, como los programas de control prenatal o los que promueven la lactancia después del parto y que han demostrado su efectividad.⁸

Las decisiones de las madres sobre la alimentación infantil resultan de un proceso complejo en el cual intervienen las recomendaciones del personal de salud para la adopción de prácticas positivas pero también influyen notablemente los consejos de la familia, principalmente madres y suegras, que manejan un conjunto de creencias erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura que interfieren negativamente. La introducción temprana de agüitas e infusiones continúa amenazando la exclusividad de la lactancia. La ingestión de abundantes líquidos para favorecer la producción de leche es otra creencia difícil de erradicar. La “preparación de los pezones” durante el embarazo es percibida por las mujeres y ciertos profesionales de salud como necesaria para facilitar la lactancia. Aunque el uso y las conductas de las madres frente a la alimentación del niño es más positiva que en 1992, la alimentación complementaria inadecuada sigue siendo el problema prioritario de la alimentación infantil en el Perú.⁹

Los principales hallazgos de las investigaciones muestran que el origen de los conocimientos y las creencias sobre lactancia de las mujeres está mediado, en gran parte, por familiares y factores distintos a los del sector salud. Aunque los conocimientos son adecuados en el tema del calostro y los factores que aumentan o disminuyen la leche producida por el seno, los conocimientos son desfavorables para el inicio oportuno y mantenimiento de la lactancia. Además, las intenciones y las prácticas de duración de lactancia exclusiva y complementaria son impropias frente a lo recomendado por la OMS.

En un trabajo de investigación realizado en las comunidades indígenas, sobre actitudes y conocimientos sobre lactancia materna, se obtuvo como resultado que; las mujeres Q'echi, y K'iche' de dichas comunidades indígenas entrevistadas, inician la lactancia desde el momento en que el bebé nace ya que reconocen los beneficios del calostro; Las Q'eqchi cuentan que: "Le comienzan a dar pecho en cuanto lo ponen, en cuanto nace, se lavan los pezones y les dan el calostro y que es bueno y los defienden de enfermedades" y las K'iche' dicen que: "Desde que nace, porque la leche primera es el purgante, para que le limpie el estomaguito", las Mamas no tienen una percepción clara sobre el calostro y opinan que: "Cuando nazca se le da y si no tienen nada de leche se le da agua hervida mientras la leche le baja y si hay alguna persona (mujer) cerca que esté dando (lactando) se le da y si no se le da agua hervida", y las Kaqchikel piensan que el calostro es malo: "... la primera leche no les dan hasta que salga todo, ya que está sucio esa primera leche, los ancestros le han dicho que no se la tienen que dar porque no es buena y así es una costumbre de acá".¹⁰

El uso de la lactancia en los países en desarrollo parecen haber mejorado desde 1990. El nivel de lactancia exclusiva entre los lactantes hasta 3 meses de edad subió un promedio de 10 puntos porcentuales en 35 países con más de una encuesta desde 1990, principalmente porque las madres evitaron incorporar demasiado pronto alimentos fuera de la leche dentro de la dieta de sus hijos. En algunos países, hubo

incrementos substanciales en la lactancia exclusiva desde 1990, incluyendo un aumento de 59 puntos porcentuales en Malawi.

En varios de los países encuestados hubo un deterioro del uso de lactancia, el nivel de lactancia exclusiva bajó de 32% a 15% en Jordania.

Con las civilizaciones aparecen también los misterios y tabúes sobre esta práctica, muchos pueblos primitivos creían que el calostro era negativo y por eso esperaban varios días para poner el pecho al niño, se establecían horarios y una serie de rituales que variaban de tribu a tribu, se comienza a ofrecer otros líquidos en forma de infusión: unos muy potentes y otros con escaso valor nutritivo.

Los principales hallazgos de las investigaciones muestran que los factores que influyen en los conocimientos y uso sobre lactancia de las mujeres está mediado en gran parte por familiares, hábitos, grado de instrucción y actores distintos a los del sector salud.

Aunque algunas tengan uso adecuadas, en el tema de lactancia materna exclusiva, los conocimientos son desfavorables para el inicio oportuno y mantenimiento de la lactancia.

2.2.3.-LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La OMS, lactancia materna exclusiva (LME) es el tipo de alimentación en la cual se ofrece exclusivamente pecho materno para alimentar a los/as niños/as sin agregar ningún otro tipo de alimento, que debe realizarse durante los primeros seis meses de vida, y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los dos años como mínimo. ⁴

La lactancia óptima es una de las formas más efectivas de asegurar la supervivencia infantil en los países en desarrollo. La OMS y la UNICEF han establecido tres directrices para la lactancia óptima:

1. Comenzar a amamantar al recién nacido lo más pronto posible.
2. Amamantar en forma exclusiva (sin dar ningún otro alimento o líquido hasta que el/la niño/a tenga seis meses de edad).
3. A partir de los seis meses de edad, amamantar con alimentación complementaria (dando alimentos apropiados para la edad además de la leche materna) hasta los dos años de edad o más.³

2.2.4.-TIPOS DE LACTANCIA.

Lactancia materna exclusiva. Es cuando la alimentación del niño es solo con la leche materna sin ninguna adición de agua, líquidos u otra leche, dentro de los primeros 6 meses de vida con un promedio de 10 a 12 mamadas por día y con un tiempo de 10 minutos por mamada aproximadamente.

Lactancia parcial. Gran parte o casi lamitad de la alimentación consiste en la leche materna, además el bebé recibe otras bebidas o alimentos, también conocido como suplementos. El bebé recibe jugos, alimentos tradicionales, vitaminas o agua.

Lactancia simbólica. En éste caso, la lactancia materna es mínima, ocasional o irregular. El bebé recibe alimentos sólidos y líquidos.

Lactancia sostenida. Es aquella lactancia materna que se da por más de 18 meses.

Lactancia materna predominante. El bebé es amamantado pero también recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua como te o jugos.

Lactancia materna completa. El bebé es alimentado exclusiva o predominantemente al pecho.

2.2.5.-ANATOMIA DE LA MAMA:

ASPECTO EXTERNO DE LA MAMA.

El tamaño y la forma de la mama son muy variables. Dependen del contenido en tejido graso y conectivo, por lo que hay poca relación entre el tamaño de las mamas y la capacidad para producir leche. Se ha comunicado que las mujeres obesas tienen riesgo de retraso en la lactogénesis II, y que algunas con poca grasa corporal pueden fabricar leche con menor contenido lipídico, que compensan produciendo un volumen superior, por lo que el aporte calórico final no se afecta.¹¹

A. El pezón.- Es una estructura cilíndrica saliente de la mama que mide de 8 a 10 mm de longitud y 1 cm de diámetro, pigmentada en la superficie, que muestra de 15 a 20 pequeños orificios en los que terminan los conductos galactóforos.¹¹

El pezón juega un papel muy importante durante los primeros días. Facilita el acoplamiento de la boca del niño con la mama, hace de esfínter de los conductos glandulares y es el origen de estímulos sensoriales que activan secreciones hormonales.

Fuera de la succión, el tejido muscular del pezón ejerce de esfínter para evitar el goteo continuo de leche. Durante la succión, aproxima los conductos galactóforos entre sí y acorta su longitud delante del seno galactóforo, con objeto de que resulten más fáciles de vaciar al ser exprimidos por la lengua. La compleja disposición de las fibras musculares formando anillos y haces tangenciales desde el pezón hasta la areola es específica para esta misión.

Hay grandes diferencias en la forma y tamaño de los pezones de las mujeres, hace como en la piel que los cubre. Algunos plantean dificultades para iniciar la lactancia, pero si las madres son advertidas durante el embarazo, afrontan mejor el problema tras el parto.

El pezón más favorable a la lactancia, y el más frecuente, es blando en reposo y tiene poco más de un centímetro de altura y de anchura. Es bastante frecuente que el pezón resulte poco prominente, dando la sensación de pezón plano, pero que tome forma y sobre salga fácilmente y ser estimulado. El verdadero pezón no es menos frecuente. Al estimular con los dedos aumenta su consistencia pero apenas sobresale respecto a la areola. Exige más dedicación para conseguir que el niño acople bien su boca, pero tras unos días de succión toma forma y apenas dificulta la lactancia. En menos ocasiones, al estimular el pezón, este penetra hacia el interior de la mama en vez de sobresalir, es el pezón invertido y exige aun más paciencia durante los primeros días, pero tampoco representa un obstáculo insalvable. Alguna madre ha sido capaz de lactar a pesar de habersele extirpado el pezón.

Los pezones muy anchos o muy largos pueden ser difíciles de introducir si la boca del niño es pequeña, y también pueden causar problemas los que resultan muy duros por tener mucho tejido muscular.¹¹

B. La areola.-Es una zona circular de piel más oscura alrededor del pezón que recubre los senos lactíferos, se oscurece más durante el embarazo. Se encuentran en ella las glándulas sebáceas de Montgomery que resultan como pequeños granos en la superficie que segregan una sustancia lubricante que protege la piel de la areola y del pezón.¹²

El bebé debe tomar con su boca la mayor superficie posible de areola, y ésta se estirará dentro de su boca formando el pezón.¹²

INTERIOR DE LA MAMA.

El tejido de la mama está formado por gran número de alveolos en los que se elaboran la leche y un sistema de conductos, que la conduce hacia el exterior.

Los conductos son inicialmente de pequeño calibre (conductos terminales, 0,2 mm), y van concluyendo en otros cada vez más gruesos (Subsegmentarios, segmentarios y colectores). A la altura de la areola los conductos alcanzan su mayor calibre, entre 2 y 4 mm (conductos galactóforos). Antes de atravesar el pezón se dilatan aun más formando los senos galactóforos, y luego se hacen más estrechos hasta salir al exterior por orificios de alrededor de 0,5 mm, en número de 8 a 12. A lo largo de todos los conductos hay fibras musculares mioepiteliales que

provocan acortamiento y estiramiento durante la succión para favorecer la progresión de la leche hacia el pezón.

Los alveolos y conductos que drenan a un mismo conducto galactóforo forman un lóbulo. En cada mama se estima que hay cambio entre 15 y 25 lóbulos, aunque en el trayecto a través del pezón varios conductos confluyen en los 8 -12 que finalmente se abren al exterior.

La disposición anatómica de las ramificaciones de los conductos (ángulo de la bifurcación), la precisión de alveolos adyacentes o de reacciones inflamatorias locales puede influir en que algunos segmentos de la mama tengan más dificultades para vaciarse y puedan provocar en algunas madres cuadros de retención de leche recurrentes, o incluso mastitis de repetición. El aumento de presión intra alveolar de los segmentos bloqueados termina por inducir la involución de esas zonas, resolviendo el problema.

Desde las primeras semanas del embarazo la mama se prepara para lactar. El aumento de tamaño durante el embarazo depende sobre todo del crecimiento del árbol de conductos. La porción distal de cada conducto crece y se ramifica, desplazando al tejido adiposo. Ritmo de ramificación va disminuyendo según avanza el embarazo, al tiempo que los fondos de saco de cada conductillo se diferencia en alveolos, modificando el epitelio típico de los conductos por el epitelio secretor. El extremo final de los conductos se organiza en unidades lobulillares, formadas por un ramillete de alveolos que vacían su producción en un

conducto terminal. Rodeando estas unidades hay una importante red capilar, con abundantes células plasmáticas que aportan a la leche inmunoglobulinas.

A partir del 5°- 6° mes el aumento de tamaño depende del inicio de función de las células alveolares y del acumulo de secreción en los alveolos y conductos. La mama está preparada para fabricar leche y de hecho se pueden detectar pequeñas cantidades de lactosa y alfa, lactoalbúmina en sangre y orina ¹³

2.2.6.-COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA

HIDRATOS DE CARBONO

Lactosa.-Es el principal carbohidrato contenido en la leche materna es un disacárido formado por galactosa más glucosa. Su principal función, junto a las grasas, es el aporte de energía, necesaria para el crecimiento y desarrollo del sistema nervioso central del recién nacido. Es fundamental para la absorción del calcio, del hierro, magnesio y otros elementos. La galactosa es indispensable para el desarrollo del sistema nervioso central del niño. ¹⁴

LIPIDOS

La concentración de grasa es de 35 a 45 g/L y son la principal fuente de energía de la leche. Es el componente más variable de la leche, sus variaciones se dan a lo largo del día, siendo diferente entre el inicio o el final de la tetada. Se transporta dentro de glóbulos de grasa compuestos

en su membrana por fosfolípidos y colesterol y en su interior triglicéridos.¹⁴

PROTEÍNAS:

Inmunoglobulinas.-Es un conjunto de proteínas se encuentra en el suero y fluidos tisulares de todos los mamíferos en forma de secreción de las cuales tenemos: Inmunoglobulina IgM (efectivo) de denomina también macro globulina es el primer tipo de inmunoglobulina particularmente efectiva frente a un gran número de bacterias.¹⁴

IgA, (secretora),es predominante de anticuerpo en las secreciones externas del organismo como saliva, lágrimas, calostro, respiratorios, gastrointestinales y genitourinarias actúan como defensa inicial contra los patógenos invasores como virus y bacterias antes de que penetre o se instalen en las mucosas es importante en la inmunidad del recién nacido.

IgG (defensa). Se trata de la inmunoglobulina predominante en los fluidos internos del cuerpo, como son la sangre, el líquido cefalorraquídeo líquido presente en la cavidad abdominal. Esta proteína es especializada y sintetizada por el organismo en respuesta a la invasión de bacterias, hongos y virus. IgG es la única clase de inmunoglobulinas que atraviesa la placenta, transmitiendo la inmunidad de la madre al feto IgE (protege) contra diversos agentes patógenos, pero especialmente parásitos, por lo que sus niveles suelen estar bastante elevados tanto en paciente alérgicos como en personas que sufran alguna parasitosis.¹⁵

VITAMINAS:

Las vitaminas que se encuentran en mayor concentración en la leche materna son: A, C, B1, B2, B6 y B12. Las vitaminas presentes en menor concentración en la leche materna son:

Vitamina K: Los valores de vitamina K son más abundantes en el calostro y en la leche de transición en comparación con la leche madura. Luego de un par de semanas, es la flora intestinal la que sintetiza vitamina k en él bebe a partir de la 2 semana de nacer, se necesita para la coagulación de la sangre.¹⁵

MINERALES:

La concentración de minerales (Ca, P, Mg, Na, K, Cl) que contiene la leche materna. Estos forman parte de los tejidos y participan en funciones específicas del organismo. El contenido bajo de minerales (principalmente sodio, potasio y cloruros) promueve el buen funcionamiento renal del bebe favoreciendo la capacidad metabólica del recién nacido.¹⁵

2.2.7.-CAMBIOS DE LA COMPOSICION DE LA LECHE MATERNA

CALOSTRO:

“La leche materna, en especial el calostro, es considerada un agente bacteriostático, bactericida, antiviral, anti fúngico y antiparasitario. Cumple una función de protección inmunológica. El calostro es un líquido seroso y amarillo secretado por las glándulas mamarias, compuesto por inmunoglobulinas, agua proteínas, grasas y carbohidratos, este líquido está presente en los cinco primeros días del postpartos.”

El calostro es un alimento ideal y primordial ya que esta es la primera inmunización del bebé en los primeros cuatro días posparto se produce el calostro, fluido de color amarillo y espeso, compuesto por el pre-calostro que se va mezclando con la leche que comienza a producirse. La producción del calostro puede parecer escasa, sin embargo debe brindarle seguridad a la madre que esta cantidad y el valor nutritivo se ajusta a las necesidades del bebe ¹⁶

LECHE DE TRANSICIÓN

Se produce entre el 7 y 10 día, tiene un gran contenido de grasa y vitamina que el calostro. ¹⁶

LECHE MADURA:

A partir de los 15 días y puede continuar por más de 15 meses. Sus principales componentes son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales. Es la leche propiamente dicha aorta al niño todas las sustancias nutritiva y las calorías que este requiere para su normal desarrollo y crecimiento. ¹⁶

2.2.8.-VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:

PARA EL NIÑO:

Con respecto a los beneficios que otorga la lactancia materna a los/as niños/as, la nutrición óptima es uno de ellos, ya que la leche materna además de aportarles toda el agua necesaria para sus funciones fisiológicas les entrega proteínas, energía y micronutrientes de alta calidad, que los/as recién nacidos/as son capaces de absorber con facilidad y utilizar eficazmente, permitiéndoles un adecuado crecimiento y

desarrollo durante los primeros 6 meses de vida; es así como estudios demuestran que niños/as alimentados con leche materna logran al año de vida un óptimo estado nutricional. ¹⁷

La leche materna es un fluido cambiante que se adapta a las necesidades de el/la recién nacido/a, su composición va a depender de la edad gestacional, del momento de la mamada y de la fase de la lactancia, es así como el calostro tiene cualidades especiales que lo hacen importante para el/la lactante dado su efecto en el desarrollo, la digestión e inmunidad, y por su parte la leche materna ha demostrado seguir siendo una fuente de energía y nutrientes de gran calidad, incluso después de los dos años, siendo capaz de proporcionar hasta un tercio de la energía y proteínas que necesita un/a niño/a durante el segundo año vida. ¹⁷

La leche materna ha contribuido a garantizar la supervivencia de los seres humanos, en este contexto numerosos estudios afirman que no sólo contiene los nutrientes necesarios para asegurar el crecimiento y desarrollo de los/as niños/as en los primeros meses de vida, sino que también es un alimento estéril con variados compuestos inmunoquímicos que les ofrecen protección, ya que contiene células encargadas de eliminar agentes antimicrobianos sin necesidad de recurrir al uso de antibióticos, además factores antiinflamatorios y factores específicos, antibacterianos, antivíricos y antiprotozoarios y conjuntamente posee inmunoglobulina IgA secretora, que por su naturaleza interactiva es capaz

de inhibir la adherencia de bacterias. Éste es un beneficio fundamental para los/as niños/as, ya que su sistema inmunitario durante los primeros meses de vida no está completamente desarrollado, así la leche materna potencia su inmunidad generando efectos positivos para su salud que se prolongan incluso años después del destete.¹⁸

Otro beneficio de la lactancia materna es que los/as niños/as que reciben leche materna muestran mayor precocidad en el desarrollo psicomotor, deambulan antes y desarrollan un mayor cociente intelectual; como demuestra un estudio aleatorio realizado en la República de Bielorrusia, en que el desarrollo físico y psicomotor de niños/as alimentados/as con LME fue 13 significativamente mejor que en aquellos/as que no la recibieron.¹⁹

La leche de madre contiene los niveles más altos de propiedades inmunológicas. La leche materna es especialmente beneficiosa para los bebés de alto riesgo, ya que es más probable que estos niños (as) estén expuestos a infecciones: Gastrointestinales, respiratorias, de oído y urinarias con mayor facilidad, por los que estos bebés alimentados con leche materna tienen menos posibilidades de contraer diarrea o enfermedades intestinales graves durante su permanencia en la unidad de cuidados intensivos neonatales. La leche materna es de fácil digestión lo cual cobra mayor importancia en los prematuros ya que es el alimento nutritivo que el bebé digerirá con mayor facilidad.

Es importante para cualquier bebé, pero es especialmente beneficioso para el aparato digestivo inmaduro de un prematuro. El bebé utiliza menos energía y asimila mejor los ingredientes básicos de la leche materna, de manera que los nutrientes, los factores inmunológicos y todos los demás "ingredientes" de la leche materna nutren las funciones fisiológicas del bebé y estimulan su crecimiento y desarrollo.¹⁹

Considerando estas propiedades existen diversos estudios que han demostrado que los/as niños/as alimentados con LME presentan menor incidencia de infecciones respiratorias y gastrointestinales cuando se comparan con niños/as alimentados de otra forma.¹⁹

En cuanto a las infecciones respiratorias, en lactantes alimentados/as precozmente con fórmulas se ha observado que éstas favorecen la colonización de *H. influenzae* y *Moraxelacatarrhalis* en la faringe, en sentido opuesto, los/as alimentados/as con leche materna tienen menor número de episodios de infecciones respiratorias, debido a la presencia en ella de sustancias como el factor lípido antiviral, que protege contra el virus de la influenza, la alfa-2- macroglobulina que actúa contra los virus de la influenza y parainfluenza que causan infecciones respiratorias agudas; con el mismo propósito provee anticuerpos contra el virus sincitial respiratorio, agente de infecciones que ameritan hospitalizaciones de los/as niños/as.²⁰

Estos mismos autores afirman que la lactancia materna además de proteger contra los agentes causantes de diarrea, y si ésta se produce, acorta su duración y disminuye complicaciones como la deshidratación, entre otras. Esto se explica por los componentes que contiene la leche materna, ya sean inmunológicos o de otra naturaleza; como el factor bífido, que evita la implantación y desarrollo de agentes productores de diarreas (*E. coli*, *Shigella* y protozoarios); y la globotriasilceramida, que se une a la toxina *S. shiga*, o a otras similares, protegiendo a los/as niños/as de agentes bacterianos productores de estas toxinas. Un estudio en Dundee, Escocia, demostró que los/as niños/as amamantados/as tenían menos diarreas, por ejemplo, entre 0 y 13 semanas de edad, casi el 20% de los/as niños/as con lactancia artificial tuvieron diarrea frente a sólo el 3,6% de quienes tomaban pecho.²⁰

Otro beneficio importante de la lactancia materna es estimular un adecuado desarrollo maxilofacial, ya que tanto éste como la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, expresión mimética y fono articulación del lenguaje, dependen en gran medida, durante los primeros meses de vida, del equilibrio funcional que exista de la succión deglución-respiración. Es así como los/as niños/as amamantados/as tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales que los/as niños/as que reciben mamadera. La lactancia ayuda al desarrollo correcto de los músculos faciales y los huesos maxilares del bebé. Cuando se produce la salida de los dientes de leche o dentadura primaria,

los músculos de la cara, lengua y la forma de los maxilares juegan un papel muy importante en la posición de los dientes permanentes, aunque éstos aparecerán en la boca solamente varios años más tarde. Evita las caries del biberón son muy destructivas que se producen por contacto prolongado de los dientes del bebé con los líquidos del biberón.²¹

La fácil digestibilidad de la leche materna es otro de sus beneficios, por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, la leche materna es de muy fácil digestión, se aprovechan al máximo todos sus nutrientes y no produce estreñimiento ni sobrecarga renal, además de reducir el riesgo de enterocolitis necrotizante (NEC) en los/as niños/as. (UNICEF,1995) Lo último concuerda con un estudio retrospectivo realizado en Inglaterra, a niños/as con gastroclisis entre 1990 y 1996, en donde se concluye que la LME reduce el riesgo de padecer enfermedades como NEC, ya que se observó que ninguno/a de los/as 12 niños/as alimentados/as exclusivamente con leche materna desarrolló NEC, en contraste con 1 de 19 que recibieron leche materna más fórmula, y 7 de 23 que recibieron sólo fórmula.²²

Tiene la composición ideal para el bebé y se adapta, variando la proporción de nutrientes, a medida que el niño crece también cambia la proporción de nutrientes durante el día y es distinta al principio y al final de la toma.

- Es rica en hierro que se absorbe mejor que el de la leche artificial y su proporción de calcio/fósforo es más adecuada.

- El bebé la digiere muy bien, prácticamente sin problemas.
- Los bebés que toman pecho padecen menos estreñimiento.
- Protege al niño de infecciones (bronquitis, gastroenteritis, otitis, meningitis) porque la leche materna es rica en inmunoglobulinas defensas que la madre pasa al bebe.
- Protege de la muerte súbita del lactante.
- Protege de enfermedades futuras asma, alergia, obesidad, diabetes, ulcerosa, arterioesclerosis e infarto de miocardio.
- Favorece el desarrollo intelectual y de la visión.
- Tienen un mejor desarrollo cerebral
- Favorece el desarrollo de los huesos

VENTAJAS PARA LA MADRE:

Las madres también se benefician durante el proceso de lactancia materna, quienes ofrecen LME a sus hijos/as presentan menor tiempo de sangrado postparto, efecto anticonceptivo fisiológico, menor tiempo de recuperación del peso preconcepcional, remineralización ósea más rápida y eficaz después del parto con la consecuente disminución de la frecuencia de fracturas de cadera en la edad post menopáusica, y menor riesgo de cáncer de mama y ovario en la mujer pre menopáusica.²³

El sangrado postparto es controlado por acción de la hormona oxitocina, la cual además de estar destinada a la eyección de la leche, contrae la

fibra miometrial ocluyendo los vasos sangrantes del lecho placentario. El estímulo de succión ejercido por el/la recién nacido/a inmediatamente después del parto aumenta la producción y la consecuente liberación de esta hormona, contribuyendo a un menor tiempo de sangrado además de favorecer la involución del útero a su tamaño original.²¹

Con respecto al efecto anticonceptivo de la lactancia, este juega un papel importante en el espaciamiento de los embarazos, pero sin embargo, no fue sino hasta 1988 cuando un grupo de investigadores en Bellagio, Italia, luego de revisar los datos de 13 estudios prospectivos respecto al tema, establecieron un consenso que afirma que la lactancia natural permite espaciar los nacimientos, siempre que la madre alimente al/la niño/a con lactancia exclusiva y se mantenga en amenorrea, sin considerar cualquier sangrado ocurrido dentro de los primeros 56 días del puerperio. Cuando se cumple con estas condiciones, la lactancia natural confiere más del 98% de protección contra el embarazo en los primeros 6 meses postparto, estos lineamientos constituyen la base del Método de la Amenorrea de la Lactancia (MELA), el cual es un método inicial de planificación familiar que, al mismo tiempo que promueve el espaciamiento de los embarazos, otorga los beneficios naturales de la lactancia materna a la madre y el/la niño/a, basándose en la infecundidad natural de las mujeres que amamantan, causada por la supresión hormonal de la ovulación.²⁴

En relación a la remineralización ósea, señala que debido a la pérdida de calcio que se produce en las mujeres mientras lactan, algunos

profesionales de la salud han creído erróneamente que esto significa un mayor riesgo de osteoporosis para ellas. No obstante, muchos estudios muestran que después del destete, la densidad ósea de las madres que lactaron vuelve a sus niveles preconcepcional y en ocasiones a niveles mayores. A largo plazo, la lactancia da como resultado huesos más fuertes y menor riesgo de osteoporosis. Por otro lado, el riesgo de fractura de cadera en mujeres mayores de 65 años se reduce a la mitad si han amamantado y si lo han hecho por 9 meses, se reduce a un cuarto.¹⁷

Con respecto al riesgo de padecer cáncer de mama y ovario, es sabido que la lactancia materna es un factor protector frente a estas patologías, el documento mencionado anteriormente señala que un estudio realizado en Nueva Zelanda en busca de la relación existente entre cáncer de mama y factores reproductivos de riesgo en mujeres entre 25 y 54 años, concluyó que factores como la edad de la menarquía y la lactancia materna prolongada disminuyeron sustancialmente el riesgo de cáncer de mama; y un estudio multicéntrico realizado en cuatro estados de Estados Unidos, evidenció que el riesgo relativo de padecer cáncer de mama en mujeres premenopáusicas era inversamente proporcional a la duración de la lactancia. Por otro lado en cuanto al cáncer de ovario se menciona que un estudio multinacional en Australia, Chile, China, Israel, México, Filipinas y Tailandia encontró que el riesgo relativo de padecer cáncer de ovario era menor cuando la duración de la lactancia era mayor.

Otro aspecto importante dentro de los beneficios de la lactancia materna es que constituye además un mecanismo importante del “vínculo” emocional madre-hijo/a. En este contexto se ha descubierto el papel que cumple la beta-caseína de la leche materna, la cual se transforma en beta-casomorfina (de la familia de las endorfinas) en el intestino de el/la niño/a, contribuyendo a crear la dependencia de él/ella hacia su madre, así también las caricias o contacto piel - piel constituyen un mecanismo liberador de endorfinas, secreción que en la madre produce dependencia a estos opiáceos constituyendo un potente estímulo para la prolongación de ésta.²⁵

Por otro lado, las madres que amamantan tienen un menor riesgo de desarrollar depresión y neurosis. Se supone que la lactancia materna es agradable, el efecto de la oxitocina disminuirá el estrés y por lo tanto, hay menor riesgo de depresión postparto. Aumenta la autoestima materna y mejora o intensifica el vínculo madre-hijo. La madre si da leche materna, tranquiliza o consuela al niño y se siente protegido. El vínculo que se establece durante el amamantamiento no sólo le da cariño al bebé, también le va creando sentimientos de seguridad que se traducirá a medida que crece en una mayor confianza en sí mismo.¹⁹

Finalmente la lactancia también permite un importante ahorro de recursos a nivel familiar y social, como los/as niños/as lactados/as al pecho enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de la vida, se

disminuye el ausentismo laboral de los padres, se consumen menos recursos sanitarios (hospitalización, medicamentos y atención profesional) y la familia disfruta de ventajas económicas directas, ya que el costo de productos sustitutos de la leche materna es elevado.²³

- Fortalece el vínculo emocional madre-hijo.
- Es un momento muy placentero y gratificante para la madre y el bebé.
- Las madres que amamantan pierden el peso ganado durante el embarazo con más facilidad.
- Favorece la involución uterina tras el parto (ayuda a que el útero, que ha crecido tanto durante el embarazo, vuelva a su tamaño normal).
- Existe menor riesgo de anemia, depresión e hipertensión después del parto.
- Las madres que dan de lactar tienen menos incidencia de cáncer de mama y ovario.
- Protege contra la osteoporosis
- Mejora el autoestima
- Favorece la supresión de la Fertilidad
- Evita la congestión mamaria
- Estimula la producción de leche

VENTAJAS PARA LA SOCIEDAD

- Debido al menor número de enfermedades en los niños que toman lactancia materna ocasiona menor gasto sanitario y de recursos públicos.
- Menor absentismo laboral de los padres por la menor incidencia de enfermedad en sus hijos.
- Ayuda a la economía familiar, reduciendo el gasto en alimentación (no hay necesidad de comprar leche ni biberones o tetinas).
- Es ecológica: no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse.
- Los bebés que reciben leche materna sufren menos enfermedades y por lo tanto los gastos de internación hospitalaria son menores.
- Es importante porque reciben una alimentación adecuada y completa, lo que hace que disminuyan los índices de mortalidad infantil.
- La lactancia materna es un elemento importante para prevenir la desnutrición infantil.
- Disminuye los índices de morbilidad.

2.2.9.- TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO

La técnica correcta es la base de una lactancia exitosa. Para amamantar, la madre debe colocarse cómodamente sentada, con su espalda apoyada en un respaldo, o en decúbito lateral con la cabeza apoyada sobre una almohada alta o doblada.

El niño debe recostarse en decúbito lateral sobre uno de los antebrazos de la madre, que debe ser homólogo de la mama en que será amamantado. Si decide dar de mamar sentada, debe poner al bebé lo más cerca posible del pecho. Su cabeza ha de apoyarse en el antebrazo y no en el codo, para ello puede ayudar apoyar el brazo con el que se sostenga al bebé sobre un cojín. Puede estar más cómoda poniendo los pies sobre un taburete o banqueta bajos; pero colocar siempre el cuerpo del bebé frente al de la madre, de manera que su nariz quede a la altura del pezón y la cabeza sobre el antebrazo.²⁶

Una buena técnica de amamantamiento permite que el infante se alimente bien y por completo ya que la parte final de la leche contiene más lípidos y tiene mayor concentración de calorías ayudando en la nutrición del bebe, además las madres deben confiar en la capacidad de amamantar y aunque sea un hecho fisiológico y sencillo si hay aspectos que enseñar y reforzar. La cabeza del niño debe apoyarse en la parte interna del ángulo que forma el brazo con el antebrazo de la madre y quedar orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo.

El abdomen del niño queda en íntimo contacto con el abdomen de la madre y su brazo inferior debe abrazarla, pasando por el costado del

tórax. La mano que comprende el antebrazo donde el niño está recostado, debe tomar al niño firmemente de la región glútea, de modo que la madre con sólo desplazar el brazo, puede acercar o alejar al niño de la mama. Con la otra mano la madre debe tomar su mama, con el dedo pulgar colocado en la parte superior de la aréola y los otros cuatro dedos en la parte inferior, formando una C. De esta forma lleva al pezón a estimular el centro del labio inferior del niño para producir el reflejo que le hará abrir la boca y bajar la lengua.

En ese momento, con un movimiento rápido la madre debe atraer al niño hacia la mama (no la mama al niño) para introducir el pezón y la aréola en su boca. Los dedos de la mano que sujeta la mama no deben ser colocados en forma de tijera, ya que esto retrae el pezón. El pezón y la aréola deben quedar completamente introducidos en la boca del niño, de tal manera que la nariz y el mentón de éste quede en íntimo contacto con la piel de la mama. Es importante explicar a la madre que aunque el niño tenga su nariz estrechamente aplicada contra la mama, puede respirar normalmente debido a la conformación anatómica de su nariz.

2.2.10.-TIEMPO ÓPTIMO DE AMAMANTAMIENTO

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
- Lactancia parcial desde los 6 meses hasta los dos años de edad del niño con alimentación complementaria oportuna.
- Destete progresivo desde los 6 meses a los dos años.

2.2.11.-PUERPERIO NORMAL.

DEFINICION. Es un periodo de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se operan por un proceso de involucionan hasta casi restituir hasta su estado anterior. Solo la glándula mamaria hace excepción en lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo y actividad, este periodo es de duración variable, tradicionalmente se ha considerado el puerperio hasta los 42 días que sigue al parto.²⁷

CLASIFICACION DEL PUERPERIO.

- **Puerperio inmediato.** Que abarca las primeras 24 horas después del parto.
- **Puerperio mediato.** Comprende desde las 24 horas hasta el día 7.
- **Puerperio tardío.** Comprende desde el día 8 hasta los 45 días.

2.2.12.-FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

EDAD: Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser humano.

PROCEDENCIA: Procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidadde una persona.

ESTADO CIVIL: Se conoce que cuando existe estabilidad conyugal existe un mayor apoyo emocional a la madre y al niño es más aceptado el binomio madre-hijo brindándole la lactancia materna exclusiva adecuadamente. En la adolescencia es importante el apoyo de la pareja en la atención y el cuidado del hijo, porque este grupo de madres se encuentran también en desarrollo psicológico y orgánico y deben de tener una orientación adecuada para no dejar la lactancia materna exclusiva.

GRADO DE INSTRUCCIÓN: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

OCUPACION: Es el oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido. Generalmente se define en términos de la combinación de trabajo, tareas y funciones desempeñadas.

ATENCIÓN PRENATAL: es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, se vigila la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y el cuidado de su hijo mediante la lactancia materna exclusiva, con la finalidad de evitar la desnutrición infantil y la morbilidad materno-infantil.

INFORMACION PREVIA RECIBIDA: El conocimiento previo es la información que el individuo tiene almacenada en su memoria, debido a sus experiencias pasadas.

2.3.- DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE TERMINOS

Conocimiento. Es el acúmulo de conocimiento que tienen las personas sobre un determinado tema, el cual se puede determinar o medir mediante métodos de evaluación.

Uso. Es ejercer, entrenar, ensayar, poner en práctica lo aprendido. Es la habilidad o experiencia de una persona que adquiere con la realización continuada de una actividad.

Conocimiento sobre lactancia materna. Es el nivel de entendimiento, conjunto de saberes sobre lactancia materna que tienen las puérperas primíparas.

Conocimiento bueno. Cuando una puérpera primípara al ser entrevistada obtiene un puntaje de 16 – 20

Conocimiento regular. Cuando una puérpera primípara al ser entrevistada obtiene un puntaje de 11– 15

Conocimiento deficiente. Cuando una puérpera primípara al ser entrevistada obtiene un puntaje de 0 - 10

Uso sobre lactancia materna. Es la observación directa a la madre sobre la forma como ella otorga la lactancia materna al niño. El cual fue valorado en adecuado e inadecuado.

Lactancia materna exclusiva: Es el acto de alimentar a un recién nacido solo con la leche de su madre hasta los 6 meses de edad.

Puérpera. Se refiere a aquella mujer que recién a alumbrado

Puérpera primípara. Se refiere a aquella mujer que recién a alumbrado y es por primera vez.

Edad. Es el periodo cronológico del ser humano que va desde el momento de su nacimiento hasta la fecha actual.

Lugar de procedencia. Es el lugar donde vive, o ha vivido en los últimos 3 años la puérpera

Estado civil. Llámese así a la unión conyugal según las normas establecidas por el estado.

Grado de instrucción. . Se refiere a los años cursados en un centro de estudios, ya sea primaria, secundaria o superior.

Ocupación. Es la actividad temporal o permanente que desempeña dentro de la actividad económica. Acción de ocupar, trabajo, empleo, oficio, cargo.

Atención prenatal.es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

Información previa recibida.Es la información recibida por las pacientes durante la atención prenatal.

2.4.- HIPÓTESIS

El nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva es regular y el uso es adecuado en las puérperas primíparas del Hospital II- EsSalud que está relacionado con: edad, procedencia, grado de instrucción, estado civil, número de control prenatal, información previa recibida.

2.5. VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

- Deficiente: 0-10
- Regular :11-15
- Bueno :16-20

VARIABLE DEPENDIENTE: Uso de la lactancia materna

- Adecuado
- Inadecuado

VARIABLE INTERVINIENTES:

FACTORES MATERNOS

- Edad
- Procedencia
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- nº de atención prenatal
- Información previa recibida

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.-TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Investigación aplicada.

3.2.-NIVEL DE INVESTIGACION

Cuantitativo

3.3.-METODO DE ESTUDIO.

Descriptivo, transversal, prospectivo.

3.4.-POBLACIÓN.

Constituida por todas las pacientes puérperas primíparas del Hospital II-EsSalud durante los meses de Setiembre– Noviembre del año 2015.

3.5.-MUESTRA:

Constituida por 67 pacientes puérperas primíparas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II-EsSalud durante los meses de Setiembre- Noviembre del año 2015.

3.5.1 TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{4 \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2 (N-1) + 4 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n : Es el tamaño de la muestra que se calculará.

4 : Es una constante

p y q : Son las probabilidades de éxito y fracaso que tienen un valor del 50% por lo que p y q = 0.5.

N : 80 es el tamaño de la población del 2014 contados de junio-agosto

E² : Es el error seleccionado por el investigador.

$$n = \frac{4 \times 80 \times 0.5 \times 0.5}{0.5^2 (80-1) + 4 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{80}{1,1975}$$

$$n = 66.8$$

Criterios de inclusión:

- Puérpera en alojamiento conjunto.
- Parto eutócico y cesárea.

Criterios de Exclusión

- Puérperas de RN que reciban tratamiento por alguna patología como por ejemplo
- : VIH (+), TBC.
- Puérperas hospitalizadas en UCI.

- Recién nacidos hospitalizados, por cualquier patología.
- Todas las puérperas que no desean participar

3.6.-TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA	INSTRUMENTO
Entrevista	Ficha de entrevista

3.7.-PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Mediante el Decanato de la Facultad de Obstetricia, se solicitó autorización al Director del Hospital II EsSalud, el permiso correspondiente para realizar la ejecución del proyecto de investigación.
- Se entregó la carta de presentación expedida por el decanato de nuestra Facultad de Obstetricia.
- Se realizó un cronograma de asistencia al Hospital II EsSalud Ayacucho durante el periodo de investigación de Setiembre a Noviembre del 2015.
- Obtenido el permiso respectivo e ingreso al Hospital II EsSalud de Ayacucho se procedió con la recolección de los datos mediante la entrevista a todas las puérperas y así seleccionar a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, para ser entrevistadas.
- Seleccionadas las pacientes, nos identificamos y explicamos el tema en estudio y objetivos del proyecto de investigación.

- Previa conversación de manera amical y estableciendo un vínculo de confianza con la entrevistada, se obtuvo el proceso de consentimiento informado, logrando así su aceptación y colaboración para aplicar la ficha de entrevista.
- Se respetó en todo momento la privacidad de la entrevistada, tratando de obtener respuestas verídicas y confiables.
- Concluida la fase de recolección de datos se procedió a la codificación de cada instrumento de recolección de datos y se creó una base de datos en la hoja de cálculos Excel.
- Para determinar el nivel de conocimiento se hizo uso del cuestionario de 20 preguntas con respuesta de alternativa múltiple y se clasificó los resultados de la siguiente manera:
 - Bueno : 16-20 puntos
 - Regular : 11-15 puntos
 - Deficiente : 0-10 puntos

3.8 PROCESAMIENTO DE DATOS

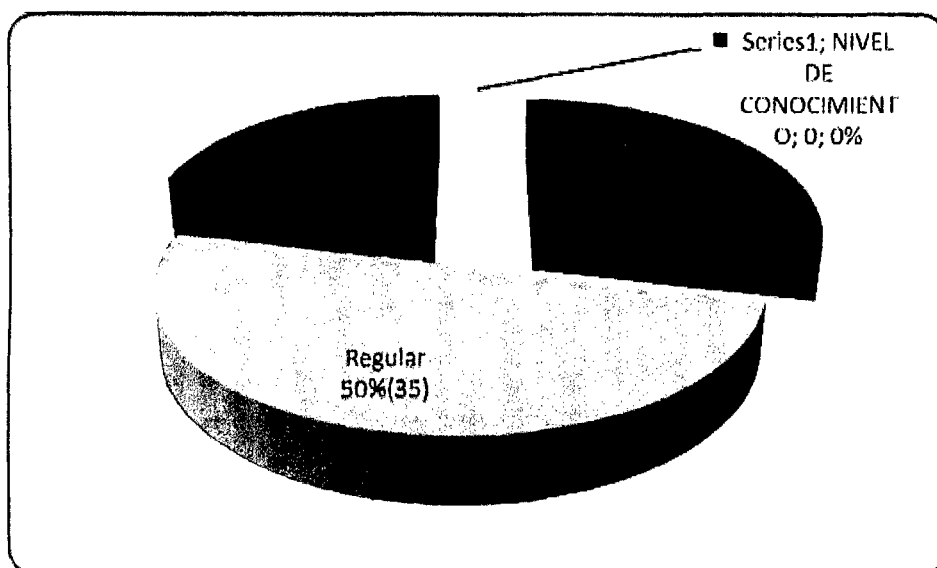
El procedimiento y análisis de los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 20 IBM con las cuales se realizaron la construcción de las tablas de contingencia.

Para establecer la asociación de las variables de estudio se aplicó la prueba estadística de Chi cuadrado.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

GRAFICO 01



Fuente: Hoja de entrevista

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
EN PUERPERAS PRIMÍPARAS. HOSPITAL II - ESSALUD.
SETIEMBRE – NOVIEMBRE. 2015**

$$\chi^2_c = 9,286$$

$$\chi^2_t = 5.991$$

$$g.l.=2$$

$$P<0.05$$

El gráfico N° 01 muestra el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas atendidas en el Hospital II - EsSalud, donde se observa que del 100.0% (70) puérperas en estudio, el 50% (35) tienen nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva, seguido del 28,6% (20) con nivel de conocimiento bueno y el 21,4% (15) deficiente nivel de conocimiento.

Del análisis de los resultados se concluye que el 50% (35) de puérperas tienen nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi Cuadrado se halló significancia estadística ($P<0.05$) lo cual indica que la muestra aporta

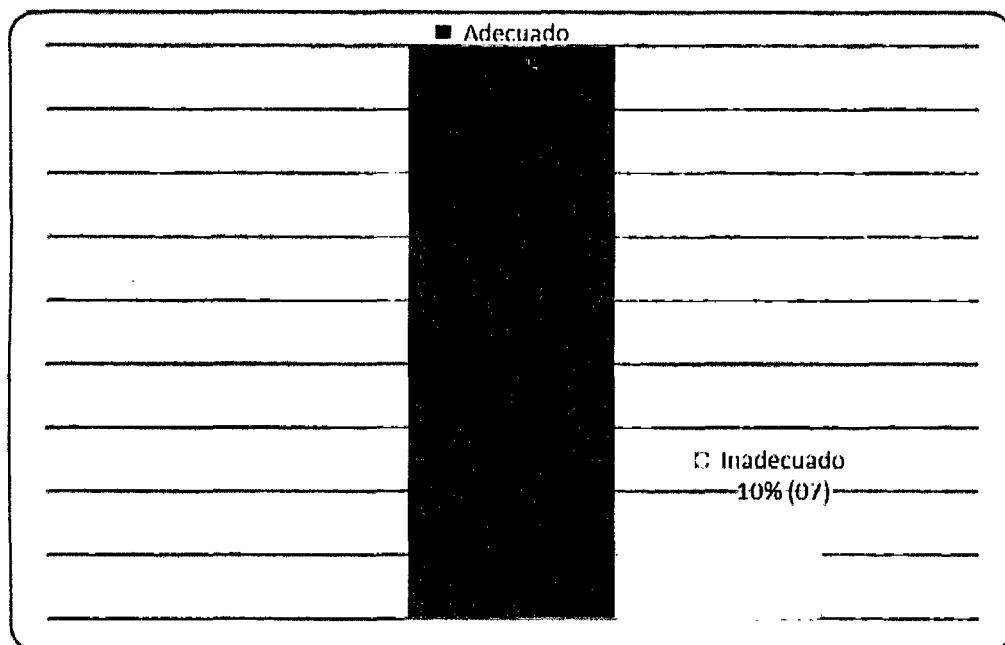
elementos suficientes para afirmar que existe diferencia significativa entre las modalidades de la variable conocimiento, el cual tiene una distribución heterogénea.

En nuestra casuística existe un elevado porcentaje de puérperas con nivel de conocimiento regular (50%), las cuales tienen conocimientos previos sobre la importancia y beneficios de la lactancia materna exclusiva, siendo reforzado sus conocimientos durante su atención prenatal, donde se le brinda información y una evaluación integral.

Nuestros resultados coinciden con **Delgado Marruffo L. (Chiclayo 2013)**, en su trabajo de investigación titulado: "Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva.HRDLM - Chiclayo, 2012", obtuvieron los siguientes resultados: según nivel de Conocimiento de las madres adolescentes en la práctica de Lactancia materna exclusiva, se observa que del total de 124 madres adolescentes encuestadas, 48.4% presentan nivel medio o regular de Conocimiento, 41,1 nivel bajo o deficiente de conocimiento y sólo 10.5% nivel alto o bueno.

Contrariamente tenemos **Arapa S. (Ayacucho: 2006)**, en su trabajo de investigación titulado: "Conocimiento y prácticas sobre lactancia materna en puérperas primíparas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Abril – Julio 2009" reportó que el 57.8% de las puérperas primíparas presentaron nivel de conocimiento deficiente sobre lactancia materna, seguido del 33.3% con Nivel de Conocimiento regular y el 8.9% con Nivel de Conocimiento bueno.

GRAFICO 02



Fuente: Hoja de entrevista

USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PUERPERAS PRIMIPARAS. HOSPITAL II – ESSALUD. SETIEMBRE – NOVIEMBRE. 2015

$$X_c^2 = 44,800$$

$$X_t^2 = 3,841$$

$$g.l.=1$$

$$P < 0.05$$

En el gráfico 02 presentamos el uso de la lactancia materna exclusiva en puerperas primíparas atendidas en el hospital II - EsSalud, donde se observa que del 100.0% (70) de puerperas en estudio, el 90% (63) hacen uso adecuado de la lactancia materna exclusiva y el 10% (07) hacen uso inadecuado de la lactancia materna exclusiva.

Del análisis de los resultados se concluye que el 90% (63) de puerperas hacen uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi Cuadrado se halló significancia estadística ($P < 0.05$) lo cual indica que la muestra aporta

elementos suficientes para afirmar que existe diferencia significativa entre las modalidades de la variable uso de la lactancia materna exclusiva, el cual tiene una distribución heterogénea.

Las razones por las que lo realizan de esta manera adecuada en su gran mayoría, es debido al conocimiento de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, conocimiento de los procedimientos adecuados, afecto al bebe, nivel de instrucción y ocupación laboral, entre otras causas.

Contrariamente a nuestros resultados **Arapa S. (Ayacucho: 2006)**, en su trabajo de investigación titulado: "Conocimiento y prácticas sobre lactancia materna en puérperas primíparas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Abril – Julio 2009" reportó que el 57.8% presentaron prácticas de lactancia materna inadecuada y el 42.2% adecuada. Finalmente del 42.2% de madres con practica de lactancia materna adecuada, el 33.3% presentaron nivel de conocimiento regular y el 8.9% buen nivel de conocimiento.

Contrariamente a nuestros resultados **Huayhua Ñ. y Morales Y. (Ayacucho: 2010)** en su trabajo de investigación titulado: "Factores sociodemográficos asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en puérperas adolescentes atendidas en el hospital de apoyo San Francisco –VRAE Abril – Junio 2010", donde se encuestaron 63 puérperas adolescentes que fueron atendidas en dicho Hospital, se reportó: quedel 100% de puérperas adolescentes en estudio el 84.1% practicaban la lactancia materna exclusiva en forma inadecuada y tan solo el 15.9% lo realiza de manera adecuada.

TABLA N° 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN PUERPERAS PRIMIPARAS. HOSPITAL II – ESSALUD.
SETIEMBRE – NOVIEMBRE. 2015

Nivel de Conocimiento De la lactancia materna exclusiva	Uso de la Lactancia Materna exclusiva				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Bueno	17	24,3	03	4,3	20	28,6
Regular	32	45,7	03	4,3	35	50
Deficiente	14	20	01	1,4	15	21,4
TOTAL	63	90	07	10	70	100.0

Fuente: hoja de entrevista

$$\chi_c^2 = 0,820 \quad \chi_t^2 = 5.991 \quad g.l.=2 \quad P>0.05$$

La tabla 03 nos presenta el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva, observándose que del 100%(70) púerperas primíparas, el 50%(35) tienen nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva, de los cuales 45,7% (32) hacen uso adecuado de la lactancia materna y el 4,3% (03) hacen uso inadecuado. Asimismo el 28,6%(20) tienen buen nivel de conocimiento, de ellas el 24,3%(17) hacen uso adecuado de la lactancia materna y el 4,3% (03) hacen uso inadecuado. Finalmente el 21,4%(15) presentó un conocimiento deficiente, de los cuales el 20%(14) hacen uso adecuado de la lactancia materna y el 1,4% (01) hacen uso inadecuado.

Del cuadro se concluye, que el mayor porcentaje (45,7%) de las puérperas primíparas presentaron nivel de conocimiento regular y hacen uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P > 0.05$) lo cual indica que el nivel de conocimientos no tiene asociación con el uso de la lactancia materna exclusiva.

El nivel de conocimiento que tienen las puérperas sobre la lactancia materna exclusiva influye notablemente en el uso del mismo, ya que éstas al conocer sobre la importancia, beneficios, ventajas, técnica, requisitos, etc., de lactancia materna exclusiva optarán por hacer uso de una manera adecuada; por otro lado si la puérpera conoce sobre lactancia materna optará por mejores prácticas, pues será consciente de la importancia de la misma aprovechando al máximo los beneficios que ofrece una adecuada lactancia materna, para mejorar así no sólo la nutrición del niño, sino también promover lazos afectivos, Entonces podemos decir que a mejor conocimiento mejor alternativa de uso adecuado de la lactancia materna exclusiva. De igual manera la información que tengan las puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna, como factor contribuyente a un crecimiento, desarrollo y nutrición adecuada del lactante que incentiva a la lactancia materna exclusiva inclinarán su decisión por el uso adecuado de la misma.

Al respecto **Arapa S. (Ayacucho: 2006)**, en su trabajo de investigación titulado: "Conocimiento y prácticas sobre lactancia materna en puérperas primíparas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho. Abril – Julio 2009" reportó que el 57.8% de las puérperas primíparas presentaron nivel de conocimiento deficiente sobre lactancia materna, seguido del 33.3% con nivel de conocimiento regular y el 8.9% nivel de conocimiento bueno.

Asimismo, el 57.8% presentaron prácticas de lactancia materna inadecuada y el 42.2% adecuada. Finalmente del 42.2% de madres con practica de lactancia materna adecuada, el 33.3% presentaron nivel de conocimiento regular y el 8.9% buen nivel de conocimiento.

TABLA 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN RELACIÓN A LA EDAD DE LAS PUERPERAS PRIMIPARAS. HOSPITAL II – ESSALUD. SETIEMBRE – NOVIEMBRE. 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA														
EDAD	Bueno				Regular				Deficiente				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Adolescente	00	00	00	00	03	4,2	00	00	03	4,2	00	00	06	8,5
Adulta	12	17,1	03	4,2	22	31,4	03	4,2	10	14,2	01	1,4	51	72,9
Añosa	05	7,1	00	00	07	10	00	00	01	1,4	00	00	13	18,5
TOTAL	17	24,3	03	4,2	32	45,6	03	4,2	14	20	01	1,4	70	100.0

Fuente: Hoja de entrevista

$$X_c^2 = 2,879$$

$$X_t^2 = 18,307$$

g.l.=10

P>0.05

La tabla 02 nos presenta el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva en relación a la edad; observándose, que del 100% (70) puérperas primíparas, el 72,9%(51) fueron adultas, de las cuales el 31,4%(22) tienen conocimiento regular y uso adecuado, luego el 17,1%(12) tuvieron buen nivel de conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna. Asimismo el 18,5% con 13 casos fueron puérperas añosas, de ellas el 10%(7) presentaron regular conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna, luego el 7,1% (5) tienen conocimiento bueno y uso adecuado de la lactancia materna. Finalmente el 8,5%(6) fueron adolescentes, de las cuales el 4,2%(3) tienen regular y deficiente conocimiento con uso adecuado de la lactancia materna en ambos casos.

Del cuadro se concluye, que el mayor porcentaje de puérperas primíparas (31,4%) fueron adultas con regular nivel de conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P>0.05$) que indica que el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva no son dependientes de la edad de las puérperas primíparas.

Estos resultados nos muestran que son las adultas en quienes se presentan porcentajes significativos de regular a buen nivel de conocimiento de la lactancia materna exclusiva, por lo tanto presentan prácticas adecuadas sobre lactancia materna por ser ellas las que tienen mayor responsabilidad en el cuidado y la crianza de sus menores hijos. La

edad es un factor muy importante en el comportamiento de las mujeres, con el transcurso de los años se adquiere mayor experiencia tanto para su cuidado personal y para el cuidado de los hijos.

Nuestros resultados son similares a lo encontrado por **Lévano Sánchez c. (Lima: 2004)**, en su trabajo de investigación titulado "Perfil socio demográfico de las madres que dan de lactar a niños menores de 6 meses" con el objetivo de identificar el perfil socio demográfico de las madres que dan de lactar a niños menores de seis meses. Concluyen que las madres que dan lactancia materna en mayor porcentaje tienen edades comprendidas entre 20 a 34 años, son madres convivientes y han recibido educación sobre lactancia materna.

TABLA 03

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN RELACIÓN A LA PROCEDENCIA DE LAS PUERPERAS PRIMIPARAS. HOSPITAL II – ESSALUD. SETIEMBRE – NOVIEMBRE. 2015

PROCEDENCIA	NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA													
	Bueno				Regular				Deficiente				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Rural	03	4,2	01	1,4	00	00	01	1,4	02	2,8	00	00	07	10
Urbano marginal	02	2,8	00	00	03	4,2	00	00	02	2,8	00	00	07	10
Urbano	12	17,1	02	2,8	29	41,4	02	2,8	10	14,3	01	1,4	56	80
TOTAL	17	24,3	03	4,2	32	45,6	03	4,2	14	20	01	1,4	70	100.0

Fuente: Hoja de entrevista

$$\chi_c^2 = 12,188$$

$$\chi_t^2 = 18,307$$

g.l.=10

P>0.05

La tabla 03 nos presenta el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva en relación a la procedencia, observándose que del 100% (70) puérperas primíparas, el 80%(56) procedieron de la zona urbano, de las cuales el 41,4%(29) tienen conocimiento regular y uso adecuado de la lactancia materna, luego el 17,1%(12) tuvieron buen nivel de conocimiento y uso adecuado. Asimismo el 10% con 07 casos procedieron de la zona urbano marginal, de ellas el 4,2%(03) presentaron regular conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna, luego el 2,8% (02) tienen conocimiento bueno y deficiente con uso adecuado de la lactancia materna en ambos casos. Finalmente el 10%(07) procedieron de la zona rural, de las cuales el 4,2%(3) tienen buen conocimiento con uso adecuado de la lactancia materna y el 2,8%(02) conocimiento deficiente con uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.

Del cuadro se concluye, que el mayor porcentaje de puérperas primíparas (41,4%) procedieron de la zona urbana y presentaron regular nivel de conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P>0.05$) que indica que el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva no son dependientes de la procedencia de las puérperas primíparas.

La procedencia es un factor no influyente en la lactancia materna exclusiva, debido a que las madres de todas las procedencias, presentan los mismos factores que influyen en la adquisición de conocimiento y

destrezas para la lactancia materna exclusiva.

Al respecto **Huayhua Ñ. y Morales Y. (Ayacucho: 2010)** en su trabajo de investigación titulado: "Factores sociodemográficos asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en púerperas adolescentes atendidas en el hospital de apoyo San Francisco –VRAE Abril – Junio 2010", encontró que del 100.0% de púerperas adolescentes en estudio el 46.0% procedieron de la zona urbano marginal, de ellas el 36.5% no practicaban lactancia materna exclusiva y el 9.5% si. Asimismo, el 39.7% procedieron de la zona rural, de ellas el 34.9% no practicaban lactancia materna exclusiva y el 4.8% si.

Martínez A. (2007: Cusco), en la investigación "Factores asociados a la lactancia materna en madres adolescentes de la localidad de Vista Alegre. Quillabamba Cuzco", reportó que el 75.6% de madres adolescentes practicaban la lactancia materna exclusiva, siendo la totalidad del área rural. Asimismo, el 24.4% practica la lactancia materna mixta, de ellas 12.8% procedieron del área rural y el 11.6% del área urbano marginal, hallándose diferencia estadística significativa ($P < 0.05$).

TABLA 04

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN RELACIÓN AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUERPERAS PRIMIPARAS. HOSPITAL II – ESSALUD. SETIEMBRE – NOVIEMBRE. 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA														
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Bueno				Regular				Deficiente				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Primaria	01	1,4	00	00	02	2,8	00	00	00	00	00	00	03	4,2
Secundaria	01	1,4	00	00	09	12,8	02	2,8	08	11,4	00	00	20	28,7
Superior	15	21,4	03	4,2	21	30	01	1,4	06	8,5	01	1,4	47	67,1
TOTAL	17	24,3	03	4,2	32	45,6	03	4,2	14	20	01	1,4	70	100.0

Fuente: Hoja de entrevista

$$X_c^2 = 3,555$$

$$X_t^2 = 18,307$$

g.l.=10

P>0.05

La tabla 04 nos presenta el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva en relación al nivel de instrucción, observándose que del 100% (70) puérperas primíparas, el 67,1%(47) tuvieron nivel de instrucción superior, de las cuales el 30%(21) tienen conocimiento regular y uso adecuado de la lactancia materna, luego el 21,4%(15) tuvieron buen nivel de conocimiento y uso adecuado. Asimismo el 28,7% (20) tuvieron nivel de instrucción secundaria, de ellas el 12,8%(09) presentaron regular conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna, luego el 11,4% (08) tienen conocimiento deficiente con uso adecuado de la lactancia materna. Finalmente el 4,2%(03) tienen nivel de instrucción primaria, de las cuales el 2,8%(02) tienen regular conocimiento con uso adecuado de la lactancia materna y el 1,4%(01) conocimiento bueno con uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.

Del cuadro se concluye, que el mayor porcentaje de puérperas primíparas (30%) tienen nivel de instrucción superior con regular nivel de conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P>0.05$) lo cual nos indica que el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva no son dependientes del nivel de instrucción de las puérperas primíparas.

El nivel de instrucción o grado de escolaridad es importante tomarlo en cuenta cuando se está educando a la madre sobre la lactancia; porque a mayor escolaridad tendrá mayor ventaja de entender las

recomendaciones dadas sobre el tema por eso es que una de las estrategias básicas para motivar y lograr que las madres alimenten a sus hijos a pecho es la educación. De ahí que la orientación y educación que la madre reciba en la atención prenatal, sala de parto, puerperio o consultas de niños sanos sobre la lactancia materna será determinante para el amamantamiento exclusivo.

El nivel de instrucción es un factor importante en muchos aspectos del cuidado de salud materno y perinatal. La autoeducación y la búsqueda de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva están ligadas al nivel de instrucción de las puérperas adolescentes, debido a que la práctica de lectura, la búsqueda de información en internet requieren de conocimientos básicos que son impartidos en el nivel secundario y superior.

Al respecto **Huayhua Ñ. y Morales Y. (Ayacucho: 2010)** en su trabajo de investigación titulado: "Factores sociodemográficos asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en puérperas adolescentes atendidas en el hospital de apoyo San Francisco –VRAE Abril – Junio 2010", reportaron que el 58.7% mencionaron tener nivel de instrucción primario, de ellas el 54.0% no practicaban lactancia materna exclusiva y el 4.8% si. Asimismo, el 30.2% mencionaron tener nivel de instrucción secundaria, de ellas, el 19.0% no practicaron la lactancia materna exclusiva y el 11.1% si.

TABLA 05

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN RELACIÓN A LA OCUPACIÓN DE LAS PUERPERAS PRIMIPARAS. HOSPITAL II – ESSALUD. SETIEMBRE – NOVIEMBRE. 2015

OCUPACIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA													
	Bueno				Regular				Deficiente				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Estudiante	03	4,2	00	00	06	8,5	00	00	05	7,1	00	00	14	20
Su casa	04	7,7	01	1,4	11	15,7	02	2,8	07	10	00	00	25	35,7
Empleada	10	14,3	02	2,8	15	21,4	01	1,4	02	2,8	01	1,4	31	44,3
TOTAL	17	24,3	03	4,2	32	45,6	03	4,2	14	20	01	1,4	70	100,0

Fuente: Hoja de entrevista

$$X_c^2 = 6,383$$

$$X_t^2 = 18,307$$

g.l.=10

P>0.05

La tabla 05 nos presenta el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva en relación a la ocupación, observándose que del 100% (70) puérperas primíparas, el 44,3%(31) fueron empleadas, de las cuales el 21,4%(15) tienen conocimiento regular y uso adecuado de la lactancia materna, luego el 14,3%(10) tuvieron buen nivel de conocimiento y uso adecuado. Asimismo el 35,7% (25) se dedican a su casa, de ellas el 15,7%(11) presentaron regular conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna, luego el 10% (07) tienen conocimiento deficiente con uso adecuado de la lactancia materna. Finalmente el 20%(14) fueron estudiantes, de las cuales el 8,5%(06) tienen regular conocimiento con uso adecuado de la lactancia materna y el 7,1%(05) conocimiento deficiente con uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.

Del cuadro se concluye, que el mayor porcentaje de puérperas primíparas (21,4%) fueron empleadas con regular nivel de conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P>0.05$) lo cual nos indica que el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva no son dependientes de la ocupación de las puérperas primíparas.

Como se observa en los resultados hallados en esta investigación la ocupación no es un factor influyente en el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva, en estos casos la actitud es determinante

para que la puérpera busque o solicite información de cómo debe realizar adecuadamente la lactancia materna.

Al respecto **Huayhua Ñ. y Morales Y. (Ayacucho: 2010)** en su trabajo de investigación titulado: "Factores sociodemográficos asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en puérperas adolescentes atendidas en el hospital de apoyo San Francisco –VRAE Abril – Junio 2010", encontraron que el 74.6% mencionaron ser amas de casa, de ellas el 58.7% no practicaban lactancia materna exclusiva y el 15.9% si. Asimismo, el 17.5% mencionaron ser estudiantes, de ellas la totalidad no practicaban lactancia materna exclusiva.

TABLA 06

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL DE LAS PUERPERAS PRIMIPARAS. HOSPITAL II – ESSALUD. SETIEMBRE – NOVIEMBRE. 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA														
ESTADO CIVIL	Bueno				Regular				Deficiente				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Soltera	01	1,4	00	00	07	10	00	00	02	2,8	00	00	10	14,3
Conviviente	12	17,2	02	2,8	15	21,4	02	2,8	10	14,3	00	00	41	58,6
Casada	04	5,7	01	1,4	10	14,2	01	1,4	02	2,8	01	1,4	19	27,1
TOTAL	17	24,3	03	4,2	32	45,6	03	4,2	14	20	01	1,4	70	100,0

Fuente: Hoja de entrevista

$$X_c^2 = 5,447$$

$$X_t^2 = 18,307$$

$$g.l.=10$$

$$P>0.05$$

BIBLIOTECA
 HOSPITAL II - ESSALUD
 DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES

La tabla 06 nos presenta el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva en relación al estado civil, observándose que del 100% (70) puérperas primíparas, el 58,6%(41) fueron convivientes, de las cuales el 21,4%(15) tienen conocimiento regular y uso adecuado de la lactancia materna, luego el 17,2%(12) tuvieron buen nivel de conocimiento y uso adecuado. Asimismo el 27,1% (19) fueron casadas, de ellas el 14,2%(10) presentaron regular conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna, luego el 5,7% (04) tienen conocimiento bueno con uso adecuado de la lactancia materna. Finalmente el 14,3%(10) fueron solteras, de las cuales el 10%(07) tienen regular conocimiento con uso adecuado de la lactancia materna y el 2,8%(02) conocimiento deficiente con uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.

Del cuadro se concluye, que el mayor porcentaje de puérperas primíparas (21,4%) fueron convivientes con regular nivel de conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P>0.05$) lo cual nos indica que el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva no son dependientes del estado civil de las puérperas primíparas.

Como se observa en el cuadro no existe dependencia entre la lactancia materna exclusiva y el estado civil, debido a que el aprendizaje de destrezas y la adquisición de conocimientos sobre lactancia materna están relacionados más con los hábitos de lectura y la autoeducación en

temas relacionados. Se conoce que cuando existe estabilidad conyugal existe un mayor apoyo emocional a la madre y al niño y es más aceptado el binomio madre-hijo, brindándole la lactancia materna exclusiva adecuadamente.

Nuestros resultados coinciden con **Lévano M. y Sánchez C. (2004: Lima)**, en su trabajo de investigación "Perfil socio demográfico de las madres que dan de lactar a niños menores de 6 meses" reportó que en mayor porcentaje (80.0%) fueron madres convivientes que habían recibido educación sobre lactancia materna.

TABLA 07

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN RELACIÓN AL NÚMERO DE ATENCIÓN PRENATAL DE LAS PUERPERAS PRIMIPARAS. HOSPITAL II – ESSALUD. SETIEMBRE – NOVIEMBRE. 2015

NUMERO DE ATENCIÓN PRENATAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA													
	Bueno				Regular				Deficiente				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
0-5	06	8,5	00	00	09	12,8	01	1,4	07	10	00	00	23	32,8
≥ 6	11	15,8	03	4,2	23	32,8	02	2,8	07	10	01	1,4	47	67,2
TOTAL	17	24,3	03	4,2	32	45,6	03	4,2	14	20	01	1,4	70	100.0

Fuente: Hoja de entrevista

$$X_c^2 = 2,487$$

$$X_t^2 = 11,070$$

g.l.=05

P>0.05

La tabla 07 nos muestra el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva en relación al número de atención prenatal, observándose que del 100% (70) puérperas primíparas, el 67,2%(41) tuvieron ≥ 6 controles prenatales, de las cuales el 32,8%(23) tienen conocimiento regular y uso adecuado de la lactancia materna, luego el 15,8%(11) tuvieron buen nivel de conocimiento y uso adecuado. Asimismo el 32,8% (23) tuvieron 0 a 5 controles prenatales, de ellas el 12,8%(09) presentaron regular conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna, luego el 10% (07) tienen conocimiento deficiente con uso adecuado de la lactancia materna.

Del cuadro se concluye, que el mayor porcentaje de puérperas primíparas (32,8%) tuvieron ≥ 6 controles prenatales con regular nivel de conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P>0.05$) lo cual nos indica que el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva no son dependientes del número de atenciones prenatales de las puérperas primíparas.

La atención prenatal es un factor muy importante en muchos aspectos del cuidado de la salud materna y fetal, en ella se les brinda todos los conocimientos para el cuidado del recién nacido incluidos la importancia y la aplicación correcta de las técnicas de lactancia materna que se debe brindar al recién nacido hasta los seis meses. La repercusión de la

atención prenatal en la lactancia materna refleja la efectividad de la consejería brindada en ésta.

Nuestros resultados son similares a lo reportado por **Delgado Becerra, Aída (2006: México)**, quien refiere de un total de 107 puérperas en estudio, 74 tuvieron control prenatal, de ellas 52 fueron con lactancia materna exclusiva y 24 no. Asimismo, 31 no tenían control prenatal, de ellas, 23 fueron con lactancia materna exclusiva y 8 no. En ambos casos no se halló diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

Igualmente **Huayhua Ñ. y Morales Y. (Ayacucho: 2010)** en su trabajo de investigación titulado: "Factores sociodemográficos asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en puérperas adolescentes atendidas en el hospital de apoyo San Francisco –VRAE Abril – Junio 2010" encontraron que del 100.0% de puérperas adolescentes en estudio el 58.7% tuvieron igual o mayor a 6 atenciones prenatales, de ellas el 42.9% no practicaban lactancia materna exclusiva y el 15.9% si. Asimismo, el 41.3% tuvieron menor o igual a 5 atenciones prenatales, de ellas la totalidad no practicaban lactancia materna exclusiva.

TABLA 08

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN RELACIÓN A LA INFORMACIÓN PREVIA RECIBIDA DE LAS PUERPERAS PRIMIPARAS. HOSPITAL II – ESSALUD. SETIEMBRE – NOVIEMBRE. 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA															
INFORMACIÓN PREVIA RECIBIDA	Bueno				Regular				Deficiente				TOTAL		
	Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Adecuado		Inadecuado		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
No	00	00	00	00	05	7,1	01	1,4	06	8,5	00	00	12	17,1	
Si	17	24,3	03	4,2	27	38,5	02	2,8	08	11,5	01	1,4	58	82,9	
TOTAL	17	24,3	03	4,2	32	45,6	03	4,2	14	20	01	1,4	70	100.0	

Fuente: Hoja de entrevista

$$\chi^2_c = 0,834$$

$$\chi^2_t = 11,070$$

g.l.=05

P>0.05

La tabla 08 nos muestra el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva en relación a la información previa recibida, observándose que del 100% (70) puérperas primíparas, el 82,9%(58) si recibieron información previa acerca de la lactancia materna, de las cuales el 38,5%(27) tienen conocimiento regular y uso adecuado de la lactancia materna, luego el 24,3%(17) tuvieron buen nivel de conocimiento y uso adecuado. Asimismo el 17,1% (12) no recibieron información previa acerca de la lactancia materna, de ellas el 8,5%(06) presentaron conocimiento deficiente y uso adecuado de la lactancia materna, luego el 7,1% (05) tienen conocimiento regular con uso adecuado de la lactancia materna.

Del cuadro se concluye, que el mayor porcentaje de puérperas primíparas (38,5%) recibieron información previa acerca de la lactancia maternay tuvieron regular nivel de conocimiento con uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.

Sometidos los resultados a la prueba de Chi Cuadrado no se halló significancia estadística ($P>0.05$) lo cual nos indica que el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva no son dependientes de la información previa recibida acerca de la lactancia materna en las puérperas primíparas.

En nuestra casuística se reporta que el 82,9% de puérperas en estudio si recibió información previa sobre la lactancia materna exclusiva, el cual se

ve reflejado en el nivel de conocimiento bueno y regular en su mayoría con un adecuado uso de la lactancia materna exclusiva.

Al respecto **González Reyes M. (Ecuador 2012)**, en su trabajo de investigación titulado: “Conocimientos sobre la importancia de La lactancia materna que tienen las embarazadas primigestas” de 80 primigestas que acudieron al control pre-natal, se obtuvo como resultado que el 36 % de las encuestadas considera que si recibió información previa de la radio y televisión, el cual fue suficiente; mientras un 64% no recibió información previa. De ahí la importancia que a través de las entidades de salud, se planifique y se implementen programas con una mayor continuidad para dar a conocer sobre la importancia de la lactancia materna.

TABLA 09

**FUENTE DE LA INFORMACIÓN PREVIA RECIBIDA ACERCA DE LA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS PUERPERAS PRIMIPARAS.
HOSPITAL II – ESSALUD. SETIEMBRE – NOVIEMBRE. 2015**

Fuente de la información	Nº	%
Amigos	03	4,3
Personal de Salud	44	62,9
Radio – Tv	06	8,6
Otros	05	7,1
Ninguno	12	17,1
Total	70	100

La tabla 09 nos muestra la fuente de información recibida acerca de la lactancia materna exclusiva, observándose que del 100% (70) puérperas primíparas el 62,9%(44) recibió información del personal de salud, luego el 17,1% (12) no recibió información de ninguna fuente, asimismo el 8,6%(06) recibió información a través de la radio y la televisión.

Del cuadro se concluye, que el mayor porcentaje de puérperas primíparas (62,9%) recibieron información previa acerca de la lactancia maternadel personal de salud.

En nuestros resultados se aprecia que mayormente las puérperas en estudio refieren haber recibido información en los establecimientos de salud por parte del personal de salud; o sea una información fidedigna y

veraz que repercute a su vez en el nivel de conocimientos y uso adecuado de la lactancia materna exclusiva. De igual manera los medios de comunicación representan el 8,6% donde brindan información real y adecuada para fomentar la lactancia materna y evitar la desnutrición infantil.

Al respecto **González Reyes M. (Ecuador 2012)**, en su trabajo de investigación titulado: “Conocimientos sobre la importancia de La lactancia materna que tienen las embarazadas primigestas” de 80 primigestas que acudieron al control pre-natal, refiere que los conocimientos que tienen sobre lactancia materna fueron adquiridos de la siguiente manera: 14% respondió en los establecimientos educativos; el 26% en las unidades de salud; el 15 % recibieron educación por profesionales de la salud; el 24% aprendieron en casa y el 11 % manifestó que adquirió esta información de otras fuentes aquí surge que pudo ser en la calle, amigos, compañeros, familiares, etc. Es responsabilidad de parte los profesionales de la salud educar durante proceso de embarazo a la gestante y a su pareja sobre la importancia de la lactancia materna para el recién nacido.

CONCLUSIONES

1. Del 100.0% (70) puérperas en estudio, el 50% (35) tuvieron nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva, seguido del 28,6% (20) con nivel de conocimiento bueno y el 21,4% (15) deficiente nivel de conocimiento.
2. Del 100.0% (70) de puérperas en estudio, el 90% (63) hacen uso adecuado de la lactancia materna y el 10% (07) hacen uso inadecuado de la lactancia materna exclusiva.
3. El 45,7% (32) de las puérperas primíparas presentaron nivel de conocimiento regular y hacen uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.
4. Regular nivel de conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna exclusiva se reportó al 31,4%(22) de adultas primíparas, el 41,4% (29) procedieron de la zona urbana, 30%(21) tuvieron nivel de instrucción superior, 21,4%(15) fueron empleadas y convivientes en ambos casos, el 32,8% (23) tuvieron más de 6 controles prenatales y 38,5% (27) recibieron información previa sobre lactancia materna.
5. Los factores como la edad, procedencia, nivel de instrucción, ocupación, número de controles prenatales no tienen asociación estadísticamente significativa ($p>0,05$) con el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva.

RECOMENDACIONES

1. A los directivos del Hospital II EsSalud de Ayacucho, motivar a los profesionales de salud para que puedan priorizar la información que realizan sobre de la lactancia materna exclusiva, para que de esta manera puedan brindar información adecuada con orientaciones específicas a toda la población asegurada a su cargo.
2. Capacitar a los profesionales de salud en estrategias adecuadas de información, educación y comunicación sobre la lactancia materna exclusiva.
3. Continuar realizando investigaciones referentes al tema con otras poblaciones no aseguradas y que sean en diferentes lugares.

BIBLIOGRAFÍA.

1. **MINISTERIO DE SALUD. MINSA:** Lactancia Materna; Texto para el uso de Capacitadores en la iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y Niño. UNICEF. OPS/OMS. USAID.
2. **DECLARACIÓN CONJUNTA OMS-UNICE:** Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. Función especial de los servicios de maternidad. OMS Ginebra, 1989.
3. **MINSA (1996):** Guía práctica para una lactancia materna exitosa. OMS-UNICEF. Lima.
4. <http://www.fao.org/docrep/006/W0073S/w0073s0b.htm>
5. **ENDES (2012):** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
6. **MARIO BUNGE.** Ética, ciencia y técnica, primera edición 199
7. **SALAZAR BONDY.** Introducción a la Filosofía y Lógica / Augusto Salazar Bondy y Francisco Miró Quesada (5to de secundaria) cap. II-III.
8. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03474342004000100002&lng=pt&nrm=iso
9. <http://www.lactared.com.pe/evaluacion.htm>
10. http://wwwds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/12/27/000160016_20051227114719/Rendered/INDEX/ipp1530spanish0igena0span0published.txt
11. **OMS, OPS, UNICEF, (2003):** Consejería en lactancia materna: curso de capacitación. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
12. **SCHWARCS-SALAS.D:** "Obstetricia". Editorial "El Ateneo" 6ta edición 2004
13. **MONGRUT STEANE A:** "Tratado de Obstetricia normal y patológico cuarta edición. 2000.

- 14. SCHELLHORN. DRA. C. (2010):** Manual de Lactancia Materna Ministerio de Salud. Recuperado de: http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/manual_lactancia_materna.pdf
- 15. MONDRAGÓN HÉCTOR . (2006):** Ginecobstetricia de la niñez a la senectud México. Editorial Trillas 2da Edición.
- 16. MINSA (1996):** Guía práctica para una lactancia materna exclusiva. OMS UNICEF. Lima
- 17. BLÁZQUEZ, M. 2000:** Ventajas de la Lactancia Materna. Rev. Med. Naturista. (1):44-49. (Disponible: http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Ventajas%20de%20la%20lactancia%20materna.pdf. Consultado el: 19 de 10 de 2005)
- 18. CORONEL, C.; F. HERNÁNDEZ; M. MARTÍN. 2004:** Lactancia materna en el primer Semestre y la salud de los niños en el primer año de vida. Rev. Méx. Pediatr. 71 (5): 217-221. (Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-pediat/e-sp2004/esp04-5/em-sp045b.htm>. Consultado el: 11 de 09 de 2005)
- 19. GONZÁLEZ, F; R. CERDA; J. ROBLEDO; S. VALDOVINOS; J. VARGAS; S. SAID. 2005:** La consejería en lactancia y contacto temprano en parejas madre-hijo están asociadas a la lactancia materna exclusiva. Gac. Méd. Méx. 141 (2). (Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=30713&id_seccion=210&id_ejemplar=3154&id_revista=48. Consultado el: 30 de 11 de 2005)
- 20. LÓPEZ, P.; B. ARÉVALO; R. CARRERO; J. MARTÍNEZ; M. T. LORENTE; M. A. RODRÍGUEZ. 2000.** La lactancia natural o materna: conceptos básicos y trascendencia actual. Rev. Medicina general. 23:360-

369(Disponible en <http://www.semg.es/revista/abril2000/360-369.pdf>. Consultado el: 12 de 11 2005)

21. UNICEF, S.F. NUTRICIÓN: El Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. (Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html Consultado el: 08 de 11 de 2005)

22. JAYANTHI, S.; P. SEYMOUR; JW. PUNTIS; MD. STRINGER. 1998: Necrotizing enterocolitis after gastroschisis repair: a preventable complication?. J Pediatr Surg. 33(5): 705-7. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9607472&query_hl=6. Consultado el: 04 de 12 de 2005

23. PALLÁS, C. 2006. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Promoción de la lactancia materna. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_lactancia.pdf. Consultado el: 11 de 09 de 2005

24. DE CETINA, C.; P. REYES. 1996: La amenorrea de la lactancia como método de planificación familiar. Salud Pública Mex. 38:58-63. (Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/38/381-8s.html> Consultado el: 11 de 12 de 2005)

25. MUÑOZ, H. 2001: Lactancia natural. Neonatología. Edición servicio neonatología hospital clínico universidad de Chile. pp.100-107. (Disponible en: <http://www.redclinica.cl/html/archivos/14.pdf>. Consultado el: 08 de 12 de 2005)

26. CONSEJERÍA DE SALUD DEL GOBIERNO. (2010): Guía de lactancia materna para

profesionales.de.la.salud.Recuperado.de:.http://www.riojasalud.es/ficheros/af_protocolo_lactancia.

27.PÉREZ SÁNCHEZ. “OBSTETRICIA” 1996.Publicaciones técnicas.
Editorial “Mediterráneo”.

ANEXO

FICHA DE OBTENCIÓN DE DATOS

El presente instrumento tiene por objetivo determinar el nivel de conocimiento y uso que tiene Ud. sobre lactancia materna exclusiva. Se le agradece por su colaboración, la cual se aplica sólo con fines de estudio. La información recopilada será de carácter reservado y se le garantizará el anonimato. Marque con (X) la respuesta que considere correcta.

USO DE LA LACTANCIA MATERNA (observación directa)

Adecuado () Inadecuado ()

DATOS GENERALES:

EDAD:

- A. 11-19 años ()
- B. 20-35 años ()
- C. mayor de 35 ()

PROCEDENCIA

- A. Rural ()
- B. Urbana ()
- C. Urbano marginal ()

OCUPACIÓN:

- a) Estudiante ()
- b) Su casa ()
- c) Empleada ()

ESTADO CIVIL:

- A. Soltera ()
- B. Conviviente ()
- C. Casada ()

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- A. Primaria ()
- B. Secundaria ()
- C. Superior ()

Nº DE CONTROL PRENATAL

- A. Sin control 0-5 controles ()
- B. Controlada >6 de controles ()

RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:

- A.No ()
- B. Sí (), de quiénes recibió la información sobre lactancia materna exclusiva:
 - Amigos () Por el personal de salud () 3. Radio ()
 - Televisión () Otra fuente (especificar):.....

En las siguientes preguntas, marque la respuesta que considera correcta:

1. La lactancia materna exclusiva es:

- a) Amamantar al bebé únicamente con leche materna hasta los 6 meses de edad.
- b) Amamantar al bebé únicamente con leche materna hasta que cumpla 1 año.
- c) Amamantar al bebé con leche materna hasta los 6 meses de edad, pero a partir de los 4 meses se le puede dar otras leches.
- d) Desconozco acerca de la pregunta.

2. Durante los primeros 6 meses de vida del bebé Ud. debe alimentarlo con:

- a) Leche materna más agüita de anís
- b) Solamente leche materna.
- c) Se le puede dar tanto leche materna como otro tipo de leche.

3. ¿Por qué crees que es bueno el calostro?

- a) Porque es bueno para fortalecer las defensas de su organismo.
- b) Porque es espeso
- c) Porque es mi primera leche.
- d) Desconozco acerca de la pregunta.

4. Hasta que edad se le debe dar lactancia materna exclusiva al bebé.

- a) Hasta los 2 años.
- b) Hasta los 6 meses.
- c) Hasta el año.
- d) Hasta los 4 meses.

5. Cuando debe iniciar la lactancia materna su bebe.

- a) A las 4 horas de nacido.
- b) Inmediatamente después de que haya nacido.
- c) Al día siguiente de su nacimiento.
- d) Cuando el bebé llora de hambre por primera vez.

6. Cada qué tiempo se debe dar de lactar al bebé

- a) Cada vez que el niño llora
- b) Cada 2 horas, a libre demanda.
- c) Cada 4 horas
- d) Cada 6 horas.

7. Si su bebe duerme por más de dos horas, ¿qué haría Ud.?

- a) Dejo que siga durmiendo
- b) Lo despierto y le doy biberón.
- c) Lo despierto y le doy de lactar.
- d) Solo lo despierto.

8. Si su bebé llora de hambre o de sed durante el día y la noche, ¿Qué haría Ud.?

- a) Le daría leche artificial
- b) Le daría leche materna.
- c) Le daría leche materna y luego leche
- d) Le daría leche materna más agüitas.

9. Si Ud. trabajara o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar a su bebé?

- a) Si estoy en mi trabajo tendría que darle leche artificial e inmediatamente llegue a mi casa le doy leche materna.
- b) Si empiezo a trabajar tendría que darle sólo leche artificial.
- c) Tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.
- d) Desconozco.

10. La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta.

- a) Hasta 1 hora.
- b) Hasta 8 horas.
- c) Hasta 4 horas
- d) No sabe

11. Si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea.

- a) Le suspende la lactancia materna
- b) Le da panetela y otras agüitas
- c) Le da lactancia materna más suero oral
- d) Le daría lactancia materna con mayor frecuencia

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

- a) Madres que tienen tos.
- b) Madres que tienen cualquier otra infección
- c) Madres con VIH –SIDA o que tengan el virus de la hepatitis B
- d) Madres que lavan mucha ropa.

13. Puede Ud. decirme la razón principal por la que Ud. le daría lechematerna a su bebé:

- a) Me ahorro dinero.
- b) La leche materna tiene muchos nutrientes además previene de enfermedades respiratorias y diarreicas.
- c) Me da más tiempo de pasar en compañía con mi bebé.
- d) Realmente no sé, sólo me dijeron que tengo que dar de lactar hasta que mi bebé cumpla 6 meses de edad.

14. Para interrumpir la succión:

- a) Tiro del pezón hacia atrás hasta que el bebé suelte la mama.
- b) Se introduce un dedo en la boquita del bebé para que suelte el pezón.
- c) Espero hasta que el bebé deje de lactar.
- d) No me dijeron cómo lo debo hacer.

15. ¿En qué le beneficia a Ud. darle lactancia materna exclusiva a su bebé?

- a) Menos incidencia de cáncer de mama y ovario.
- b) Cuidarme de otro nuevo embarazo
- c) Ahorro dinero
- d) Todas las anteriores.

16. Marque la gráfica correcta en que se muestra la posición en cómo debedar de lactar a su bebé:

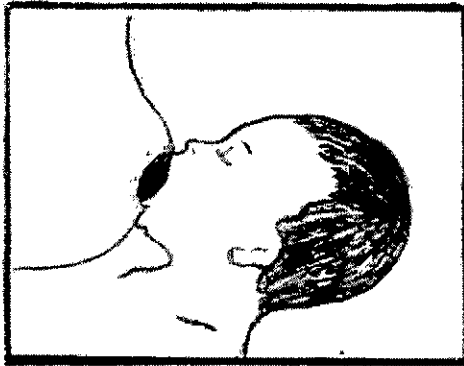


()

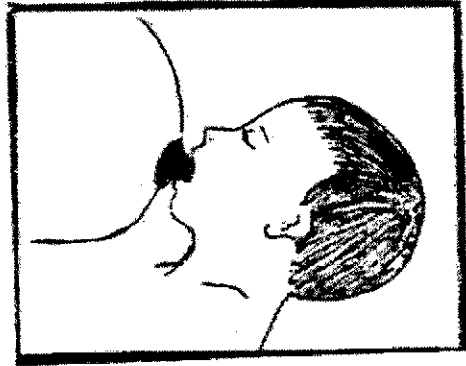


()

17. Marque la gráfica correcta decómo debe colocar la boca su bebé alpecho para la lactancia:



()



()

18. Por cuál de las mamas empiezas nuevamente a darle de lactar al bebé.

- a) Se puede empezar a dar de lactar por cualquiera de las mamas.
- b) Se debe empezar por la mama que no estuvo lactando anteriormente.
- c) Se debe empezar a dar de lactar de la mama donde hay mayor cantidad de leche.
- d) Me gustaría que me enseñen sobre este tema.

19. ¿Por qué es importante darle de lactar a su bebé inmediatamente después del parto?

- a) Porque nace con hambre.
- b) Para hacerlo callar porque nace llorando.
- c) Para ayudar a mantener contraído mi útero y disminuir el sangrado.
- d) Para que se vaya acostumbrando a mamar.

20. ¿Qué aspectos debes tener en cuenta para cuidarte con el MELA para evitar un nuevo embarazo?

- a) Alimentar a mi bebé solo con lactancia materna exclusiva por 6 meses o hasta ver mi primera regla.
- b) Alimentarlo más con leche materna y pocas veces con leche artificial.
- c) Alimentar con leche materna y leche artificial.
- d) Solo leche artificial.

MEDICION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO

DEFICIENTE: 0-10 puntos

REGULAR : 11-15

BUENO : 16-20

MEDICION DE USO

Se realizo mediante la observación directa, del uso correcto de la técnica de amamantamiento en el momento de la entrevista.

ADECUADO: técnica correcta del amamantamiento.

INADECUADO: técnica incorrecta del amamantamiento, presencia de formulas de leche artificial, biberón en el velador de la paciente.

Facultad de Ciencias de la Salud



Escuela

Profesional

Obstetricia

ARTICULO ORIGINAL

Setiembre – noviembre, 2015° Volumen 1, numero 1°pp 1-7

Nivel de Conocimiento y Uso sobre Lactancia Materna Exclusiva en Púérperas Primíparas. Hospital II-EsSalud. Setiembre-noviembre 2015.

RESUMEN	SUMMARY
<p>OBJETIVOS: Conocer el nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en púérperas primíparas del Hospital II-EsSalud. Setiembre – Noviembre del 2015. MATERIALES Y MÉTODOS: se realizaron a través de un estudio transversal, prospectivo, descriptivo y aplicativa. La población estuvo constituida por todos las pacientes púérperas primíparas del Hospital II EsSalud durante los meses setiembre a noviembre del año 2015. La muestra lo conformaron 70 pacientes púérperas primíparas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital II-EsSalud, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En el análisis de los datos se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado para determinar la dependencia de las principales variables de estudio.</p> <p>CONCLUSIONES: Del análisis de los resultados hallados en la presente investigación, se arribó a las siguientes conclusiones: Del 100.0% (70) púérperas en estudio, el 50% (35) tuvieron nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva, seguido del 28,6% (20) con nivel de conocimiento bueno y el 21,4% (15) deficiente nivel de conocimiento. Del 100.0% (70) de púérperas en estudio, el 90% (63) hacen uso adecuado de la lactancia materna y el 10% (07) hacen uso inadecuado de la lactancia materna exclusiva. El 45,7% (32) de las púérperas primíparas presentaron nivel de conocimiento regular y hacen uso adecuado de la lactancia materna exclusiva. Regular nivel de conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna exclusiva se reportó al 31,4%(22) de adultas primíparas, el 41,4% (29) procedieron de la zona</p>	<p>OBJECTIVES: To know the knowledge level and use has more than enough nursing maternal sole right in puerperal primiparas of the Hospital II-EsSalud. September - November of the 2015. MATERIALS AND METHODS: they were carried out through a traverse, prospective, descriptive study and applicative. The population was constituted by all the patient puerperal primiparas of the Hospital II EsSalud during the months September to November of the year 2015. The sample conformed it 70 patient puerperal primiparas of the service of Gineco-obstetrics of the Hospital II-EsSalud that completed with the inclusion approaches and exclusion. In the analysis of the data the statistical test of Squared Chi was applied to determine the dependence of the main study variables.</p> <p>CONCLUSIONS: Of the analysis of the results found in the present investigation, you arrived to the following conclusions: Of 100.0% (70) puerperal in study, 50% (35) they had level of regular knowledge on nursing maternal sole right, followed by 28,6% (20) with level of good knowledge and 21,4% (15) faulty level of knowledge. Of 100.0% (70) of puerperal in study, 90% (63) they make appropriate use of the maternal nursing and 10% (07) they make inadequate use of the nursing maternal sole right. 45,7% (32) of the puerperal primiparas they presented level of regular knowledge and they make appropriate use of the nursing maternal sole right. To regulate level of knowledge and appropriate use of the nursing maternal sole right was reported at the 31,4%(22) of mature primiparas, 41,4% (29) they came from the urban area, 30%(21) they had level of superior instruction, 21,4%(15) they were employees</p>

urbana, 30%(21) tuvieron nivel de instrucción superior, 21,4%(15) fueron empleadas y convivientes en ambos casos, el 32,8% (23) tuvieron más de 6 controles prenatales y 38,5% (27) recibieron información previa sobre lactancia materna. Los factores como la edad, procedencia, nivel de instrucción, ocupación, número de controles prenatales no tienen asociación estadísticamente significativa ($p>0,05$) con el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva.

and conveniences in both cases, 32,8% (23) they had more than 6 prenatal controls and 38,5% (27) they received previous information on maternal nursing. The factors like the age, origin, instruction level, occupation, number of prenatal controls doesn't have association statistically significant ($p>0,05$) with the level of knowledge and use of the nursing maternal sole right.

INTRODUCCIÓN

La Lactancia Materna exclusiva es un acto natural que se practica como forma de alimentación al niño durante los primeros 6 meses de vida¹, por medio del cual la madre brinda un fluido biológico complejo: proteínas, grasas, vitaminas, carbohidratos, sales minerales, agua; así como de elementos bioactivos que le confieren a la leche, además de la propiedad nutritiva, la protección contra agentes patógenos presentes en el medio ambiente, favorece la maduración del aparato digestivo del lactante; del mismo modo, presenta la ventaja de que para su administración se requiere por lo general que la madre tenga un contacto piel a piel mayor con su bebé, lo que favorece las relaciones psicoafectivas desde temprana edad entre la madre y el hijo. Existe también otra ventaja que es la del ahorro de tiempo, dinero y trabajo, debido que no se requiere el aporte de una cantidad de dinero para adquirirla, ni necesita preparación.

Es necesario destacar además que la lactancia materna exclusiva tiene la función anticonceptiva, es un período fisiológico de infertilidad. Es un anticonceptivo por excelencia cuando se asocia a un tiempo prolongado de amenorrea, prácticamente es un método natural de regulación de la fertilidad, mientras sea exclusiva. Además es especialmente recomendada por sus especiales propiedades defensivas para la protección del niño ya que la leche materna contiene todas las fracciones de anticuerpos, células y factores humorales contra los agentes patógenos que pueden agredir al niño.

Por lo tanto se puede concluir en que no existe sustituto completo para esta leche. Es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la Lactancia Materna debe ser exclusiva hasta los seis meses de edad, sin la adición de líquidos u otras leches.²

Los índices de mortalidad y morbilidad infantil son más bajas entre los niños alimentados con lactancia materna, que entre los niños alimentados con lactancia artificial.

Aún así en el contexto mundial se observa un bajo nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas y esto conlleva a que presenten técnicas inadecuadas en el uso de la lactancia materna.

En el departamento de Ayacucho se promueve la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, sin embargo las

puérperas desconocen la importancia del valor nutritivo de la leche materna, debido a que no se les brinda una información oportuna ni adecuada. Además se observa cierto desinterés por parte de la mayoría de ellas, dado que tienen otras prioridades que atender (plática entre las pacientes y con sus familiares, descansar y el trabajo), lo que repercute en el uso inadecuado.

Por tal motivo realizamos el presente estudio de investigación, el cual fue de mucha importancia, ya que nos permitió conocer el nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas, de esta manera contribuir con el profesional de salud para la aplicación de estrategias que mejoren la información, educación y comunicación sobre la lactancia materna exclusiva y uso en especial a las primíparas del Hospital II-EsSalud. A través de una investigación aplicada, método de estudio descriptivo, transversal, prospectivo, con una muestra constituida por 70 pacientes puérperas primíparas del hospital II EsSalud, encontrándose los principales resultados: el 50% (35) tuvieron nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva, seguido del 28,6% (20) con nivel de conocimiento bueno y el 21,4% (15) deficiente nivel de conocimiento, asimismo el 90% (63) hacen uso adecuado de la lactancia materna y el 10% (07) hacen uso inadecuado de la lactancia materna. Luego con regular nivel de conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna exclusiva se reportó al 31,4%(22) de adultas primíparas, el 41,4% (29) procedieron de la zona urbana, 30%(21) tuvieron nivel de instrucción superior, 21,4%(15) fueron empleadas, el 32,8% (23) tuvieron más de 6 controles prenatales, 38,5% (27) recibieron información previa sobre lactancia materna por parte del personal de salud.

OBJETIVOS:

1.3.1.-OBJETIVO GENERAL: Conocer el nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas del Hospital II-EsSalud, Setiembre – Noviembre del 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar el nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en

puérperas primíparas del Hospital II-EsSalud.

- Relacionar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva con el uso en puérperas primíparas del Hospital II-EsSalud.
- Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva con los factores maternos tales como: edad, procedencia, grado de instrucción, ocupación, estado civil, número de atenciones prenatales, información previarecida.

II. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Investigación aplicativa.

METODO DE ESTUDIO.

Descriptivo, transversal, prospectivo.

POBLACIÓN.

Constituida por todas las pacientes puérperas primíparas del Hospital II-EsSalud durante los meses de Setiembre– Noviembre del año 2015.

MUESTRA:

Constituida por 67 pacientes puérperas primíparas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II-EsSalud durante los meses de Setiembre- Noviembre del año 2015.

Criterios de inclusión:

- Puérpera en alojamiento conjunto.
- Parto eutócico y cesárea.

Criterios de Exclusión

- Madres de RN que reciban tratamiento por alguna patología como por ejemplo : VIH (+), TBC.
- Puérperas hospitalizadas en UCI.
- Recién nacidos hospitalizados, por cualquier patología.
- Todas las puérperas que no desean participar

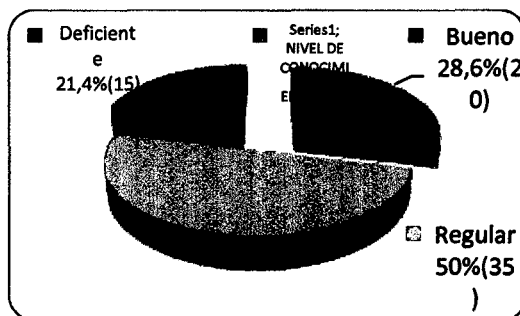
TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA	INSTRUMENTO
Entrevista	Ficha de entrevista

RESULTADOS

GRAFICO 01: Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna exclusiva en Puérperas

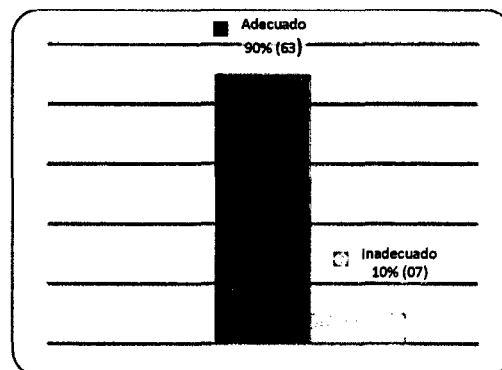
primíparas. Hospital II - Essalud. Setiembre – Noviembre. 2015.



Fuente: Hoja de entrevista

$\chi^2=9,286$ $X^2r=5,991$ $g.l=2$ $P<0,05$

GRAFICO 02: Uso de la Lactancia Materna en Puérperas Primíparas. Hospital II – Essalud. Setiembre – Noviembre. 2015



Fuente: Hoja de entrevista

$\chi^2_c=44,800$ $X^2_r=3,841$ $g.l=1$ $P<0,05$

Tabla nº 01: Nivel de Conocimiento y Uso de la Lactancia Materna Exclusiva en Puérperas Primíparas. Hospital II– EsSalud. Setiembre – Noviembre. 2015

Nivel de Conocimiento	Uso de la lactancia Materna exclusiva				TOTAL	
	Adecuado		Inadecuado		Nº	%
De la lactancia materna exclusiva	Nº	%	Nº	%		
Bueno	17	24,3	03	4,3	20	28,6
Regular	32	45,7	03	4,3	35	50
Deficiente	14	20	01	1,4	15	21,4
TOTAL	63	90	07	10	70	100,0

Fuente: Hoja de entrevista

$X_c^2=0,820$ $X_r^2=5,991$ g.l.=2 P>0.05

Tabla 02: Nivel de Conocimiento y Uso de la Lactancia Materna Exclusiva en Relación a la Edad de las Puérperas Primíparas. Hospital II – EsSalud. Setiembre – Noviembre. 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA													
EDAD	Buena			Regular			Deficiente			TOTAL			
	AP	%	NP	AP	%	NP	AP	%	NP	AP	%	NP	
Asistenta	01	00	00	01	42	00	01	00	00	00	00	00	00
Asista	07	17,3	03	02	03	31,4	03	03	04	10	10,2	03	14
Alumna	01	11	00	00	07	10	00	00	01	14	00	00	15
TOTAL	10	24,3	03	12	32	45,4	04	11	14	14	30	03	50,0

Fuente: Hoja de entrevista

$X_c^2=2,87$ $X_r^2=18,307$ g.l.=10 P>0.05

Tabla 03: Nivel de Conocimiento y Uso de la Lactancia Materna Exclusiva en Relación a la Procedencia de las Puérperas Primíparas. Hospital II – EsSalud. Setiembre – Noviembre. 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA													
PROCEDENCIA	Buena			Regular			Deficiente			TOTAL			
	AP	%	NP	AP	%	NP	AP	%	NP	AP	%	NP	
Elche	01	4,2	00	01	00	00	01	00	00	00	00	00	00
Urbano	01	2,1	00	01	4,2	00	01	00	01	00	00	00	00
Urbano	01	4,2	00	01	7,1	00	01	00	01	00	00	00	00
TOTAL	03	24,3	00	03	31,4	00	03	00	03	00	00	00	00

Fuente: Hoja de entrevista

$X_c^2=12,188$ $X_r^2=18,307$ g.l.=10 P>0.05

Tabla 04: Nivel de Conocimiento y Uso de la Lactancia Materna Exclusiva en Relación al Nivel de Instrucción de las Puérperas Primíparas. Hospital II – EsSalud. Setiembre – Noviembre. 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA													
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Buena			Regular			Deficiente			TOTAL			
	AP	%	NP	AP	%	NP	AP	%	NP	AP	%	NP	
Primaria	01	14	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Secundaria	01	14	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Superior	01	21,4	00	02	21	00	01	14	00	00	00	00	00
TOTAL	03	24,3	00	02	10	00	01	14	00	00	00	00	00

Fuente: Hoja de entrevista

$X_c^2=3,555$ $X_r^2=18,307$ g.l.=10 P>0.05

Tabla 05: Nivel de Conocimiento y Uso de la Lactancia Materna Exclusiva en Relación a la Ocupación de las Puérperas Primíparas. Hospital II – EsSalud. Setiembre – Noviembre. 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA													
OCUPACIÓN	Buena			Regular			Deficiente			TOTAL			
	AP	%	NP	AP	%	NP	AP	%	NP	AP	%	NP	
Estudiante	01	4,2	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Autónoma	00	0,0	00	01	10	00	00	00	00	00	00	00	00
Empleada	01	14,3	00	01	10	00	00	00	00	00	00	00	00
TOTAL	02	28,6	00	02	20	00	00	00	00	00	00	00	00

Fuente: Hoja de entrevista

$X_c^2=6,383$ $X_r^2=18,307$ g.l.=10 P>0.05

Tabla 06: Nivel de Conocimiento y Uso de la Lactancia Materna Exclusiva en Relación al Estado Civil de las Puérperas Primíparas. Hospital II – EsSalud. Setiembre – Noviembre. 2015

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA													
ESTADO CIVIL	Buena			Regular			Deficiente			TOTAL			
	AP	%	NP	AP	%	NP	AP	%	NP	AP	%	NP	
Unión libre	01	4,2	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Conyugal	01	14,3	00	01	10	00	00	00	00	00	00	00	00
Divorciada	00	0,0	00	01	10	00	00	00	00	00	00	00	00
TOTAL	02	28,6	00	02	20	00	00	00	00	00	00	00	00

Fuente: Hoja de entrevista

$X_c^2=5,447$ $X_r^2=18,307$ g.l.=10 P>0.05

Tabla 07: Nivel de Conocimiento y Uso de la Lactancia Materna Exclusiva en Relación al Número de Atención Prenatal de las Puérperas

Primíparas. Hospital II – EsSalud. Setiembre – Noviembre. 2015

NÚMERO DE ATENCIÓN PRENATAL	NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA												TOTAL	
	Buena		Regular				Deficiente				TOTAL			
	Adecuada		Inadecuada		Adecuada		Inadecuada		Adecuada		Inadecuada			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
53	03	5.7	00	00	07	13.2	03	5.7	07	13.2	00	00	23	43.3
48	13	27.1	03	6.2	13	27.1	02	4.2	07	14.6	03	6.2	47	97.7
TOTAL	17	32.3	03	5.7	20	39.6	05	9.6	14	27.1	03	5.7	73	136.9

Fuente: Hoja de entrevista

$$X_c^2 = 2,487 \quad X^2 = 11,070 \quad g.l.=05 \quad P > 0.05$$

Tabla 08: Nivel de Conocimiento y Uso de la Lactancia Materna Exclusiva en Relación a la Información Previa Recibida de las Puérperas Primíparas. Hospital II – EsSalud. Setiembre – Noviembre. 2015

INFORMACIÓN RECIBIDA	NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA												TOTAL	
	Buena		Regular				Deficiente				TOTAL			
	Adecuada		Inadecuada		Adecuada		Inadecuada		Adecuada		Inadecuada			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
No	00	00	00	00	05	7.1	03	4.2	04	5.3	00	00	12	17.1
Si	17	34.3	03	6.2	17	34.3	02	4.2	03	6.2	01	1.4	38	52.9
TOTAL	17	34.3	03	6.2	22	43.6	05	9.6	07	13.2	01	1.4	70	100.0

Fuente: Hoja de entrevista

$$X_c^2 = 0,834 \quad X^2 = 11,070 \quad g.l.=05 \quad P > 0.05$$

Tabla 09: Fuente de la Información Previa Recibida acerca de la Lactancia Materna Exclusiva de las Puérperas Primíparas. Hospital II – EsSalud. Setiembre – Noviembre. 2015

Fuente de la información	Nº	%
Amigos	03	4.3
Personal de Salud	44	62.9
Radio - Tv	06	8.6
Unos	05	7.1
Programa	12	17.1
Total	70	100

III .DISCUSION:

Lactancia materna exclusiva después del nacimiento de un niño muchas madres desean

aprovechar los numerosos beneficios que la lactancia materna les ofrece tanto a ellas como a sus hijos: el estado natural de infertilidad producida por la lactancia materna que sirve como un método anticonceptivo mientras sea exclusiva dentro de los seis meses post parto conocido como el método de la lactancia materna exclusiva – amenorrea (MELA) se basa en el periodo fisiológico de infertilidad que se da en el posparto; la forma natural de alimentación del recién nacido y cuyos beneficios son indiscutibles tanto para la madre como para el recién nacido. Porque no solo es un gran aporte nutritivo sino que además otorga al neonato un completo y eficaz desarrollo orgánico, cerebral, somático y maxilofacial, reduce la morbi-mortalidad infantil (reduciendo la prevalencia diarreica) durante el período crítico del primer año de vida, además de disminuir el riesgo de cáncer de mama y de ovario en la madre, desde el punto de vista psicológico fortalece la relación madre e hijo que ayuda a disminuir la frecuencia de abandono del recién nacido, además de ser un acto natural, simple y económico repercutiendo en el uso adecuado de la lactancia materna.

IV. CONCLUSIONES

1. Del 100.0% (70) puérperas en estudio, el 50% (35) tuvieron nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva, seguido del 28,6% (20) con nivel de conocimiento bueno y el 21,4% (15) deficiente nivel de conocimiento.
2. Del 100.0% (70) de puérperas en estudio, el 90% (63) hacen uso adecuado de la lactancia materna y el 10% (07) hacen uso inadecuado de la lactancia materna exclusiva.
3. El 45,7% (32) de las puérperas primíparas presentaron nivel de conocimiento regular y hacen uso adecuado de la lactancia materna exclusiva.
4. Regular nivel de conocimiento y uso adecuado de la lactancia materna exclusiva

se reportó al 31,4%(22) de adultas primíparas, el 41,4% (29) procedieron de la zona urbana, 30%(21) tuvieron nivel de instrucción superior, 21,4%(15) fueron empleadas y convivientes en ambos casos, el 32,8% (23) tuvieron más de 6 controles prenatales y 38,5% (27) recibieron información previa sobre lactancia materna.

5. Los factores como la edad, procedencia, nivel de instrucción, ocupación, número de controles prenatales no tienen asociación estadísticamente significativa ($p>0,05$) con el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva.

VII.RECOMENDACIONES:

1. A los directivos del Hospital II EsSalud de Ayacucho, motivar a los profesionales de salud para que puedan priorizar la información que realizan sobre de la lactancia materna exclusiva, para que de esta manera puedan brindar información adecuada con orientaciones específicas a toda la población asegurada a su cargo.
2. Capacitar a los profesionales de salud en estrategias adecuadas de información, educación y comunicación sobre la lactancia materna exclusiva.
3. Continuar realizando investigaciones referentes al tema con otras poblaciones no aseguradas y que sean en diferentes lugares.

VIII.REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:

1. **MINISTERIO DE SALUD. MINSA:** Lactancia Materna; Texto para el uso de Capacitadores en la iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y Niño. UNICEF. OPS/OMS. USAID.
2. **DECLARACIÓN CONJUNTA OMS-UNICE:** Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. Función especial de

los servicios de maternidad. OMS Ginebra, 1989.

3. **MINSA (1996):** Guía práctica para una lactancia materna exitosa. OMS-UNICEF. Lima.
4. <http://www.fao.org/docrep/006/W0073S/w0073s0b.htm>
5. **ENDES (2012):** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
6. **MARIO BUNGE.** Ética, ciencia y técnica, primera edición 199
7. **SALAZAR BONDY.** Introducción a la Filosofía y Lógica / Augusto Salazar Bondy y Francisco Miró Quesada (5to de secundaria) cap. II-III.
8. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474342004000100002&lng=pt&nrm=iso
9. <http://www.lactared.com.pe/evaluacion.htm>
10. http://wwwds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer?WDSID=IB/2005/12/27/000160016_20051227114719/Rendered/INDEX/ipp1530Spanish0igena0Span0published.txt
11. **OMS, OPS, UNICEF, (2003):** Consejería en lactancia materna: curso de capacitación. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
12. **SCHWARCS-SALAS.D:** "Obstetricia". Editorial "El Ateneo" 6ta edición
13. **MONGRUT STEANE A:** "Tratado de Obstetricia normal y patológico cuarta edición. 2000.
14. **SHELLHORN. DRA. C. (2010):** Manual de Lactancia Materna Ministerio de Salud. Recuperado de: http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/m anual_lactancia_materna.pdf

15. **MONDRAGÓN HÉCTOR . (2006):** Ginecología de la niñez a la senectud México. Editorial Trillas 2da Edición 2004.
16. **MINSA (1996):** Guía práctica para una lactancia materna exclusiva. OMS UNICEF. Lima
17. **BLÁZQUEZ, M. 2000:** Ventajas de la Lactancia Materna. Rev. Med. Naturista. (1):44-49. (Disponible: http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Ventajas%20de%20la%20lactancia%20materna.pdf. Consultado el: 19 de 10 de 2005)
18. **CORONEL, C.; F. HERNÁNDEZ; M. MARTÍN. 2004:** Lactancia materna en el primer Semestre y la salud de los niños en el primer año de vida. Rev. Méx. Pediatr. 71 (5):217-221. (Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/eh/eh-pediat/e-sp2004/esp04-5/em-sp045b.htm>. Consultado el: 11 de 09 de 2005)
19. **GONZÁLEZ, F; R. CERDA; J. ROBLEDO; S. VALDOVINOS; J. VARGAS; S. SAID. 2005:** La consejería en lactancia y contacto temprano en parejas madre-hijo están asociadas a la lactancia materna exclusiva. Gac. Méd. Méx. 141 (2). (Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=30713&id_seccion=210&id_ejemplar=3154&id_revista=48. Consultado el: 30 de 11 de 2005)
20. **LÓPEZ, P.; B. ARÉVALO; R. CARRERO; J. MARTÍNEZ; M. T. LORENTE; M. A. RODRÍGUEZ. 2000.** La lactancia natural o materna: conceptos básicos y trascendencia actual. Rev. Medicina general. 23:360-369 (Disponible en <http://www.sem.g.es/revista/abril2000/360-369.pdf>. Consultado el: 12 de 11 2005)
21. **UNICEF, S.F. NUTRICIÓN:** El Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. (Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html Consultado el: 08 de 11 de 2005)
22. **JAYANTHI, S.; P. SEYMOUR; JW. PUNTIS; MD. STRINGER. 1998:** Necrotizing enterocolitis after gastroschisis repair: a preventable complication?. J Pediatr Surg. 33(5): 705-7. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=9607472&query_hl=6. Consultado el: 04 de 12 de 2005
23. **PALLÁS, C. 2006. PrevInfad (AEPap)/PAPPS** infancia y adolescencia. Promoción de la lactancia materna. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_lactancia.pdf. Consultado el: 11 de 09 de 2005
24. **DE CETINA, C.; P. REYES. 1996:** La amenorrea de la lactancia como método de planificación familiar. Salud Pública Mex. 38:58-63. (Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/38/381-8s.html> Consultado el: 11 de 12 de 2005)
25. **MUÑOZ, H. 2001:** Lactancia natural. Neonatología. Edición servicio neonatología hospital clínico universidad de Chile. pp.100-107. (Disponible en: <http://www.redclinica.cl/html/archivos/14.pdf>. Consultado el: 08 de 12 de 2005)
26. **CONSEJERÍA DE SALUD DEL GOBIERNO. (2010):** Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Recuperado de: http://www.riojasalud.es/ficheros/af_protocolo_lactancia.

27. PÉREZ SÁNCHEZ. "OBSTETRICIA"

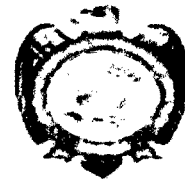
1996.Publicaciones técnicas. Editorial
"Mediterráneo".

Facultad De
Ciencias de la
Salud

Escuela
Profesional de Obstetricia
UNSCH



FORMATO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE
INVESTIGACIÓN CONDUCENTE AL TÍTULO
UNIVERSITARIO



DATOS GENERALES:

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TITULO DE TESIS:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
EN PUERPERAS PRIMIPARAS DEL HOSPITAL II ESSALUD.
SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2015”

AREA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD REPRODUCTIVA

AUTORES:

ROCA BAUTISTA, Sandra Marina

DNI: 45227783

SUAREZ ECHACCAYA, Cledy

DNI: 46288954

TITULO PROFESIONAL LA QUE CONDUCE: OBSTETRA

AÑO DE APROBACION DE LA SUSTENTACIÓN: 2015