



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**“EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES HOSPITALIZADAS EN
PUERPERIO MEDIATO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DEL HOSPITAL
DE APOYO 2 SULLANA AÑO 2017”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE: MÉDICO CIRUJANO.

AUTOR

VELIZ PAREDES, Walter Martin

ASESOR

Dra. AMBULAY GRADOS, Rosa

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

EDUCACIÓN MÉDICA

PIURA-PERÚ

2017

PAGINA DE JURADO

Dr. CRUZ VILCHEZ, José

PRESIDENTE

Dr. PALACIOS NAVARRO, Segundo

SECRETARIO

Dr. MANRIQUE NEYRA, Raúl

VOCAL

DEDICATORIA

Es mi deseo -como humilde gesto de agradecimiento-, dedicar mi trabajo de investigación plasmado en la presente, en primera instancia a Dios, creador de este mundo, que me ha permitido poner en práctica los conocimientos adquiridos en estos años para dar solución de manera óptima a los problemas de mis pacientes; a mis progenitores, Walter Veliz Hidalgo y Geovana Paredes Aranda, quienes en forma permanente me apoyaron con gran espíritu, contribuyendo incondicionalmente al logro de las metas propuestas en mi carrera universitaria que con tanto esmero y paciencia culminé.

A mis tutores que me guiaron durante este largo camino, por medio de adquisición de conocimientos, afianzando mi formación y proporcionándome sus conocimiento y enseñanzas.

Finalmente, el trabajo lo dedico también a los docentes de todas las Escuelas de mi querida Universidad César Vallejo, quienes se constituyen como formadores de profesionales al más alto nivel.

AGRADECIMIENTO

A mi hijo amado Thiago Azael Veliz por ser mi guía, luz y camino a seguir, sin decaer, sin darme por vencido, a pesar de los obstáculos que se presenten;; a mis padres, Walter Veliz Hidalgo y Geovana Paredes Aranda, quienes son el motivo para dar todo de mí día a día; a mis hermanas, Lesly Veliz Paredes y Arilyn Veliz Paredes.

Hago hincapié en mi madre quien estuvo conmigo en todo momento dándome apoyo incondicional, y le agradezco a Dios Padre por darle salud y mantenerla a mi lado.

A mi asesora, Dra. Rosa Ambulay Grados por compartir sus enseñanzas, paciencia y asesoramiento en mi tesis.

A mis grandes amigos y futuros colegas, Arnaldo Barboza Osorio, Jerson Rosas y Paola Valdez; a los doctores del Hospital de Apoyo 2 Sullana, que me compartieron sus conocimientos, muy especialmente al Dr. Omar Zapata Ibarra, Dr. Rene Albuquerque Ordinola, Dr. Alan Ríos y Dr. Mario Oyanguren, quienes de manera desinteresada me brindaron su amistad y apostaron por mí para que termine satisfactoriamente el internado.

A las madres que me dieron su confianza para realizar los cuestionarios.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Walter Martin Veliz Paredes, identificado con DNI N° 48459564, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas - Escuela Profesional de Medicina Humana, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Asimismo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Walter Martin Veliz Paredes

Piura

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada: “EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES HOSPITALIZADAS EN PUERPERIO MEDIATO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DEL HOSPITAL DE APOYO 2 SULLANA AÑO 2017”, en cumplimiento del reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Título Profesional de médico cirujano.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

El Autor

ÍNDICE

Carátula.....	I
---------------	---

PÁGINAS PRELIMINARES

Página del jurado.....	II
------------------------	----

Dedicatoria.....	III
------------------	-----

Agradecimiento.....	IV
---------------------	----

Declaración de autenticidad.....	V
----------------------------------	---

Presentación.....	VI
-------------------	----

Índice.....	VII
-------------	-----

RESUMEN.....	IX
---------------------	-----------

ABSTRACT.....	X
----------------------	----------

I. INTRODUCCIÓN.....	11
----------------------	----

1.1 Realidad Problemática.....	13
--------------------------------	----

1.2 Antecedentes.....	15
-----------------------	----

1.3 Marco teórico.....	18
------------------------	----

1.4 Formulación del problema.....	30
-----------------------------------	----

1.5 Justificación.....	31
------------------------	----

1.6 Objetivos.....	33
--------------------	----

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1 Diseño de investigación.....	34
----------------------------------	----

2.2 Operacionalización de variables.....	34
--	----

2.3 Población y muestra.....	35
------------------------------	----

2.4 Técnica e instrumneto.....	36
--------------------------------	----

2.5. Método de análisis de datos.....	37
---------------------------------------	----

2.6.	Aspectos éticos.....	38
III.	RESULTADOS.....	39
IV.	DISCUSIÓN.....	53
V.	CONCLUSIONES.....	57
VI.	RECOMENDACIONES.....	59
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de madres hospitalizadas en puerperio mediato del Hospital de Apoyo 2 Sullana – Piura en el año 2017.

Material y métodos: El estudio es tipo descriptivo, transversal no experimental, con una muestra de 165 madres hospitalizadas en puerperio mediato del Hospital 2 de Apoyo Sullana. La técnica usada fue la encuesta y el instrumento, un cuestionario ya validado con anterioridad por 3 autores y utilizado en trabajos de investigación. Dicha encuesta contiene preguntas cerradas y semi-estructuradas para medir conocimientos.

Resultados: La media de edad fue 25 años. Estado civil de las madres: casadas 31,5%, solteras 17%, convivientes 51,5%. Grado de instrucción: secundaria completa 67,3%, secundaria incompleta 20%, superior no universitaria 10,3%, primaria completa 2,4%. Ocupación: ama de casa 64,8%, independiente 15,2%, estudiantes 15,8%, técnicas 1,2%, profesoras 3%. Primigestas: 38% y multigestas: 62%.

El 61,2% (101 madres) tiene un conocimiento suficiente, el 35,2% (58 madres) tiene un conocimiento insuficiente, y el 3,6% (6 madres), un nivel bueno. De las madres con nivel de conocimiento suficiente, el 20% eran casadas, 7% solteras, 35% convivientes; 18% primigestas, 43% multíparas; 46,7% secundaria completa, 6,7% secundaria incompleta, 6,7% superior no universitario, 1,2% primaria incompleta; 5,5% madres 15 a 19 años, 47,9% 20 a 35 años, 8% mayores de 35.

Al 73% de madres el personal de salud le brindó información sobre lactancia materna.

De las madres con un nivel bueno el 2,4% tienen de 20 a 35 años, 1,2% mayores 35 años, 2% son casadas, 2% convivientes; el 4% multíparas; el 1,8% cuenta con secundaria completa, el 1,8% cuenta con superior no universitario; 54% de madres respondió que la lactancia materna debe durar 6 meses y obtuvo un nivel suficiente, asimismo el 4% que respondió igual obtuvo un nivel bueno. 55% de madres contestó que se debe incorporar alimentos a los 6 meses.

Conclusión: El nivel de conocimiento máximo que alcanzó la población de estudio fue bueno y suficiente, mientras que ninguna madre obtuvo un nivel excelente.

SUMMARY

Objective: To determine the level of knowledge about exclusive breastfeeding of mothers hospitalized in the postpartum period at Sullana - Piura support Hospital 2 in 2017.

MATERIAL AND METHODS: The study was descriptive, cross-sectional, non-experimental, with a sample of 165 mothers, hospitalized in a postpartum hospital at the Sullana Hospital, the technique used was the survey and the instrument was a questionnaire previously validated by 3 authors and used in research, this survey contains closed and semi-structured questions to measure knowledge.

RESULTS: The mean age was 25, mothers with marital status: married 31.5%, single women 17%, cohabiting 51.5%, educational level: complete secondary school 67.3%, incomplete secondary school 20%, non-university superior 10.3%, complete primary: 2.4; Occupation: housewife 64.8%, independent: 15.2, student 15.8%, techniques 1.2%, teacher 3%; Primiparous: 38% and multigested: 62%. 61.2% (101) have sufficient knowledge and 35.2% (58) have insufficient knowledge, 3.6% (6) a good level; Of mothers with a sufficient level of knowledge, 20% were married, 7% were single, 35% were cohabiting; 18% were primiparous, 43% were multiparous; 46.7% complete secondary, 6.7% incomplete secondary, 6.7% higher non-university, 1.2 primary incomplete; 5.5% mothers 15 to 19 years, 47.9% 20 years to 35, 8% greater than 35; 73% of mothers health staff gave them information about breastfeeding, mothers with a good level of 2.4% are between 20 and 35 years old, 1.2% are older than 35 years, 2% are married, 2% are cohabiting ; 4% multiparous; 1.8% have complete secondary education, 1.8% have non-university higher education; 54% of mothers answered that breastfeeding should last for 6 months and obtained a sufficient level, the same 4% who responded equally had a good level, 55% of mothers answered that food should be incorporated in 6 months.

Conclusion: The maximum level of knowledge reached by the study population was good and sufficient that no breast had an excellent level.

1. INTRODUCCION

La lactancia materna exclusiva (LME) es el alimento esencial que brinda la madre en los 6 meses de la vida neonatal y lactante menor, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo complementaria transcurrido dicho periodo.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014, hace mención con sobre la LME va que, el 68.4% de niños y niñas menores de 6 meses de edad adquirieron LME, y el 10.2%, entre los 6 y 9 meses de edad continuaban alimentándose con lactancia materna junto con alimentos como papillas. No obstante, hay un gran porcentaje de niños que no gozan de la LME.

En Perú la duración de la lactancia en niños(as) menores de 36 meses es de 21 meses, Asimismo, el tiempo de la perennidad mediana de la LME fue 4 meses, pese a la recomendación mínima de 6 meses indicada por la UNICEF, en tal caso, se observa que no se dio de manera correcta. Respecto a la diferencia entre niños y niñas, la permanecía fue mayor en los varones (4meses) que en las mujeres (4 meses). Por otro lado, el periodo de lactancia guarda similitud con el nivel educativo de la madre, en donde fue mayor en las mamás sin educación (5,2 meses) quienes tienen más horas de dedicación, a diferencia de las madres con un nivel de educación adecuado, quienes no disponen de tiempo para brindar la lactancia de 6 meses.¹

El 22,4% de niños y niñas de cuatro meses de edad que lactaron el día antes a la interrogación, tomaron también fórmula infantil; 5,4%, otro tipo de leche; y 1,1%, otro líquido. En este punto, se destaca el gran porcentaje de niños(as) que se alimentaron de fórmula infantil, lo cual se podría deber al gran impacto que tienen las campañas de marketing en los diversos medios, dando a entender que dicho producto puede sustituir la leche materna.¹

No se ha logrado mantener la lactancia materna exclusiva por diversas causas como: creencias y/o actitudes personales y familiares, ocupación de la madre que demande tiempo; dando como resultado la complementación de la lactancia con sucedáneos o hasta incluso el abandono de dicha práctica.

Como consecuencia no se aprovechan las oportunidades que ofrece la lactancia materna:

- ✓ El bebé alcanzara un óptimo neuro-desarrollo, fomentar el vínculo madre e hijo, además de prevenir enfermedades respiratoria, diarreicas, alergias, etc.²⁰
- ✓ Para la madre, en disminuir el riesgo de sangrado postparto, riesgo de cáncer de mama u ovarios, ser exclusiva -dado que funciona como método anticonceptivo natural-.²⁰

Se sabe que hasta el momento no existe fórmula infantil que logre alcanzar las mismas cualidades de la leche materna y que cumpla con sus beneficios. Incluso hay evidencia de los riesgos que produce la leche artificial en la salud de los lactantes, aumentando las probabilidades de sufrir enfermedades respiratorias, diarreicas, alergias, además de problemas metabólicos como la obesidad.⁵

Teniendo en cuenta que el nivel de conocimiento de la madre depende de diversos factores culturales, sociales, psicológicos, surge la necesidad de saber cuál es el nivel de conocimiento de las madres del distrito de Sullana, para una mejor promoción de la salud y así una mejor intervención.

1.1.REALIDAD PROBLEMÁTICA

En los países desarrollados las fuentes aceptables acerca de los índices de LME es copioso, sin embargo, su actuación es engorroso exigido a las desigualdades metodológicas, siendo escasos los que usan métodos de extracción de datos y las descripciones brindadas por la OMS; se toma como ejemplo a EEUU con un buen inicio de 69% y un predominio a los 6 meses de 32% en el año 2001.²

“En el año 2002 la OMS aprobó la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”.³⁻⁴ Dicha organización brindo un estudio existentes sobre la durabilidad ideal de la LM e instauro como sugerencia de salud pública mundial la lactancia patente con leche materna en un periodo de 6 meses de vida para un ideal desarrollo y crecimiento. La OMS definió a su vez la LME como: “la alimentación del recién nacido y lactante menor con sólo leche materna , incorporada la leche obtenida de la mama, y no otros líquidos o sólidos, con exclusión de fármacos, vitaminas y suplementos minerales”.⁵

Según la OMS, se aprecia que de un total de 94 países, la demografía de menores de 1 año de edad cumple con una tasa de lactancia materna exclusiva entre las edades (recién nacido hasta los 4 primeros meses como lactante) de aproximadamente 35% de los casos.⁶ Este porcentaje se contrasta con la respuesta de las madres cuando aún están embarazadas quienes declaran en un 90% aproximadamente que sí quieren amamantar, mientras dura el tiempo de la baja materna

Hoy en día un gran porcentaje de mujeres laboran fuera de su hogar, interrumpiendo con una lactancia prolongada o igualmente en la duración de la LME, que es lo recomendado por la OMS para que el bebé alcance su máximo potencial neuro-psicosocial.⁷⁻⁸

Según las estadísticas del Endes 2013, el 98,6% de niños(as) que vinieron al mundo en los últimos 5 años han amamantado alguna vez. Según sexo, el porcentaje fue mayor en las mujeres (99,0%), en comparación en los hombres (98,3%); por nivel pedagógico fue mayor entre los niños(as) de madres con educación primaria (99,0%), mientras que menor porcentaje se presentó mamas analfabetas (97,6%); por quintil de ingreso, fue mayor en quienes se ubicaron en el quintil inferior (99,0%), entretanto el quintil intermedio se mostró en menor porcentaje (98,1%), siendo estas diferencias no significativas.⁹

“A nivel regional, en Ayacucho el 84% de los niños lactó en los primeros 60 minutos de nacido, en Apurímac 63% y Huancavelica 68.3%, en cuanto en Lima esta práctica sólo

ocurre en el 35.9% de los niños, y en Loreto en el 49.4%”. Siendo Lima la capital del país, los índices de pobreza no superan las ciudades mencionadas, describiéndose que a mayor poder adquisitivo se da una lactancia materna en menor porcentaje.⁹

Por otro lado, en Lima el 40% de infantes acogió a diferentes líquidos o alimentos antes de brindar el primer amamantamiento, mientras que en las regiones de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Loreto esta práctica inapropiada de ofrecer otros líquidos o alimentos antes de la primera lactada solo se da en 12 y 15% de niños y niñas. Una de las explicaciones que sustenta dicha práctica sería el gran impacto de los anuncios publicitarios de los diversos productos que presentan como sustitutos de la leche materna.⁹

En Piura las cifras se contrastan; en el 2011 se realizó un trabajo de investigación sobre el “conocimiento de la lactancia materna en madres adolescentes”, dando como resultado que el 25% cuenta con un nivel de conocimiento insuficiente sobre el tema en el Hosp. De Apoyo 2 Sullana. Esto se debe a diversos factores, tales como las costumbres, actitudes, religión, creencias, ámbito social, etc.¹¹

En el 2016, el Hospital de Apoyo 2 Sullana atendió 4021 nacimientos, dentro de los cuales figuran partos de término, pretérmino, gemelares y óbitos; siendo el mes de diciembre el que presentó mayor número de atenciones sumando un total de 447. Para el 2017, entre enero y marzo se han registrado 1283 atenciones, contando sólo en enero el mayor número con 461 nacimientos.

1.2 ANTECEDENTES:

INTERNACIONALES

1. L. Rodríguez, tesis de postgrado para la especialidad de medicina familiar, 2014, UNIVERSIDAD VERACRUZANA, “Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres” fue un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo, mediante una encuesta. De 130 pacientes integrantes del presente estudio, 103 abandonaron la lactancia antes de los seis meses, 27 completaron hasta el sexto mes; la media de edad fue de 27.33 ± 5.678 años; el nivel de escolaridad fue 55.6% bachillerato; el 93.1% cuenta con una pareja estable; y el nivel socioeconómico en el 54.6% de las familias resultó bajo. A su vez, encontramos que en el 56.92% de los casos eran primigestas; las familias nucleares representaron el 50.8%; la fase de independencia 58.5%. En el 83% de los casos se llevó un control prenatal adecuado; sólo el 66.9% de los embarazos fueron planeados; y el 63.8% de estos finalizaron por cesárea. El 90.8% de las pacientes iniciaron la lactancia antes de la primera hora posterior al parto. Sólo el 31.5% de las madres recibieron orientación sobre la lactancia durante el embarazo; y el 72.3% de las madres tuvo un alto grado de información sobre la lactancia.¹²
2. J. Guerrero y J. Vera, “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes” realizada en octubre 2013 en Cuenca – Ecuador, de los autores Jorge Guerrero y Jorge Vera. En el estudio se observó el grado de conocimientos de las mamás menores de edad sobre lactancia revelando 55% nivel malo, el 19% nivel regular, el 21% bueno y el 5% restante excelente; la fuente de información las madres manifestaron como el personal de salud en un 56%, el 25% fueron amigos, 13% familia y 6% conyugue.”¹³

NACIONALES:

3. J. Carhuas Córdova, 2015 en Lima metropolitana: “Factores asociados al abandono de la lactancia materna” en Lima Metropolitana”. Es un estudio cuantitativo, tipo descriptivo correlacional, de corte transversal. La muestra fueron 55 madres (100%), el 58% se encuentra dentro del grupo los conformaron las edades de 20 a 29 años; el 47% tiene de 2 a 3 hijos, de los cuales el 53% son

menores de 6 meses, y el tipo de alimentación que reciben en un 45% es de LME; el 60% son convivientes; respecto al grado de instrucción se observó que el 65% de las madres tienen secundaria. Conclusiones: No existe asociación entre los factores socioeconómicos y culturales con el rechazo y/o suspensión de la LME.¹⁴

4. L. Delgado M. “Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva. Chiclayo, 2012”, siendo como objetivo general: determinar el nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica LME. Realizándose en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. La muestra estuvo integrada por 124 púerperas de edades (12 a 19 años), que se les brindó atención a sus hijos en el servicio de Neonatología, Ginecología, y Crecimiento y Desarrollo. En la extracción de información se realizó con instrumentos elaborados por las autoras, como la encuesta. Los resultados revelaron que 48.4% obtuvo un nivel medio y el 10.5% nivel alto, sin embargo, el 75.8% no muestra adecuada postura y el 64.5% no controla la frecuencia de amamantamiento.¹⁵

5. Bellido L. y Bellido J. “Nivel de conocimientos, creencias y actitudes sobre lactancia materna exclusiva que poseen las madres púerperas en el C.S. Piedra Liza 2014”, Lima – Perú, mayo 2016. La muestra fue 50 púerperas por conveniencia. Respecto al conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva según edad, el más alto porcentaje de conocimiento medio fluctúa entre 18 a 25 años de edad con 32%, al respecto Ferro M. y Flores H. refieren que las adolescentes (34%) fueron las que mostraron un nivel de conocimiento bajo. Ello coincide con el presente estudio, en el cual las adolescentes también presentan un bajo dominio del tema. Respecto al conocimiento sobre la LME según estado civil, el más alto porcentaje de conocimiento medio lo tienen las casadas con 40%, mientras que las solteras alcanzan un 28% de conocimiento medio. Estos resultados son similares a los de Zimmerman C. y Cols., quien reporta conocimiento medio del tema en las solteras de 34.4%. Sin embargo, en el caso de las casadas sólo un 9.4% reporta dicho conocimiento, y por el contrario, quienes están en situación de concubinato alcanzan el 56,2%. Para Ferro M. y Flores H., las madres solteras conforman el 38.4%, resultado contrario al reportado en esta investigación; no obstante, sí se coincide con lo referido respecto a las casadas, donde también informan un conocimiento alto.¹⁶

REGIONALES

6. “K. Palacios, 2011, Universidad Nacional de Piura Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con lactancia materna en las madres adolescentes del Hospital de Apoyo II Minsa Sullana durante los meses de setiembre 2010 – febrero 2011”. Tomando esta investigación como antecedente local realizado en el Hospital de Apoyo Sullana, se procedió a realizar una encuesta para determinar el nivel de conocimiento a 80 madres entre las edades de 14-16 años (77.5%), y las edades de 17-19 años (22.5%). Se observó en tal caso, que el dominio del tema fue mayor en las madres de 17 a 19 años (62.5%) mientras que en las madres de 14 a 16 años sólo alcanzó el 12.5%.¹¹

7. D. Chunga Santa Cruz, 2013, Universidad Nacional de Piura “Nivel de conocimiento y actitud acerca de lactancia materna, en madres con niños de 0 a 6 meses de edad que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud VICTOR RAUL HAYA DE LA TORRE”. Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo aplicado a 57 madres. Se observó que el 0% de madres cuenta con un buen nivel de conocimiento del tema, el 71.9% cuenta con conocimiento medio, mientras que el 28.1% tiene un nivel bajo.¹⁷

1.3 MARCO TEÓRICO:

Lactancia Materna:

Definición:

La LME es la manera fácil y accesible alimentación para proveer el crecimiento y neurodesarrollo del niño; forma parte integral en las etapas siguientes a la niñez. Dicha lactancia, es exclusiva de los primeros 6 meses y no debe ser interrumpida ni cambiada durante ese periodo.¹⁸

Es importante que la madre disponga del conocimiento adecuado acerca de la LME en el periodo prenatal, siendo el Personal de Salud quien intervenga para brindar dicha información, ya que esto brindará un óptimo desenvolvimiento en el periodo post natal para futuro del bebé. La leche materna es la principal y nato brindando el mejor aporte nutricional, inmunológico y emocional creando lazos afectivos con las madres. Asimismo, la madre debe contar con el tiempo y disposición para que se efectivice la lactancia materna exclusiva sabiendo que esto es beneficioso para ambos. Cabe resaltar también la oportunidad de la mujer para desenvolverse en este nuevo rol de madre.⁷⁻¹⁹

Fisiología:

La lactancia materna tiene 3 procesos fisiológicos: mamogénesis, galactogénesis, galactopoyesis.¹⁹

LA MAMOGÉNESIS: se dividen en 4 etapas: el periodo prepuberal, puberal, gestacional, y post-gestacional.

Periodo prepuberal:

“Durante el periodo neonatal se observa el incremento de las tejido mamarias de ambas mamas se da por medio de alta concentración de hormonas placentarias. En el periodo prepuberal las vesículas mamarias se modifican en conductos y el tejido mamario rudimentario se presenta de manera pasiva sin presentar modificaciones estructurales”.¹⁹

Periodo puberal:

“Se da entre los 10 y 12 años con el inicio del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovario. Al iniciar el ciclo ovulatorio, el crecimiento a nivel hormonal (progesterona y estrógenos) causa cambios anatómicos como tamaño, pigmentación, forma; a nivel de la glándula se

produce la creación de los primeros alvéolos y el tejido adiposo, que actúa como reservorio de estrógenos".¹⁹

Periodo gestacional:

Durante la gestación la mama se prepara para múltiples cambios anatómicos, los mismos que inician entre la 5ta y 8va semana, como el aumento de su volumen -alrededor 225 ml.-, cambio de pigmentación y pezón, así como la dilatación de las venas superficiales debido a la gran actividad mitótica y constitución de acinos. Al término del primer trimestre se da la neo-formación de capilares de los lobulillos.¹⁹

Al inicio del tercer trimestre comienza la actividad secretora observándose una infiltración de leucocitos del tejido conectivo perialveolar y pericanalicular. Hasta los últimos días del periodo de gestacional, los alvéolos revelan en su interior una sustancia integrada por células epiteliales descamadas y leucocitos, y con fabricación de numerosos volúmenes de leche pero se encuentran inhibidas por antagonismo de los esteroides placentarios.¹⁹

Periodo Post gestacional

En el periodo del puerperio ocurre una baja brusca del nivel de progesterona y se suprime la acción inhibitoria iniciando la producción de calostro. Durante el 2do día de puerperio hay una modificación en la contextura de la leche causada por el incremento en la síntesis de la lactosa. Hay cambios internos en la estructura de las células epiteliales de los alvéolos y conductos: las células secretoras de los acinos aumentan de tamaño, el alvéolo se distingue por la evacuación de calostro o de leche, estas células pierden su forma cilíndrica o cuboide y se aplanan.¹⁹

Prolactina y oxitocina

La producción de prolactina está definida por la intensidad, frecuencia y duración -20 a 30 minutos- de la succión así mismo a nivel hormonal como: insulina, hormona del estrés, hormonas tiroideas, paratiroideas y hormonas de crecimiento; todas ellas apoyan el efecto lactógeno del estímulo de la succión siendo controlado por las neuronas dopaminérgicas del hipotálamo. Asimismo, la oxitocina está más a llegada por la actividad de los centros nervios como las emociones.¹⁹

Composición química de la leche materna:

CALOSTRO:

Es un líquido de colocación característico: amarillento que secreta la madre durante el periodo postparto. Las madres que han dado pecho con anterioridad tienen a proporcionar mayor calostro al bebé. El calostro tiene una densidad alta (1040-1060) que lo hace espeso y su volumen puede llegar hasta los 20 ml. por toma, por ende el volumen total dependerá de las tomas. El color amarillo se debe al betacaroteno.²¹⁻²⁹

El calostro contiene 87% de agua; 2.9g/100ml. de grasa; 5.5 g/100ml. de lactosa y 2.3g/100ml. de proteínas, proporcionando 58kcal/100ml.³⁰

Funciones del calostro:

- Bajas cantidades niveles de lípidos y carbohidrato, siendo rico en Ig, siendo la principal la IgA.²¹
- Permite la formación del factor bifido de la microbiota en el sistema digestivo y la expulsión del meconio.²¹
- Inhibe la formación de IgE, siendo la primera inmunoglobulina comprometida en las reacciones alérgicas.²¹

Proteínas del calostro;

“El calostro presenta mayor concentración de proteínas que la leche madura lo que provoca el incremento de la presión osmótica ocurriendo mayor retención de agua en el organismo del neonato. Proteínas como la lactotransferrina, atraen los átomos de hierro y así evitan la proliferación bacteriana que dependen de hierro”.²¹

Vitaminas:

Cuenta con vitamina A en altas proporciones la protege de afectación ocular y vitamina E, ambas liposolubles.²¹

Calostro en prematuros:

Este calostro tiene mayor concentración en IgA, lactoferrina, macrófagos, además de un alto contenido de nitrógeno, lípidos, lípidos anfipáticos y ácidos grasos insaturados de cadena larga.²¹

La leche de transición: Se produce entre el 5to día post-parto. A diferencia del calostro esta leche presentará un incremento de lactosa, grasas, calorías, y vitaminas

hidrosolubles, y está disminuida en proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles.³⁰

LECHE MADURA:

Se produce a partir del 10^{mo} día y empieza con volúmenes que varían a diario de 600 a 800ml. La leche materna dispone de lípidos que constituyen la principal fuente de energía, que son secretados en la fase de emulsión-glóbulos de grasa y están recubiertos de una membrana fosfolipoproteica originada en la célula alveolar.²⁹⁻³⁰

Fisiología de los lípidos de la LM:

- Se absorben con facilidad en el tracto digestivo –especialmente los de cadena menor-. No obstante, a mayor saturación la absorción disminuye.
- Contribuyen con el 50% de las calorías.²¹
- Colesterol: Ayuda a la correcta formación de los mecanismos del metabolismo en la adultez.²¹
- Acción protectora de los AG de cadena corta y los ésteres, ambos con una fundamental actividad contra las bacterias.²¹
- Antioxidantes: La leche materna tiene AG insaturados, a predominio en poliinsaturados de cadena larga (LCP), siendo los principales para el desarrollo neurológico y oftálmico²¹

Lipasa

La LH contiene lipasa, que favorece la asimilación de las grasas. Ésta se encuentra inerte en la glándula mamaria y en el estómago del lactante, activándose al llegar al intestino en conjunto de las sales biliares. Una vez estimulada por dichas sales, la lipasa cobra importancia en la producción de lípidos antimicrobianos.²¹

ÁCIDOS GRASOS ESENCIALES

Son el Omega 3 y Omega 6

El ω 3 es fundamental en la prevención contra las enfermedades cardíacas e inflamatorias crónicas, según estudios de Simopoulos 1991.

“Ácidos grasos ω 3, son ácidos de cadena larga: Ácido linolénico, ácido docosahexanoico (DHA) y el ácido eicosapentanoico (EPA)”²¹

“Los dos primeros cumplen un rol esencial en el neuro-desarrollo, sistema nervioso y retina del lactante. En cuanto al EPA, comprende dos familias: prostaglandinas y leucotrienos”.²¹

ÁCIDOS GRASOS SATURADOS

“El principal es el ácido palmítico, el cual se encuentra en grandes porcentajes, en la posición 2 del propanotriol. Las lipasas pancreáticas proceden sobre las posiciones 1 y 3, y dejan el ácido palmítico enlazado al carbono 2 del propanotriol formando un monoglicérido cómodamente digerible”.²¹

El colesterol en la LH se encuentra muy elevado y no está relacionada con los niveles de colesterol en sangre de la madre. Por otro lado, los ácidos grasos saturados son útiles porque sirven para un desarrollo de funciones de enzimas semejantes con la absorción, síntesis y eliminación del colesterol que facilitara el periodo de la adultez.²¹

PROTEÍNAS:

Forman en un 0.9% de la leche materna. Son fundamentales a nivel nutricional así como en aspectos fisiológicos e inmunológicos. Las proteínas de forma artificial producen flora patogénica que es absorbida por los pincitos del intestino la cual no se descompone y causa una reacción alérgica a otros alimentos con aminoácidos similares.²¹

Las proteínas de suero láctico son: alfa lactalbumina, lactoferrina, lisozima, albumina sérica, IgA, IgG, IgM.

NITRÓGENO NO PROTEICO:

- Aminoazúcares. Contrastan la propagación intestinal por lactobacilos; forman parte también del gangliósido en el desarrollo del neurologico.²¹
- Péptidos. Como componente de crecimiento, que neutralizan la mucosa intestinal.²¹
- Aminoácidos libres. Como la taurina, ácido glutámico y la glutamina, que da la absorción del zinc.²¹
- Carnitina participa en la síntesis de lípidos del cerebro.²¹

Los ácidos nucleicos y nucleótidos actúa en el desarrollo y proceso inmunológico. Los nucleótidos son parte del sistema inmunológico ejerciendo frente agente patógenos.

LISOZIMA

Es una enzima en contra las enterobacterias y bacterias gram-positivas que no se encuentra presente en leches artificiales o de origen animal. ²¹

CARBOHIDRATOS: Se encuentran libres o combinados con aminoácidos y proteínas.

“El 15% está compuesto por oligosacáridos, glucopeptidos, glucosa y galactosa y siendo lactosa el porcentaje restante. Asimismo, la lactosa se constituye como el primordial glúcido de la leche tiene elevadas. La lactosa es un disacárido conformado por glucosa y galactosa”. ²¹⁻²⁹

“La galactosa por otro lado, es indispensable para la producción de galactolípidos, incluyendo los cerebrósidos; siendo necesarios para el acrecentamiento neurológico del SNCI”. ²¹

MITOS Y CREENCIAS ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es un acto involuntario vital por el cual la madre alimenta a su bebe con la leche producida ella. Resulta dificultoso entender cómo la fisiología de la lactancia materna pudo ser opacada por tradiciones “modernas” como "preservar" la hermosura de los senos y consentir descansar a la madre. Dichos hábitos vienen siendo alentados -por medio de la publicidad masiva- por grandes firmas comerciales productoras de leche artificial, quienes también entregan regalos múltiples a las nuevas madres e incentivos al personal de salud materno-infantil. ²²

Figuran creencias que están en todos las clases sociales y que por su gran impacto son capaces de:

1. Minar la frágil confianza de la mujer recién parida en su capacidad de alimentar correctamente a su hijo. ²³
2. Interferir y dificultar la instauración de una lactancia materna eficaz y placentera ²³

En la humanidad, la LME esta integrada a un ciclo reproductivo de las mujeres y limitada en el periodo postparto. En los últimos años no hay objeción sobre los beneficios de esta hacia el recién nacido, lactante y para las madres, la LM se encuentra en la actualidad la mejor alternativa para alimentar del RN, salvo en casos que este contraindicado, todas las madres están disponibles para amamantar a sus hijos²²

La acogida de la lactancia es fundamental una buena informacion previo al parto y asi brindar una técnica correcta. Al ser la LM el alimento que da la madre al bebé, todas las

madres están preparadas para dar apropiadamente a su hijo su alimentación. Desde la antigüedad, la humanidad sobrevivió gracias a la leche de la mujer.²²

Como cualquier otro tipo de creencia, se basa en la convicción de su “verdad”, y no son cuestionadas ni contrastadas, con lo cual se repiten de forma automática indefinidamente. Lo que sorprende además es que muchos de los mitos se vienen repitiendo de forma más o menos invariable desde hace cientos de años. Ello se debe a que la promoción de salud cada vez llega a lugares más alejados y es sabido que en los Centros de Salud es donde las creencias tienen más impacto.²²

Hoy en día existen multitud de ideas falsas y creencias erróneas muy arraigadas en cuanto al conocimiento y técnicas de la lactancia, lo que resulta perjudicial para la madre y el bebé.

Como se hizo mención líneas arriba, los mitos y falsas creencias se pueden encontrar en todos los estratos sociales y en todas las franjas de edad. El punto de partida reside en su alta capacidad de “acercamiento” en un momento de gran vulnerabilidad -como es el postparto- donde existe un alto grado de susceptibilidad de la madre, quien acepta información no confiable al querer lo mejor para su bebé.²³

La lactancia es lo que llamamos un fenómeno BIOCULTURAL, que va más allá de la simple unión de la mama de una mujer rellena de leche y una cría hambrienta. Asimismo, no se puede desligar de la historia de las diferentes culturas, pues siempre ha estado y estará influenciada por ellas. Se tiene conocimiento que en épocas pasadas, la proporción y calidad de la leche que producían las madres era motivo de preocupación, ya que sólo de ella dependía la supervivencia de los recién nacidos.²²⁻²³

Podríamos decir que el miedo más grande era no poder “fabricar” leche suficiente o que esa leche no fuese buena. La interrogante duró muchos años por el desconocimiento de la fisiología de la lactogénesis, por tal motivo se han venido generando ancestralmente multitud de rituales, consejos, costumbres, prohibiciones, casi infundados o faltos de conocimiento, pero que de algún modo eran necesarios en dicho momento para tratar de “controlar” o “regular” la nutrición infantil.²²

En el siglo II de nuestra era, Aristóteles sentenció que la calidad del calostro no era adecuada y que no debía ser tomada por el recién nacido, siendo tachado de “inadecuado” y “venenoso” por multitud de culturas en todas las épocas.

Por su parte, Galeno en el siglo II d.C. prohíbe las relaciones sexuales durante el periodo de la lactancia, porque consideraba que dañaba la leche. Ello perduró hasta el siglo XX, y fueron las recomendaciones cristianas de la medicina pastoral las que desmintieron dicho postulado.

Algunos mitos de la leche materna que se ven en la actualidad son:

- La falta de leche suele ser un “problema familiar” que se trasmite de madre a hijas
- Si tiene el “pecho” pequeño no tendrá leche
- Cuando hay más tamaño del “pecho”, más leche produce
- Si el “pecho” está blando o suave, es que está vacío
- Si gotean los “pechos” entre tomas es que no hay suficiente leche
- Los sustos o impresiones hacen que la “leche se corte”
- Existen alimentos que aumenten su producción como infusiones
- Hasta que “me suba” leche, tendré que darle biberón con otros líquidos
- Si la mamá se enferma debe dejar de darle leche al bebé

Las creencias modernas así como el impacto visual de la publicidad de leches artificiales crean un campo amplio de falsas ideas a la madre, haciendo que se pierda la cultura del amamantamiento. De este modo, el biberón y la leche artificial se convierten en las “estrellas” del recién nacido, creando el paradigma científico de la “alimentación infantil”. El grado de compromiso de la madre es la clave para que se practique la lactancia materna y ello depende de los conocimientos obtenidos, sentimientos, emociones, sistema de valores, motivaciones, experiencias pasadas, ámbito cultural, etc.²²

La estrategia mundial de la OMS recomienda:

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, donde “exclusiva” significa sin otros alimentos o líquidos, ni siquiera agua.⁴⁻⁵
- Continuación de la lactancia, con adecuados alimentos complementarios, no necesariamente de producción industrial, hasta los 2 años, como mínimo.⁴⁻⁵
- Debe comenzar en la primera hora de vida junto con el apego precoz.⁴⁻⁵

- Debe realizarse a “demanda” es decir, las oportunidades que el niño quiera lactar ya sea de día o de noche, teniendo en cuenta que no hay horario específico para que el recién nacido lacte⁴⁻⁵
- Deben evitarse los biberones y chupetes. El biberón usado en el lactante menor puede ocasionar una serie de modificaciones a nivel maxilo-facial, oral y faríngeo, relacionadas con la forma del biberón. De igual forma, el modo en que el bebé extrae la leche de éste puede alterar la función succión-deglución-respiración, ya que cambia los patrones para medir el contenido extraído y tragarlo sin atragantarse⁴⁻⁵

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

- Brinda proteínas digestivas, minerales, vitaminas que el lactante necesita, proporciona anticuerpos que lo protege de agentes infecciosos.²⁴

UNICEF brinda información sobre los beneficios para madre-hijo.²⁴

1. Reduce el riesgo de depresión post-parto²⁴
2. Reduce el riesgo de anemia²⁴
3. Ayuda a bajar de peso²⁴
4. Previene el cáncer de mama, ovario y el riesgo de osteoporosis después de la menopausia²⁴
5. Reduce el riesgo de malnutrición infantil²⁴
6. Evita el estreñimiento²⁴

El amamantamiento, proceso fisiológico en que la madre entrega a su hijo la leche que él mismo succiona directamente del pezón, es la forma ideal de cubrir la etapa de lactancia exclusiva.²⁴

El amamantamiento cuenta con una técnica para que así el bebé tenga mejor agarre y la madre está más cómoda:

Técnica de Administración de Lactancia Materna

- Es aceptable que la mujer este cómoda y tranquila.²⁶
- Es mejor antes de empezar a amamantarlo, quitarle la ropa y cambiarle el pañal en caso éste se encuentre húmedo.²⁶

- La madre debe encontrarse sentada en un lugar que le brinde firmeza a la espalda. ²⁶
- Deberá colocar la cabeza del recién nacido o lactante en el ángulo del brazo y antebrazo para que así este su boca más cerca de la mama . ²⁵
- El brazo de la madre sostiene al niño colocándole la mano en las caderas de manera que lo pueda rotar fácilmente colocándolo frente a ella. ²⁵⁻²⁶
- Acercara el pezón a la boca del lactante para estimular el reflejo de búsqueda para que así pueda iniciar la lactancia. ²⁵⁻²⁶
- Se deberá alternar cada pecho en un periodo de 20 minutos ²⁵⁻²⁶
- El niño le bastara acerca de cinco minutos para vaciar el primer pecho. ²⁵⁻²⁶
- Se recomendara no sacar el pezón bruscamente al niño, es mejor introducir el dedo cuidadosamente el dedo índice entre la boca y el pezón para liberar la presión negativa. ²⁵⁻²⁶

Existen variaciones en las técnicas:

Cuando la madre presenta parto distócico, la técnica se modifica con diferentes posturas ya sea posición acostada o posición de sandía. Ésto se da en madres que se encuentran post acto quirúrgico y no pueden movilizarse con facilidad ni sentarse los primeros días. Cuando son gemelares, la posición puede ser de sandía, bebés cruzado enfrente, o posición australiana o mixta, que facilitan el amamantamiento y dan mayor comodidad a la madre. ²⁵

Cuando la técnica se realiza de manera adecuada hay signos de lo describen:

SIGNOS DE BUEN AGARRE:

- ✓ “La boca del niño(a) debe estar bien abierta” ²⁵
- ✓ “El labio inferior volteado hacia fuera” ²⁵
- ✓ “Se ve más la parte oscura (areola) por encima que por debajo del pecho” ²⁵
- ✓ “Toca el pecho con el mentón” ²⁵

Lactancia Materna en el Perú

A través del programa “Vive en Salud”, la cadena internacional CNN en Español destacó al Perú como líder en lactancia materna en América Latina por presentar las mejores cifras en este rubro para alimentación de niños durante los 6 meses de edad.²⁷

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Perú es el caudillo en LM en América, con un porcentaje elevado de madres que amamantan al recién nacido durante un promedio de 1 año 6 meses. Asimismo, dentro del país, este presenta las mejores cifras de LME en los 6 meses de vida, con un resultado de 70%, de acuerdo a datos de la (ONU).²⁷

El asesor del Ministerio de Salud (Minsa) manifestó que el triunfo semejante se debe a una fusión de costumbres antiguas con adecuadas políticas públicas que brindan mejores oportunidades para el niño.²⁷

En un mundo donde predomina la violencia, la LM puede hacer que los infantes tengan mejores condiciones para formar sus emociones, con lo cual mejoraría su situación de adultos.²⁷

“Para permitir la lactancia materna en Perú, se originó la Ley 29896 en julio de 2012, que obliga a la formación de lactarios en empresas públicas y privadas donde trabajen un número mayor de 20 mujeres en edad fértil”.²⁷

De acuerdo a la ley N° 30367, la licencia de maternidad que da el estado peruano es en un plazo de 98 días. Si pese a esto, la madre que elabora no se le brinda este plazo de días parte de su centro de labores, podrá denunciarlo ante la Superintendencia Nacional de Fiscalización Laboral. Transcurrido el plazo, la madre tiene ventaja a una hora de las 24 horas al día por lactancia dentro de su trabajo hasta que su hijo cumpla los 12 meses.²⁷

Consecuencias a largo plazo por una lactancia materna inadecuada:

Si no se brinda lactancia materna, el sistema inmunológico, digestivo del lactante no es impulsado activamente, dado que no se da la transferencia de anticuerpos e inmunoglobulinas. Ello explicaría por qué los niños no amamantados o que no reciben lactancia materna no desarrollaran una respuesta inmunológica específica y será susceptible a infecciones propias de la infancia, tales como: enfermedad sistémica inmunomediada, enfermedades auto inmunitarias, enfermedad inflamatoria intestinal y diabéticos en la edad adulta.³¹

Consecuencias para la madre

Las madres que no dan lactancia en etapa puerperal aumentan el riesgo de hemorragias postparto, mayor tiempo de sangrado menstrual, así mismo cáncer de ovario al igual que cáncer de mama ya que la lactancia amenora el riesgo en un 4.5% para cada año de lactancia.³¹

Contraindicaciones para la Lactancia:

1. Sida
2. Herpes simple localizado en mama
3. HTVL 1-2
4. Galactosemia en el bebé
5. Fenilcetonuria: Déficit de fenilamina hidroxilasa.²⁹

Falsas Contraindicaciones para la Lactancia Materna.

1. Caída de cabello
2. Exposición a rayos X
3. Caries de la madre.
4. Gestación nueva durante la lactancia
5. Estética de la mama: muchas madres creen que dar de lactar deforma la estructura anatómica de la mama.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las madres hospitalizadas en puerperio mediato del Hospital de Apoyo 2 Sullana

1.5 JUSTIFICACIÓN

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) nacen 60 peruanos por hora. En el 2012 la población aumento a una tasa de incremento al año de 1.13%. En el Día Mundial de la Población, el INEI manifesto que en el año 2011 se inscribieron en el país 521,692 nacimientos, lo cual da como promedio de 1,429 por día.²⁸

Teniendo las cifras de los nacimiento por día es de gran importancia tener en cuenta que hay que brindarles a estos futuros ciudadanos las mejores oportunidades de desarrollo, siendo la lactancia materna exclusiva el alimento natural por excelencia, ya que ofrece al bebé múltiples nutrientes (calorías, ácidos grasos, vitaminas, proteínas), muchos de ellos exclusivos y esenciales para un óptimo crecimiento y desarrollo, Lamentablemente hay niños que no consumen dicho alimento por diversas causas, siendo una de las principales el conocimiento no adecuado sobre el tema.²⁸

En enero del 2014, en el Establecimiento de Salud I.3 El Indio Piura 102 madres fueron encuestadas y se determinó que el 70.6% cuenta con conocimiento medio del tema, el 83.3% abandonó la lactancia materna exclusiva por diversos motivos como apoyo familiar, estado civil, grado de instrucción, mientras que el 72.7% lo hizo por el tiempo de trabajo -de 6 a 8 horas laboradas.¹⁷

Teniendo en cuenta que el Estado Peruano brinda 98 días de plazo máximo por maternidad y sabiendo que la lactancia materna exclusiva tiene que efectuarse por un periodo de 180 días -para el goce máximo de los beneficios-, se da a notar una gran diferencia entre la recomendación establecida por la OMS y el periodo de discapacidad establecido de nuestro país.²⁷

Además, las características socio-demográficas van a influenciar en los diversos conceptos acerca de la leche materna, e incluso estos conocimientos se verán estigmatizados por las creencias, actitudes, practicas personales, familiares y culturales del entorno de la madre. Así por ejemplo: las madres con más de un hijo que no recibieron una buena información sobre lactancia materna exclusiva arrastraran los mismos errores al recién nacido.²²

Los Centros de Salud son los que tienen el primer contacto con las madres gestantes, ya sean primigestas o multíparas. En dichos lugares, el Personal de Salud cuenta con múltiples oportunidades para dar una buena orientación sobre la lactancia materna, sin embargo, muchas veces no sabe cómo crear un puente de comunicación

con la madre, siendo ésto un factor discordante que trae como consecuencia no cumplir el objetivo.

Urge la gran necesidad de intervenir desde el momento del embarazo adaptándose a las creencias o costumbres modernas de la mamá para -a partir de ahí- generar empatía y así poder cambiar las ideas que tenga acerca de la lactancia materna. Además, ayudaría a mejorar su nivel de conocimiento en cuanto a las ventajas que tiene para una óptima nutrición, crecimiento y desarrollo del niño a futuro.

Para el presente estudio y obtención de información se aplicará un cuestionario a las madres de familia –previo consentimiento-, el cual ya ha sido validado anteriormente y mide el nivel de conocimiento respecto al tema teniendo en cuenta el número de hijos, edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación.

1.6 OBJETIVOS:

2.3.1 GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las madres hospitalizadas en puerperio mediato del Hospital de Apoyo 2 Sullana.

2.3.2 ESPECÍFICOS

- Describir el nivel de conocimiento según el grado de instrucción de las madres sobre la lactancia materna.
- Describir el nivel de conocimientos de las madres según la edad.
- Describir si existe relación en el conocimiento sobre la lactancia materna con la paridad de la madre.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna de acuerdo al estado civil de la madre.
- Identificar si el Personal de Salud de su comunidad brindó algún tipo de charla o consejería sobre lactancia materna exclusiva en su periodo de gestación.
- Describir si existe relación entre el nivel de conocimiento y la fuente que le brindó dicha información.

2. METODOLOGÍA

2.1 Diseño de investigación:

- Estudio descriptivo: Ya que examina el grado de conocimiento sobre la lactancia materna.
- Diseño no experimental
- Transversal: Por la secuencia de estudio.
- Según el periodo de la obtención de datos prospectivo

2.2 Operacionalización de variables:

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Conocimiento sobre lactancia materna	Cualitativa	Conjunto de ideas, conceptos que posee o adquiere la persona como producto de información adquirida ya sea mediante la educación formal o informal sobre lactancia materna exclusiva.	Se aplicará un cuestionario para determinar el nivel de conocimiento de la madre encuestada el cual consta de 16 ítems	Ordinal	-Excelente -Bueno -Insuficiente -Suficiente
Paridad	Cualitativa	Número determinado de partos que una mujer ha tenido	Primigesta: primera gestación Múltipara: a partir de la segunda gestación	Ordinal	-Primigesta -Múltipara
Estado civil	Cualitativa	Posicionamiento que ocupa un sujeto en la ciudadanía en orden a	Situación especial que representa a una persona en lo que hace a sus	Ordinal	-Soltera -Casada -Conviviente

		sus relaciones interpersonal es que determina derechos y obligaciones civiles	nexos personales con un sujeto de otro sexo		
Ocupación	Cualitativo	Labor que ejecuta la madre normalmente, ya sea pagada o no	Actividad que realiza según la madre o realizaba durante la gestación	Ordinal	-Ama de casa -Estudiante -Profesora -Técnica
Edad materna	Cuantitativo	Años de la vida de la madre	Años vividos hasta el momento de la encuesta	Nominal	-Menores de 19 años -19 a 35 -35 años a más
Grado de instrucción	Cualitativo	Grado mayor de estudios realizados o en proceso	Grado de estudios que informa la madre	Ordinal	-Primaria I. -Primaria C. -Secundaria Inc. -Secundaria Comp. -Superior no Universitario

2.3 POBLACION Y MUESTRA

Población: Madres hospitalizadas en el área de puerperio mediato del Hospital de Apoyo Sullana durante el año 2017.

Muestra: Se procederá a trabajar con madres hospitalizadas en puerperio mediato del Hospital de Apoyo Sullana durante el año 2017, contando con 165 madres que cumplían con los criterios de inclusión.

Fue determinada para una confiabilidad del 95% ($Z=1,96\%$), y asumiendo un error tolerable del 5%

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

N = población de estudio = Nacimientos de recién nacidos sanos en el mes de febrero del 2017 en el Hospital de Apoyo 2 Sullana

Z_{α} = valor que se encuentra en la tabla normal N (0,1) con un nivel de confianza para los resultados del 95% y cuyo valor es 1.96

p = proporción estimada de éxito. Contamos con estimaciones previas, por lo que asumimos p = 50%

q = proporción estimada de fracaso, es igual a 1-p = 0.50

d = Error máximo tolerable o de precisión, cuyo porcentaje asumimos del 5% = 0,05

Remplazando los valores, se obtuvo el siguiente valor

$$n = \frac{287 (1,96)^2 (0,5)(0,5)}{(0,05)^2 (287 - 1) + (1,96)^2 (0,5)(0,5)}$$
$$n = 164.5$$

Criterios de inclusión:

- Madres que hagan uso del servicio de pediatría del área de puerperio mediato en el Hospital de Apoyo 2 Sullana.
- Madres que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Madres que no se encuentren orientadas en tiempo, espacio y persona.
- Madres que no firmen el consentimiento informado.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos y validación y confiabilidad del instrumento

Para obtener la información se realizó la encuesta de manera ordenada mediante la formalización de preguntas cerradas y semiestructuradas para medir el conocimiento correspondiente a las madres en periodo de lactancia. Se escogió a las madres que se encontraban hospitalizadas en el servicio de puerperio mediato.

Se utilizó una encuesta validada con anterioridad por otros autores FONSECA, cols 2004, MAESTRE y cols 2003; SERRA y cols 2003; utilizadas en diferentes trabajos de investigación siendo algunos de ellos:

1. *“Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna en Madres Adolescentes en Cuenca - Ecuador 2013”*.¹³

2. *“Nivel de conocimientos, creencias y actitudes sobre lactancia materna exclusiva que poseen las madres puérperas en el C.S. Piedra Liza 2014”¹⁴*

3. *“Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida, Cefam Panguipulli noviembre-diciembre del 2006”¹⁵ con autores Karina Carrasco Negué y Karina Corvalan Velásquez en el 2007 en Valdivia, Chile.*

2.5 Métodos de análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo y univariado de las variables, para averiguar si la muestra cumple con el conocimiento adecuado de la lactancia materna exclusiva.

El cuestionario fue analizado dependiendo de los conceptos a identificar, resaltando los siguientes apartados:

-Identificar los conocimientos de la encuesta formulando 15 preguntas y evaluando según nivel de exigencia.

Nivel de exigencia	Nivel de conocimiento	Puntaje
A	Bueno	3
	Malo	0
B	Bueno	3
	Aceptable	2
	Escaso	1
	Nulo	0

El nivel de exigencia va de acuerdo a la pregunta si es cerrada o semi-estructurada. En la pregunta cerrada la alternativa es una sola y cuenta con un solo puntaje, siendo el nivel de exigencia A; en caso de la pregunta semi-estructurada el nivel de exigencia es B, ya que cuenta con más alternativas que pueden ser: bueno, aceptable, escaso o nulo, de acuerdo a la evidencia científica.

El nivel de conocimiento general se evaluó mediante el puntaje total obtenido, clasificándose como:

Nivel de conocimiento	Puntaje
Excelente	45
Bueno	38 – 44
Suficiente	28 – 37
Insuficiente	0 – 27

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

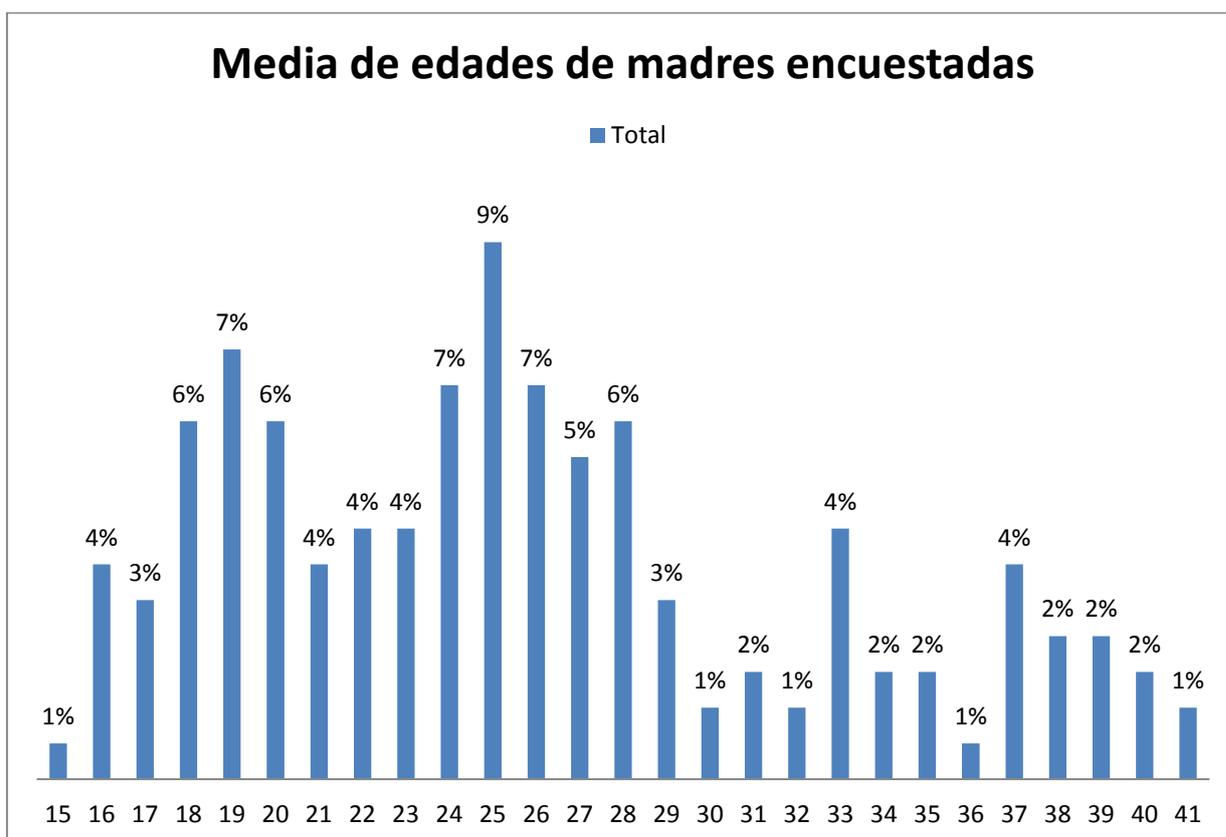
La investigación que involucra a personas requiere de consideraciones especiales respetando sus opiniones y creencias del tema, asimismo se realiza de manera anónima.

A las madres objeto de estudio se les solicita el consentimiento respectivo previa explicación de la encuesta y los fines de ésta.

3. RESULTADOS

		Frecuencia	Porcentaje
			%
Edad	-15 a 19 años	34	21
	-20 a 35 años	111	67
	-Mayores de 35 años	20	12
	Total	165	100
Paridad	-Multipara	103	62
	-Primigesta	62	38
	Total	165	100
Estado civil	-Casada	52	31,5
	-Conviviente	85	51,5
	-Soltera	28	17
	Total	50	100
Grado de instrucción	-Primaria Completa	4	2,4
	-Secundaria completa	111	67,3
	-Secundaria incompleta	33	20
	-Superior no universitaria	17	10,3
	Total	165	100
Ocupación	-Ama de casa	107	64,8
	-Independiente	25	15,2
	-Estudiante	26	15,8
	-Profesora	5	3,0
	-Técnica	2	1,2
	Total	50	100
Nivel de conocimiento	-Excelente	0	0
	-Bueno	6	3,6
	-Suficiente	101	61,2
	-Insuficiente	58	35,2
	Total	165	100

Grafico N°01. La media de las edades de las madres encuestadas



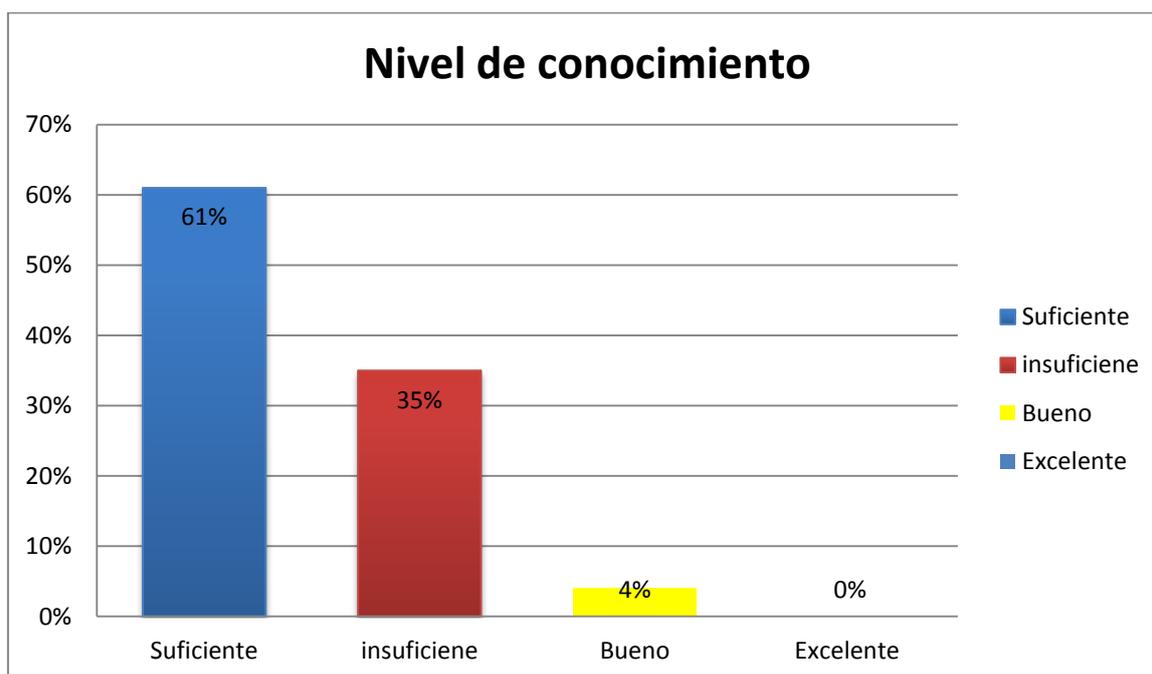
En el gráfico N°01 podemos observar que la media de las edades de las madres encuestadas es de 25 años con un 9%, observando que hay desde los 15 hasta los 41 años.

CUADRO N°01

Nivel de conocimiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Suficiente	101	61,2	61,0	61,0
	Insuficiente	58	35,2	35,0	96,0
	Bueno	06	3,6	4,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Grafico N°02. Nivel de conocimiento (L.M.E)

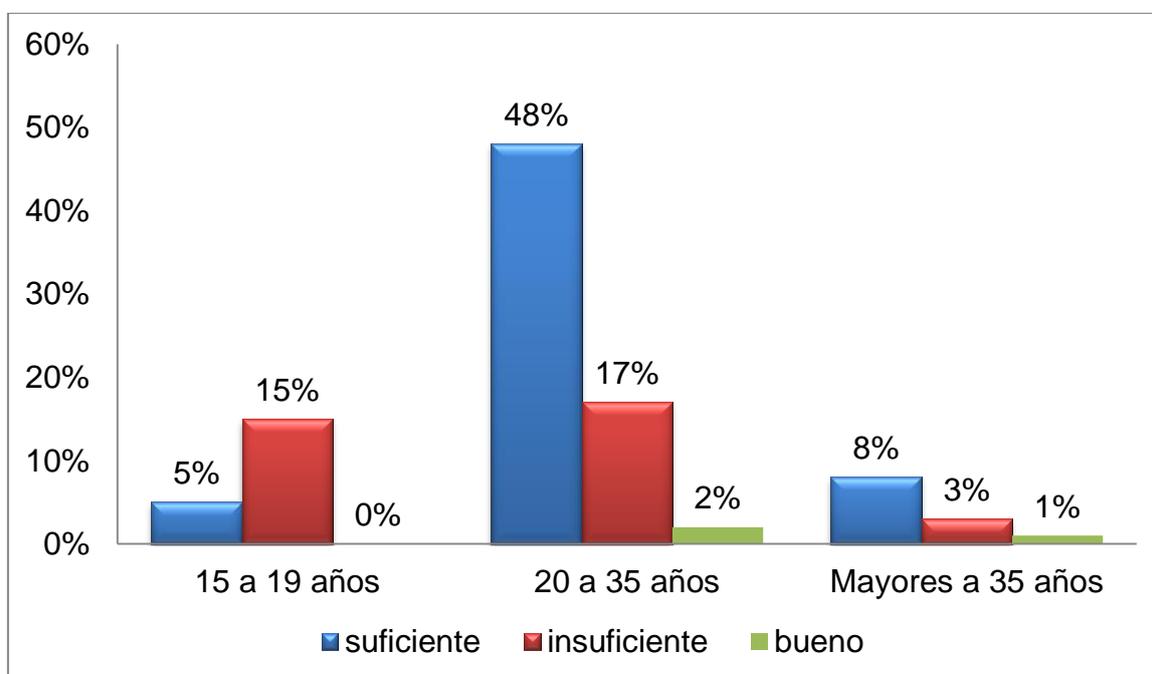


En el cuadro N°01 y el grafico N°02 se determinó que el 4% de madres cuentan con un nivel de conocimiento bueno acerca de la LME el 61% de madres cuenta con un conocimiento suficiente, mientras que el 35% de madres tiene un conocimiento insuficiente. Entretanto, ninguna madre obtuvo nivel de conocimiento excelente.

CUADRO N°02. Nivel de conocimiento de las madres sobre L.M.E según la edad

			Edad			Total
			15 a 19 años	20 a 35 años	Mayores de 35 años	
Nivel de conocimiento	Suficiente	Recuento % del total	9 5,5%	79 47,9%	13 8,0%	101 61,2%
	Insuficiente	Recuento % del total	25 15,2%	28 17,0%	5 3,0%	58 35,2%
	Bueno	Recuento % del total	0 0,0%	4 2,4%	2 1,2%	6 3,6%
Total		Recuento % del total	34 21,0%	111 67,0%	20 12,0%	165 100,0%

Grafico N°03. Describir el nivel de conocimientos de las madres sobre L.M.E según la edad

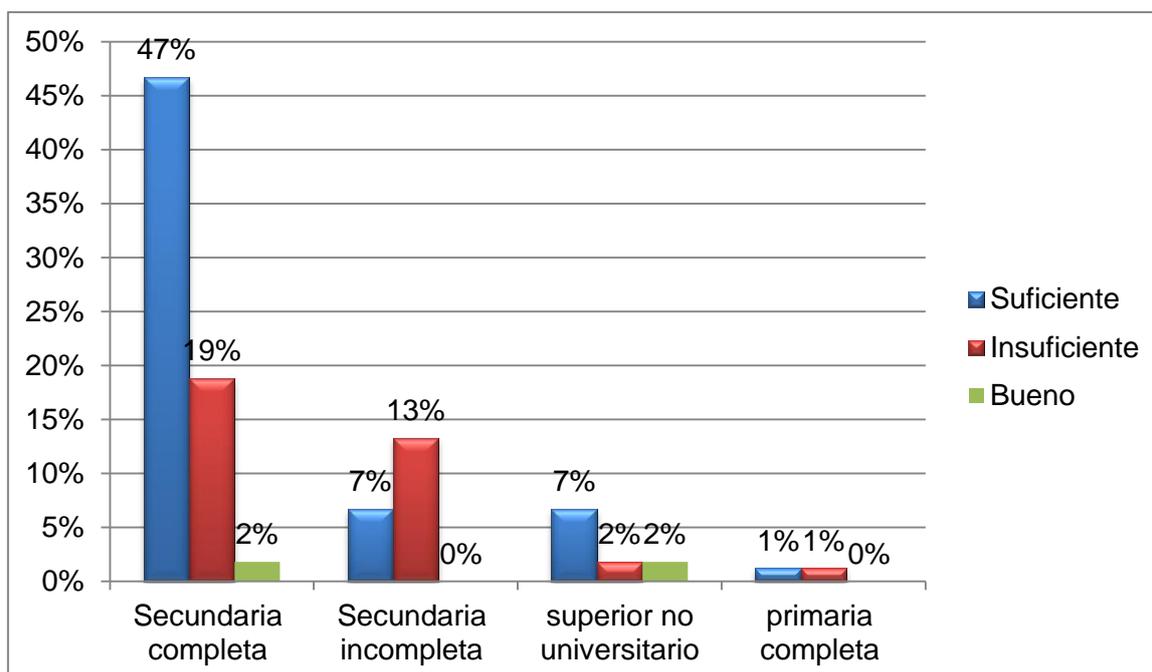


En el cuadro N°02 y el grafico N°03, el 20% de madres encuestadas tienen edades entre 15 y 19 años, de las cuales el 15% cuenta con un nivel de conocimiento insuficiente y el 5% con un nivel suficiente sobre LME. El 67% son madres que tienen entre 20 y 35 años, reportando el 48% de ellas un nivel de conocimiento suficiente, mientras que el 17% tiene un nivel de conocimiento insuficiente y sólo el 2% cuenta con un nivel bueno acerca del tema. Finalmente, el 12% de madres son mayores de 35 años, constatando que el 8% consta de un grado de conocimiento suficiente, el 3%, un nivel insuficiente, y el 1% un nivel bueno en relación a la LME.

CUADRO N°03. Describir el nivel de conocimiento según el grado de instrucción de las madres sobre la lactancia materna

			Grado de instrucción				Total
			Primaria completa	Secundaria completa	Secundaria incompleta	Superior no universitaria	
Nivel de conocimiento	Suficiente	Recuento	2	77	11	11	101
		% del total	1,2%	46,7%	6,7%	6,7%	61,2%
	Insuficiente	Recuento	2	31	22	3	58
		% del total	1,2%	18,8%	13,3%	1,8%	35,2%
	Buena	Recuento	0	3	0	3	6
		% del total	0,0%	1,8	0,0%	1,8%	3,6%
Total		Recuento	4	111	33	17	165
		% del total	2,4%	67,3%	20,0%	10,3%	100,0%

Grafico N°04. Describir el nivel de conocimiento según el grado de instrucción de las madres sobre la lactancia materna

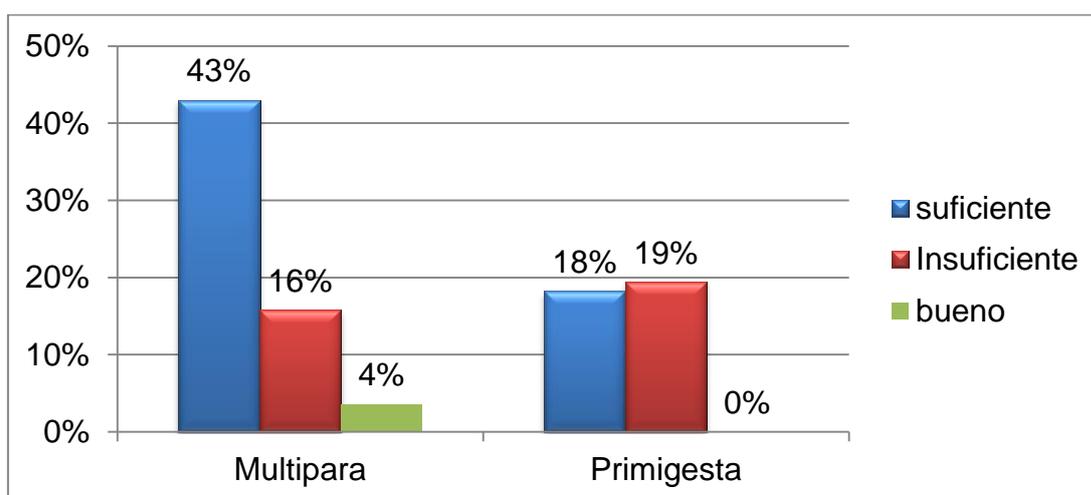


En el cuadro N°03 y el grafico N°04 se describe que el 67,3% de madres cursaron secundaria completa, en donde el 47% cuenta con un nivel de conocimiento suficiente sobre lactancia materna, el 19% cuenta con un nivel conocimiento insuficiente, y el 2% cuenta nivel bueno. Asimismo, corresponde el 20% a las madres con secundaria incompleta, de las cuales el 7% tiene un nivel de conocimiento suficiente y en el 13% es insuficiente. Respecto a las madres con grado de instrucción superior no universitario que representan el 10,3%, el 6,7% cuenta con un grado de conocimiento suficiente, el 1,8% con nivel insuficiente y el 1,8% con un nivel bueno en relación al tema. Por otro lado, en las madres con primaria completa corresponde el 1% al nivel suficiente y el 1% al nivel insuficiente.

Cuadro N°04. Describir relación en el conocimiento sobre la LME con la paridad

			Paridad		Total
			Múltipara	Primigesta	
Nivel de conocimiento	Suficiente	Recuento	71	30	101
		% del total	43,0%	18,2%	61,2%
	Insuficiente	Recuento	26	32	58
		% del total	15,8%	19,4%	35,2%
	Bueno	Recuento	6	0	6
		%del total	3,6%	0,0%	3,6%
Total		Recuento	103	62	50
		% del total	62,4%	37,6%	100,0%

Grafico N°05. Describir relación en el conocimiento sobre la LME con la pariedad

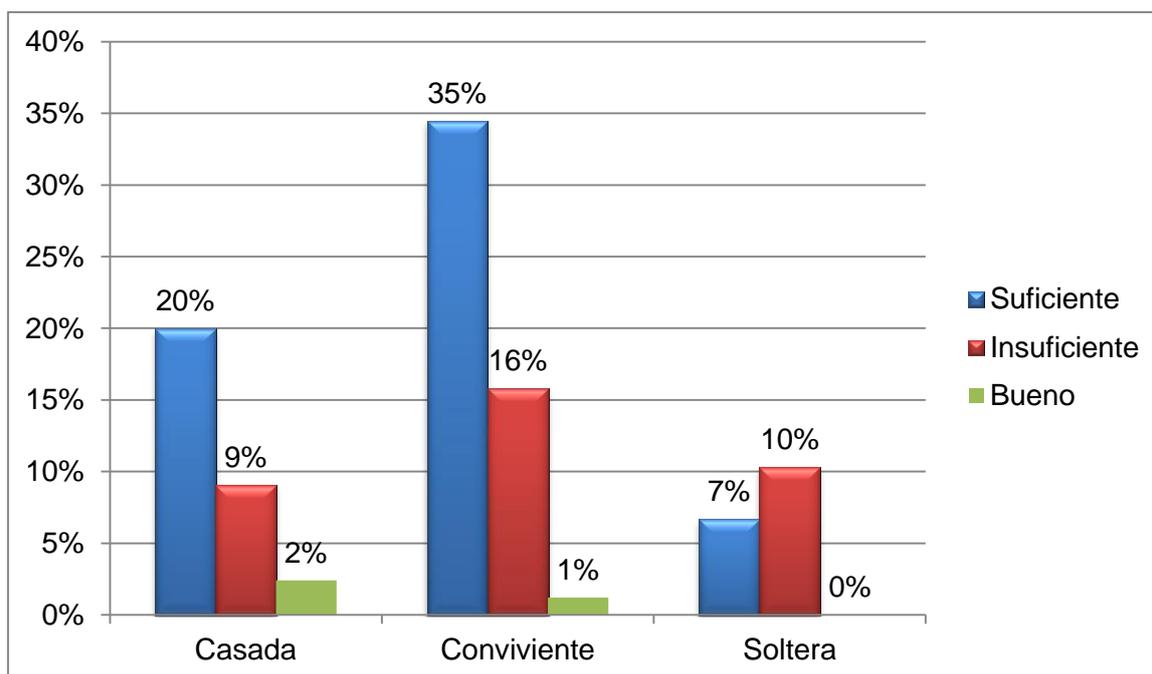


En el cuadro N°04 y el grafico N°05 se observa que el 62,4% de madres encuestadas son múltiparas, en donde el 43,0% cuenta con un nivel de conocimiento suficiente, el 15,8% cuenta con un nivel insuficiente, y el 3,6% cuenta con un nivel de conocimiento bueno acerca de la lactancia materna. Entretanto, el 37,6% de madres son primigestas, de las cuales el 18,2% cuenta con un nivel de conocimiento suficiente y el 19,4% cuenta con uno insuficiente.

CUADRO N°05. Identificar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna de acuerdo al estado civil de la madre

Tabla de contingencia Nivel de conocimiento * Estado civil						
			Estado civil			Total
			Casada	Conviviente	Soltera	
Nivel de conocimiento	Suficiente	Recuento	33	57	11	101
		% del total	20,0%	24,5%	6,7%	61,2%
	Insuficiente	Recuento	15	26	17	26
		% del total	9,1%	15,8%	10,3%	52,0%
	Bueno	Recuento	4	2	0	6
		% del total	2,4%	1,2%	0%	3,6%
Total		Recuento	52	85	28	165
		% del total	31,5%	51,5%	17,0%	100,0%

Grafico N°06. Identificar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna de acuerdo al estado civil de la madre



En el cuadro N°05 y el grafico N°06 el 100% se aprecia que el 31 % de las madres encuestadas son casadas, el 52% convivientes, y el 17% solteras. Del 52% de madres convivientes con sus parejas, el 35% tiene un nivel de conocimiento suficiente, el 16% es insuficiente, mientras que el 1% obtuvo un nivel de conocimiento bueno. En relación al 31% de madres casadas, el 20% cuenta con nivel de conocimiento suficiente, el 12% es insuficiente, y el 2% resultó con un nivel bueno de manejo del tema.

Por último, de las madres solteras -que son el 17%-, el 7% cuenta con un nivel suficiente, el 10% un nivel insuficiente, y queda en 0% el nivel de conocimiento bueno.

GRAFICO N°07. Identificar si el Personal de Salud de su comunidad brindó algún tipo de charla o consejería sobre lactancia materna exclusiva en su periodo de gestación.



En el grafico N°07, se muestra que el 73% de las madres recibieron información sobre lactancia materna exclusiva por personal de salud, el 13% por medio de familiares, el 7% por amigos y el 7% restante por otros.

CUADRO N°06. Describir si la charla brindada por el Personal de Salud fue suficiente para el conocimiento sobre lactancia materna

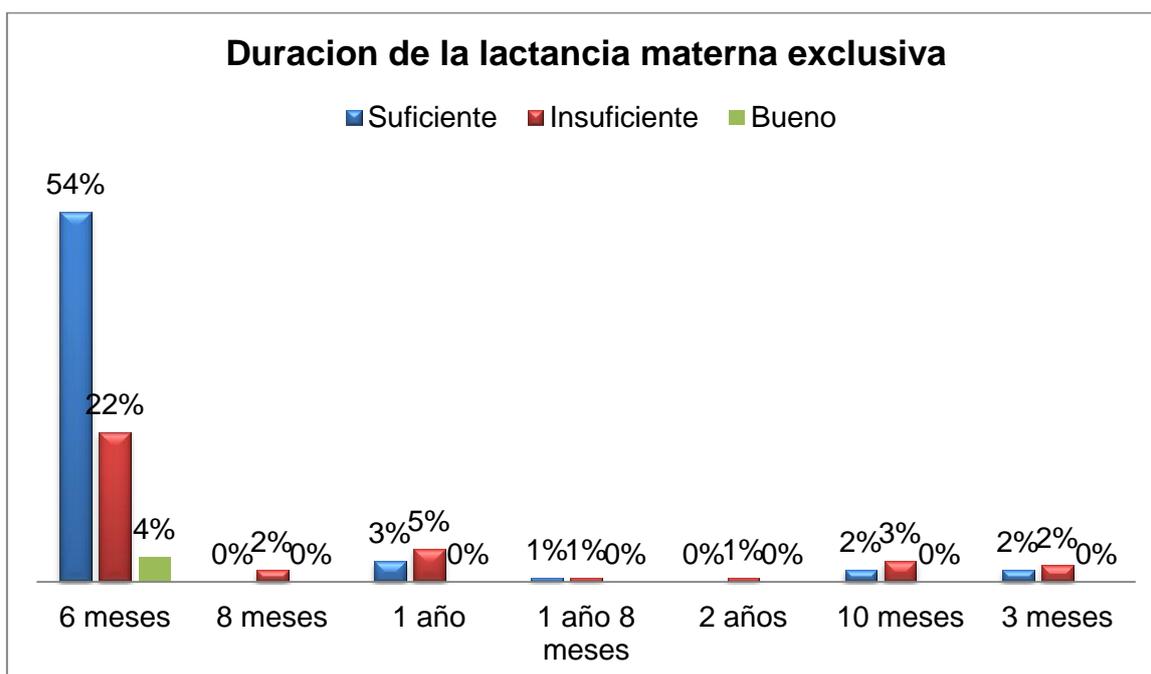
Obtención del NIVEL CONOCIMIENTO	PERSONAL DE SALUD	%
SUFICIENTE	83	50,3%
INSUFICIENTE	32	19,4%
BUENO	6	3,6
TOTAL	121	73,3%

En el cuadro N°06 figura que para el 50,3% de las madres la información recibida sobre LME fue suficiente, para el 19,4% fue insuficiente, y para el 3,6% resultó bueno.

Cuadro N°07. Duración de la lactancia materna exclusiva y nivel de conocimiento de las madres encuestadas

			Nivel de conocimiento			Total	
			Suficiente	Insuficiente	Bueno		
Duración de la lactancia materna exclusiva	6 meses	Recuento	89	36	6	131	
		% del total	53,9%	21,8%	3,6%	79,4%	
	3 meses	Recuento	3	4	0	7	
		% del total	1,8%	2,4%	0%	4,2%	
	8 meses	Recuento	0	3	0	3	
		% del total	0%	1,8%	0%	1,8%	
	10 meses	Recuento	3	5	0	8	
		% del total	1,8%	3,0%	0%	4,8%	
	1 año	Recuento	5	8	0	13	
		% del total	3,0%	4,8%	0%	7,9%	
	1 año 8 meses	Recuento	1	1	0	2	
		% del total	0,6%	0,6%	0%	1,2%	
	2 años	Recuento	0	1	0	1	
		% del total	0%	0,6%	0%	0,6%	
	Total		Recuento	101	58	6	165
			% del total	61,2%	35,2%	3,6%	100%

Grafico N°08. Duración de LME

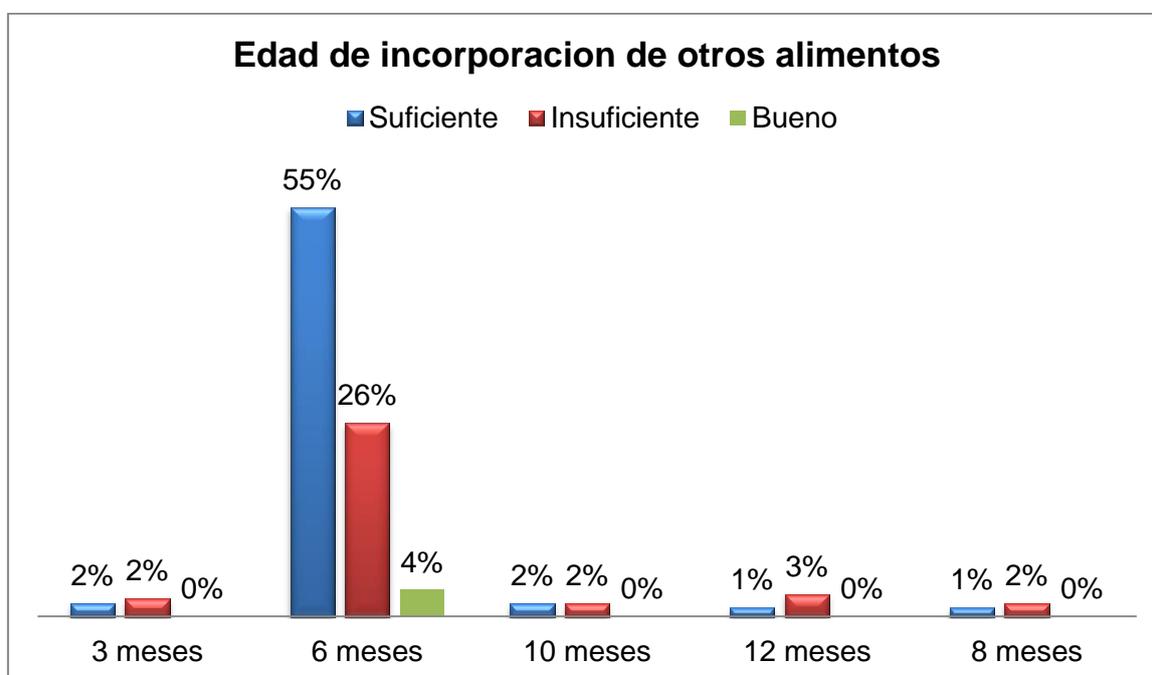


En el cuadro N°07 y grafico N°08 se puede observar que de las madres encuestadas el 80% marcó como respuesta que la duración de LME es hasta los 6 meses. No obstante, el 22% de madres que contestaron correctamente cuentan con un nivel de conocimiento insuficiente acerca del tema, mientras que el 54% cuenta con un nivel suficiente, y el 4% un nivel bueno. De otra parte, el 20% restante del total de madres respondió incorrectamente sobre la duración exacta de la lactancia materna exclusiva (8 meses, 1 año, 1 año 8 meses, 2 años, etc.).

Cuadro N°08. Edades de incorporación de otros alimentos

			Nivel de conocimiento			Total	
			Suficiente	Insuficiente	Bueno		
A qué edad se incorporan los alimentos	6 meses	Recuento	91	43	6	140	
		% del total	55,2%	26,1%	3,6%	84,8%	
	3 meses	Recuento	3	4	0	7	
		% del total	1,8%	2,4%	0%	4,2%	
	8 meses	Recuento	2	3	0	5	
		% del total	1,2%	1,8%	0%	3,0%	
	10 meses	Recuento	3	3	0	6	
		% del total	1,8%	1,8%	0%	3,6%	
	12 meses	Recuento	2	5	0	7	
		% del total	1,2%	3,0%	0%	4,2%	
	Total		Recuento	101	58	6	165
			% total	61,2%	35,2%	3,6%	100%

Grafico N°09. Edad de incorporación de otros alimentos



En el cuadro N°08 y el grafico N°09 se puede observar que el 86% de madres respondió que la edad que se debe incorporar otros alimentos (como papillas) es a los 6 meses,

siendo que el 52% de estas madres cuenta con un nivel de conocimiento suficiente sobre lactancia materna, mientras que el 26% cuenta con un nivel insuficiente, y el 4% cuenta con un nivel de conocimiento bueno. Por otro lado, el 20% respondió erróneamente la pregunta.

4. DISCUSIÓN

Se determinó el nivel de conocimiento de las madres, en el área de puerperio mediato, sobre lactancia materna exclusiva, el cual fue bueno en el 4%, suficiente en el 61% e insuficiente en el 35%. Cabe mencionar que ninguna madre tuvo un nivel de conocimiento excelente. Estos resultados son similares a los hallados en el estudio “Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida en el sector urbano de CESFAM de Panguipulli - Chile” de K. Carrasco y K. Corvalan, en donde se muestra que el 4,5% tiene un nivel de conocimiento bueno sobre LM, el 59,1% cuenta un nivel suficiente, y 36,4% un nivel de conocimiento insuficiente.

La media de las edades fue de 25, siendo la menor edad 15 años y la mayor edad 41 años, observándose a madres adolescentes como a madres añosas, siendo ambos extremos factores de riesgo en el embarazo. De un total de 165 madres que fueron encuestadas, el 20% cursan edades de 15 a 19 años (adolescencia), el 67% tienen entre 20 y 35 años, mientras que el 12% son mayores de 35 años. Solo el 5% de madres adolescentes (menores de 20 años) tuvo un nivel de conocimiento suficiente, mientras que en el 15% es insuficiente; ello debido a la falta de madurez y falta de carácter para afrontar la etapa de la maternidad.

La (OMS) establece el inicio de la adolescencia entre los 10 y 19 años, y para quien se convierte en madre a esa edad existe un riesgo en el aspecto biológico, psicológico y social, ya que se enfrenta a situaciones para las cuales no está preparada emocionalmente. En algunos casos incluso puede llegar a negar su realidad de ser “madre-niña”, lo que conlleva a que no acuda a los controles del embarazo y que no reciba la información permitiente acerca de la LME.

El 67% del total de madres tienen secundaria completa, el 2% de este porcentaje obtuvo un conocimiento bueno sobre LME, el 47% tiene un nivel suficiente y 19%, insuficiente; a su vez, el 20% presenta un grado de instrucción de secundaria incompleta, del cual el 13% obtuvo un nivel de conocimiento insuficiente y el 7% obtuvo un nivel suficiente. En cuanto al grupo de superior no universitario que fue el 10%, el 2% tuvo un nivel de conocimiento bueno sobre LME, el 7% fue suficiente, y sólo el 2% cuenta con un nivel insuficiente. También se encontró que del 2% de madres con primaria completa, el 1% presentó nivel de conocimiento insuficiente y el 1% restante, un nivel suficiente.

En el presente estudio se aprecia que el grado de instrucción no fue una variable que influya y/o se relaciones con un mejor nivel de conocimiento del tema, en comparación a la tesis de K. Palacios “conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con lactancia materna en las madres adolescentes del hospital de apoyo Il Sullana durante los meses de septiembre 2010- febrero 2011.”¹¹

Dicha tesis encuesta a 80 madres, de las cuales el grado de instrucción es: P. incompleta 3,75%, P. Completa 5%, S. Incompleta 40%, S. completa 17,5%, estudio Superior 33,75%.

De las madres con primaria incompleta, el 1,25% tuvo un conocimiento insuficiente del tema y el 2,5% fue suficiente; de las madres con primaria completa, el 1,25% reportó un conocimiento insuficiente de la LME, mientras que el 3,75% fue suficiente. En cuanto a las madres con secundaria incompleta, el 13,75% tuvo un conocimiento insuficiente y el 26,25% alcanzó un conocimiento suficiente; de las que tienen secundaria completa el 7,5% tuvieron un conocimiento insuficiente y el 10% un conocimiento suficiente del tema en mención. Finalmente, entre las madres con estudios superiores, el conocimiento fue insuficiente en el 1,25% y suficiente en el 32,5%.

Según estado civil el 52% son convivientes, el 32% casadas, mientras que el 17% son solteras. Respecto a las que tienen una relación estable (convivientes y casadas), el 44,5% cuenta con conocimiento suficiente de la lactancia materna, 4% con un nivel bueno, y 25% con un nivel de conocimiento insuficiente. En cuanto a las solteras, el nivel de conocimiento insuficiente alcanza el 10%, mientras que ninguna cuenta con un nivel bueno.

Es importante el conocimiento del estado civil, dado que las madres con unión estable cuentan con un ambiente propicio para realizar y practicar la lactancia materna, sintiéndose seguras y protegidas de la pareja y/o padre, a diferencia de la madres solteras que no contarían con estos beneficios, influyendo a nivel psicológico y social para la etapa de la maternidad.

Este resultado es similar a los aportados por Jorge Guerrero y J. Vera en su trabajo “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes” en cuyos resultados el 43% de madres son convivientes y alcanzan: 21% nivel insuficiente, 10% nivel suficiente, 9% nivel bueno y 3% nivel excelente. Las casadas por su parte son el 33% y reportan: 13% nivel insuficiente, 7% nivel suficiente, 11% nivel bueno y 2% nivel

excelente. Por último, el 24% de madres solteras reparte el nivel de conocimiento del tema de la siguiente manera: 21% nivel insuficiente, 2% nivel suficiente y 1% nivel bueno.

En el presente estudio, el 62% de madres son multíparas y el 38%, primigestas. Dentro de las madres multíparas, el 4%, bueno acerca de la LME, el 43%, con un nivel suficiente, mientras que el 16% posee un nivel insuficiente. En relación a las madres primigestas, el 18% cuenta con un conocimiento suficiente mientras que en el 19% es insuficiente. Ello nos da a entender que a mayor número de hijos, mayor es el grado de conocimiento debido a la experiencia previa. Sin embargo, figura un 16% de madres multíparas con conocimiento insuficiente del tema, lo que deja entrever que la práctica anterior fue mala y no ha sido corregida.

En otro estudio titulado “Nivel de conocimiento en la lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas de IEMP de octubre a diciembre, Lima-Peru” donde la población fue de 372 puerperas, el 54,8% eran primíparas, 41,1% multíparas y gran multíparas 4,1%³¹.

De estos resultados se evaluó el nivel de conocimiento de cada grupo, a saber: madres primíparas 26,4% (N:54) nivel de conocimiento bueno, 23,5% (N:48) nivel de conocimiento malo, y el 50% (N:102) nivel de conocimiento regular; madres multíparas 34,6% (N:53) nivel de conocimiento bueno, 15,6% (N:24), malo, y 49,6% (N:76), regular; madres gran multíparas 33,3% (N:5) nivel de conocimiento bueno, 13,3%(N:2), malo, y 53,3% (N:8), regular.

Reconocer los conocimientos que tienen las madres es relevante para desplegar tácticas que ayuden en el crecimiento y desarrollo del niño. Uno de los factores que contribuye la aceptación de la LME es el mensaje que la madre recibe, lo que le proporciona confianza y seguridad. Por lo tanto en este estudio se planteó la interrogante de cuál era la fuente de información del tema con que contaban las madres, teniendo como resultado que el 73% corresponde al Personal de Salud, 13% a familiares, 7% amigos, y 7% otros.

Se hace mención de este resultado porque tendrán gran influencia los conocimientos y las actitudes de la madre al momento de ponerlos en práctica. Asimismo, en un estudio descriptivo y transversal ejecutado en Cuba con 113 mujeres, la fuente de información fue del 98.23% Personal de Salud y 1.77% familiares.

En el presente estudio, de las madres que recibieron charla sobre lactancia materna por el Personal de Salud, para el 4% resultó bueno, el 50%, suficiente, y el 19%, insuficiente.

Ello nos permite concluir que a pesar de que el Personal de Salud brinda información sobre lactancia materna, hace falta mejorar la relación paciente-personal y también la empatía para un mejor trato, tratando de adecuarse con el ámbito social y las creencias de éstas, para que se puedan llevar la información necesaria y aumentar así el indicador de lactancia materna exclusiva.

En este trabajo se observó también la ocupación de las madres: estudiantes, técnicas, profesoras, independientes y amas de casa; siendo estas últimas el 65%, de las cuales el 3% tiene un conocimiento bueno de la lactancia materna, el 38%, un conocimiento suficiente, y el 25%, un conocimiento insuficiente. De acuerdo a ello, a pesar que estas madres se encuentran en su hogar, no se ve reflejado el conocimiento adecuado de la lactancia materna.

Respecto a la pregunta cerrada de cuál es el tiempo que debe durar la LME, el 79% respondió que hasta los 6 meses. Pese a esto, el 22% cuenta con un nivel de conocimiento insuficiente, lo que quiere decir que pueden tener ciertas luces del tema, sin embargo, no cumplirán todas las expectativas. El 54% reporta un conocimiento suficiente y sólo el 4%, un conocimiento bueno.

En la investigación sobre *“Conocimientos que tienen las gestantes sobre las consecuencias del destete precoz en el desarrollo oro facial del bebe”* de Pamela Maraví, 2013, Lima – Perú, muestra en sus resultados que el 59% de madres respondió que la LME debe durar 6 meses y el 48%, que dura hasta el año.

Asimismo, el 85% de las madres encuestadas tiene conocimiento sobre a qué edad se deben incorporar otros alimentos (como papillas). De este porcentaje, el 55% tiene un nivel de conocimiento suficiente, el 26%, insuficiente, y el 4%, un conocimiento bueno sobre LME.

5. CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimiento de las madres sobre LME es bueno en un 3,6%, suficiente en un 61,2%, e insuficiente en un 35,2%.
2. En relación con el grado de instrucción, del 67,3% de madres que cursaron secundaria completa, el 47% cuenta con un nivel de conocimiento suficiente sobre lactancia materna y el 19% cuenta con un nivel conocimiento insuficiente, mientras que el 2% cuenta nivel bueno. En el 20% de madres con secundaria incompleta, el 7% tiene un nivel de conocimiento suficiente y el 13%, insuficiente. A su vez, del 10,3% de madres con grado de instrucción superior no universitaria, el 6,7% cuenta con un grado de conocimiento suficiente, el 1,8% con un nivel insuficiente, y el 1,8%, con un nivel bueno. Mientras que en las madres con primaria completa, el 1% cuenta con nivel suficiente y el 1% restante con un nivel insuficiente.
3. El 20% de madres encuestadas cursan edades de 15 a 19 años; el 15% cuenta con un nivel de conocimiento insuficiente y el 5% cuenta con nivel de conocimiento suficiente sobre LME. El 67% son madres entre los 20 y 35 años, siendo que el 48% cuenta con un nivel de conocimiento suficiente, el 17% con nivel de conocimiento insuficiente, y el 2% un nivel bueno. El 12% de madres son mayores de 35 años, constatando que el 8% tiene un nivel de conocimiento suficiente, el 3%, un nivel insuficiente, y el 1% un nivel bueno.
4. El 100% de madres encuestadas, 62,4% son multíparas y el 37,6% son primigestas. En cuanto a las multíparas, el 43,0% cuenta con un nivel de conocimiento suficiente, el 15,8%, insuficiente, y el 3,6%, bueno; mientras que de las primigestas, el 18,2% cuenta con un nivel de conocimiento suficiente y el 19,4%, con un nivel insuficiente.
5. Del 100% de madres encuestadas, 31% son casadas, 52% convivientes, 17% solteras. De las madres convivientes con sus parejas el nivel de conocimiento de LME se reparte así: 35% suficiente, 16% insuficiente y 1% bueno. De las madres casadas figura como: 20% suficiente, 12% insuficiente y 2% bueno. Finalmente,

de las madres solteras los porcentajes siguen como: 7% suficiente y 10% insuficiente.

6. En cuanto a la recibimiento de información, el 73% de las madres lo hizo mediante el Personal de Salud, el 13% por familiares, el 7% por amigos, y el 7% por alguna otra fuente.
7. Respecto a las madres que recibieron información sobre LME, el 50,3% obtuvo un nivel de conocimiento suficiente, el 19,4%, un nivel insuficiente, y el 3,6% un nivel bueno.

6. RECOMENDACIONES:

- Se deben implementar charlas para reforzar al Personal de Salud acerca de LME, y mucho más efectivo sería realizar cursos acerca de la empatía y herramientas de mejora en la comunicación paciente – Personal de Salud.
- Realizar un estudio multicéntrico con una muestra estadísticamente representativa, para tener un diagnóstico más cuantificable sobre el grado de conocimiento de la LME en el Perú.
- Promover a personas respetadas de la comunidad para que se conformen como los “Promotores de Salud” -siendo éstas idealmente mujeres- para que lleven a cabo una óptima comunicación acerca del tema.
- Incentivar en los controles prenatales acerca la LME
- Dar charlas de educación sexual en los colegios para prevenir embarazos adolescentes.
- Explicar las desventajas sobre el rechazo de la LME y el uso de leches artificiales.

7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. INEI, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES 2014, capítulo 10 p. 282.
2. WHO Nutrition. Banco de datos mundial sobre la lactancia materna. Ginebra: WHO, 2003.
3. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial Para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. 55 Asamblea Mundial de la Salud; 2002: p. 20.
4. OMS. La 55 Asamblea Mundial de la Salud: Resolución WHA55.25 Nutrición del lactante y del niño pequeño; 2002.
5. WHO. Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna. Geneva, Switzerland; 1991
6. Calverton MD. Encuestas de Demografía y Salud. La lactancia materna y alimentación infantil complementaria: efectos post-parto. ORC Macro 1999.
7. OMS-UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Nueva declaración conjunta. Ginebra: OMS-UNICEF, 1989.
8. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) Valencia: IHAN [2008] Consultado [13 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.ihan.es/index1.asp>
9. Instituto Nacional de Informática y Estadística (INEI). Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar 2012. 2013
10. María Inés Sanchez-Griñan Caballero. La lactancia materna en el Perú y el cumplimiento del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Lima-Perú, 2010. Organización panamericana de la Salud
11. Palacios K. , “conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con lactancia materna en las madres adolescentes del Hospital de Apoyo II Sullana durante los meses de setiembre 2010- febrero 2011”, Piura 2011
12. L. Rodríguez León. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres. Universidad Veracruzana, 2014, México.
13. Guerrero Jorge y Vera Jorge. Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna en Madres Adolescentes, Cuenca Ecuador, octubre 2013.
14. J. Carhuas. “Factores asociados al abandono de la lactancia materna en un Centro de Salud de Lima Metropolitana”, Tesis pre-grado, Lima, 2015.

15. Delgado Marruffo Lizeth Jackelin. "Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva" Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2012
16. Bellido L. y Bellido J., Nivel de conocimientos, creencias y actitudes sobre lactancia materna exclusiva que poseen las madres puérperas en el C.S. Piedra Liza 2014, Lima - Perú, mayo 2016.
17. D. Chunga Santa Cruz. Nivel de conocimiento y actitud acerca de lactancia materna en madres con niños de 0 a 6 meses de edad que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Víctor Raúl Haya de la Torre, diciembre 2014. Piura, 2015.
18. WHO Nutrition. Banco de datos mundial sobre la lactancia materna. Ginebra: WHO, 2003.
19. UNICEF. Guía de lactancia materna, Ecuador 2012. Disponible en <https://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>
20. C. Shellhorn y V. Valdés. La leche humana, composición, beneficios. Manual de lactancia para profesionales de salud, Chile 1995.
21. Unizar.es, Composición de la leche materna, 2003. http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Composicion%20eche%20materna.pdf
22. Saludmaternoinfantil.es, MITOS Y CREENCIAS POPULARES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA. Disponible en http://saludmaternoinfantil.es/wp-content/downloads/curso2014/charlas/MITOS_LM.pdf.
23. Unicef. Consejería de lactancia materna, 2007 – Argentina. Disponible en https://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria__en_Lactancia_Materna.pdf
24. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Monografías de la asociación española de pediatría 2004
25. Manual práctico de lactancia materna. Carlos González. Edita ACPAM, Barcelona 2004. ¿? Minsa.gob.pe, Perú es líder en lactancia materna en América Latina. Miércoles, 12 de agosto del 2015. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16807>
26. Victor Manuel Ayala Milla. Enfermería y lactancia materna. Disponible en www.books.google.com.pe
27. Peru21.com – Inei. 60 peruanos nacen y otros 14 mueren, 10 de julio 2013. Disponible en <http://peru21.pe/actualidad/inei-60-peruanos-nacen-y-otros-14-mueren-cada-hora-2139620>

28. María J. Lozano de la Torre. Lactancia materna, Asociación Española de Pediatría. 2008. <https://www.aeped.es>
29. Fanny Sabillon y Benjamín Abdu. Composición de la leche materna. 1997, vol. XV
30. Hernández Aguilar y Aguayo Maldonado. La lactancia materna; An Pediatr (Barc) 2005;63(4):340-56.
31. Ferro M. y Flores H., Nivel de conocimientos, creencias en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en púerperas del IEMP de octubre a diciembre, Lima - Perú, 2006.