

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE
CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL VITARTE, ENERO 2018**

**PRESENTADA POR LA BACHILLER
ELIZABETH ANTONELLA REYNOSO SÁNCHEZ
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

Dra. Sonia Hermoza Del Pozo

Asesora

LIMA - PERÚ

2018

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de haber escogido esta hermosa y sacrificada carrera; por tener la dicha de ser hija de una mujer maravillosa que nunca titubeó y me sacó adelante, una familia que siempre ha estado ahí para apoyarme y orientar mi caminar, además de impulsarme a seguir adelante.

Asimismo agradezco a mi alma máter por haber aportado en mi haber los conocimientos necesarios para mi formación académica. Agradezco a cada uno de los doctores y profesores, quienes durante mi estancia en la universidad y en el hospital para mis prácticas e internado me transmitieron sus conocimientos y experiencias, quienes a su manera me enseñaron el gran cariño que tienen a sus respectivas especialidades. A mis amigos, ya que de ellos tuve el apoyo en momentos de tensión, siempre tendiéndome la mano.

De la misma manera doy gracias a mi asesora la Dra. Sonia Hermoza Del Pozo, quien ha sabido apoyarme y orientarme en todo este proceso.

Finalmente, quiero agradecer al Hospital Vitarte que fue mi segundo hogar, donde aprendí lo lindo y sacrificado de esta carrera, por otro lado, me brindaron las facilidades para la realización de las encuestas y así poder realizar esta investigación. Al personal de salud que supo orientarme y enseñarme con paciencia a pesar de estar realizando su labor, en especial a aquellos que no limitaron mi aprendizaje. A los pacientes, que gracias a ellos aprendí de medicina.

DEDICATORIA

A mi mamá Claudia, por todos los sacrificios que hizo para sacarme adelante a lo largo de mi vida. A mi familia Canchis que estuvo allí para guiarme. A mi familia Sánchez por estar conmigo a pesar de la distancia.

A mis amigos de la universidad, por apoyarme a lo largo de toda la carrera e internado.

A mis queridos Papá Pío, Mamá Emilia, Tío Orlando y Tía Juanita, y a mis abuelitos Ciprian y Victoria que desde el cielo deben estar felices por mis logros.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar cuáles son los factores asociados al nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS: El diseño del estudio es de tipo observacional, cuantitativo, analítico y transversal. Se utilizó una muestra de 123 puérperas que estaban en el Servicio de Hospitalización de Gineco – Obstetricia en el Hospital Vitarte en el mes de Enero del 2018, evaluadas por una encuesta validada que consta de 3 secciones: 1) Datos de filiación, 2) Nivel socioeconómico, 3) Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva. Posteriormente los datos fueron ordenados, tabulados y analizados luego mediante el paquete estadístico SPSS versión 22. Para determinar el grado de asociación se aplicó la base del cálculo del Odds Ratio con intervalo de confianza al 95% y se analizó el Chi cuadrado significativo con $p < 0,05$.

RESULTADOS: Se analizaron 123 puérperas con una edad promedio de 26 años, de las cuales encontró que el 38.21% ($n = 47$) tiene conocimientos correctos y que el 61.79% ($n = 76$) tiene conocimientos incorrectos. Los conocimientos incorrectos se asociaron significativamente a las puérperas que pertenecen al estrato socioeconómico 4 – 5 según la Escala de Graffar ($p = 0.009$, OR = 2.762, IC al 95%: 1.304 – 5.849) y ser primíparas ($p = 0.055$, OR = 2.238, IC al 95%: 1.009 – 4,968). Y no se asoció significativamente a la edad ($p = 0.461$, OR = 0.741, IC al 95%: 0.356 – 1.541), estado civil ($p = 0.480$, OR = 0.597, IC al 95%: 0.142 – 2.512), nivel educativo ($p = 0.130$, OR = 0.440, IC al 95%: 0.167 – 1.159), ocupación ($p = 0.209$, OR = 2.485, IC al 95%: 0.740 – 8.344) y charla previa sobre lactancia materna ($p = 0.827$, OR = 0.871, IC al 95%: 0.363 – 2.091).

CONCLUSIÓN: Se encontró que hay una asociación entre las puérperas que pertenecen al estrato socioeconómico 4 – 5 según la Escala de Graffar y primíparas, y tener conocimientos incorrectos sobre lactancia materna exclusiva. Más no con la edad, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación, y la charla sobre lactancia materna.

PÁLABRAS CLAVES: Lactancia materna exclusiva, nivel de conocimientos, nivel educativo Escala de Graffar, paridad.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine if the results associated with the level of knowledge about exclusive breastfeeding in the puerperal women attended in Vitarte Hospital during the month of January 2018.

MATERIAL AND METHODS: The design of the study is observational, quantitative, analytical and transversal. We used a sample of 123 puerperal women who were in the Service of Gynecology - Obstetrics Hospitalization in Vitarte Hospital in the month of January of 2018, evaluated by means of a validated survey that consisted of 3 sections: 1) Membership data, 2) Level socio-economic, 3) Level of knowledge about exclusive breastfeeding. Subsequently, the data were ordered, tabulated and analyzed using the statistical package SPSS version 22. To determine the degree of association, the basis of calculation of the Odds Ratio was applied with a 95% confidence interval and the significant Chi square was analyzed with $p < 0.05$.

RESULTS: We analyzed 123 puerperal women with an average age of 26 years, of which they found that 38.21% ($n = 47$) had correct knowledge and 61.79% ($n = 76$) had incorrect knowledge. The incorrect knowledge was significantly associated to the puerperal women belonging to the socioeconomic stratum 4 - 5 according to the Graffar Scale ($p = 0.009$, OR = 2,762, 95% CI: 1,304 - 5,849) and being primiparous ($p = 0.055$, OR = 2,238, 95% CI: 1,009 - 4,968). And it was not significantly associated with age ($p = 0.461$, OR = 0.741, 95% CI: 0.356 - 1.541), marital status ($p = 0.480$, OR = 0.597, 95% CI: 0.142 - 2.512), educational level ($p = 0.130$, OR = 0.440, 95% CI: 0.167 - 1.159), occupation ($p = 0.209$, OR = 2.485, 95% CI: 0.740 - 8.344) and previous talk about breastfeeding ($p = 0.827$, OR = 0.871, 95 % IC: 0.363 - 2.091).

CONCLUSION: It was found that there is an association between the puerperal women who belong to the socioeconomic stratum 4 - 5 according to the Graffar Scale and to be primiparous, with having incorrect knowledge about exclusive breastfeeding. But not with age, marital status, educational level, occupation, and talk about breastfeeding.

KEY PAGES: Exclusive breastfeeding, level of knowledge, educational level Graffar scale, parity.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es la forma de alimentarse de un recién nacido a niños pequeños con leche del pecho materno, comienza dentro de la primera hora de vida del recién nacido, continúa con la frecuencia de al menos cada dos horas y con duración entre diez a quince minutos en cada seno. Se dice lactancia materna exclusiva a la que se da en los primeros 6 meses de vida. La lactancia materna tiene una serie de beneficios tanto para la madre como para el bebé.

Estudios internacionales señalan que hay factores que condicionan el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusivas y técnicas de amamantamiento. Los estudios realizados en nuestro país muestran una gran variabilidad de niveles de conocimientos, estos son condicionados por muchos factores, como puede ser el nivel educativo, nivel socioeconómico y otros factores demográficos y sociales; los cuales se encuentran en una gran variabilidad en el distrito de Ate – Vitarte.

El presente estudio se pretende estudiar la asociación entre los factores: edad, estado civil, nivel educativo, nivel socioeconómico, paridad, charla sobre lactancia materna, y el nivel de conocimientos sobre lactancia materna en las puérperas atendidas en el Servicio de Hospitalización de Obstetricia del Hospital Vitarte durante el mes de enero del 2018. Al realizar el estudio se observó que hay asociación entre las puérperas que están en el estrato socioeconómico 4 – 5 según la Escala de Graffar y primíparas, y tener conocimientos incorrectos; más no con la edad, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación, y la charla sobre lactancia materna.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO.....	2
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	11
1.5 OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13
2.2 BASES TEÓRICAS	22
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	32
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	33
3.1 HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICA.....	33
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN	35
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	36
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	36
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	38
4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS	38
4.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	39
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	39
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
5.1 RESULTADOS	40
5.2 DISCUSIÓN.....	59
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	63
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	72

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna es el acto de transferencia de leche de la madre al bebé^{1,2} que es necesaria para la supervivencia y el desarrollo saludable del recién nacido en un adulto^{3,4}. La lactancia materna crea un vínculo psicosocial inimitable entre la madre y el bebé^{5,6}, mejora el desarrollo cognitivo^{7,8} y es el sustento del bienestar del bebé en el primer año de vida^{9,10} incluso en el segundo año de vida con alimentos complementarios apropiados a partir de 6 meses^{11,12}. Además, la lactancia materna reduce el riesgo de complicaciones neonatales, enfermedades respiratorias y otras enfermedades¹³⁻¹⁷.

Con base en la evidencia empírica sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre y el bebé, la Organización Mundial de la Salud (OMS)² ha recomendado la lactancia materna durante 2 años; primeros 6 meses de lactancia exclusiva; más de 8 veces la lactancia del bebé por día en los primeros 3 meses de la vida de un bebé. El esfuerzo mundial de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para implementar prácticas que protegen, promueven y apoyan la lactancia materna a través de la Iniciativa Hospitalaria Amigable con los Niños ha registrado éxitos concomitantes¹⁸. Sin embargo, una gama de factores no se limita a la raza y las creencias culturales, las características de la madre, los problemas de salud infantil, el estatus socioeconómico y algunos factores psicosociales¹⁹⁻²⁶ pueden obstaculizar la plena realización de la iniciativa amigable con los bebés. La información sobre las creencias y el conocimiento que pueden constituir barreras y, a su vez, influir en las prácticas, es necesaria para aprovechar de manera óptima los beneficios de la iniciativa amigable con los bebés. En consecuencia, varios estudios han evaluado el conocimiento, la actitud y la práctica de la lactancia materna en diferentes partes del mundo; sin embargo, tales estudios son limitados entre las madres peruanas.

Los estudios realizados en nuestro país muestran una gran variabilidad de niveles de conocimientos, estos son condicionados por muchos factores, como puede ser el nivel educativo, nivel socioeconómico y otros factores demográficos y sociales; los cuales se encuentran en una gran variabilidad en el distrito de Ate Vitarte.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados al nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La lactancia materna exclusiva tiene un fuerte impacto en la mortalidad infantil. Un estudio realizado en 42 países indicó que la lactancia materna podría evitar el 13% de las muertes en menores de cinco años de edad si el 90% de los niños son amamantados exclusivamente hasta los seis meses y si la lactancia se continúa después de la introducción de la alimentación complementaria sana. Además de proporcionar muchos beneficios para la salud de los niños, la lactancia materna tiene beneficios para las mujeres y para la sociedad²⁷.

Desde el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Estrategia Mundial para la alimentación de los lactantes y niños de primera infancia, todos los niños deben ser amamantados hasta los seis meses de edad y seguir siendo amamantados hasta los dos o más años²⁸. En el caso de la lactancia materna exclusiva, es decir, la que se da hasta los primeros seis meses de vida, aún no han llegado los índices satisfactorios en Brasil y en el mundo. Según los datos de la II Investigación de Prevalencia en Lactancia Materna en las capitales brasileñas y el Distrito Federal, realizada en 2008, identificó que la prevalencia de la lactancia exclusiva con leche materna en menores de seis meses es del 41% y la duración media de lactancia materna exclusiva es un aproximado de 54,1 días es decir 1,8 meses²⁹.

La interrupción temprana de la lactancia materna se ha relacionado con el desconocimiento materno sobre las ventajas de la lactancia materna, la prevención de los profesionales de la salud en la orientación hacia las mujeres, así como el apoyo adecuado ante las complicaciones, además de la mayor actuación de la mujer en el mercado de trabajo y las capacidades de las políticas públicas en la promoción de la lactancia materna³⁰.

Sin embargo, la falta de conocimiento y la distorsión de la información sobre la lactancia materna, las creencias y los significados que las mujeres atribuyen a la lactancia materna plantean la mayor influencia sobre la duración de la lactancia materna, y se consideran cruciales para el éxito de esta práctica^{31,32}.

Existen pocos estudios que analicen los factores asociados a lactancia materna exclusiva en el Perú. Asimismo, se conoce que el nivel de conocimientos en lactancia materna se ha comprobado ser un determinante para una buena práctica de lactancia materna exclusiva. En nuestra región los estudios con respecto a los conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva son limitados, más aun los que investiguen los factores asociados al nivel de estos conocimientos. En el Hospital Vitarte las púerperas pasan por un proceso de psicoprofilaxis y durante el puerperio reciben charlas educativas acerca de la importancia y la técnica de lactancia materna exclusiva, sin embargo, muchas madres podrían no estar aprovechándolas debido a razones sociales, educacionales o de ambiente. Esto hace que sea necesario investigar cuál es el perfil de las madres que no tienen un buen conocimiento sobre lactancia materna y focalizar los esfuerzos en este grupo.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se enmarca dentro del problema 1 de los 21 problemas sanitarios de nuestro País, de acuerdo a las Prioridades de Investigación 2015-2021 del Instituto Nacional de Salud, que abarca el tema de Salud Materna, Perinatal Y Neonatal.

Es una investigación de tipo II, pues es útil para el entendimiento de los determinantes o causas del problema sanitario como los factores ambientales, sociales, comportamiento y biológicos.

Y se realizará en las puérperas atendidas en el Servicio de Hospitalización de Obstetricia del Hospital Vitarte al momento de su alta, hayan recibido o no la charla informativa acerca de lactancia materna en el hospital, durante el mes de enero del 2018.

Se solicitara la autorización del Hospital Vitarte para la encuesta de una población que es una población cautiva y de fácil acceso. La medición de la variable solo requiere la encuesta de las puérperas previo consentimiento informado, por lo que es un proyecto cuya ejecución es viable.

1.5 OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar cuáles son los factores asociados al nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la asociación entre la edad y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.
- Determinar la asociación entre el estado civil y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.
- Determinar la asociación entre nivel educativo y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.
- Determinar la asociación entre la ocupación y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.
- Determinar la asociación entre nivel socioeconómico y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.
- Determinar la asociación entre la paridad y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.
- Determinar la asociación entre haber recibido la charla sobre lactancia materna y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

INTERNACIONALES

El trabajo titulado “Knowledge, attitude and techniques of breastfeeding among Nigerian mothers from a semi-urban community” realizado por Mbada et al.³³, en el año 2013 en Nigeria, encontró que según el conocimiento acumulativo de amamantamiento y los puntajes de actitud, el 71.3% de los encuestados tenía buen conocimiento, mientras que el 54.0% tenía una actitud positiva. 71.3% practicaron la postura aconsejable de amamantamiento. Sentarse en una silla para amamantar era común (62.4%); la comodidad de la madre / bebé (60.8%) y la conveniencia (29.5%) fueron las principales razones para adoptar posiciones de amamantamiento. La técnica de lactancia cruzada (80.4%), la posición de fútbol americano (13.3%), la lactancia materna (18.0%) y el agarre de bebé a pecho (41.3%) fueron las técnicas más comunes de amamantamiento. La mayoría de los encuestados (75.7%) estuvieron de acuerdo en que la flexión del cuello, la ligera flexión de la espalda, el apoyo del brazo con la almohada y el reposapiés fueron esenciales durante la lactancia. No hubo asociación significativa entre la práctica de la postura de la lactancia materna y cada uno de los niveles acumulados de puntaje de conocimiento de la lactancia materna ($X^2 = 0.044$; $p = 0,834$) y los niveles de puntuación de actitud ($X^2 = 0,700$; $p = 0,403$).

En el trabajo titulado “Breastfeeding knowledge among working pregnant women in Turkey” realizado por Karanci et al.³⁴ en Turquía, el 2014, encontró que el puntaje de conocimiento promedio de las mujeres embarazadas encuestadas para todas las preguntas fue 6.03 ± 2.99 (rango: 0 a 14). Las mujeres embarazadas tenían el menor conocimiento sobre la duración de conservación de la leche materna (21.9%) y las condiciones seguras de almacenamiento para la leche materna (27.2%). Sabían más acerca de los métodos para extraerse la leche (87.3%) y características de los recipientes utilizados para almacenar leche extraída (80%). Los resultados del estudio indicaron que las mujeres embarazadas que trabajan necesitan una mejor educación prenatal para

continuar amamantando con seguridad después de regresar al trabajo. Las enfermeras de salud ocupacional deben informar a las mujeres embarazadas que trabajan sobre la conservación y el almacenamiento de la leche materna durante la educación prenatal.

En el trabajo titulado "Knowledge and perception of breastfeeding practices in Hispanic mothers in association with their preferred language for communication" realizado por St Fleur et al.³⁵, en el año 2014 en Estados Unidos, encontró que, en madres de diferentes grupos étnicos en 3 grupos: 109 eran hispanos encuestados en español (grupo 1), 31 hispanos encuestados en inglés (grupo 2) y 56 eran personas no hispanas nacidas en los Estados Unidos (Grupo 3), 70-90% de las madres informaron haber comprendido el efecto beneficioso de la leche materna, pensaban que amamantar era una buena práctica y había discutido la lactancia materna con sus obstetras y pediatras. Las madres de los grupos 1 y 2 eran más propensas a haber amamantado a su bebé, sentirse cómodas con respecto a la lactancia materna en el consultorio del médico y haber discutido con sus madres sobre cómo habían sido alimentadas. Sin embargo, tenían menos posibilidades de identificar a quién acudir para recibir asesoramiento sobre lactancia materna. Una mayor proporción de las madres del Grupo 1 admitieron tener un conocimiento inadecuado de la lactancia materna, desconocimiento del "enganche" e incapacidad de identificar quién las había educado sobre la lactancia materna. Concluimos que en las madres hispanas económicamente desfavorecidas, la preferencia por la comunicación en español se asocia con el conocimiento limitado sobre la lactancia materna y la falta de redes educativas relacionadas con la lactancia materna. Se deben abordar las preferencias de idioma al proporcionar educación sobre la lactancia materna y apoyo a las madres hispanas para ayudar a mejorar su comprensión del amamantamiento.

En el trabajo titulado "Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente?" realizado por Borre Ortiz et al.³⁶ en Colombia, en el año 2014, encontró que de las 90 madres encuestadas, el 51% tiene edades de 15 a 25 años, el 30% de 26 a 35 años, y el 19% son mayores de 35 años. El 85.6% tiene conocimientos adecuados sobre lactancia materna exclusiva. El 48.9% sabe la

técnica de amamantamiento adecuada, mientras que el 51.1% restante no. Los resultados de este estudio coinciden con estudios similares realizados a nivel nacional e internacional, los cuales evidencian que aunque la LM es un factor fundamental para el apropiado desarrollo de la primera infancia, infancia y adolescencia, requiere que las madres se encuentren más educadas y mejor informadas. Este estudio concluye que las madres siguen mostrando altos índices de desinformación sobre la lactancia materna. Por lo que se necesita el establecimiento y mejora de programas educativos, que permitan guiar a esta población y a futuras madres lactantes; específicamente, a primigestas y madres adolescentes.

En el trabajo titulado “La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá” realizado por Forero et al.³⁷, el año 2013, en Colombia, encontró que en las 24 adolescentes entrevistadas, las adolescentes no alimentan a sus hijos con lactancia materna exclusivamente y manifiestan varias dificultades al lactar. La alimentación complementaria incluye alimentos no naturales. La maternidad y la lactancia no son concordantes con la percepción de ser adolescente. Se concluye que las adolescentes son conscientes de los beneficios que brinda la lactancia materna para sus hijos y para ellas; sin embargo, su experiencia de lactancia materna difiere de las recomendaciones para lograr una lactancia materna exclusiva y una alimentación complementaria saludable. Entre las causas determinadas, sobresale la ausencia de acompañamiento acertado y pertinente.

En el trabajo titulado “Conocimientos sobre lactancia materna de los profesionales de salud en centros de salud familiar municipales de Maipú, Chile” realizado por Medel Marambio et al.³⁸ en Chile, en el año 2017, encontró que del total de 78 encuestados, el 42,2% logró una calificación “regular”, solo el 3,8% obtuvo el concepto “malo” y más del 50% de los profesionales obtuvieron calificación “bueno” y “muy bueno”. Los profesionales que sacaron mejor calificación por sus conocimientos de lactancia materna fueron nutricionistas con 50% de “muy bueno”, seguido por enfermeras(os) y matronas(es) con 39% y 35% respectivamente. Por otro lado, el 65,4% de los médicos sacó calificación “regular” y solo un 7,7% “muy bueno”. Del total de los profesionales, solo el 33%

contaba con capacitación en lactancia materna y 6,4% recibió capacitación en este tema durante el último año, destacando que el 34,6 y 42,3% de aquellos que obtuvieron calificación de “bueno” y “muy bueno” corresponde a profesionales capacitados. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento en lactancia materna, profesión ($p = 0,019$) y presencia de capacitación ($p = 0,033$). Los profesionales de salud tienen diferentes niveles de conocimientos en lactancia materna. Las capacitaciones incrementan significativamente los conocimientos, lo que podría mejorar la prevalencia en lactancia materna.

En el trabajo titulado “Conocimientos de futuras madres sobre la lactancia materna y sus ventajas” realizado por Gorrita Pérez et al.³⁹, el año 2014 en Cuba, encontró que de 192 gestantes, menos de la quinta parte de las próximas madres tienen la información adecuada sobre lactancia materna. En poco menos de la mitad de los 17 aspectos explorados, más de mitad de las próximas madres dieron respuestas equivocadas. Las más usuales fueron: necesidad de ofrecer agua al niño que lacta, errores en la dieta de la madre que amamanta, fallas en alternamiento y aseo de las mamas, falsos criterios de no dar el pecho porque está acalorada o resfriada, tiene anemia o está malnutrida, o que cuando la leche clara hay que utilizar una formula artificial. La mayoría desconoce los beneficios de la lactancia materna. Se concluye que las futuras madres no tienen los conocimientos necesarios para lograr una lactancia materna eficaz ni conocen las ventajas de la misma.

En el trabajo titulado “Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel” realizado por Gerónimo-Carrillo et al.⁴⁰ en México, en el 2014, encontró que de 300 mujeres puérperas, la edad media fue de 23 años, tienen 9 años de escolaridad y el estado civil más frecuente fue conviviente en el 58%. Acerca del nivel de conocimiento sobre lactancia materna, el 67.3% fue regular y el 24% resultó alto. La postura hacia la lactancia resultó positiva en un 67.3% y negativa en un 24%. En relación a la práctica, el 89% reportó una lactancia materna exclusiva. El 90.7% practica la lactancia materna debido a que perciben una protección adecuada contra enfermedades. La disposición y la práctica de la lactancia

materna se asemejan con estudios anteriores, pero difiere en el nivel de conocimiento en nuestra población. Se concluyó que la lactancia materna se halló como una práctica adecuada a pesar del nivel regular en conocimiento de las puérperas, reportando una actitud positiva para dar de lactar a sus hijos.

En el trabajo titulado “Nivel de conocimiento, actitud y experiencias de los profesionales de la salud respecto de la lactancia y la leche materna en una ciudad de Turquía: Estudio transversal” realizado por Artantaş et al.⁴¹, en el año 2016 en Turquía encontró que en total de 715 personas intervinieron en su investigación. Entre los que tenían hijos propios, el 3,4% (n = 16) no dieron de amamantar a sus niños y el 7,6% (n = 36) dio de amamantar a sus niños hasta el segundo año de vida. Se encontró que el nivel de conocimiento sobre la lactancia y la leche materna era escaso en el 28,4% de los participantes, promedio en el 43,1% y óptimo en el 28,5%. Se concluye que esta investigación refleja la falta de conocimiento acerca de la lactancia y la leche materna entre los profesionales de la salud de Turquía. Aunque la gran mayoría de los participantes apoya la recomendación de la OMS acerca de la duración de la lactancia materna, el porcentaje de profesionales de la salud que dieron de lactar durante el período sugerido fue muy pequeño.

NACIONALES

En el trabajo titulado “Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en primigestas del Puesto de Salud San Juan. Chimbote” realizado por Huamayalli Flores et al.⁴² en Chimbote, en el año 2014, encontró que de 47 primigestas, el 78,7% de ellas no tienen un conocimiento global sobre lactancia materna. El 66% conocen sobre la definición de la LME; 53,2% desconocen la duración de la LME; 66% sabe en qué momento se inicia la lactancia materna y 55% conoce sobre la frecuencia de la mamada. El 80,9% desconoce que la leche materna se extrae manualmente; así mismo 74,5% no sabe cómo se realiza el almacenamiento de la leche materna.

En el trabajo titulado “Actitudes y prácticas sobre lactancia materna en puérperas de un hospital público de Lima, Perú” realizado por Mejía al.⁴³, el año 2016 en Lima, encontró que de las 256 puérperas, la mediana de edades fue de 24,5

años (entre 18 y 46 años), el 25% obtuvo 7 respuestas buenas de las 20 planteadas. Se halló una correlación positiva entre mayor número de respuestas correctas y las variables de edad ($p = 0,002$, Coeficiente: 0,1), número de controles prenatales ($p = 0,031$, Coeficiente: 0,1) y una correlación negativa con la información recibida por otra persona que no es profesional de la salud ($p = 0,033$, Coeficiente: -1,2). Se determinó que hay asociación entre las actitudes y prácticas sobre lactancia materna según algunos factores socio – perinatales, siendo esto resaltante para la planificación de programas de capacitación. Estos resultados se asemejan con otras investigaciones que evidencian que hay un aumento de conocimiento a mayor experiencia de la gestante.

En el trabajo titulado “Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva” realizado por Quispe Llanzo et al.⁴⁴ en Ica, en el año 2015, encontró que de 239 madres entrevistadas, el abandono de la lactancia materna exclusiva se observó en 69 (28,87 %) madres que tenían 23,54 años de edad en promedio (IC 95 %: 22,24-22,84), mientras que aquellas que no abandonaron la lactancia materna exclusiva tenían un promedio de edad de 24,85 años (IC95 %: 23,94-25,76) ($p= 0,121$). Las creencias inadecuadas: “Dar de lactar es doloroso”, “El biberón es la mejor forma de controlar la alimentación de mi bebé” y “Dar pecho daña mi imagen corporal”, así como la discrepancia de las madres con las afirmaciones “La lactancia materna exclusiva es suficiente para satisfacer el hambre de mi bebé” y “La lactancia materna exclusiva es suficiente para engordar a mi bebé”, se asoció con mayor proporción de abandono de la lactancia materna exclusiva ($p < 0,05$). Las creencias maternas inadecuadas sobre la lactancia materna están ligadas al abandono de la lactancia materna exclusiva.

En el trabajo titulado “Nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna exclusiva de las madres adolescentes que asisten al Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima” realizado por Romero Ayja et al.⁴⁵, el año 2016 en Lima, encontró que de las 81 madres adolescentes, el 54,32% ($n = 44$) de las madres adolescentes poseían un nivel de conocimiento regular, el 30,86% ($n = 25$) un nivel de conocimiento pésimo y el 14,82 % ($n = 14$) un excelente nivel de conocimiento. La edad de mayor prevalencia de las madres adolescentes fue de 16 años, en

cuanto al estado civil el mayor porcentaje eran convivientes con un 53.1% (n=43). En cuanto al grado de instrucción, el 69.1% (n = 56) tenía secundaria incompleta. De otro lado el 61% (n = 50) era de procedencia de la costa, y respecto a la ocupación el 61.7% (n=50) se dedicaba a casa. Por lo tanto, el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes fue regular con un 58% (n = 47).

En el trabajo titulado “La Correcta Técnica de Lactancia Materna: Experiencia SERUMS en un Caserío Mestizo y una Comunidad Nativa de la Selva” realizado por Vera-Romero⁴⁶ en Ucayali, en el año 2013, encontró que se consiguió la participación voluntaria en el Caserío Bella Flor del 64,7% y en la Comunidad Nativa Caimito 55,6% de mujeres en edad fértil. Se halló un conocimiento incorrecto y erróneo sobre la Técnica de Lactancia Materna en el 100% de las mujeres que participaron de ambas poblaciones. Se evidenció un aumento del conocimiento sobre la Técnica Correcta de Lactancia Materna en las mujeres de la Comunidad Nativa Caimito y del Caserío Bella Flor (antes y después de la Sesión). Asimismo, se notó un mayor grado de compromiso, paciencia por parte de las madres para con sus hijos, mayor interés, lazo de apego y relación de intimidad entre madres e hijos durante la lactancia.

En el trabajo titulado “Conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva que tienen las madres adolescentes primíparas en un hospital nacional - 2017” realizado por Avendaño Silva et al.⁴⁷, en el año 2017 en Lima, encontró que en 110 sujetos de estudio, en el pre-test se evidenció que el 48.2% obtuvo un nivel de conocimiento “malo”, el 50.0% un nivel “regular” de conocimiento y el 1.8% un nivel de conocimiento “bueno”; y en el post test, se observó que el nivel de conocimiento “bueno” se incrementó al 100%. Por otro lado, los resultados de la guía práctica de la técnica de la lactancia materna, antes del contenido educativo se halló que el 97.3% tuvo una práctica “inadecuada” y solo 2.7% una práctica “adecuada” y después del contenido educativo aumentó al 100% en la práctica “adecuada”. Siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.000$). En este estudio se concluyó que el uso del contenido educativo aumentó el nivel de conocimiento y la práctica de la técnica de la lactancia materna en las madres adolescentes primíparas.

En el trabajo titulado “Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, Lima, Enero 2015” realizado por García Carrión⁴⁸ en Lima encontró que en un total de 60 madres, el nivel de conocimientos fue medio en el 51.7%, bajo en el 41.7% y alto en el 6.7%. El grupo etario que prevaleció fue el de 25 a 29 años con el 38.3%, la edad más frecuente de los niños fue 5 a 6 meses con el 43.4% Conclusión: Un alto porcentaje de madres presentó un nivel bajo de conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes.

En el trabajo titulado “Actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristobal, Huancavelica - 2014” realizado por Castro Huamaní et al.⁴⁷, en el año 2015 en Huancavelica, encontró que de 30 madres en cuanto a actitud en general: el 56.7% (n = 17) tienen una actitud medianamente favorable, 23.3% (n = 7), desfavorable y 20% (n = 6), favorable; en la dimensión cognitiva el 53,3% (n = 16) presenta una actitud medianamente favorable, 26,7% (n = 8), favorable y 20,0% (n = 6), desfavorable; en la dimensión afectiva se halló que el 63,3% (n = 19) de madres adolescentes muestran una actitud medianamente favorable en un 20,0% (n = 6), desfavorable y 16,7% (n = 5), favorable; y en la dimensión conductual el 46,7% (n = 14) de madres adolescentes poseen una actitud medianamente favorable, 30,0% (n = 9), favorable y 23,3% (n = 7), desfavorable. Se determinó que la mayoría de madres tiene actitud medianamente favorable frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva; ello implica que la mayoría tiene una disposición a favor de esta práctica; lo cual apoya el desarrollo y crecimiento del niño, logrando de esta manera aminorar la desnutrición infantil, para que en el futuro sea un niño fuerte y sano.

En el trabajo titulado “Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el centro de salud Nueva Esperanza 2014” realizado por Del Carpio Gómez⁴⁸, en el año 2015 en Lima, encontró que de 32 madres, hay un predominio en el no cumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, del 100% (32) de madres, el 56% (18) obedece al factor cultural y 44% (14) tiene implicancia el factor social. En relación con la dimensión factores sociales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, se observa que del 100% (32) de madres en estudio, 84% (27) tiene el estado civil de convivientes, 84% (27) tiene un nivel educativo secundario, 56% (18) provienen de Lima metropolitana y el 84% (27) son amas de casa. En relación a la dimensión factores culturales; el indicador conocimientos, nos muestra que del 100% (32) de madres en estudio, 63% (20) no recibieron información sobre la lactancia materna exclusiva, el 72% (23) no cuenta con carné CRED y el 53% (17) empezaron a dar alimentos líquidos (jugos, agüitas y otras leches) a sus hijos menores de seis meses. Con respecto al indicador creencias, el 84% (27) de madres tienen “creencias” sobre la lactancia y el dar de lactar con el lavar ropa asumiendo que “le pasan frío por la leche al niño, por lo que él tiene cólicos”; el 22% (7) de madres adolescentes mencionan no conocer que la cantidad de leche aumenta, “solo si la madre consume alimentos hervidos y toman abundante líquido”; el 56% (18) de madres adolescentes reporta que a través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad a sus hijos; el 75% (24) de madres dicen que “las medicinas que la madre recibe le pasa por la leche al bebé”; el 6% (2) indican que desconocen que “la primera leche materna que es transparente puede ser dañina para los bebés”; el 63% (20) mencionan que “es necesario dar biberón antes de los 6 meses cuando la madre no tiene mucha leche”; el 47% (15) dijeron que “las agüitas de anís, manzanilla, entre otras infusiones, previenen el cólico y los gases al bebé”; el 19% (6) afirman que no conocen “si el bebé recibe otros líquidos aumenta el riesgo de tener infecciones a su estómago”; el 78% (25) manifiestan lo siguiente: “la cólera de la madre altera la leche de pecho” y el 41% (13) argumentan que “la leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian”. Se concluye que los factores socioculturales sí predominan en el no cumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes,

siendo los factores de mayor prevalencia, los factores culturales; ya que hay un gran número de madres que no cumplen correctamente el dar lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. La principal causa fue la decisión materna influenciada por el factor cultural como las creencias con respecto a la LME.

En el trabajo titulado “Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres del puesto de salud San Juan – 2013” realizado por Alva Huamán⁴⁹, en el año 2015 en Chimbote, encontró que de las 100 madres, el 93% de las madres no tienen un conocimiento global sobre lactancia materna exclusiva. Por otro lado el 52 % no sabe qué hacer si su bebe duerme por más de dos horas, así mismo el 55 % de madres no saben qué hacer si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea. Finalmente se concluye que la mayoría de madres no conocen los aspectos básicos sobre lactancia materna exclusiva, generando situaciones de riesgo en el crecimiento y desarrollo de su hijo.

2.2 BASES TEÓRICAS

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la forma de alimentarse de un recién nacido a niños pequeños con leche del seno materno. Los profesionales de la salud recomiendan que la lactancia materna comience dentro de la primera hora de vida de un bebé y continúe con la frecuencia y la cantidad que el bebé desee. En las primeras semanas de vida, los bebés pueden lactar aproximadamente cada dos o tres horas. La duración de la alimentación es entre diez a quince minutos en cada seno. Los niños mayores se alimentan con menos frecuencia. Las madres pueden guardar leche para que pueda usarse más adelante cuando no sea posible amamantar. La lactancia materna tiene una serie de beneficios tanto para la madre como para el bebé².

Se podrían prevenir globalmente cada año las muertes de aproximadamente 820,000 niños menores de cinco años con un aumento de la lactancia²⁷. La lactancia materna disminuye el riesgo de infecciones del tracto respiratorio y gastrointestinal, en países en vías de desarrollo como en países desarrollados. Otros beneficios incluyen menores riesgos de asma, alergias alimentarias,

enfermedad celíaca, diabetes tipo 1 y leucemia. La lactancia materna puede favorecer el desarrollo cognitivo y aminorar el riesgo de obesidad en la adulte⁴. Los beneficios para la madre incluyen menos pérdida de sangre después del parto, una mejor contracción uterina y menos depresión posparto. La lactancia retrasa el regreso de la menstruación y la fertilidad, un fenómeno conocido como amenorrea de la lactancia. Los beneficios a largo plazo para la madre incluyen un menor riesgo de cáncer de mama, enfermedad cardiovascular y artritis reumatoide. La lactancia es menos costosa que la fórmula infantil^{3,4}.

Las organizaciones de salud, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomiendan amamantar exclusivamente durante seis meses. Esto significa que normalmente no se administran otros alimentos o bebidas distintos. Después de la introducción de alimentos a los seis meses de edad, las recomendaciones incluyen la continuación de la lactancia hasta más o menos uno o dos años de edad. Globalmente, aproximadamente del 38% de los bebés solo son amamantados en sus primeros seis meses de vida. Aproximadamente el 75% de las mujeres, en los Estados Unidos, comienzan a amamantar y alrededor del 13% solo amamantan hasta la edad de seis meses. Las condiciones médicas que no permiten la lactancia son raras. Las madres que toman ciertas drogas y medicamentos recreativos no deben amamantar. Fumar, cantidades limitadas de alcohol o café no son razones para evitar la lactancia⁵².

LECHE MATERNA

Es la leche es producto de los senos (o glándulas mamarias) de una mujer humana para alimentar a un niño. La leche es la primordial fuente de nutrición en los recién nacidos antes de que puedan comer y digerir otros alimentos; en caso de ser bebés mayores y niños pequeños pueden seguir lactando, ya sea solo o junto con otros alimentos desde alrededor de los seis meses de edad, cuando se pueden introducir alimentos sólidos.

➤ Beneficios

El bebé que amamanta a su mamá es la forma más inmediata de obtener leche materna, pero la esta puede ser bombeada para posteriormente dársela con taza y / o cuchara, sistema de goteo suplementario o sonda nasogástrica a los pequeños. En los niños prematuros que no tienen la capacidad de succionar

durante sus primeros días de vida, evitar botellas y tubos y el uso de tazas para alimentar leche extraída y otros suplementos da como resultado una mejor extensión y duración de la lactancia posteriormente. La leche materna puede ser dada por una mujer que no sea la madre biológica del bebé, sea bien a través de leche bombeada donada (generalmente de un banco de leche) o por medio de una donación informal de leche, o en el caso de que una mujer amamante a un niño que no sea el suyo.

La Organización Mundial de la Salud sugiere la lactancia materna exclusiva durante los seis meses de vida, e introducir alimentos sólidos gradualmente a esta edad cuando se muestran signos de buena disposición. Se sugiere la lactancia materna suplementada hasta aproximadamente los dos años de vida y posteriormente durante el tiempo que la madre y el niño lo deseen. La lactancia materna ofrece ventajas sobre la salud de la madre y el niño, incluso después de la infancia. Estas ventajas engloban un 73% de disminución del riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, aumento de la inteligencia, disminución de la probabilidad de contraer infecciones del oído medio, resfriado y resistencia a la gripe, una pequeña disminución en el riesgo de leucemia infantil, menor riesgo de diabetes en la niñez, disminución del riesgo de asma y eczema, disminución de problemas dentales, disminución del riesgo de obesidad más adelante en la vida, Y un menor riesgo de desarrollar trastornos psicológicos, incluso en niños adoptados^{3,4}.

La lactancia también ofrece ventajas de salud para la madre. Ayuda al útero a retomar a su tamaño anterior al embarazo y disminuye el sangrado posparto, así como también ayuda a la madre a recuperar su peso previo al embarazo. Asimismo reduce el riesgo de cáncer de mama en el futuro. La lactancia protege tanto a la madre como al bebé de ambos tipos de diabetes. Aunque ahora se prescribe casi universalmente, en algunos países en la década de 1950 la práctica de la lactancia materna pasó por un período en el que estuvo desactualizada y la utilización de fórmula infantil se consideró superior a la leche materna. En la actualidad se reconoce universalmente que no existe una fórmula comercial que pueda igualar la leche materna. Aparte de las cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasas, la leche materna brinda vitaminas, minerales, enzimas digestivas, y hormonas. La leche materna también

está compuesta por anticuerpos y linfocitos de la madre que ayudan al bebé a tolerar las infecciones. La función inmune de la leche materna es individualizada, ya que la madre, al tocar y cuidar al bebé, entra en contacto con los patógenos que colonizan al bebé, esto hace que su cuerpo produzca los anticuerpos apropiados y el sistema inmune. Alrededor de los cuatro a seis meses de edad, los suministros internos de hierro del bebé, que se encuentran en los hepatocitos, se agotan, por lo tanto, es el momento adecuado en el que se inicie con la alimentación complementaria^{13,16}.

➤ Producción

Se da mediante la acción de las hormonas prolactina y oxitocina; las mujeres producen leche después del parto para alimentar al recién nacido. La leche que se produce en un inicio se conoce como calostro, este tiene un alto contenido en inmunoglobulina IgA, que recubre el tracto gastrointestinal. Esto beneficia al recién nacido protegiéndolo hasta que su propio sistema inmune funcione adecuadamente. También crea un efecto laxante suave, expulsando meconio y ayudando a prevenir la acumulación de bilirrubina (un factor que contribuye a la ictericia)⁵³.

La inhabilidad real para producir suficiente leche es rara, hay investigaciones que muestran que las madres de países en desarrollo que experimentan dificultades nutricionales aun producen cantidades de leche de calidad similar a la de las madres en los países desarrollados. Hay varias razones por las que una madre puede no producir suficiente leche materna. Algunas de las razones más comunes son un cierre incorrecto (es decir, el bebé no se conecta eficientemente con el pezón), no amamantando o bombeando lo suficiente para satisfacer el suministro, ciertos medicamentos (incluidos los anticonceptivos hormonales que contienen estrógenos), la enfermedad y la deshidratación. Otra razón más rara es el síndrome de Sheehan, también conocido como hipopituitarismo posparto, que está asociado con la deficiencia de prolactina y puede requerir reemplazo hormonal. La cantidad de leche producida va a depender de la frecuencia con que la madre está amamantando y / o bombeando: a más veces que la madre amamante a su bebé o bombee, más leche se producirá. Una revisión Cochrane

llegó a la conclusión de que se expresa un mayor volumen de leche mientras se escucha el audio relajante durante la lactancia, junto con el calentamiento y el masaje de la mama antes y durante la alimentación. Un mayor volumen de leche expresado también se puede atribuir a los casos en que la madre comienza a extraer leche antes, incluso si el bebé no puede amamantar.

La concentración de sodio es más alta en la leche extraída a mano, en comparación con el uso de bombas manuales y eléctricas, y el contenido de grasa es mayor cuando se masajea la mama, junto con la audición del audio relajante. Esto puede ser importante para los bebés con bajo peso al nacer. Si se bombea, es útil tener una bomba eléctrica de alto grado para estimular todos los conductos de la leche. Los galactagogos aumentan el suministro de leche, aunque incluso las variantes herbales conllevan riesgos; por lo tanto, los métodos no farmacéuticos deben probarse primero.

➤ Composición

La leche materna contiene proteínas complejas, lípidos, carbohidratos y otros componentes biológicamente activos. En los primeros días después del parto, la madre produce calostro. Este es un líquido amarillento delgado que es el mismo líquido que a veces se escapa de los senos durante el embarazo. Es rico en proteínas y anticuerpos que proporcionan inmunidad pasiva al bebé (el sistema inmune del bebé no tiene un completo desarrollo al nacer). El calostro también favorece al sistema digestivo del recién nacido a crecer y funcionar adecuadamente. El calostro cambiará paulatinamente para convertirse en leche madura. En los primeros tres a cuatro días, aparecerá delgado y acuoso, y tendrá un sabor muy dulce; posteriormente, la leche será más espesa y más cremosa. La leche humana sacia la sed y el hambre del bebé; proporciona las proteínas, el azúcar, los minerales y los anticuerpos que el bebé necesita. En los años 1980 y 1990, los profesionales de la lactancia (De Cleats) solían hacer una diferenciación entre la leche de primera y la leche de final. Pero esta diferenciación causa confusión ya que no hay dos tipos de leche. En cambio, cuando un bebé amamanta, el contenido de grasa aumenta muy gradualmente. El nivel de inmunoglobulina A (IgA) en la leche materna permanece alto desde el día 10 hasta al menos 7,5 meses después del parto^{54,55}.

La leche humana se compone de 0,8% a 0,9% de proteína, 4,5% de grasa, 7,1% de carbohidratos y 0,2% de cenizas (minerales). Los hidratos de carbono son principalmente lactosa; varios oligosacáridos a base de lactosa se han identificado como componentes menores. La fracción grasa contiene triglicéridos específicos de ácido palmítico y oleico. Los lípidos son ácido vaccénico y el ácido linoleico conjugado (CLA) representa hasta el 6% de la grasa de la leche humana. Las principales proteínas son alfa-lactalbúmina, lactoferrina (apolactoferrina), IgA, lisozima y albúmina sérica. En un ambiente ácido como el estómago, la lactoalbúmina alfa se desarrolla en una forma diferente y se une al ácido oleico para formar un complejo llamado HAMLET que mata las células tumorales. Se cree que esto contribuye a la protección de los bebés amamantados contra el cáncer. Los compuestos no proteicos que contienen nitrógeno que constituyen el 25% del nitrógeno de la leche incluyen: úrea, ácido úrico, creatina, creatinina, aminoácidos y nucleótidos. La leche materna tiene variaciones circadianas; algunos de los nucleótidos se producen más comúnmente durante la noche, otros durante el día^{54,55}.

Se ha demostrado que la leche materna suministra endocannabinoides (los neurotransmisores naturales que simula el cannabis) como 2-Arachidonoyl glicerol anandamida, oleoiletanolamida, palmitoiletanolamida, N-araquidonoil glicina, eicosapentaenoil etanolamida, docosahexaenoil etanolamida, N-palmitoleoil-etanolamina, dihomo- γ -linolenoiletanolamina, N-estearoiletanolamina, prostaglandina F2 alfa etanolamidas y prostaglandina F2 etanolamidas. Pueden actuar como un estimulante del apetito, pero también regulan el apetito para que los bebés no coman demasiado. Esa puede ser la razón por la cual los bebés alimentados con fórmula tienen una mayor ingesta calórica que los bebés amamantados⁵⁶.

La leche materna no es estéril, pero contiene hasta 600 especies diferentes de diversas bacterias, incluyendo *Bifidobacterium breve*, *B. adolescentis*, *B. longum*, *B. bifidum* y *B. dentium* beneficiosas. La leche materna contiene un tipo único de azúcares, los oligosacáridos de leche humana (HMO), que no están presentes en la fórmula infantil. Las HMO no son digeridas por el bebé, pero ayudan a recuperar la flora intestinal. Actúan como señuelos que bloquean la unión de patógenos causantes de enfermedades, que pueden

ayudar a prevenir enfermedades infecciosas. También alteran las respuestas de las células inmunitarias, lo que puede beneficiar al bebé. Hasta el 2015 se han identificado más de cien HMO diferentes; tanto el número como la composición varían entre las mujeres y cada HMO puede tener una funcionalidad distinta⁵⁴.

La leche materna de las madres diabéticas ha demostrado tener una conformación diferente a la de las madres no diabéticas. Puede tener niveles elevados de glucosa e insulina y una disminución de los ácidos grasos poliinsaturados. También se ha observado un efecto dependiente de la dosis de la leche materna diabética sobre las demoras en el lenguaje en los bebés, aunque los médicos recomiendan que las madres diabéticas amamenten a pesar de este riesgo potencial. Las mujeres que amamantan deben consultar con su médico sobre las sustancias que pueden pasar involuntariamente al bebé a través de la leche materna, como alcohol, virus (VIH o HTLV-1) o medicamentos. La mayoría de las mujeres que no dan de lactar usan fórmula infantil, pero la leche materna donada por voluntarios a los bancos de leche humana se puede obtener por prescripción en algunos países⁵⁴.

➤ Almacenamiento de leche materna extraída

La leche materna extraída puede almacenarse. La lipasa puede causar que la leche descongelada tenga un sabor jabonoso o rancio debido a la descomposición de la grasa de la leche. Todavía es seguro de usar, y la mayoría de los bebés lo beberán. Se debe almacenar herméticamente. Algunas bolsas de plástico están diseñadas para períodos de almacenamiento de menos de 72 horas. Otros pueden usarse por hasta 12 meses si se congelan.

TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO

El éxito de la lactancia materna depende primordialmente de una correcta técnica de amamantamiento. La buena actitud y confianza de la madre en su capacidad de dar de lactar se logra si el personal de salud demuestra interés, promueve, reafirma y facilita la práctica de la lactancia materna como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al bebé. Casi la totalidad de la areola debe quedar dentro de la boca del bebé y el labio inferior del niño evertido.

➤ Posiciones para amamantar

Posición Sentada o De Cuna: se coloca almohadas en los antebrazos de las sillas y se indica a la madre que el bebé debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Debe cogerlo con el brazo y acércarlo contra el seno en un abrazo estrecho. Manteniéndolo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño.

Posición Debajo Del Brazo, De Sandia o De Foot-Ball Americano: el niño debe estar sostenido sobre el antebrazo de la madre y su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado. Se deben colocar almohadas para ayudar a la madre a soportar el peso del cuerpo del niño.

Posición Semisentada: se coloca la cabecera en posición semielevada, se sostiene la espalda con una o dos almohadas de manera que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará encima del tórax de la mamá. Esta posición es usada de preferencia cuando hay heridas abdominales (cesárea).

Posición Acostada: si la madre está acostada en decúbito lateral, se utiliza almohadas que le brinden soporte a la espalda, disminuyendo así las tensiones que puedan afectar la lactancia, también se coloca almohada entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebe.

➤ Frecuencia entre las tomas

“El tiempo que cada bebé utiliza para completar una toma difiere de cada persona, también varía según la edad del bebé y de una toma a otra. Además, la composición de la leche no es igual al principio y al final de la toma, ni en los primeros días de vida o cuando el bebé tiene 6 meses. La leche del principio es más aguada y contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares; la leche del final de la toma es menos abundante pero tiene más calorías (el contenido en grasa y vitaminas es mayor). Tanto el número de veces que el niño lacta al día, como el tiempo que invierte en cada vez que lacta, es muy variable por tanto no hay que establecer reglas fijas. Se recomienda ofrecer el pecho “a demanda”.

Un niño puede desear lactar a los 15 minutos de haber realizado una toma o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante los primeros 15 o 20 días de vida, es conveniente intentar que el niño haga al menos unas 12 tomas al día. Tampoco es aconsejable que la madre o quienes la acompañan limiten la duración de cada toma, el bebé es el único que sabe cuándo se ha quedado satisfecho y para ello es importante que haya tomado la leche del final de la toma”.

“Lo ideal es que la toma dure hasta que sea el niño quien se suelte espontáneamente del pecho. Algunos niños obtienen cuanto necesitan de un solo pecho y otros toman de ambos. En este último, es posible que el niño no vacíe completamente el último, por lo que la toma siguiente deberá iniciarse en este. Lo importante no es que el niño lacte de los dos pechos sino que se vacíe completa y alternativamente cada uno de ellos, para evitar que el acúmulo de leche pueda ocasionar el desarrollo de una mastitis y para que el cuerpo de la madre acople la producción de leche a las necesidades de su hijo. Por ello, se recomienda permitir al niño terminar con un pecho antes de dar el otro”.

➤ Producción de la leche materna

La leche en el seno materno se produce en un gran número de estructuras tipo bolsas denominadas los alvéolos y luego los canales lácteos la llevan al pezón. El pezón tiene inervación y es sensible a la succión. Rodeando del pezón existe un área circular pigmentada que se llama areola, debajo de la cual se encuentran las glándulas que producen aceite para mantener sana la superficie del pezón y la areola. La elaboración de leche se da bajo la influencia de hormonas, en especial la prolactina y la oxitocina, y por reflejos. La succión del pezón por el bebé induce a la glándula pituitaria anterior en el cerebro para producir prolactina, que influye sobre los alvéolos para secretar leche. Este mecanismo algunas veces se denomina «reflejo de secreción de leche». Asimismo la succión estimula a la glándula pituitaria posterior para liberar en la sangre la hormona oxitocina, que al llegar al seno materno, causa contracciones en los alvéolos y los canales para permitir la salida de la leche. Este efecto de la oxitocina con frecuencia se llama «reflejo de descarga».

➤ Técnica de extracción:

- “Escoger un lugar tranquilo, tener pensamientos gratos en relación a su niño. La capacidad de relajación favorece el reflejo de eyección de leche”.
- “Lavado de manos”.
- “Masaje circular de la mama, seguido de otro desde arriba hacia la areola, estimulando suavemente la areola y los pezones para desencadenar el reflejo eyecto lácteo antes de extraerse la leche”.
- “Extraer la leche hacia un envase limpio de plástico o de vidrio idealmente una mamadera”.
- “Colocar el pulgar y el dedo índice en el borde superior e inferior de la areola, respectivamente. Mantenerlos fijos y no deslizarlos sobre la piel”.
- “Realizar una compresión rítmica hacia las costillas con los dedos abiertos y juntándolos luego hacia el pezón, con la frecuencia del niño al mamar. Al principio saldrán gotas y luego saldrán chorros de leche”.
- “Rotar los dedos alrededor de la areola para vaciar todas las áreas”.
- “Alternar la mama cuando disminuya el flujo de leche y repetir el masaje y el ciclo varias veces”.
- “El procedimiento total durara 20 a 30 minutos y puede realizarse cada 4 horas”.
- “Cerrar la mamadera y roturarla con la fecha y la hora, para ser guardada en el refrigerador”.
- “La extracción de la leche también puede efectuarse con bombas manuales o eléctricas. Estos artefactos requieren de un manejo riguroso de la higiene para evitar la contaminación de la leche”.

➤ Conservación de la leche

Se puede usar envase de vidrio o plástico limpio, el envase debe lavarse con agua caliente y detergente, dejándolo bien refrigerado. No es necesario hervirlo. La duración de la leche varía según el tipo de refrigeración usado, a temperatura ambiente la conservación es de 6 a 8 horas, en el refrigerador (no en la puerta) es de 72 horas, en el congelador (refrigerador de una puerta) es de 14 días, y en el congelador (refrigerador de dos puertas) hasta 3 meses.

➤ Utilización de la leche

“Para utilizar la leche congelada esta debe ser descongelada lentamente, cambiándola del congelador al refrigerador la noche anterior. Después de descongelada debe ser usada dentro de las próximas 24 horas. Para entibiarla, agitar el envase con la leche en agua caliente, no hirviendo. El calor excesivo destruye enzimas y proteínas, lo mismo ocurre con el uso de microondas. Advertir a la madre que la grasa de la leche extraída se separa al congelar y se homogeniza al descongelarla y agitarla suavemente. La leche puede ser administrada al niño con vaso y cuchara”.

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Conocimientos.- Es la información que tienen las madres de niños menores de 06 meses sobre definición de lactancia materna exclusiva, importancia, cantidad, ventajas, técnica de amamantamiento y extracción y conservación de la leche materna.

Lactancia materna exclusiva.- Es el periodo de tiempo en el que el niño solo recibe leche materna sin añadir líquidos u otras leches.

Puerperio.- Período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas, o 40 días) para que el cuerpo materno —incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino— vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICA

HIPÓTESIS GENERAL

H_a : Los factores evaluados están significativamente asociados al nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte, 2018.

H_0 : Los factores evaluados no están significativamente asociados al nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte, 2018.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H_{a1} : La edad está asociada significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

H_{01} : La edad no está asociada significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

H_{a2} : El estado civil está asociado significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

H_{02} : El estado civil no está asociado significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

H_{a3} : El nivel educativo está asociado significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

H_{03} : El nivel educativo no está asociado significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

H_{a4}: La ocupación está asociada significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

H₀₄: La ocupación no está asociada significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

H_{a5}: El nivel socioeconómico está asociado significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

H₀₅: El nivel socioeconómico no está asociado significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

H_{a6}: La paridad está asociada significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

H₀₆: La paridad no está asociada significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

H_{a7}: La charla sobre lactancia materna está asociada significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

H₀₇: La charla sobre lactancia materna no está asociada significativamente con el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.

3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN

- **Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las puérperas**
Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori) sobre lactancia materna.
- **Edad materna**
Tiempo de vida en años cumplidos de la madre.
- **Estado civil**
Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- **Nivel educativo**
Puede tener lugar en contextos formales o informales. La educación formal está comúnmente dividida en varias etapas, como preescolar, escuela primaria, escuela secundaria y luego el colegio, universidad o magistrado.
- **Ocupación**
Rol ocupacional social (trabajo) realizado en virtud de un contrato formal o de hecho, individual o colectivo, por el que se recibe una remuneración o salario.
- **Nivel socioeconómico**
Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.
- **Paridad**
Número de partos previos.
- **Charla previa**
Presentación de tipo oral por parte de una determinada persona, en relación a un tema específico, y generalmente con apoyo de medios gráficos, visuales, y de amplificación de la voz.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación de este estudio es de tipo observacional, cuantitativo, analítico y transversal.

- Observacional, porque no hay intervención alguna. No hay manipulación de variables, solo las observa.
- Cuantitativo, ya que se utiliza datos recogidos de encuestas que posteriormente se estudiará con métodos estadísticos posibles relaciones entre las variables.
- Analítico, debido a que se pretende estudiar y analizar la relación o asociación entre las 2 variables que se van a utilizar en el estudio.
- Transversal, porque se realiza una sola medición de los sujetos y se evalúa de forma concurrente la exposición y el evento de interés.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población de estudio está conformada por las puérperas dadas de alta del Servicio de Hospitalización de Gineco – Obstetricia del Hospital Vitarte durante el enero del año 2018.

MUESTRA

El cálculo del tamaño de la muestra se realizará a partir de una fórmula para hallar una diferencia de proporciones. Se trabajará con unas proporciones esperadas de 58 % y 78 %⁵⁷, para un buen conocimiento de acuerdo a nivel educativo de acuerdo a un antecedente cercano; con una potencia estadística del 90 % y un nivel de confianza del 95%. Lo cual nos da un tamaño muestral de 123.

Fórmula para tamaño de muestra:

PARA PROBAR QUE DOS PROPORCIONES POBLACIONALES SON DIFERENTES. PRUEBA DE DOS COLAS

PROPORCIÓN ESPERADA EN LA POBLACIÓN 1	0.58
PROPORCIÓN ESPERADA EN LA POBLACIÓN 2	0.78
SEMI SUMA DE PROPORCIONES	0.68
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.90
VALLOR Z PARA ALFA	1.96
VALOR Z PARA BETA	1.28
TAMAÑO DE MUESTRA SIN CORRECCIÓN	113
TAMAÑO DE MUESTRA CON CORRECCIÓN DE YATES	123

UNIDAD DE ANÁLISIS

Una puérpera que sea atendida en el Servicio de Hospitalización de Gineco – Obstetricia en el Hospital Vitarte durante el mes de Enero del 2018, quien mediante la encuesta que rellenará, brindará los datos necesarios para poder ejecutar los objetivos de la presente investigación.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Puérperas mayores de 18 años cuyo puerperio inmediato haya sido atendido en el Hospital Vitarte y hayan sido hospitalizadas en el Servicio de Hospitalización de Gineco – Obstetricia del mismo hospital.
- Puérperas que estén con orden de alta para el día de la encuesta.
- Puérperas que den su asentimiento para formar parte del estudio.
- Puérperas en pleno uso de sus facultades mentales.

Criterios de exclusión

- Puérperas con encuesta incompleta y que no contenga las variables de interés.
- Encuestas llenadas con letra ilegible que no permitan su adecuada tabulación.
- Puérperas analfabetas.

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

En la presente investigación se evaluaron 8 variables: Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, Edad materna, Estado civil, Nivel educativo, Ocupación, Nivel socioeconómico (según la Escala de Graffar), Paridad, y Charla previa sobre lactancia materna. La Operacionalización de variables lo encuentran en Anexos “A” - Anexo 02.

4.4 RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento a utilizar será la encuesta. Esta encuesta se elaborará en base a los objetivos planteados del estudio y constará de las siguientes secciones:

Sección 1: Datos de filiación

En esta sección se preguntará la edad, estado civil, el nivel educativo, la ocupación, la paridad, y si ha recibido o no una charla previa a su alta sobre lactancia materna.

Sección 2: Nivel socioeconómico

Para medir el nivel socioeconómico se usará el test de Graffar Méndez Castellanos, usada en nuestro País previamente⁵⁷; la cual clasifica en estratos sociales tomando en consideración cuatro variables: profesión del jefe del hogar, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingreso y condiciones de alojamiento. El puntaje va de 4 a 20 y a mayor puntaje se representa un nivel socioeconómico más bajo, los detalles de la estratificación se muestra en los anexos (Anexos “A” - Anexo 03).

Sección 3: Nivel de Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva

Para medir el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva se utilizará un test previamente validado en nuestro país (Anexos “A”: Anexos 04 - 05). Este cuestionario consta de 14 preguntas, cada una teniendo una respuesta correcta que equivale a 1 punto y cualquier respuesta incorrecta equivale a 0 puntos. Por lo que este cuestionario tiene un puntaje máximo de 14 y mínimo de 0. Se considera un conocimiento correcto cuando el puntaje va de 9 a 14 y bajo cuando va de 0 a 8. El coeficiente de Kuder – Richardson de este cuestionario fue mayor de 0,5⁵⁸.

4.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se generará una base de datos en Excel a la cual se pasarán todos los datos obtenidos de la encuesta, el análisis estadístico se hará con el programa SPSS y se hallarán los OR con sus respectivos intervalos de confianza al 95%; asimismo, se representarán los resultados en tablas y gráficos apropiados para su adecuada interpretación.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Se presentará a cada paciente el consentimiento informado (Anexos “A” - Anexo 06). Se respetará la confidencialidad de los datos, no se publicará nombre ni cualquier dato que permita identificar a los participantes. Se solicitará los permisos correspondientes al Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Vitarte para poder proceder a encuestar a todas las puérperas que sean dadas de alta.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

La muestra del estudio fue de 123 puérperas que estaban en el Servicio de Hospitalización de Gineco – Obstetricia en el Hospital Vitarte en el mes de Enero del 2018, quienes fueron evaluadas mediante una encuesta validada. En este capítulo se mostrará a continuación los resultados hallados en forma detallada, además se realizará la discusión de los mismos.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO POR CADA VARIABLE ESTUDIADA.

Tabla 1. Análisis estadístico de la Edad de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

MEDIA	26.43
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	5.65
MEDIANA	26
RANGO INTERCUARTÍLICO	22 - 30

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 1 se observa que la edad media de las puérperas encuestadas es de 26.43 años, la desviación estándar es de 5.65, la mediana es de 26 años, y el rango intercuartílico es de 22 – 30 años.

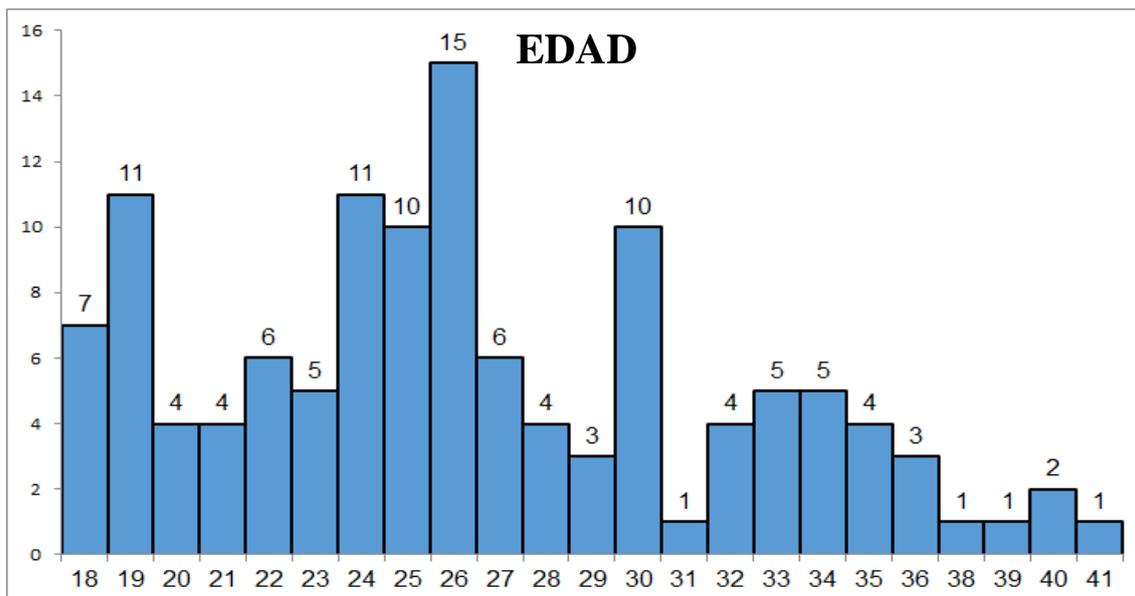


Gráfico 1. Análisis estadístico de la Edad de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 1 se observa que la edad más frecuente de las puérperas encuestadas es de 26 años ($n=15$). Las puérperas que tienen mayor o igual a 26 años son en total 65 (52.84%), con respecto a las puérperas que tienen menos de 26 años que son en total 58 (47.15%).

Tabla 2. Análisis estadístico del Estado civil de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	14	11.38%
Soltera	8	6.50%
Conviviente	101	82.11%
TOTAL	123	100%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 2 se observa, el 82.11% ($n = 101$) de las puérperas encuestadas tienen el estado civil de conviviente, el 11.38% ($n = 14$) son casadas, y 6.50% ($n = 8$) son solteras.

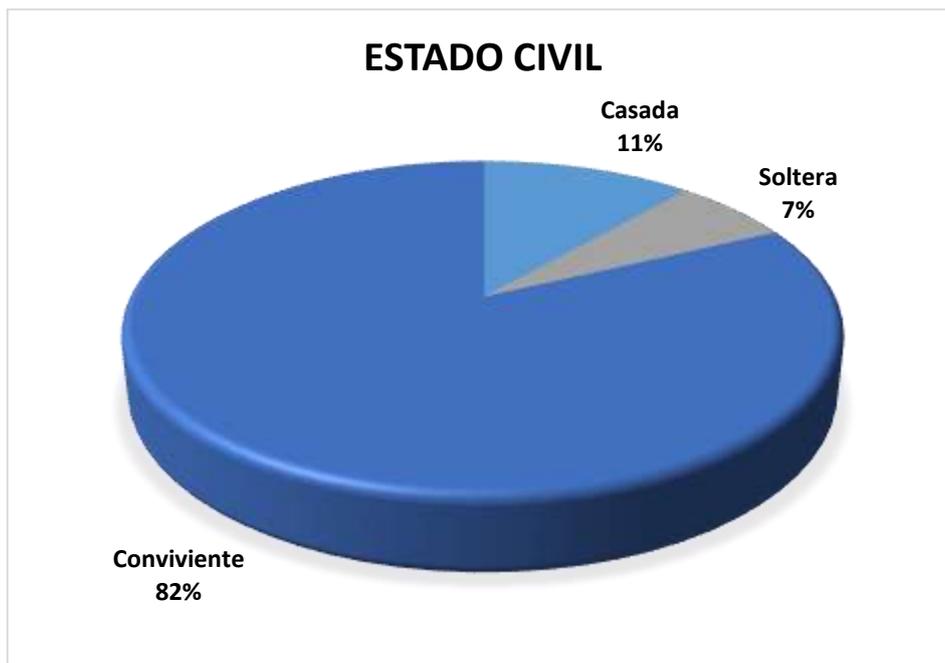


Gráfico 2. Análisis estadístico del Estado civil de púerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 2 se observa que el estado civil más frecuente es el de conviviente con el 82%. Las púerperas solteras representan el 7%, mientras que las púerperas no solteras suman el 93%.

Tabla 3. Análisis estadístico del Nivel educativo de púerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria incompleta	6	4.88%
Primaria completa	14	11.38%
Secundaria incompleta	35	28.46%
Secundaria completa	48	39.02%
Superior	20	16.26%
TOTAL	123	100%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 3 se observa que el 39.02% (n = 48) de las púerperas encuestadas tiene el nivel educativo de secundaria completa, el 28.46% (n = 35) tienen secundaria incompleta, el 16.26 % (n = 20) tiene estudios superiores, el 11.38% (n = 14) tiene primaria completa, y el 4.88% tiene primaria incompleta.

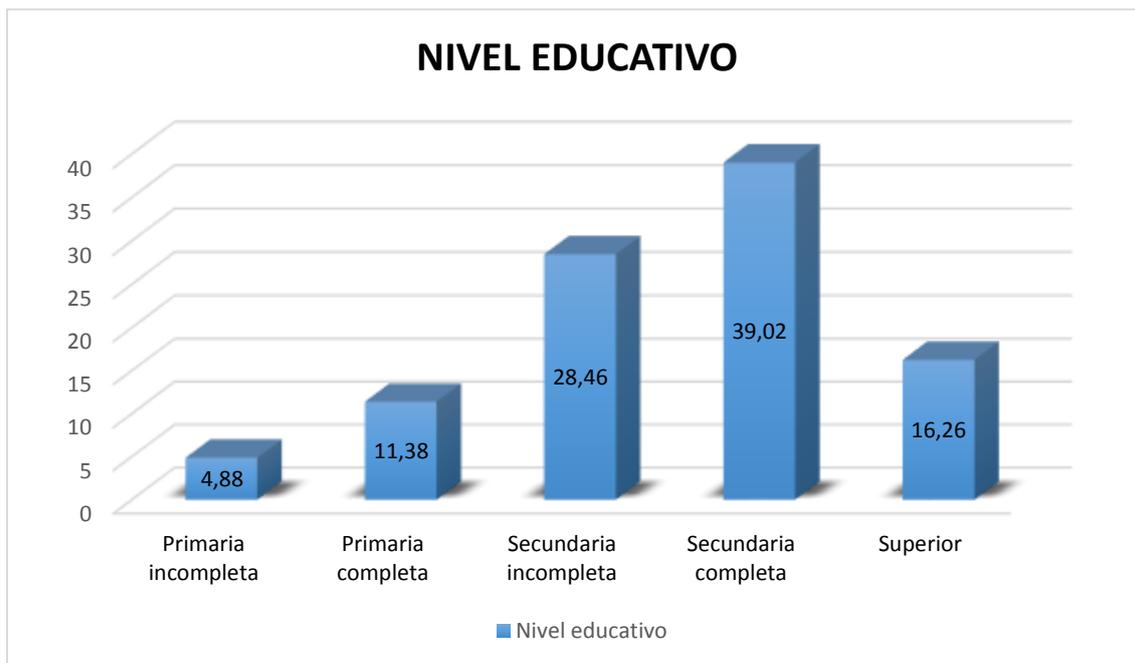


Gráfico 3. Análisis estadístico del Nivel educativo de puerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 3 se puede observar que el nivel educativo más frecuente es el de secundaria completa con el 39.02%. Las puerperas que tienen nivel educativo superior representan el 16.26%, mientras que las puerperas que tienen un nivel educativo no superior suman el 83.74%.

Tabla 4. Análisis estadístico de la Ocupación de puerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	111	90.24%
Comerciante	7	5.69%
Cosmetóloga	1	0.81%
Costurera	2	1.63%
Estudiante	2	1.63%
TOTAL	123	100%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 4 se puede observar que el 90.24% (n = 111) de las puérperas encuestadas tienen la ocupación de ama de casa, el 5.69% (n = 7) son comerciantes, 1.63% (n = 2) son costureras, 1.63% (n = 2) son estudiantes, y el 0.81% (n = 1) es cosmetóloga.

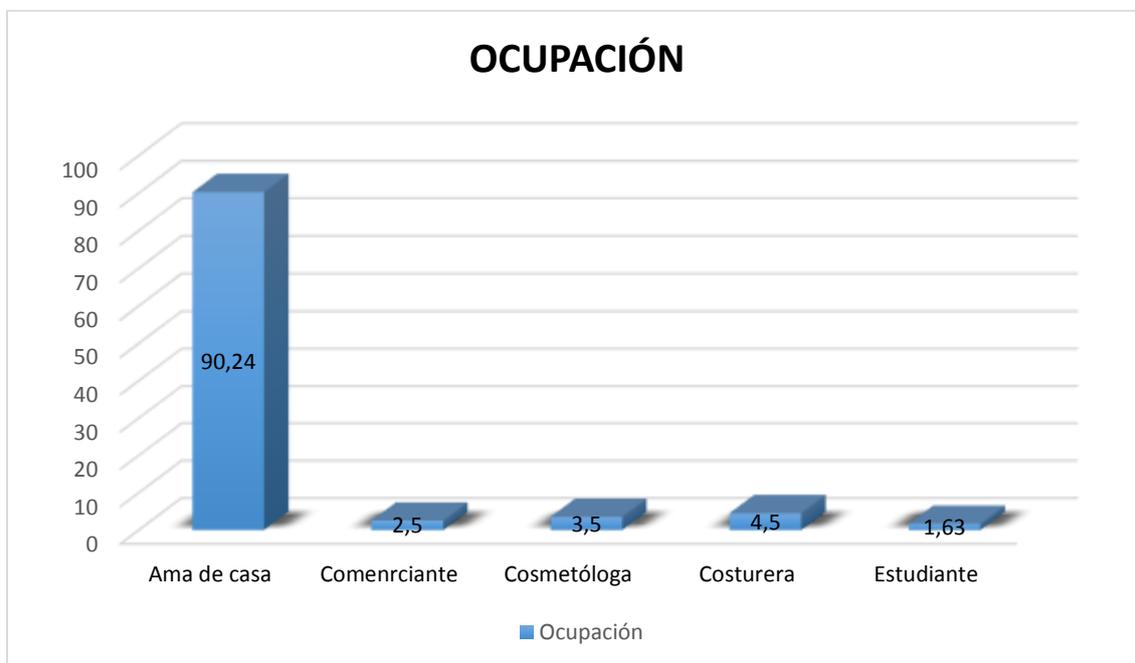


Gráfico 4. Análisis estadístico de la Ocupación de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 4 se observa que la ocupación más frecuente es la de ama de casa con el 90.24%. Las puérperas que no tienen la ocupación de ama de casa suman el 9.76%.

Tabla 5. Análisis estadístico del Nivel socioeconómico de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

NIVEL SOCIOECONÓMICO SEGÚN ESCALA GRAFFAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estrato medio alto	6	4.88%
Estrato medio bajo	51	41.46%
Estrato obrero	65	52.85%
Estrato marginal	1	0.81%
TOTAL	123	100%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 5 se puede observar que el 52.85% (n = 65) de las puérperas encuestadas pertenece al estrato obrero, el 41.46% (n = 51) pertenece al estrato medio bajo, el 4.88% (n = 6) pertenece al estrato medio alto, el 0.81% (n = 1) pertenece al estrato marginal.

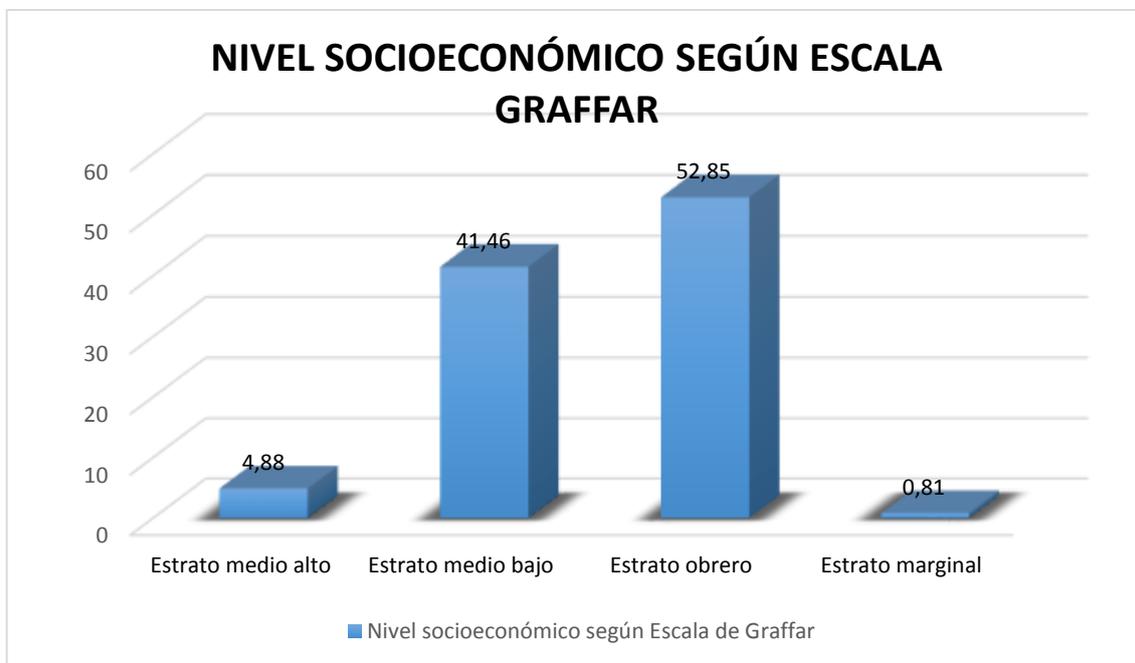


Gráfico 5. Análisis estadístico del Nivel socioeconómico de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 5 se puede observar que el estrato socioeconómico según la Escala de Graffar más frecuente es el estrato obrero con el 52.85%. Las puérperas que pertenecen al estrato 4 – 5 (estrato obrero – estrato marginal) suman el 53.66% y las puérperas que pertenecen al estrato 2 – 3 (estrato medio alto – estrato medio bajo) suman el 46.34%.

Tabla 6. Análisis estadístico de la Paridad de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primíparas	78	63.41%
No primíparas	45	36.59%
TOTAL	123	100%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 6 se observa que el 63.41% (n = 78) de las puérperas encuestadas son primíparas, y el 36.59% (n = 45) no son primíparas.

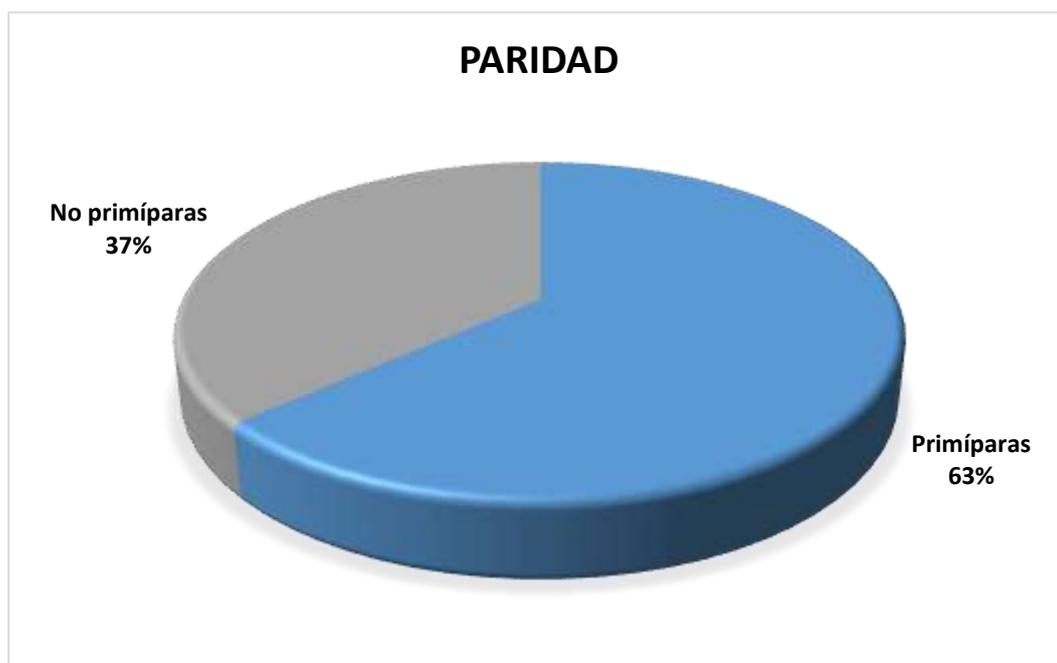


Gráfico 6. Análisis estadístico de la Paridad de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 6 se observa que respecto a la paridad, la mayoría de puérperas son primíparas con el 63%, con respecto a las puérperas no primíparas que conforman el 37%.

Tabla 7. Análisis estadístico de la Charla previa sobre lactancia materna en puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

CHARLA PREVIA SOBRE LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	95	77.24%
No	28	22.76%
TOTAL	123	100%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 7 se observa que el 77.20% (n = 95) de las puérperas encuestadas sí recibió la charla sobre lactancia materna, y el 28% (n = 28) no recibió la charla sobre lactancia materna.

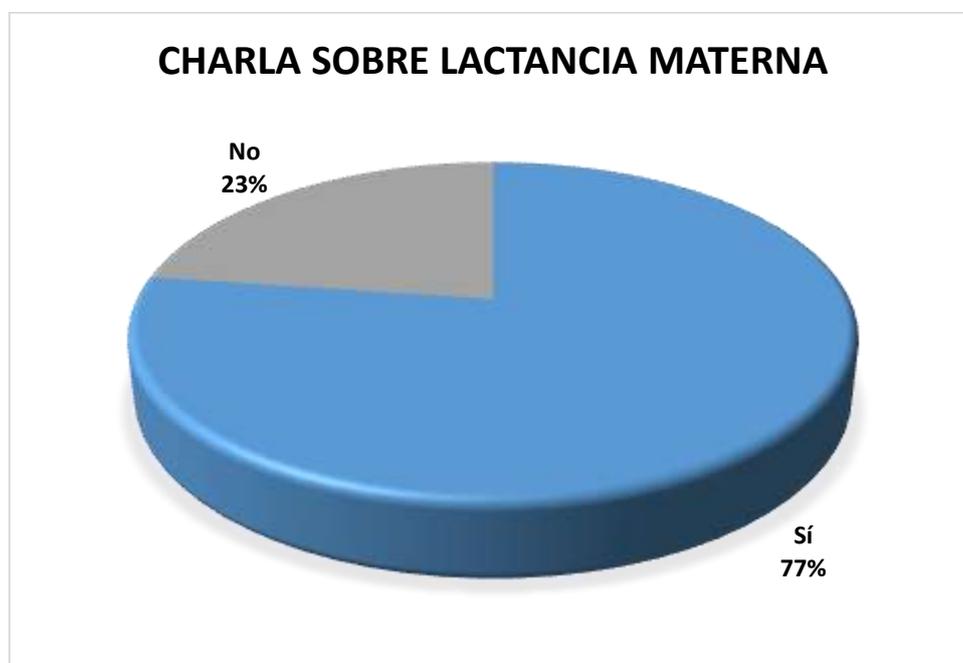


Gráfico 7. Análisis estadístico de la Recepción de la charla de lactancia materna en puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 7 se puede observar que respecto a la charla sobre lactancia materna, la mayoría de puérperas sí recibió la charla con un 77%, con respecto a las puérperas que no recibieron la charla con el 23%.

Tabla 8. Análisis estadístico del Nivel de conocimientos de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Correcto	47	38.21%
Incorrecto	76	61.79%
TOTAL	123	100%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 8 se observa que el 61.79% (n = 76) de las puérperas encuestadas tienen conocimientos incorrectos, con respecto al 38.21% (n = 47) tienen conocimientos correctos.

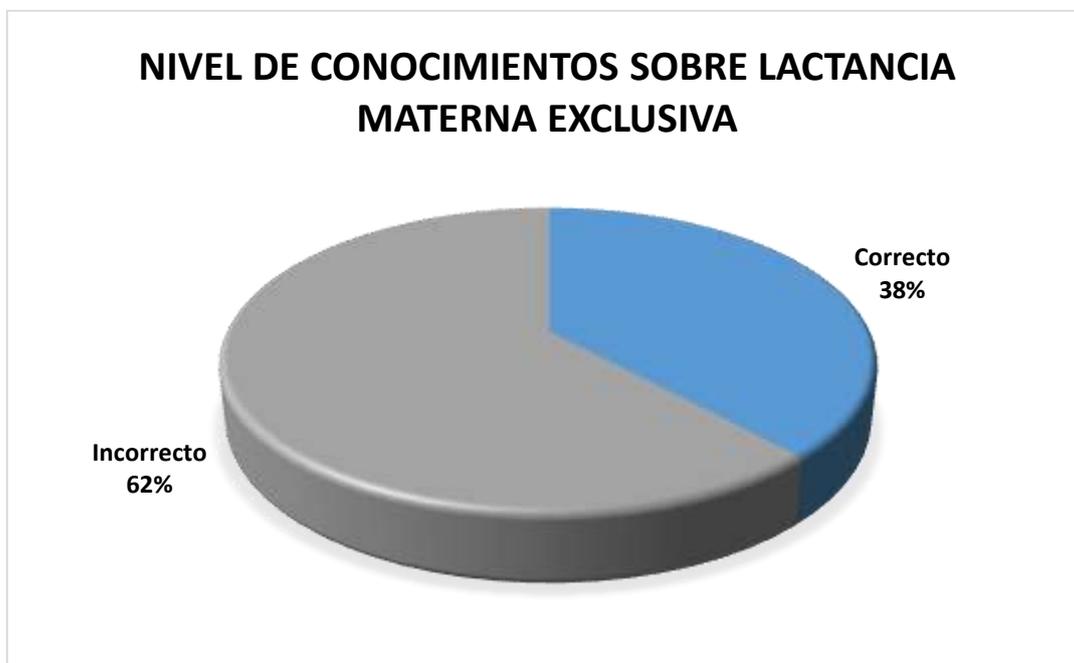


Gráfico 8. Análisis estadístico del Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

En el Gráfico 8 se observa que respecto al nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, la mayoría de puérperas tienen conocimientos incorrectos con el 62%, con respecto a las puérperas que tienen conocimientos correctos con el 37%.

RESULTADOS DEL ANALISIS ESTADISTICO ENTRE CADA FACTOR ESTUDIADO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

Tabla 9. Análisis bivariado entre la Edad materna y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

		NIVEL DE CONOCIMIENTOS				OR	IC 95%	VALOR <i>p</i>
		INCORRECTO		CORRECTO				
		n	%	n	%			
EDAD MATERNA	≥ 26	38	30.89%	27	21.95%	0.741	0.356 – 1.541	0.461
	<26	38	30.89%	20	16.26%			
TOTAL: 123 (100%)								

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 9 se observa que la edad no se asoció significativamente con el nivel de conocimientos ($p = 0.461$, OR = 0.741, IC al 95%: 0.356 – 1.541).

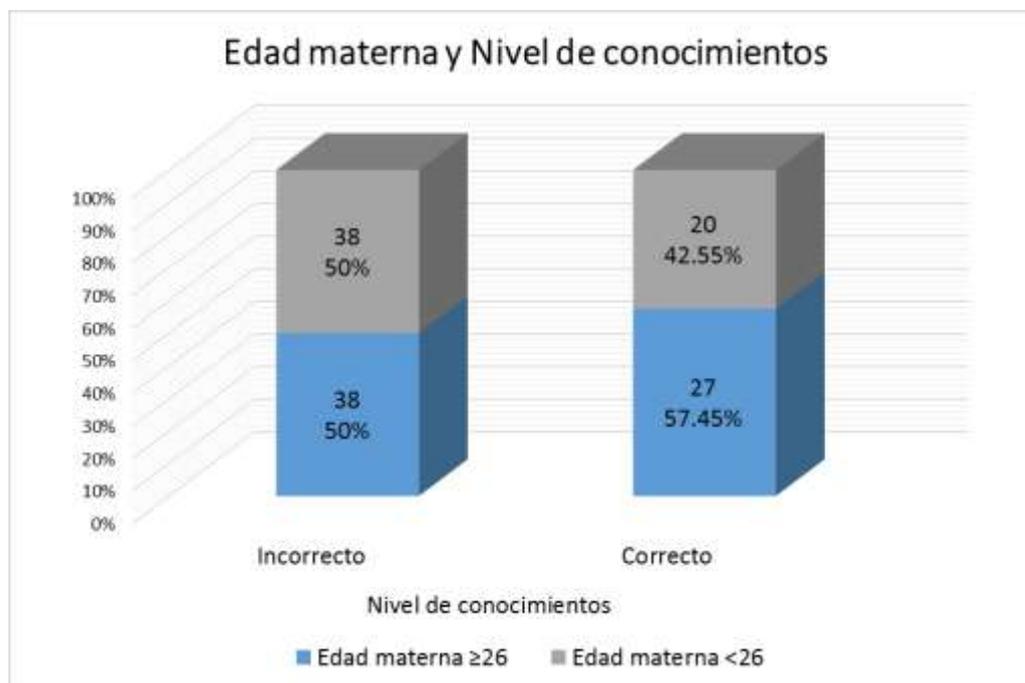


Gráfico 9. Análisis bivariado entre la Edad materna y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Análisis bivariado entre el Estado civil y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de púerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

		NIVEL DE CONOCIMIENTOS				OR	IC 95%	VALOR p
		INCORRECTO		CORRECTO				
		n	%	n	%			
ESTADO CIVIL	SOLTERA	4	3.25%	4	3.25%	0.597	0.142 – 2.512	0.480
	NO SOLTERA	72	58.53%	43	34.95%			
TOTAL: 123 (100%)								

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 10 se observa que el estado civil no se asoció significativamente con el nivel de conocimientos ($p = 0.480$, OR = 0.597, IC al 95%: 0.142 – 2.512).

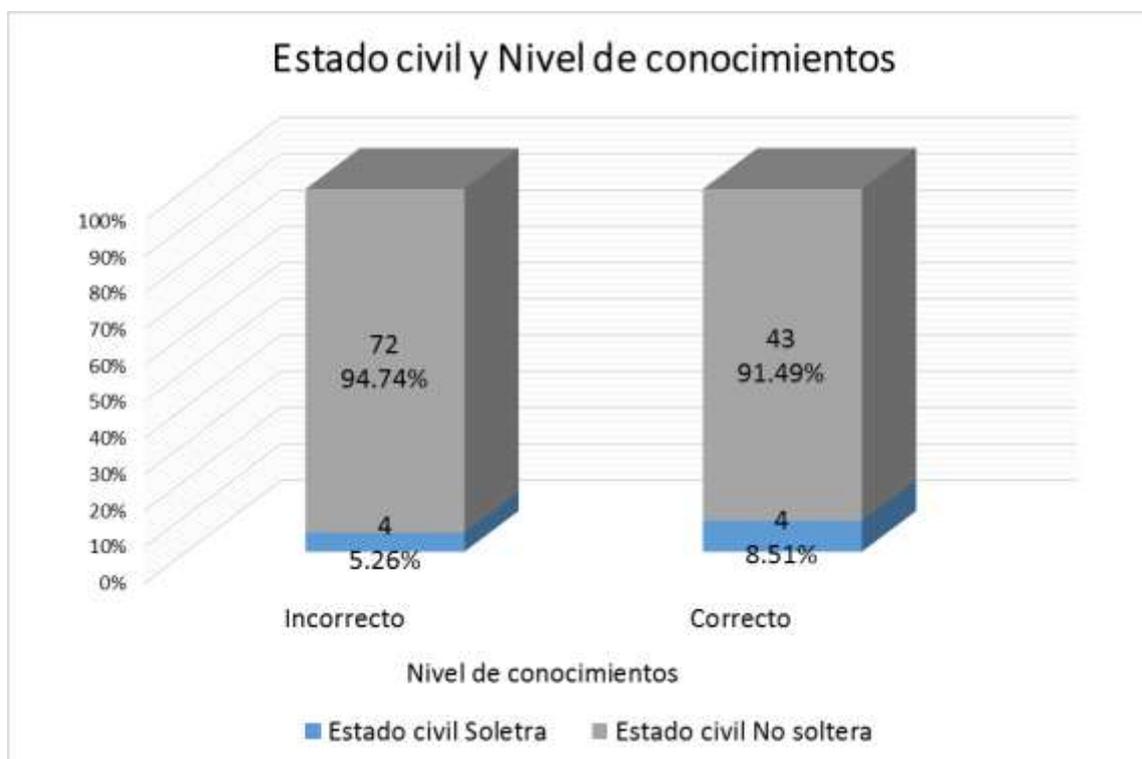


Gráfico 10. Estado civil y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de púerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 11. Análisis bivariado entre el Nivel educativo y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de púerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

NIVEL EDUCATIVO	NIVEL DE CONOCIMIENTOS	NIVEL DE CONOCIMIENTOS				OR	IC 95%	VALOR p
		INCORRECTO		CORRECTO				
		n	%	n	%			
SUPERIOR		9	7.31%	11	8.84%	0.44	0.167 – 1.159	0.130
NO SUPERIOR		67	54.47%	36	29.26%			
TOTAL: 123 (100%)								

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 11 se observa que el nivel educativo no se asoció significativamente con el nivel de conocimientos ($p = 0.130$, $OR = 0.440$, IC al 95%: $0.167 - 1.159$).

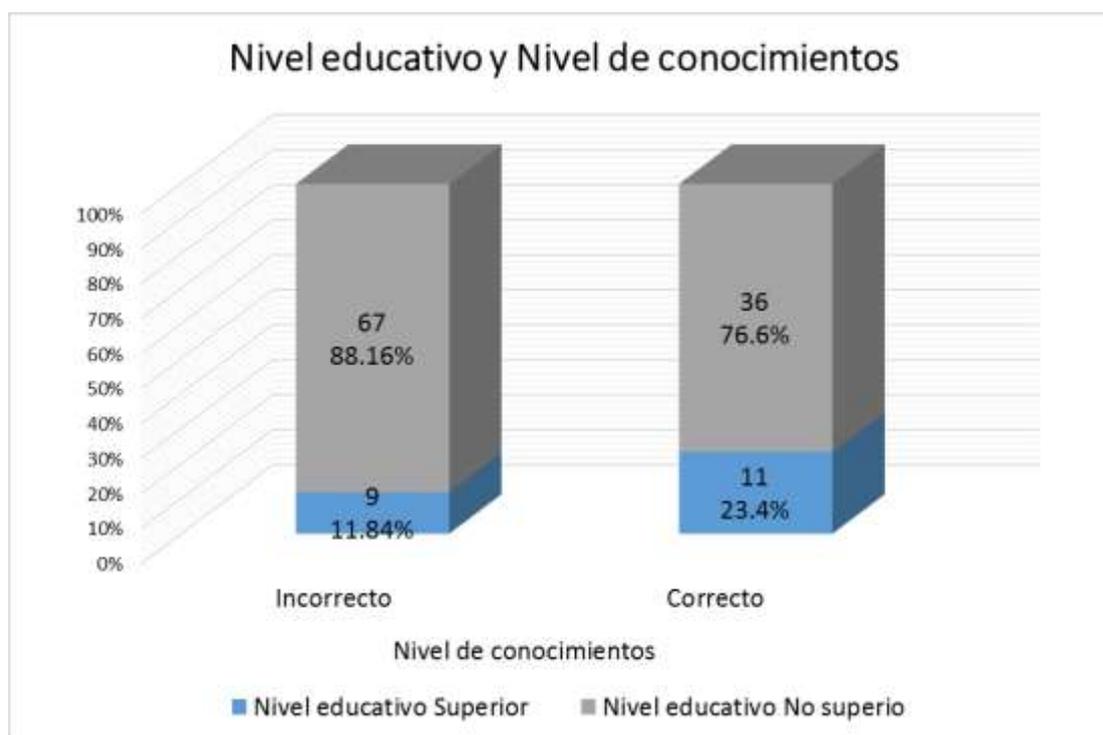


Gráfico 11. Análisis bivariado entre el Nivel educativo y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de púerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12. Análisis bivariado entre la Ocupación y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de púerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

OCUPACIÓN		NIVEL DE CONOCIMIENTOS				OR	IC 95%	VALOR p
		INCORRECTO		CORRECTO				
		n	%	n	%			
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	71	57.72%	18	32.52%	2.485	0.740 – 8.344	0.209
	NO AMA DE CASA	5	4.06%	29	5.69%			
TOTAL: 123 (100%)								

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 12 se observa que la ocupación no se asoció significativamente con el nivel de conocimientos ($p = 0.209$, $OR = 2.485$, IC al 95%: $0.740 - 8.344$).

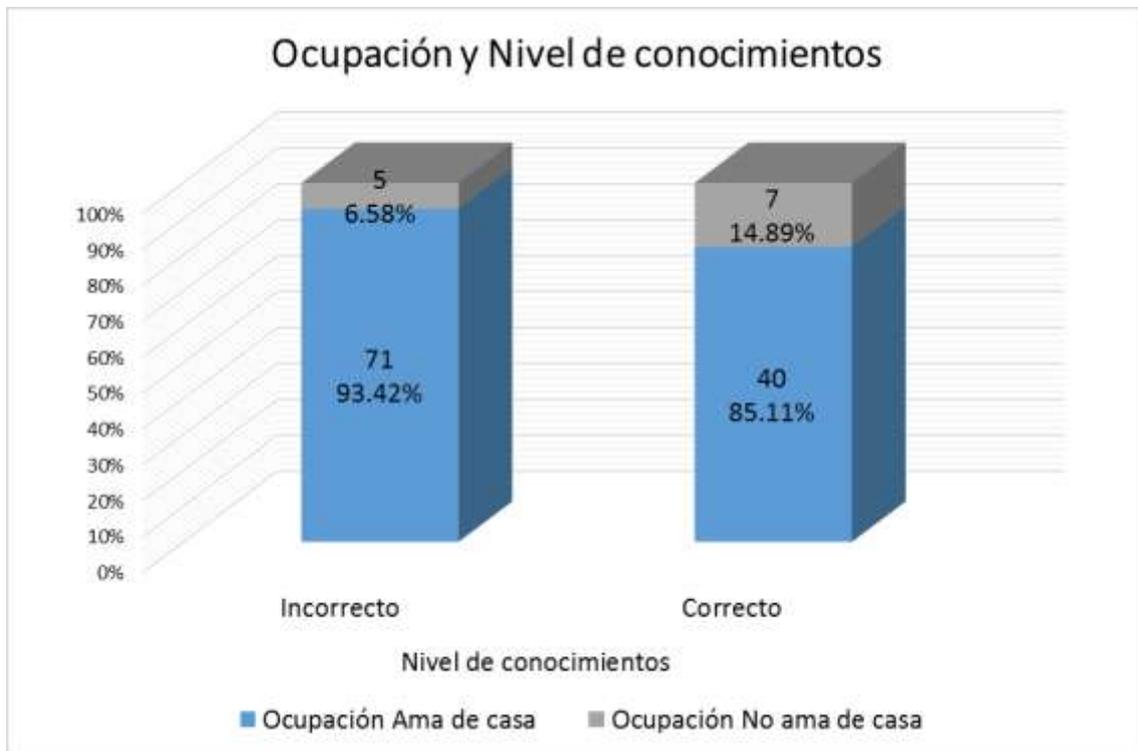


Gráfico 12. Análisis bivariado entre la Ocupación y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13. Análisis bivariado entre el Nivel socioeconómico y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

		NIVEL DE CONOCIMIENTOS				OR	IC 95%	VALOR <i>p</i>
		INCORRECTO		CORRECTO				
		n	%	n	%			
NIVEL SOCIOECONÓMICO SEGÚN ESCALA DE GRAFFAR	ESTRATO 4 - 5	48	39.02%	18	14.63%	2.762	1.304 – 5.849	0.009
	ESTRATO 2 – 3	28	22.76%	29	23.58%			
		TOTAL: 123 (100%)						

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 13 se encontró que del 53.65% de las puérperas que se encuentran en el estrato socioeconómico 4 – 5 según la Escala de Graffar tenían un 39.02% de conocimientos incorrectos ($p = 0.009$). Asimismo, se encontró asociación significativa entre las puérperas que se encuentran en el estrato socioeconómico 4 – 5 según la Escala de Graffar y los conocimientos incorrectos (OR = 2.762, IC al 95%: 1.304 – 5.849).

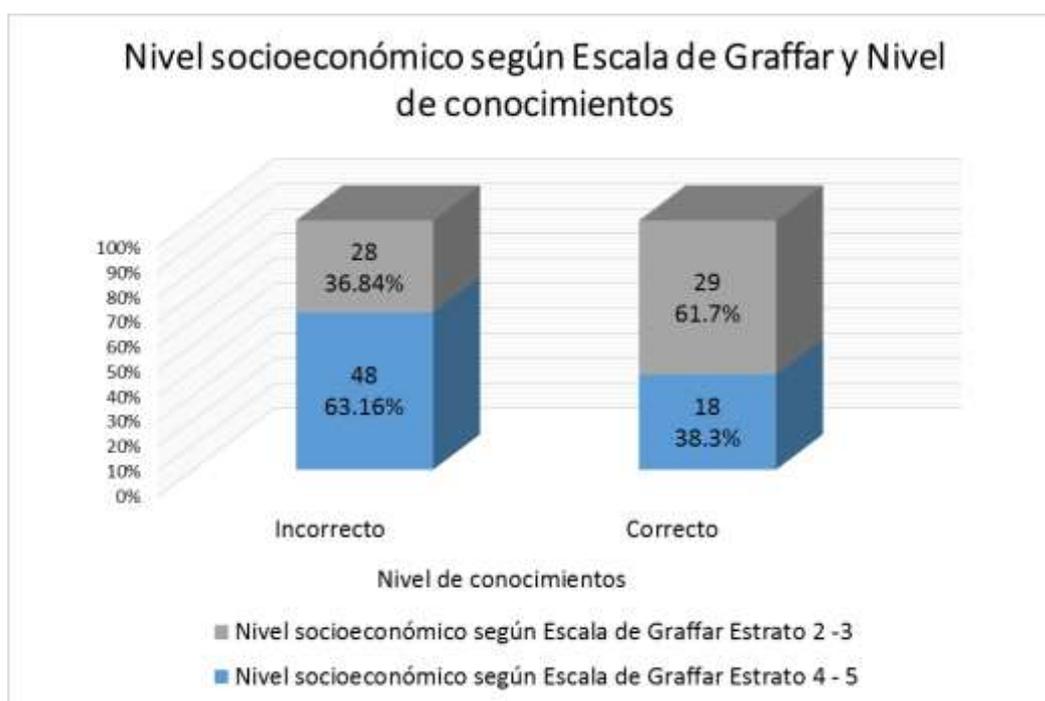


Gráfico 13. Análisis bivariado entre el Estrato socioeconómico y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de púerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 14. Análisis bivariado entre la Paridad y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de púerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

PARIDAD		NIVEL DE CONOCIMIENTOS				OR	IC 95%	VALOR p
		INCORRECTO		CORRECTO				
		n	%	n	%			
PARIDA D	PRIMÍPARAS	33	26.82%	12	9.75%	2.238	1.009 - 4.968	0.055
	NO PRIMÍPARAS	43	34.95%	35	28.45%			
TOTAL:		123 (100%)						

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 14 se encontró que del 36.57% de las puérperas primíparas tenían un 26.82% de conocimientos incorrectos ($p = 0.055$). Asimismo, se encontró asociación significativa entre las puérperas primíparas y los conocimientos incorrectos (OR = 2.238, IC al 95%: 1.009 – 4.968).

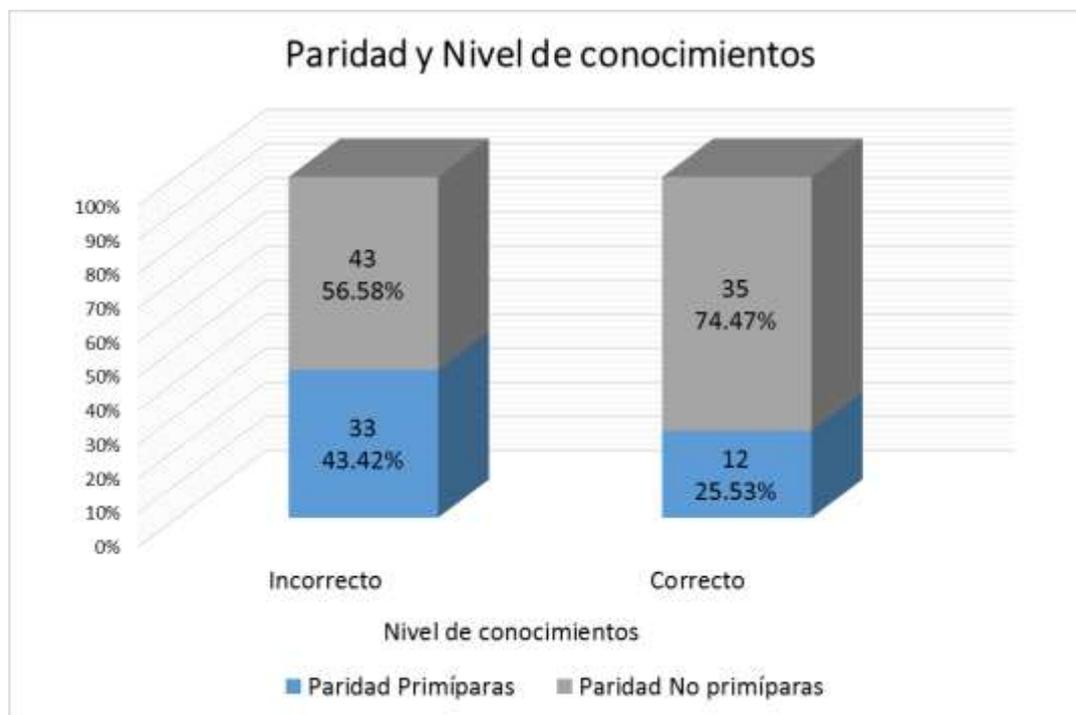


Gráfico 14. Análisis bivariado entre la Paridad y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de puérperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 15. Análisis bivariado entre la Charla previa sobre lactancia materna y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de púerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

		NIVEL DE CONOCIMIENTOS				OR	IC 95%	VALOR p
		INCORRECTO		CORRECTO				
		n	%	n	%			
CHARLA PREVIA SOBRE LACTANCIA MATERNA	SÍ	58	47.15 %	37	30.38 %	0.871	0.363 – 2.091	0.827
	NO	18	14.63 %	10	8.13 %			
TOTAL: 123 (100%)								

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 15 se observa que la charla sobre lactancia materna no se asoció significativamente con el nivel de conocimientos ($p = 0.827$, OR = 0.871, IC al 95%: 0.363 – 2.091).



Gráfico 15. Análisis bivariado entre la Charla previa sobre lactancia materna y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de púerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 16. Resumen del análisis bivariado entre los Factores estudiados y el Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de púerperas encuestadas atendidas en el Hospital Vitarte, Enero 2018.

		NIVEL DE CONOCIMIENTOS				OR	IC 95%	VALOR <i>p</i>
		INCORRECTO		CORRECTO				
		n	%	n	%			
EDAD MATERNA	≥26	38	30.89%	27	21.95%	0.741	0.356 – 1.541	0.461
	<26	38	30.89%	20	16.26%			
ESTADO CIVIL	SOLTERA	4	3.25%	4	3.25%	0.597	0.142 – 2.512	0.480
	NO SOLTERA	72	58.53%	43	34.95%			
NIVEL EDUCATIVO	SUPERIOR	9	7.31%	11	8.84%	0.440	0.167 – 1.159	0.130
	NO SUPERIOR	67	54.47%	36	29.26%			
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	71	57.72%	18	32.52%	2.485	0.740 – 8.344	0.209
	NO AMA DE CASA	5	4.06%	29	5.69%			
NIVEL SOCIOECONÓMICO SEGÚN ESCALA DE GRAFFAR	ESTRATO 4 - 5	48	39.02%	18	14.63%	2.762	1.304 – 5.849	0.009
	ESTRATO 2 – 3	28	22.76%	29	23.58%			
PARIDAD	PRIMÍPARAS	33	26.82%	12	9.75%	2.238	1.009 – 4.968	0.055
	NO PRIMÍPARAS	43	34.95%	35	28.45%			
CHARLA PREVIA SOBRE LACTANCIA MATERNA	SÍ	58	47.15%	37	30.38%	0.871	0.363 – 2.091	0.827
	NO	18	14.63%	10	8.13%			
		TOTAL: 123 (100%)						

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 16 se puede observar que de todos los factores estudiados, solo dos se asociaron significativamente con el conocimiento incorrecto sobre lactancia materna exclusiva, entre ellas está el pertenecer al estrato socioeconómico 4 – 5 según la Escala de Graffar ($p = 0.009$, OR = 2.762, IC al 95%: 1.304 – 5.849) y ser primíparas ($p = 0.055$, OR = 2.238, IC al 95%: 1.009 – 4.968).

RESULTADOS DEL ANALISIS ESTADISTICO ENTRE LOS FACTORES ASOCIADOS Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

Tabla 17. Análisis multivariado de los Factores asociados al Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva.

		OR	IC 95% (AJUSTADO)	VALOR <i>p</i>
NIVEL SOCIOECONÓMICO	ESTRATO 4 – 5	2.882	1.338 –	0.007
	ESTRATO 2 – 3		6.211	
PARIDAD	PRIMÍPARAS	2.371	1.039 –	0.040
	NO PRIMÍPARAS		5.410	

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 17 se observan las variables que se asociaron significativamente con el conocimiento incorrecto sobre lactancia materna exclusiva, mediante el análisis multivariado, las cuales son el pertenecer al estrato socioeconómico 4 – 5 según la Escala de Graffar ($p = 0.007$, OR = 2.882, IC al 95%: 1.338 – 6.211) y ser primíparas ($p = 0.040$, OR = 2.371, IC al 95%: 1.039 – 5.410).

5.2 DISCUSIÓN

El presente estudio determina la relación entre los factores: edad materna, estado civil, nivel educativo, ocupación, nivel socioeconómico, paridad y charla previa sobre lactancia materna; y el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puérperas, atendidas en el Servicio de Hospitalización de Gineco – Obstetricia en el Hospital Vitarte durante el mes de Enero del 2018.

Con respecto al factor edad materna, se encontró que la edad promedio fue de 26 años. El 52.84% tiene mayor o igual a 26 años, con respecto a las que tienen menos de 26 años que son el 47.15%. No se encontró asociación entre la edad materna y el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva. Estos resultados no coinciden con: 1) el estudio de Borre Ortiz et al³⁶, quien en Colombia en el 2014, encontró que el 49% de madres son mayores de 26 años, el 85.6% del total de madres posee conocimientos adecuados sobre lactancia materna exclusiva, mientras que el 51.1% no tiene un adecuado conocimiento sobre técnica de amamantamiento; 2) con el estudio de Forero et al³⁷, quien en Colombia en el 2013, concluyó que las madres adolescentes no alimentan a sus hijos con lactancia materna exclusiva y manifiestan varias dificultades en el acto de lactar, sin embargo reconocen los beneficios que ofrece la lactancia materna pero su experiencia de lactancia materna las limita; 3) con Mejía et al⁴³, quien en Lima – Perú en el 2016, encontró que el incremento de edad es un factor relacionado al mayor número de respuestas correctas; 4) y por último con Romero Ayja et al⁴⁵, quien en Lima – Perú en el 2016, concluye que el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes fue regular con un 58%.

Con respecto al factor estado civil, se encontró que el mayor porcentaje fue de 82.11% para convivientes, mientras que el menor fue de 6.50% para solteras. No se encontró asociación entre el estado civil y el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva. Con respecto al mayor porcentaje que es el de conviviente es similar con otros estudios, pero difieren de los mismos con respecto asociación entre el estado civil con los conocimientos sobre lactancia

materna: 1) En los estudios de Gerónimo – Carrillo et al⁴⁰, quien en México en el 2014, encontró que el 58% de las puérperas tienen el estado civil de unión libre, y que la lactancia materna se encontró como una práctica apropiada a pesar del nivel regular en conocimiento de las mujeres en periodo posparto; 2) Con Romero Ayja et al⁴⁵, quien en Lima – Perú, en el 2016, encontró que el estado civil con mayor porcentaje fue el de convivientes con un 53.1% y que el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes fue regular con un 58%; y con 3) Del Carpio Gómez⁵⁰, quien en Lima – Perú en el 2014, encontró que el 84% de las madres adolescentes tienen el estado civil de convivientes y que prevalece el no cumplimiento de la lactancia materna en madres adolescentes en su totalidad.

Con respecto al factor nivel educativo, se encontró que el mayor porcentaje fue de 39.02% para secundaria incompleta, mientras que el menor fue de 4.88% para primaria incompleta. No se encontró asociación entre el nivel educativo y el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva. Estos resultados difieren de los estudios de: 1) Gerónimo – Carrillo et al⁴⁰, quien en México en el 2014, encontró que 55.3% tiene hasta secundaria o menos grado de estudios y que la lactancia materna se encontró como una práctica apropiada a pesar del nivel regular en conocimiento de las mujeres en periodo posparto; y con 2) Romero Ayja et al⁴⁵, quien en Lima – Perú en el 2016, encontró que el nivel educativo con mayor porcentaje fue el de secundaria incompleta con un 69.1% y que el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes fue regular con un 58%.

Con respecto al factor ocupación, se encontró que el mayor porcentaje fue de 90.24% para ama de casa, mientras que el menor fue de 0.81% para cosmetóloga. No se encontró asociación entre la ocupación y el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva. Con respecto al mayor porcentaje que es el de ama de casa es similar con otros estudios, pero difieren de los mismos con respecto a asociación entre la ocupación con los conocimientos sobre lactancia materna: 1) Romero Ayja et al⁴⁵, quien en Lima – Perú en el 2016, encontró que la ocupación con mayor porcentaje fue el de ama de casa con un 61.7% y que el nivel de conocimiento fue regular con un 58%; y 2) Del Carpio

Gómez⁵⁰, quien en Lima – Perú en el 2014, encontró que el 84% de las madres adolescentes tienen como ocupación el de ama de casa y que prevalece el no cumplimiento de la lactancia materna en madres adolescentes en su totalidad.

Con respecto al factor nivel socioeconómico, se encontró que el mayor porcentaje fue de 65% para el estrato 4 (estrato obrero), mientras que el menor fue de 0.81% para el estrato 5 (estrato marginal). Sí se encontró asociación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, específicamente entre las puérperas que pertenecen al estrato 4 – 5 según la Escala de Graffar con el tener conocimientos incorrectos sobre lactancia materna exclusiva, con respecto a las puérperas pertenecen estrato 2 – 3 según la Escala de Graffar. Estos resultados coinciden con: 1) St, Fleur et al³⁵, quien en Estados Unidos, en el 2014, concluyó que las madres hispanas económicamente desfavorecidas, la preferencia por la comunicación en español se asocia con el conocimiento limitado sobre la lactancia materna y la falta de redes educativas relacionadas con la lactancia materna; 2) Vera – Romero⁴⁶, en Ucayali, en el año 2013, encontró un conocimiento no correcto y erróneo sobre la Técnica de Lactancia Materna en el 100% de las mujeres en edad fértil del Caserío Bella Flor y la Comunidad Nativa Caimito. Y difiere con Del Carpio Gómez⁵⁰, quien en Lima – Perú en el 2014, encontró que prevalece el no cumplimiento de la lactancia materna en madres adolescentes en su totalidad, cuyo 56% corresponde al factor cultural y el 44% corresponde al factor social.

Con respecto al factor paridad, se encontró que el mayor porcentaje fue de 78% para primíparas, mientras que el menor fue de 45% para no primíparas. Sí se encontró asociación entre la paridad y el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, específicamente entre las puérperas primíparas con tener conocimientos incorrectos sobre lactancia materna exclusiva, con respecto a las puérperas no primíparas. Estos resultados coinciden con Flores et al⁴², quien en Chimbote en el 2014, encontró que de 47 primigestas, el 78,7% de ellas no tienen un conocimiento global sobre lactancia materna.

Con respecto al factor charla sobre lactancia materna, se encontró que el 77.20% sí recibieron la charla, mientras que el 28% no recibió la charla. No se encontró asociación entre la charla previa sobre lactancia materna y el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva. Estos resultados no coinciden con: 1) Karanci et al³⁴, quien en Turquía en el 2014, indicó que las mujeres embarazadas que trabajan necesitan mejor educación prenatal para continuar amamantando con seguridad después de regresar al trabajo; 2) St, Fleur et al³⁵, quien en Estados Unidos en el 2014, concluyó que las madres hispanas económicamente desfavorecidas, la preferencia por la comunicación en español se asocia con el conocimiento limitado sobre la lactancia materna y la falta de redes educativas relacionadas con la lactancia materna; 3) Mejía et al⁴³, quien en Lima – Perú, en el 2016, se encontró correlación negativa entre el número de respuestas correctas con la información dada por otra persona que no es profesional de la salud; y con 4) Avendaño Silva et al⁴⁷, quien en Lima, en el 2017, demostró que la aplicación del contenido educativo incrementó favorablemente el nivel de conocimiento y la práctica de la técnica de la lactancia materna en las madres adolescentes primíparas.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se encontró asociación estadísticamente significativa entre puérperas que se encuentran en el estrato socioeconómico 4 -5 según la Escala de Graffar y tener conocimientos incorrectos sobre lactancia materna exclusiva ($p = 0.009$, OR = 2.762, IC al 95%: 1.304 – 5.849).
- Se encontró asociación estadísticamente significativa entre las puérperas primíparas y tener conocimientos incorrectos sobre lactancia materna exclusiva ($p = 0.055$, OR = 2.238, IC al 95%: 1.009 – 4.968).
- Entre la edad y el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p = 0.461$, OR = 0.741, IC al 95%: 0.356 – 1.541).
- Entre el estado civil y el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p = 0.480$, OR = 0.597, IC al 95%: 0.142 – 2.512).
- Entre el nivel educativo y el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p = 0.130$, OR = 0.440, IC al 95%: 0.167 – 1.159).
- Entre la ocupación y el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p = 0.209$, OR = 2.485, IC al 95%: 0.740 – 8.344).
- Entre la charla previa sobre lactancia materna y el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva no se encontró asociación estadísticamente significativa ($p = 0.827$, OR = 0.871, IC al 95%: 0.363 – 2.091).

RECOMENDACIONES

- Se recomienda reforzar los conocimientos sobre lactancia materna e importancia de esta desde la etapa prenatal en aquellas puérperas que se encuentren en el estrato socioeconómico 4 – 5 según la Escala de Graffar, hallándolas mediante un pequeño test que se encuentra en la encuesta utilizada en este presente estudio.
- Se recomienda reforzar los conocimientos sobre lactancia materna e importancia de esta desde la etapa prenatal en aquellas puérperas que son primíparas, quienes pueden ser captadas desde la primera consulta prenatal.
- Se recomienda continuar reforzando los conocimientos sobre lactancia materna e importancia de esta desde la etapa prenatal tanto en las puérperas adolescentes y puérperas adultas.
- Se recomienda continuar reforzando los conocimientos sobre lactancia materna e importancia de esta desde la etapa prenatal en todas las puérperas tanto las solteras como las no solteras.
- Se recomienda continuar reforzando los conocimientos sobre lactancia materna e importancia de esta desde la etapa prenatal en las puérperas de diferentes niveles educativos.
- Se recomienda continuar reforzando los conocimientos sobre lactancia materna e importancia de esta desde la etapa prenatal en las puérperas tanto aquellas que se queden en casa y las que por fuerza mayor tengan que retomar rápidamente su actividad laboral.
- Se recomienda reforzar los conocimientos sobre lactancia materna e importancia de esta incorporando un pre y post test en las charlas sobre lactancia materna dada por los internos que rotan por Neonatología en el Hospital Vitarte para así tener un mejor control sobre los conocimientos asimilados en especial por puérperas que se encuentren en el estrato

socioeconómico 4 – 5 según la Escala de Graffar y en aquellas puérperas primíparas, dar la charla a las puérperas que son dadas de alta en su totalidad para que haya mayor adherencia de ellas a este tema. Recordar que esta labor es de todo el personal de salud que acompañe a la madre en su etapa prenatal, natal y posnatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gorrita Pérez RR. La lactancia materna, un desafío aún no superado. *Rev Cuba Pediatría*. septiembre de 2014;86(3):270-2.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 30 de enero de 2016;387(10017):475-90.
3. Chong L. Benefits of breastfeeding. *Science*. 26 de junio de 2015;348(6242):1440-1440.
4. Colin Binns, MiKyung Lee, Wah Yun Low. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia Pac J Public Health*. 1 de enero de 2016;28(1):7-14.
5. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr*. octubre de 2014;10(4):456-73.
6. Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together— It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *J Perinat Educ*. 2014;23(4):211-7.
7. Girard L-C, Doyle O, Tremblay RE. Breastfeeding, Cognitive and Noncognitive Development in Early Childhood: A Population Study. *Pediatrics*. 27 de marzo de 2017;e20161848.
8. Pérez JR, Iribar MI, Peinado JH, Miranda ML, Campoy CF. [Breastfeeding and cognitive development; interference evaluation by «5 digits test»]. *Nutr Hosp*. 2014;29(4):852-7.
9. Bäckhed F, Roswall J, Peng Y, Feng Q, Jia H, Kovatcheva-Datchary P, et al. Dynamics and Stabilization of the Human Gut Microbiome during the First Year of Life. *Cell Host Microbe*. 13 de mayo de 2015;17(5):690-703.
10. Azad M, Konya T, Persaud R, Guttman D, Chari R, Field C, et al. Impact of maternal intrapartum antibiotics, method of birth and breastfeeding on gut microbiota during the first year of life: a prospective cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1 de mayo de 2016;123(6):983-93.
11. de Jager E, Broadbent J, Fuller-Tyszkiewicz M, Skouteris H. The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. *Midwifery*. 1 de junio de 2014;30(6):657-66.
12. Fadnes LT, Nankabirwa V, Engebretsen IM, Sommerfelt H, Birungi N, Lombard C, et al. Effects of an exclusive breastfeeding intervention for six months on growth patterns of 4–5 year old children in Uganda: the cluster-randomised PROMISE EBF trial. *BMC Public Health*. 12 de julio de 2016;16:555.

13. Raheem RA, Binns CW, Chih HJ. Protective effects of breastfeeding against acute respiratory tract infections and diarrhoea: Findings of a cohort study. *J Paediatr Child Health*. 1 de marzo de 2017;53(3):271-6.
14. Wang J, Dogaru C, Pescatore A, Jurca M, Beardsmore C, Kuehni C. Association of breastfeeding and respiratory infections in infants. *Eur Respir J*. 1 de septiembre de 2014;44(Suppl 58):P3454.
15. Yamakawa M, Yorifuji T, Kato T, Inoue S, Tokinobu A, Tsuda T, et al. Long-Term Effects of Breastfeeding on Children's Hospitalization for Respiratory Tract Infections and Diarrhea in Early Childhood in Japan. *Matern Child Health J*. 1 de septiembre de 2015;19(9):1956-65.
16. Tromp I, Kieft-de Jong J, Raat H, Jaddoe V, Franco O, Hofman A, et al. Breastfeeding and the risk of respiratory tract infections after infancy: The Generation R Study. *PloS One*. 2017;12(2):e0172763.
17. Davis NL, Miller WC, Hudgens MG, Chasela CS, Sichali D, Kayira D, et al. Maternal and Breastmilk Viral Load: Impacts of Adherence on Peripartum HIV Infections Averted-The Breastfeeding, Antiretrovirals, and Nutrition Study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 15 de diciembre de 2016;73(5):572-80.
18. Meng A. Little investment in breastfeeding hurts lives, economies worldwide. *Nations Health*. 1 de octubre de 2017;47(8):24-24.
19. Haku M. Breastfeeding: factors associated with the continuation of breastfeeding, the current situation in Japan, and recommendations for further research. *J Med Investig JMI*. agosto de 2007;54(3-4):224-34.
20. Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev Prof Publ Nurs Mothers Assoc Aust*. marzo de 1999;7(1):5-16.
21. Mukunya D, Tumwine JK, Nankabirwa V, Ndeezi G, Odongo I, Tumuhamy J, et al. Factors associated with delayed initiation of breastfeeding: a survey in Northern Uganda. *Glob Health Action*. 1 de enero de 2017;10(1):1410975.
22. Bever Babendure J, Reifsnider E, Mendias E, Moramarco MW, Davila YR. Reduced breastfeeding rates among obese mothers: a review of contributing factors, clinical considerations and future directions. *Int Breastfeed J*. 1 de julio de 2015;10:21.
23. Ahmadi S, Kazemi F, Masoumi SZ, Parsa P, Roshanaei G. Intervention based on BASNEF model increases exclusive breastfeeding in preterm infants in Iran: a randomized controlled trial. *Int Breastfeed J*. 14 de noviembre de 2016;11:30.
24. Yılmaz E, Doğa Öcal F, Vural Yılmaz Z, Ceyhan M, Kara OF, Küçüközkan T. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the

- attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turk J Obstet Gynecol.* marzo de 2017;14(1):1-9.
25. McQueen K, Sieswerda LE, Montelpare W, Dennis C-L. Prevalence and Factors Affecting Breastfeeding Among Aboriginal Women in Northwestern Ontario. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1 de enero de 2015;44(1):51-68.
 26. Rasmussen B. Factors influencing breastfeeding women living with type 1 and type 2 diabetes. *Aust Nurs Midwifery J.* abril de 2016;23(9):38.
 27. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet.* 5 de julio de 2003;362(9377):65-71.
 28. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recommendations for the complementary feeding of the breastfed child. *J Pediatr (Rio J).* noviembre de 2004;80(5):s131-41.
 29. Alves ALN, de Oliveira MIC, de Moraes JR. Breastfeeding-Friendly Primary Care Unit Initiative and the relationship with exclusive breastfeeding. *Rev Saúde Pública.* diciembre de 2013;47(6):1030-40.
 30. Greaves P. Why the Politics of Breastfeeding Matter. *World Nutr.* 2017;8(1):146–147.
 31. Karkee R, Lee AH, Khanal V, Binns CW. Infant feeding information, attitudes and practices: a longitudinal survey in central Nepal. *Int Breastfeed J.* 28 de agosto de 2014;9:14.
 32. Loiselle CG, Semenic SE, Côté B, Lapointe M, Gendron R. Impressions of Breastfeeding Information and Support Among First-Time Mothers Within a Multiethnic Community. *Can J Nurs Res Arch [Internet].* 14 de abril de 2016 [citado 7 de enero de 2018];33(3). Disponible en: <http://cjnr.archive.mcgill.ca/article/view/1646>
 33. Mbada CE, Olowookere AE, Faronbi JO, Oyinlola-Aromolaran FC, Faremi FA, Ogundele AO, et al. Knowledge, attitude and techniques of breastfeeding among Nigerian mothers from a semi-urban community. *BMC Res Notes.* 21 de diciembre de 2013;6:552.
 34. Karanci G, Yenil K. Breastfeeding knowledge among working pregnant women in Turkey. *Workplace Health Saf.* abril de 2014;62(4):143-8.
 35. St. Fleur R, Petrova A. Knowledge and Perception of Breastfeeding Practices in Hispanic Mothers in Association with Their Preferred Language for Communication. *Breastfeed Med.* 2 de mayo de 2014;9(5):261-5.
 36. Ortiz B, Miguel Y, Cortina Navarro C, González Ruíz G. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: ¿LA CONOCEN LAS MADRES REALMENTE? *Rev Cuid.* julio de 2014;5(2):723-30.

37. Forero Y, Rodríguez SM, Isaács MA, Hernández JA. La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá. *Biomédica* [Internet]. 2013 [citado 7 de enero de 2018];33(4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=84329152009>
38. Medel Marambio L, Benadof D, Toro Huerta C. Breastfeeding knowledge of health professionals working in municipal healthcare centers in Maipu, Chile. *Medwave*. 06 de 2017;17(3):e6891.
39. Pérez RG, Linares DB, Rodríguez YR, Hernández ER. Conocimientos de futuras madres sobre la lactancia materna y sus ventajas. *Medimay*. 10 de marzo de 2014;20(1):77-88.
40. Gerónimo-Carrillo R, Magaña-Castillo M, Zetina-Hernández E, Herrera-Castillo Y, Contreras-Palomeque J. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. *Salud En Tabasco*. 2014;20(1):14-20.
41. Baydar Artantaş A, Kayhan Tetis B, Kılıc M, Karatas Eray İ, Cetin N, Güney S, et al. Nivel de conocimiento, actitud y experiencias de los profesionales de la salud respecto de la lactancia y la leche materna en una ciudad de Turquía: Estudio transversal. *Arch Argent Pediatría*. diciembre de 2016;114(6):514-20.
42. Huamayalli Flores M, Solís Villanueva AN. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en primigestas del Puesto de Salud San Juan. Chimbote. *Crescendo Cienc Salud* [Internet]. 31 de diciembre de 2014 [citado 7 de enero de 2018];1(2). Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/379>
43. Mejia CR, Cárdenas MM, Cáceres OJ, García-Moreno KM, Verastegui-Díaz A, Quiñones-Laveriano DM. Actitudes y prácticas sobre lactancia materna en puérperas de un hospital público de Lima, Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol*. agosto de 2016;81(4):281-7.
44. Quispe Ilanzo MP, Oyola García AE, Navarro Cancino M, Silva Mancilla JA. Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Rev Cuba Salud Pública*. diciembre de 2015;41(4):0-0.
45. Romero Ayja ME, Zaravia Antonio KL. Nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna exclusiva de las madres adolescentes que asisten al Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima [Internet] [Tesis de grado]. [Lima, Perú]: Universidad Arzobispo Loayza; 2016 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/17>
46. Vera-Romero OE. La Correcta Técnica de Lactancia Materna: Experiencia SERUMS en un Caserío Mestizo y una Comunidad Nativa de la Selva. *Rev Cuerpo Med HNAAA*. 19 de julio de 2015;6(4):43-7.

47. Avendaño Silva MJ, Medrano Auque KT. Conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva que tienen las madres adolescentes primíparas en un hospital nacional - 2017 [Tesis de grado]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017.
48. Garcia Carrion LA. Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, Lima enero 2015 [Tesis de grado]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
49. Castro Huamaní R, Ordoñez Torres LL. Actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristobal, Huancavelica - 2014 [Tesis de grado]. [Huancavelica, Perú]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2015.
50. Del Carpio Gómez JN. Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el centro de salud Nueva Esperanza 2014 [Tesis de grado]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
51. Alva Huamán JB. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres del puesto de salud San Juan – 2013 [Internet] [Tesis de grado]. [Chimbote, Perú]: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2015 [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/753>
52. England L, Brenner R, Bhaskar B, Simons-Morton B, Das A, Revenis M, et al. Breastfeeding practices in a cohort of inner-city women: the role of contraindications. *BMC Public Health*. 20 de agosto de 2003;3:28.
53. Álvarez N, Otero O, Falero G, Cádiz A, Marcet R, Carbonell AE, et al. Purificación de inmunoglobulina A secretora a partir de calostro humano. *Vaccimonitor*. diciembre de 2010;19(3):26-9.
54. Innis SM. Impact of maternal diet on human milk composition and neurological development of infants. *Am J Clin Nutr*. 1 de marzo de 2014;99(3):734S-741S.
55. Gidrewicz DA, Fenton TR. A systematic review and meta-analysis of the nutrient content of preterm and term breast milk. *BMC Pediatr*. 30 de agosto de 2014;14:216.
56. Silveira G de O, Loddi S, Oliveira CDR de, Zucoloto AD, Fruchtengarten LVG, Yonamine M. Headspace solid-phase microextraction and gas chromatography–mass spectrometry for determination of cannabinoids in human breast milk. *Forensic Toxicol*. 1 de enero de 2017;35(1):125-32.
57. Gutiérrez Gutiérrez AE, Barbosa Rodríguez D, González Lima R, Martínez Figueroa O. Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. *Rev Cuba Enferm*. abril de 2001;17(1):42-6.

58. Garayar Porta NG. Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las madres que acuden al puesto de salud Llanavilla- Villa El Salvador, 2015 [Internet] [Tesis de grado]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5295>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

METODO GRAFFAR – MENDEZ CASTELLANOS

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

NOMBRE Y APELLIDO DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL ASESOR	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	TÍTULO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS GENERAL	DISEÑO PRELIMINAR
Elizabeth Antonella Reynoso Sánchez	Dra. Sonia Hermoza del Pozo	¿Cuáles son los factores asociados al nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018?	Factores asociados al nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el hospital vitarte, enero 2018	Determinar cuáles son los factores asociados al nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.	Determinar la asociación entre la edad y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.	<p>H_a: Los factores evaluados están asociados al nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte, 2017.</p> <p>H₀: Los factores evaluados no están asociados al nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte, 2018.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativo • Observacional • Analítico • Transversal.
					Determinar la asociación entre el estado civil y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.		
					Determinar la asociación entre nivel educativo y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.		
					Determinar la asociación entre la ocupación y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.		
					Determinar la asociación entre nivel socioeconómico y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.		
					Determinar la asociación entre la paridad y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.		
					Determinar la asociación entre haber recibido la charla sobre lactancia materna y nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las puérperas atendidas en el Hospital Vitarte durante el mes de enero de 2018.		

ANEXO 02: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición	Tipo de Variable Relación y Naturaleza	Categoría o Unidad
Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las puérperas	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori) sobre lactancia materna.	Puntaje obtenido al contestar la encuesta sobre conocimientos sobre lactancia materna exclusiva	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de lactancia materna <ul style="list-style-type: none"> • Importancia • Cantidad • Ventajas • Técnica de amamantamiento • Extracción manual de leche y conservación 	Nominal / Dicotómica	Dependiente / Cualitativa	Correcto / Incorrecto
Edad materna	Tiempo de vida en años cumplidos de la persona evaluada.	Número de años indicado en la encuesta.	Unidimensional	De razón / Discreta	Independiente / Cuantitativa	Años
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado civil consignado en la encuesta.	Unidimensional	Nominal / Politémica	Independiente / Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente • Divorciada • Viuda • Otro
Nivel educativo	Puede tener lugar en contextos formales o informales. La educación formal está comúnmente dividida en varias etapas, como preescolar, escuela primaria, escuela secundaria y luego el colegio, universidad o magistrado.	Nivel educativo consignado en la encuesta	Unidimensional	Nominal / Politémica	Independiente / Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior
Ocupación	Rol ocupacional social (trabajo) realizado en virtud de un contrato formal o de hecho, individual o colectivo, por el que se recibe una remuneración o salario.	Ocupación consignada en la encuesta	Unidimensional	Nominal / Politémica	Independiente / Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Comerciante • Limpieza • Otros
Nivel socioeconómico	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.	Nivel socioeconómico consignado mediante el test de Graffar en la encuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Profesión del jefe del hogar • Nivel de instrucción de la esposa/o o conyugue • Principal fuente de ingreso del hogar • Condiciones de alojamiento 	Nominal / Politémica	Independiente / Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • I • II • III • IV • V
Paridad	Número de partos previos.	Paridad consignada en la encuesta	Unidimensional	Nominal / Dicotómica	Independiente / Cualitativa	- Primípara
Charla previa	Presentación de tipo oral por parte de una determinada persona, en relación a un tema específico, y generalmente con apoyo de medios gráficos, visuales, y de amplificación de la voz.		Unidimensional			- Multípara

ANEXO 03: MÉTODO GRAFFAR – MENDEZ CASTELLANOS

VARIABLES	PUNTAJE	ITEMS
1. PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad. Oficiales de las Fuerzas Armadas (Si tienen un rango de Educación Superior).
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
2. NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	1	Enseñanza universitaria o su equivalente.
	2	Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
	4	Enseñanza primaria, o analfabeta (con algún grado de instrucción primaria).
	5	Analfabeta.
3. PRINCIPAL FUENTE DE INGRESO DE LA FAMILIA	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
	3	Sueldo mensual.
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen público o privado.
4. CONDICIONES DE ALOJAMIENTO	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
	2	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujos sin exceso y suficientes espacios.
	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

ANEXO 04: ENCUESTA

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS DE LACTANCIA MATERNA

Estimada paciente: Su participación en el llenado de esta encuesta es voluntaria, con su participación entendemos que brinda su consentimiento para participar en la investigación. Los datos que proporciona son anónimos y confidenciales.

Paridad (esta parte la llena el encuestador): G_P_____ Edad: _____ (años cumplidos)

Ha recibido una charla de lactancia materna antes de su alta: Si () No ()

Estado civil: Casada () Soltera () Conviviente () Divorciada () Viuda ()

Padece de alguna enfermedad crónica: No () Si (), cuál: _____

Padece de alguna enfermedad psiquiátrica: No () Si (), cuál: _____

¿Cuál es su ocupación? _____

¿Cuál es su nivel educativo? Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior () Ninguno ()

A continuación, por favor marque la alternativa más cercana a la realidad

ESTRATO	TOTAL DE PUNTAJE OBTENIDO
ESTRATO I	4-6
ESTRATO II	7-9
ESTRATO III	10-12
ESTRATO IV	13-16
ESTRATO V	17-20

VARIABLES	PUNTAJE	ÍTEMS
1. Profesión del jefe de familia.	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2. Nivel de instrucción de la madre.	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3. Fuente de ingreso (o Modalidad de ingreso)	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4. Condiciones de alojamiento.	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

1. ¿Qué es Lactancia Materna exclusiva?

- a) Es la técnica de amamantar en el vínculo madre – niño
- b) Es la cantidad de leche que producen los pechos
- c) Es proporcionar al recién nacido los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.
- d) Es cuando el bebé se alimenta solo con la leche de su madre.

2. ¿Hasta cuándo se dice lactancia materna exclusiva?

- a) Hasta el primer año de edad
- b) Hasta los seis meses de edad
- c) Hasta los dos años de edad
- d) Hasta el primer mes

3. ¿Por qué es importante la lactancia materna?

- a) Ayuda al crecimiento inmediato del recién nacido
- b) Contiene los nutrientes que lo protegen de las enfermedades
- c) Puede ser reemplazada por formulas
- d) No es de mucha importancia

4. ¿Que debe recibir el bebe si presenta diarrea?

- a) agua de arroz
- b) leche evaporada
- c) lactancia materna
- d) otro:.....

5. ¿Cuál es la frecuencia de la Lactancia Materna durante el día?

- a) Dos horas a tres horas
- b) Seis horas a siete horas
- c) Dos veces al día
- d) Cuatro veces al día

6. ¿Cómo se produce la Leche Materna?

- a) Cuando el niño succiona
- b) La leche baja sola
- c) Cuando el bebe duerme
- d) Cuando se extrae la leche

7. ¿Para que la succión resulte efectiva principalmente debe haber?

- a) Buen acoplamiento correcto con la boca del niño y el seno materno.
- b) Llenado de leche en los senos maternos
- c) Posicionamiento del cuerpo del bebe
- d) Ambiente agradable

8. ¿cuáles son las ventajas de la leche materna? Marca los verdaderos o falso

- a) Mejora el vínculo madre e hijo ()
- b) Protege de enfermedades a la madre ()
- c) Tiene menos costo ()
- d) Ayuda al adelgazamiento a la madre ()

9. El calostro facilita la evacuación de:

- a) Meconio (deposición oscura)
- b) Gases
- c) Deposición amarilla
- d) Sangre

10. Marque la gráfica correcta de cómo debe colocar la boca de su bebe al pecho para la lactancia:



()



()

11. Para interrumpir la succión del bebe cuando está lactando:

- a) Jala Ud. el pezón para que el bebe lo suelte
- b) Introduce un dedo en su boquita para que suelte el pezón
- c) Pellizca al bebe para que suelte el pezón
- d) otro:.....

12. Si Ud. trabajará o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar al bebe, menor de 06 meses?

- a) Tendría que darle leche artificial.
- b) Tendría que darle leche materna mientras este con mi bebe y leche artificial cuando me separe de él.
- c) Preferiblemente tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.
- d) Dándole leche materna, leche formula y agüitas.

13. La leche materna guardada a temperatura ambiente (sin ser refrigerada) dura hasta:

- a) Hasta 1 hora.
- b) Hasta 8 horas
- c) Hasta 9 horas
- d) No Sabe

14. La leche guardada en la refrigeradora dura hasta:

- a) Hasta 24 horas
- b) Hasta 36 horas
- c) Hasta 72 horas
- d) Hasta 12 horas

Gracias por su participación...

ANEXO 05: VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

En la investigación “CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD LLANAVILLAVILLA EL SALVADOR, 2015”, la autora Nina Giovanna Garayar Porta utilizó la técnica de recolección de datos: encuesta mediante el instrumento: cuestionario, que consta de presentación, instrucciones, datos generales (05 preguntas), y datos específicos (14 preguntas); el cual fue sometido a juicio de expertos conformado por 08 Licenciadas en Enfermería: 01 Enfermera Neonatóloga, 05 Enfermeras del Área de Crecimiento y Desarrollo, 02 Docentes de investigación de la UNMSM. Siendo procesada la información en la tabla de concordancia y prueba binomial (Imagen 1). Posterior a ello se realizó la prueba piloto para determinar la validez y confiabilidad estadística. Luego de realizar los ajustes al instrumento se realizó la prueba piloto a fin de determinar la validez mediante la prueba ítem test coeficiente de correlación de Pearson en el cual la $r > 0.2$ los ítems son válidos (Imagen 2) y la confiabilidad estadística mediante la prueba de Kuder de Richardson, para lo cual se obtuvo un valor > 0.5 (Imagen 3).

Imagen 1:

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS									
ITEMS	N° DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5.	1	0	1	1	1	1	1	1	0.035
6.	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
7.	1	1	0	1	1	1	1	1	0.035

Favorable = 1 (si)
Desfavorable = 0 (no)

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa.

Imagen 2:

VALIDEZ ESTADISTICA - CUESTIONARIO

Para la validez de los ítems del cuestionario se solicitó la opinión de los jueces de expertos y se aplicó la fórmula "r de Pearson" en cada uno de los ítems de los resultados de la prueba piloto aplicado a 15 madres, obteniéndose:

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum x_i) (\sum y_i)}{\sqrt{N (\sum x_i^2) - (\sum x_i)^2} \sqrt{N (\sum y_i^2) - (\sum y_i)^2}}$$

ITEM	PEARSON
1	0.3
2	0.5
3	0.4
4	0.4
5	0.5
6	0.3
7	0.2
8	0.2
9	0.3
10	0.4
11	0.2
12	0.4
13	0.4
14	0.5

Donde $r > 0.20$ el instrumento es válido, Por lo tanto el instrumento según el coeficiente de Pearson es válido

Imagen 3:

CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba a 15 madres se midió con el coeficiente de confiabilidad de K-R, cuya fórmula es:

$$K \rightarrow R = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum p \cdot q}{S^2} \right]; \text{ Donde } K \rightarrow R > 0.5; \text{ para que sea confiable}$$

K = Nº de ítems
 S² = varianza de prueba
 p = Proporción de éxito
 q = proporción donde se identifica el atributo

Donde:
 K = 14
 S² = 5.3
 Σ p.q = 0.5

Reemplazando:

$$K - R = \frac{14}{13} \left(1 - \frac{0.5}{5.3} \right)$$

$$K - R = 1.07(1 - 0.09)$$

$$K - R = 0.97$$

K → R = *instrumento confiable

ANEXO 06: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VITARTE, ENERO 2018”. Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y, teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además, confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome la máxima confidencialidad.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada usuaria:

La investigadora del proyecto para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con Ud. a guardar la máxima confidencialidad de la información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán en lo absoluto.

Atte.: Elizabeth Antonella Reynoso Sánchez