

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA
EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL
CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO – DISTRITO GREGORIO
ALBARRACIN LANCHIPA – TACNA – 2014”**

TESIS

Presentada por:

Bach. Luz Eliana Pongo Pari

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA
EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL
CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO – DISTRITO GREGORIO ALBARRACIN
LANCHIPA – TACNA – 2014”**

TESIS

Presentada por:

BACH. LUZ ELIANA PONGO PARI

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobado por: UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:




Mgr. Nérída Pérez Cabanillas
Presidenta



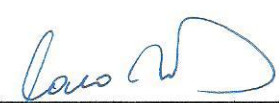
Dra. Gema Natividad Sologuren García
Jurado



Lic. Edith Godoy Gonzáles
Jurado



Mgr. Gladys Concori Cori
Asesora de tesis interna



Obst. Fary Estela Jaramillo Gonzáles
Asesora de tesis externa

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso por haberme encaminado, por darme la fuerza de seguir adelante, por haberme dejado llegar en este lugar, en el momento preciso de mi vida y por concederme salud para lograr mis objetivos.

A mis padres por haberme apoyado en todo momento y aspecto, dándome motivación constante en los momentos de dificultad de poder seguir adelante.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi hijo Alex Gabriel que con su nacimiento me impulso, me alentó a seguir adelante, día a día te veo crecer, eres el brillo de mis ojos y la risa que irradas es el paso de ser perseverante cada día.

A mi padre Víctor Pongo que con su impulso de ganador me motivo a seguir luchando en el camino y apoyarme en todo aspecto y sentido.

A mi madre Bertha Pari que cada día estuvo dándome el aliento necesario de seguir adelante, por los valores que me inculcaron y la actitud positiva de ver las cosas.

A las obstetras del Centro de Salud San Francisco que me permitieron entrar a cada uno de sus servicios y las puertas de sus corazones por la infinita confianza que me brindaron y la motivación que desbordan.

Los amo, muchas gracias por guiarme a la luz de la meta realizada y que en este caso es recién el comienzo de una nueva etapa en mi vida.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
RESUMEN	xviii
ABSTRACT	xix
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1	Descripción del problema	4
1.2	Formulación del problema	9
1.3	Justificación de importancia	9

1.4	Objetivos	12
	1.4.1 Objetivo general	12
	1.4.2 Objetivo específico	12
1.5	Hipótesis	13

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1	Antecedentes del problema	14
	2.1.1 En el ámbito internacional	14
	2.1.2 En el ámbito nacional	19
	2.1.3 En el ámbito local	22
2.2	Bases teóricas	23
	2.2.1 Lactancia materna	23
	2.2.1.1. Inicio de la lactancia materna	24
	2.2.1.2. Frecuencia de la lactancia materna	25
	2.2.1.3. Composición de la leche materna	26

2.2.1.4. Condiciones bioquímicas de la leche materna	28
2.2.1.5. Producción de la leche materna	31
2.2.1.6. Beneficios de la lactancia materna	33
2.2.1.7. Mitos y creencias	34
2.2.1.8. Técnica de amamantamiento	36
2.2.1.9. Posturas para amamantar	38
2.2.1.10. Extracción manual de la leche materna	40
2.2.1.11. Conservación de la leche materna	41
2.2.1.12. Diez pasos de la lactancia materna	43
2.2.1.13. Norma técnica de la lactancia materna	44
2.2.2 Conocimiento	46
2.2.3 Actitud	48
2.3 Definición de términos	49
2.3.1 Lactancia materna	49
2.3.2 Puerperio	49

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1	Tipo de investigación	51
3.2	Diseño de investigación	51
3.3	Población y muestra	52
3.3.1	Población	52
3.3.2	Muestra	52
3.3.2.1	Criterio de inclusión	53
3.3.2.2	Criterio de exclusión	54
3.4	Operalización de variables	54
3.4.1	Variable independiente	56
3.4.2	Variable dependiente	56
3.5	Técnica e instrumento de recolección de datos	57
3.6	Procesamiento e interpretación de datos	60

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1	Análisis e interpretación de resultados	62
4.2	Proceso de contrastación de hipótesis	92
	DISCUSIÓN	98
	CONCLUSIONES	105
	RECOMENDACIONES	106
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
	ANEXOS	113

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1: EDAD DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	63
TABLA N° 2: ESTADO CIVIL DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	66
TABLA N° 3: NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	69
TABLA N° 4: PARIDAD DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	72

TABLA N° 5:	OCUPACIÓN DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	75
TABLA N° 6:	NIVEL DE CONOCIMIENTO HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	78
TABLA N° 7:	NIVEL DE ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	81
TABLA N° 8:	NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN CARACTERÍSTICAS MATERNAS HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	84

TABLA N° 9: ANÁLISIS ESTADÍSTICO NIVEL DE CONOCIMIENTO ASOCIADO A LA ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014

93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 1: EDAD DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	65
GRÁFICO N° 2: ESTADO CIVIL DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	68
GRÁFICO N° 3: NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	71
GRÁFICO N° 4: PARIDAD DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	74

GRÁFICO N° 5:	OCUPACIÓN DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	77
GRÁFICO N° 6:	NIVEL DE CONOCIMIENTO HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	80
GRÁFICO N° 7:	ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	83
GRÁFICO N° 8:	NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EDAD HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014	87

- GRÁFICO N° 9: NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN ESTADO CIVIL HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014 88
- GRÁFICO N° 10: NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014 89
- GRÁFICO N° 11: NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN OCUPACIÓN HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014 90

- GRÁFICO N° 12: NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN PARIDAD HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014 91
- GRÁFICO N° 13: ANÁLISIS ESTADÍSTICO NIVEL DE CONOCIMIENTO ASOCIADO A LA ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014 97

RESUMEN

El objetivo del presente estudio de investigación es: Determinar si el nivel de conocimiento se asocia a la actitud hacia la lactancia materna en las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014. Es un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La muestra está conformada por 284 puérperas, según criterios de inclusión y exclusión que se encontraron en el Centro de Salud San Francisco. Los resultados obtenidos son: que el nivel de conocimiento en las puérperas es un nivel alto (67,30%), seguido del nivel bajo (21,10%) y solo uno presento un nivel medio (11,60%). Con respecto a la actitud se obtuvo que la mayoría de las puérperas tienen una actitud medianamente favorable (52,10%), favorable (27,80%) y desfavorable (20,10%). En la relación entre conocimiento y actitud sobre la lactancia materna se obtuvo que las puérperas con conocimiento alto tenían una actitud medianamente favorable (44,70%), bajo (3,90%) y medio (3,50%). En cambio las puérperas con conocimiento bajo tenían como actitud desfavorable (11,30%), alto (6,0%) y medio (2,80%). Por tanto podemos decir que existe asociación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la lactancia materna ($P=73,367$).

PALABRAS CLAVES: Lactancia materna, conocimiento y actitud.

ABSTRACT

The aim of this research study is to: Determine if the level of knowledge is associated with the attitude towards breastfeeding in postpartum women attending the maternal control at the Health Centre District San Francisco Gregorio Albarracin Lanchipa Tacna, 2014. This is a descriptive, prospective and cross-sectional study. The sample comprised 284 postpartum women, according to inclusion and exclusion criteria that were found in the San Francisco Health Center. The results are that the level of knowledge in postpartum women is high (67,30%), followed by low (21,10%) and only one had an average level (11,60%). Regarding the attitude was obtained that most of women have a fairly favorable attitude (52,10%), pro (27,80%) and unfavorable (20,10%). In the relationship between knowledge and attitude about breastfeeding it was obtained that the group with high knowledge had a fairly favorable attitude (44,70%), low (3,90%) and medium (3,50%). Instead the group with low knowledge had as unfavorable attitude (11,30%), high (6,0%) and medium (2,80%). Therefore we can say that there is an association between the level of knowledge and attitude towards breastfeeding ($P=73,367$).

KEYWORDS: Breastfeeding, knowledge and attitude.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un acto natural para asegurar un estado nutricional satisfactorio. La OMS y la UNICEF recomienda la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, sin recurrir a ningún otro alimento y a partir del séptimo mes mantener la lactancia el tiempo que la madre y el hijo desean y complementada con otros alimentos pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más (1).

Se ha constatado que los lactantes que no son amantando, han sido afectado entre 44% y 56% en más de una década, entre 1996-2013, siendo preocupante con el aumento progresivo de las cesáreas (actualmente a 26,5%), que a su vez influye un impacto tardío en el desarrollo precoz de la lactancia materna durante la primera hora (2).

La lactancia materna tiene múltiples beneficios en la salud infantil, disminuyendo la morbilidad y mortalidad neonatal, el desarrollo intelectual y motor del recién nacido. También beneficia la salud materna, perdiendo el peso ganado durante el embarazo más rápidamente, induciendo la involución uterina, pretendiendo la salida precoz de la placenta y un menor sangrado postparto, previniendo la anemia y depresión postparto entre otras bondades (3). Adicionalmente beneficia psicológicamente el

vínculo afectivo madre - hijo, favorece el espaciamiento de los nacimientos y reduce la tasa de fecundidad, el inhibir la menstruación y ovulación, permite ahorrar dinero por lo que es un recurso natural y renovable (4).

La presente investigación es un estudio descriptivo, prospectivo, no experimental y de corte transversal, que se plantea responder la interrogante ¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud hacia la lactancia materna en las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014?, ello nos permite conocer la realidad de nuestra localidad y poder determinar la importancia del amamantamiento.

La motivación de esta investigación se centra en la importancia de la Lactancia Materna Exclusiva considerando que la leche materna es el recurso natural, único e imprescindible para la alimentación y bienestar del recién nacido, brindando protección contra las enfermedades, lo que significa que; la variables nivel de conocimiento y la actitud abordan dimensiones concernientes a la lactancia materna, frecuencia de mamada, extracción, importancia, técnica de la lactancia materna, conservación de la leche materna, diez pasos de la lactancia materna y Norma Técnica de la lactancia materna .

Finalmente la presente investigación está dividida en base a cuatro capítulos: el primero constituido por el problema de investigación, el segundo presenta el marco teórico, el tercer capítulo por el marco metodológico, posteriormente el cuarto capítulo trata de los resultados y la discusión de los mismos. Finalmente se ha consignado las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La lactancia materna exclusiva es el pilar fundamental para la alimentación del recién nacido, es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica la lactancia materna durante la primera hora de nacido del niño(a). En el Perú anualmente ocurren 11,760 defunciones en menores de 5 años, de los que 9,560 son menores de un año (mortalidad infantil). Un 52% de las muertes infantiles (5,040) ocurren durante el primer mes de vida (muertes neonatales). A fines del año 2012, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal del Ministerio de Salud reporto 3,384 defunciones de recién nacidos, siendo predominantes las defunciones en los primeros siete días de nacidos (81%) (5).

Posteriormente se ha visto afectado entre 44% y 56% en más de una década, entre 1996-2013, siendo preocupante con el aumento progresivo de las cesáreas (actualmente a 26,5%), que a su vez influye un impacto en el desarrollo de la lactancia materna durante la primera hora.

Pues los partos institucionales, bajo la modalidad de cesáreas se vienen incrementando, de 16,9% en el año 2007 a 26,5% en el año 2013. Este aumento del porcentaje de la cesárea es mayor en las áreas urbanas del país, representando el 33,5% a diferencia de lo acontecido en las áreas rurales que solo significa el 11,5%. Por ámbito geográfico, el parto vía cesárea es mayor en la costa con 36,2%, seguido de la sierra con 16,6% y, la selva con 14,4%. A nivel departamental, las cifras se elevan en los casos de Tumbes (44,4%), Lambayeque (38,2%), Lima (38%), Moquegua (36,4%), Arequipa (34,4%) y Tacna (33,8%). Como precisa la OMS no más del 10-15% de partos podrían requerir una cesárea, por tanto, el Perú excede el promedio (2).

Según la Encuesta Nacional Demográfica y Salud Familiar (ENDES/INEI), la prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en menores de 6 meses se incrementó de 52,7% en 1996 a 69,9% en el año 2009.

Actualmente en el Perú, en el ámbito urbano, el índice de lactancia materna exclusiva aumento de 61,8% en 2012 a 64% en 2013, el mismo nivel que tenía el año 2011, mientras en la zona rural subió de 78,6% a 82%, luego de haber bajado el año anterior de 80,5 a 78,6%, y a nivel nacional de 67,6% en el año 2012 a 72,3% en 2013.

En cuanto a la lactancia materna en la primera hora de vida, los niveles se muestran favorables en los años anteriores. En 2011 alcanzó un 50%, para incrementarse a un 55% en 2012 y luego subió a 56% en 2013 (6).

En Tacna 99,1 por ciento de las niñas y niños que nacieron en los cinco años anteriores a la Encuesta 2012 han lactado alguna vez. Según características el porcentaje fue mayor en las niñas (100 por ciento) que en los niños (98,3 por ciento). Asimismo, se encontró el mayor porcentaje entre las hijas e hijos de madres con educación primaria y superior y entre aquellas ubicadas en los quintiles de riqueza segundo y cuarto (100 por ciento en cada caso). Por área de residencia el 100 por ciento de niñas y niños residentes de área rural y el 99,0 por ciento de las y los residentes en el área urbana lactaron alguna vez.

El 46,2 por ciento de niñas y niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, esta proporción ascendió a 91,3 por ciento dentro del primer día. En relación a los valores observados en el año 2009, la lactancia en la primera hora de nacido aumento en 3,3 puntos porcentuales, en tanto que el porcentaje de niñas y niños el primer día que lactaron disminuyo en 1,3 puntos porcentuales.

El inicio adecuado (dentro de la primera hora de nacido) de la lactancia materna se presentó en mayor porcentaje entre niñas y niños del segundo quintil de riqueza (55,1 por ciento) y de madres con educación primaria (55,0 por ciento). Por área de residencia, fue mayor en el área rural (64,4 por ciento). Y las niñas y niños ubicados en el quintil superior de riqueza (33,0 por ciento), cuyas madres tenían educación superior (35,2 por ciento) (7).

En el Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa de Cono Sur Tacna, cabe el hecho resaltar que alguna madres al parecer no poseen conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna y que favorece el desarrollo intelectual del sistema nervioso, la agudeza visual de tal manera protege al recién nacido de posibles alergias y por ende la falta de desconocimiento de su importancia sobre la lactancia materna, que se manifiesta el mal uso del procedimiento de dar de lactar a sus bebes (falta de inexperiencia).

Otras piensan que se vea afectado su figura concernientemente a sus senos y otras veces posiblemente el estrés.

Por otro lado las madres que trabajan fuera del hogar, tienen la necesidad de asistir a sus centros laborales público y privados ven al biberón como la manera más fácil y practica a su problema, creyendo que es la mejor alternativa en alimentar a sus hijos, cambiando su leche materna por una artificial por el motivo que "*no les alcanza el tiempo*". Y sin medir las consecuencias de sus actos que esto podría ocasionar posible diarreas a sus bebés.

Asimismo la actitud en muchos casos, no propicia que la madre adopte conductas de amamantamiento o de continuar con ello, lo cual tienen la probabilidad de contraer enfermedades y si practican el amamantamiento hasta los seis primeros meses de vida están mejor nutridos que en los que reciben leche artificial. Por tal motivo la alimentación con biberón representa una grave amenaza para la vida y la salud de miles de recién nacidos.

1.2 Formulación del problema

Lo anteriormente expuesto nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud hacia la lactancia materna en las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014?

1.3 Justificación e importancia del problema

Frente a la problemática de la lactancia materna se ha visto la asistencia del parto en instituciones de salud que no promueven la LM después del periodo expulsivo la separación del recién nacido de su madre “abandono precoz de la lactancia materna”. Según ENDES 2013 la desnutrición se inicia ente los 6 y 24 meses de edad y prácticamente se completa entre los 24 y 36 meses de edad. De tal manera las madres no dan de lactar a sus recién nacidos exclusivamente con leche materna pues se inicia la incorporación de alimentos sólidos y semisólidos a la alimentación del niño e fin de incrementar la densidad energética de la misma. En esta etapa la madre por desconocimiento, inadecuado cuidado o falta de capacidad adquisitiva para la alimentación no provee

adecuadamente los nutrientes a sus niños, por otro lado, se conjuga también el hecho que los niños viven en condiciones inadecuadas de salubridad, comienzan a presentar episodios de EDAS e IRAS que contribuyen a la pérdida de peso y afectándose el crecimiento y desarrollo intelectual (8).

La primera mamada; es un acto de importancia capital, lo ideal es que todo niño sea alimentado al seno materno, pero lamentablemente el modernismo introdujo la separación; la madre del recién nacido y desde muy temprano alimentarlo con biberón el “deteste precoz de la lactancia materna” y creyendo que la LM podría afectar en relación a su belleza corporal. Hoy sabemos que lo más importante es el contacto inmediato (piel a piel) del “binomio madre e hijo”.

Por lo tanto el amamantamiento en los lactantes, los protege de enfermedades infecciosas, asegura su desarrollo y crecimiento óptimo, potenciando su capacidad de aprendizaje y rendimiento intelectual, caso contrario, de los que no reciben lactancia materna. La lactancia materna no solo beneficia al recién nacido sino también beneficia a la madre en el momento del parto se inicia la lactancia en los primeros minutos de nacido el bebé, el útero de la madre se contrae fuertemente (contracciones uterinas) y disminuye la

hemorragia post parto. Y por otro lado menor riesgo de presentar cáncer de mama y ovarios.

Todo lo mencionado anteriormente son razones suficientes que justifican el desarrollo del presente trabajo investigado, porque se observó que es un problema de salud silencioso pero de fuerte impacto, por lo que tiene relevancia científica, pues permitirá tener nuevos datos que demuestren la realidad sobre lactancia materna en el departamento de Tacna. En referencia a lo social contribuirá a aportar estrategias para solucionar problemas vitales en la salud del recién nacido que son causantes de la morbilidad infantil y neonatal, se debería reconocer las estrategias: del acceso a planificación familiar, inicio precoz de la atención prenatal con calidad, atención de parto por el personal calificado/institucional y el inicio precoz de la lactancia materna. Y concernientemente en lo personal contribuye académicamente por lo que se considera un estudio de utilidad práctica, metodológica y teórica que en todas las personas que trabajan en el área.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar si el nivel de conocimiento se asocia a la actitud hacia la lactancia materna en las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.

1.4.2 Objetivo específico

- Determinar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna de las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.
- Identificar la actitud del porque practican o no la lactancia materna las mujeres de postparto que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.
- Identificar el nivel de conocimiento según las características maternas sobre la lactancia materna de las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.

1.5 Hipótesis de la investigación

H1: El nivel de conocimiento sobre la lactancia materna se asocia significativamente con la actitud en las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.

H0: El nivel de conocimiento sobre la lactancia materna no se asocia significativamente con la actitud en las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

2.1.1 En el ámbito internacional

GUERRERO CISNEROS J., VERA BERMEJA J. (Ecuador), 2013. Realizaron un estudio titulado "*Nivel de conocimientos sobre lactancia materna en madres adolescentes*". En la Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo, encontraron que las edades de las madres variadas entre 14 a 19 años, las más frecuentes son las que presentan 19 años de edad (26%) y las de 14 años en un (9%), posteriormente con respecto a la paridad el 27% son multíparas y el 73% son primíparas. De tal manera el nivel de conocimiento de las madres adolescentes es en 55% nivel malo, el 19% es regular, el 21% es bueno y el 5% es excelente. Y con respecto a la actitud se encontró que el 15% tiene una actitud muy desfavorable, el 9% una actitud desfavorable, un 26% favorable y un 64% presentaron una actitud muy favorable (9).

GERÓNIMO CARRILLO R.; MAGAÑA CASTILLO M.; ZETINA HERNÁNDEZ E.; HERRERA CASTILLO Y.; CONTRERAS PALOMEQUE J. (México), 2013. Realizaron una investigación titulado *“Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un Hospital de tercer nivel”*. En el servicio de tamiz neonatal del HRAEM del estado de Tabasco durante el periodo de Julio-Agosto de 2013, encontraron que de las 300 mujeres de post parto que asistieron a consulta externa en el servicio de tamiz neonatal del HRAEM del estado de Tabasco, con respecto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna el 67.3% fue regular y el 24% alto. La actitud hacia la lactancia fue favorable en un 67.3% y desfavorable en un 24%. En relación a la práctica, el 89% reportó una lactancia materna exclusiva. El 90.7% practican la lactancia materna debido a que perciben una protección adecuada contra enfermedades. Por lo que se concluye que presentan un nivel regular en conocimiento concerniente a la lactancia materna de las mujeres en periodo posparto, reportando un deseo favorable para amamantar a sus hijos (10).

ZIMMERMANN C. R., MEDINA PINTO S. ORTIZ GAVILAN A.V., MIÑO C. (2010), Argentina, realizaron un estudio titulado *“Conocimientos sobre la lactancia materna en puérperas de la ciudad de resistencia en el año 2010”*. Investigaron que de 364 puérperas de postparto, referente al nivel de conocimientos: deficiente 12,09%; regular el 70,33%; bueno 17,58%. conocimientos deficientes: solteras 36,4%; casadas 9%; concubinato 54,6%. conocimiento regular: solteras 34,4%; casadas 9,4%; 56,2% concubinato. Conocimiento bueno 17,58%, conocimientos deficientes: solteras 36,4%; casadas 9,4%; 56,2% concubinato. Conocimiento bueno: 25% solteras, 25% casadas; 50% unión libre. Número de gestaciones, en nivel deficiente: 91% primíparas, 9% multíparas; en nivel regular 51,6% primíparas, 48,4% multíparas; en nivel bueno 25% primíparas, 75% multíparas. Nivel deficiente: el 100% educación primaria incompleta; de nivel regular completaron primaria 42,2%; secundaria 48,5%; terciaria 3% y 6,3% sin nivel educacional. De buen conocimiento 68,7% completó primaria, 18,8% secundaria y el 12,5% terciaria. Por lo que se concluye que la edad, nivel de

escolarización y paridad se asocia con conocimientos más extensos y seguros acerca de LM (11).

LÓPEZ N. Y PRADA G. (Santiago-Chile), 2009. Realizaron un estudio titulado *“Conocimiento y actitudes, practicas relacionadas con el uso de la primera leche en madres primerizas del asentamiento las marías del municipio de girón, Santander”*. El diseño fue descriptivo de corte transversal, el universo de muestra estuvo constituido por 96 madres, se les realizó una encuesta como resultado obtenido fue 13% tenía conocimientos sobre la primera leche, un 49% no conocía los componentes la primera leche materna. El tiempo promedio del calostro es de cuatro días. Concluyendo en proporciones considerables de mujeres que dieron LM durante los primeros días después del parto (12).

GAMBOA E., LÓPEZ N., PRADA G. Y GALLO K. (Chile), 2008. Realizaron un estudio titulado *“Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable”*. Investigaron que solo el 13% tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar, un 49% no conocía los métodos de conservación

de la leche materna, el 69,8% tiene una actitud de apoyo cuando ve a una familia lactando (13).

CARRASCO NEGUÉ K. Y CÓRDOVAN VELÁSQUEZ K.

(Chile), 2007. realizaron un estudio titulado *“Asociación entre el deteste y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida, CESFAM Panguipulli Noviembre - Diciembre del 2006”*. Hicieron un estudio y encontraron que de las 22 mujeres que encuestaron el 36,4% mantuvo LME por 6 meses. El deteste precoz se asoció significativamente con el embarazo no planificado, por otro lado todas las mujeres solteras el 80% estudian o trabajan fuera del hogar detestaron precozmente. En cuanto a los conocimientos respecto a la LME el 59,1% tenían un nivel de conocimiento suficiente y el 36,4% insuficiente sobre los beneficios de la LME, posteriormente en cuanto a las creencias muestran desfavorables para la LME, se relacionaron directamente con el deteste precoz y con respecto a la actitud ante la LME, un 68,2% mostraron una actitud muy favorable y el 60% detestaron precozmente (14).

2.1.2 En el ámbito nacional

VERAMENDI ESPINOZA L., ZAFRA TANAKA JH., UGAZ SOTO LM, VILLA SANTIAGO NM., TORRES BRAVO L., PINTO ARICA A., MORAS ROSADO MMA. (Lima), 2012. Realizaron una investigación titulada “*Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa*”. En el centro poblado Huaylas, Áncash de 34 madres de niños menores de 2 años, el 41,2% de la población materna presento conocimientos bajos sobre la lactancia materna; el 35,3% medios y el 23,5% altos. Y en cuanto a la actitud el 58,8% presentaron neutra y el 20,6% favorable y prácticas neutras en 64,7% e inadecuadas en 23,5%. No se encontró correlación entre conocimiento, actitudes y prácticas de lactancia materna con diarreas agudas infecciosas (15).

DELGADO MARRUFFO L. Y NOMBERRA PUELLES F. (Chiclayo), 2012 realizaron una investigación titulada “*Nivel de conocimiento de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva HRDLM-Chiclayo*”, 2012. En el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM), de 124

madres adolescentes encuestadas el 58% presentaban entre 15 a 17 años; el 19% entre 18 y 19 años; el 48,4% de madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimientos y solo el 10,5% un nivel alto; sin embargo 70% no manifiestan la duración adecuada, 62,9% no posicionan adecuadamente al bebé, 75,8% no muestran adecuada postura y 64.5% no controlan la frecuencia de amamantamiento. Se afirma que la práctica está ligada con el nivel de conocimientos (16).

ZAPATA F. (Piura), 2011. con su trabajo de investigación titulado *“Conocimiento y práctica que tienen las madres primerizas acerca de la precoz lactancia (calostro) en el servicio de maternidad del hospital apoyo nivel II de Sullana”*. Realizo una encuesta que de 60 madres se observa que el 50% de las madres primíparas del servicio de maternidad del hospital de apoyo nivel II Sullana tienen un nivel de conocimiento regular sobre la precoz lactancia, el 13,33% presenta un nivel deficiente y el 36,67% bueno. Concluyendo sobre el nivel de práctica del al precoz lactancia después del parto se encuentra que es inadecuado en un 75% mientras que el 25% presenta una adecuada practica sobre la precoz lactancia (17).

VÁSQUEZ DELGADO R. (Lima), 2009. con su trabajo de investigación titulado *“Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis-2009”*. En el Centro de Salud San Luis, encontraron que de las 60 madres que acuden; el 40% tienen conocimiento medio, el 16,7% es bajo y el 43,3% es alto. En cuanto a la actitud el 50% medianamente es favorable, el 20% desfavorable y el 30% son favorable. Por lo que concluye que un porcentaje considerable (56.7%) de madres tiene un conocimiento medio y bajo respecto a la lactancia materna relacionado a que no conoce cómo debe ser la alimentación de la madre que da de lactar, así como la utilización de la extracción de leche en situaciones de ausencia de la madre. La mayoría (70%) tienen una actitud medianamente favorable a desfavorable ya que considera que en los 6 primeros meses su bebe debe ser alimentado solo con leche materna desde para ser sano, fuerte e inteligente, transmitiendo amor seguridad y afecto. (18).

FERRO SOSA M., FLORES CONDORI H. (Lima), 2005. Realizaron una investigación titulada *“Nivel de conocimientos en lactancia materna y su relación con factores socio culturales en puérperas de IEMP de octubre a diciembre del 2005”*. Es un estudio de tipo prospectivo, transversal y descriptivo. Utilizaron un instrumento validado por expertos y prueba piloto con una alfa de crombach de 0,72. Y obtuvieron que de 372 puérperas la gran mayoría mostraron un nivel de conocimiento inadecuado que predominó entre regular a malo en un 70%, y un 30% mostraron un nivel de conocimientos bueno con respecto a la lactancia materna. El grupo de adolescentes son las que tienen mayor riesgo a tener un conocimiento inadecuado de lactancia materna del mismo modo que las mujeres solteras, con grado de instrucción primaria. Las empleadas, las primíparas. La ocupación materna no tuvo relación con el nivel de conocimientos (19).

2.1.3 En el ámbito local

HUERTA HUERTA M.A. (Tacna), 2012 realizó una investigación titulada *“Conocimientos, actitudes y práctica de la técnica de amamantamiento en puérperas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna Octubre-Diciembre 2011”* Es un

estudio tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal, conformada de 300 puérperas que fueron atendidas en el HHUT. Encontró que 42,7% de las puérperas presentaron un buen nivel de conocimientos sobre lactancia materna. El 87% presentan una actitud favorable hacia la lactancia y el 94,3% presentan una técnica eficaz. Las puérperas con un buen nivel de conocimientos sobre lactancia materna se relacionan con una actitud favorable ($p=0,02$) y técnica eficaz de lactancia materna ($p=0,008$) por lo que concluye que el alto nivel de conocimientos sobre lactancia materna desde luego una actitud favorable y una técnica eficaz (20).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Lactancia materna

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todos los niños deben ser alimentados solo con leche materna hasta los seis primeros meses, que ofrece grandes beneficios de no sufrir enfermedades infecciosas y procesos alérgicos; además permite y potencia un desarrollo corporal adecuado y que garantiza un mejor rendimiento intelectual con la alimentación complementaria a partir de los seis

meses pero sin abandonar la leche materna hasta los 2 años o más (21).

2.2.1.1 Inicio de la lactancia materna

Según (OMS), recomienda que las madres comiencen a amamantar a sus hijos en su primera hora de vida, lo que se conoce como “inicio temprano de la lactancia materna y el contacto piel a piel”. Se garantiza que el niño reciba el calostro (primera leche), ricos en factores de protección al niño contra enfermedades, es de fácil digestión, tiene alto valor nutritivo y ayuda al niño a evacuar sus primeras heces.

La lactancia precoz durante la primera hora de vida es un mecanismo potencial para la promoción de la salud y se considera que es un inhibidor de la excelencia. El recién nacido es colocado en el seno durante la primera hora de vida, tienen una menor probabilidad de morir en el periodo perinatal. En el periodo perinatal, la mayoría de las muertes ocurre durante los primeros 7 días (22).

2.2.1.2 Frecuencia de la lactancia materna

De acuerdo la OMS y la Academia Americana de Pediatría (AAP), El Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomienda la lactancia materna debe ser “a libre demanda”, siempre que el niño lo pida, de día y de noche.

Durante los 15 o 20 días de vida, es conveniente dar de lactar unas 8 tomas en 24 horas. Lo ideal es que la toma dure hasta que el niño desee y suelte el pecho. Lo importante no es que mame de los dos pechos sino que se vacíe completamente y alternativamente cada uno de ellos, para evitar que se acumule de leche y que pueda ocasionar el desarrollo de mastitis y para que el cuerpo de la madre acople la producción de leche a las necesidades de su hijo (23).

2.2.1.3 Composición de la leche materna

La leche materna contiene el 87,6% de agua.

Las proteínas son específicas de la especie. Comprende proteínas del suero y caseína, proteínas antiinfecciosas (lisozima, lactoferrina), enzimas, factores de crecimiento y hormonas. Las proteínas de la leche humana son fácilmente digeribles y poseen todo los aminoácidos esenciales, incluyendo la taurina que es considerado esencial para el recién nacido, pues es un neurotransmisor y neuromodulador. El nitrógeno no proteico comprende carnitina, nucleótidos, ácidos nucleicos, aminoácidos libres, amino-azucres, poliaminas, urea, creatinina, creatina (24).

La carnitina es esencial como fuente de energía para el cerebro, en la adaptación del recién nacido. La grasa es el componente más variable de la leche materna, es la principal fuente de energía y comprende de triglicéridos. El 88% de la grasa está constituida por ácidos grasos poliinsaturados de

cadena larga (AGPI-GL), principalmente omega-3 y omega-6, que son ácidos grasos esenciales, entre los cuales están los ácidos araquidónico y docosahexanoico, que se asocian a mejor desarrollo visual y cognitivo. Otros componentes de la grasa son fosfolípidos y colesterol (24).

El principal carbohidrato es la lactosa, se encuentra en una concentración de 7g/dl en la leche madura, ayuda a la absorción del calcio y del hierro, proporciona energía para el crecimiento y evita la proliferación de los microorganismos en el intestino.

Otros carbohidratos en la leche son los polisacáridos, cuya función es principalmente protectora.

La leche materna contiene todos los minerales y las vitaminas necesarias para cubrir los requerimientos del lactante. La leche humana es también antiinflamatoria y antioxidante.

La lactancia materna proporciona protección a través de factores inmunológicos como inmunoglobulina A secretora, lactoferrina, lisozima, oligosacáridos, macrófagos linfocitos y neutrófilos (24).

2.2.1.4 Condiciones bioquímicas de la leche materna

Calostro

Es la primera leche, un alimento ideal, perfecto y primordial para el recién nacido, ya que en el esta la primera inmunización del bebé contra muchas bacterias y virus. Se produce desde las 12-16 semanas de embarazo y continúa en los primeros 3 a 5 días después del parto. Es un líquido espeso, viscoso y de color amarillento. Su volumen es de 10 a 100cc por día (promedio a 30cc), de 2 a 14cc por mamada, ideal para el pequeño tamaño del estómago del recién nacido y para sus riñones inmaduros que pueden manejar gran volumen de líquido. Su principal función es protectora-tapiza la superficie del intestino para evitar la adherencia de

los patógenos. Si se da agua o alimentos artificiales, algo de ese “tapiz” puede salirse, permitiendo a los agentes infecciosos ingresar al bebé.

El calostro ayuda a establecer la flora bífida (no patógena) en el intestino del bebé, evitando la instalación de bacterias patógenas. Rico en inmunoglobulina A secretora, factores inmunológicos leucocitos, esencialmente polimorfonucleares, factores de crecimiento y otros. Tiene mayor concentración de proteínas y más zinc, cloro, potasio, vitamina A vitamina E y carotenoides, lo que tiene es menos lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura.

Es un laxante, que estimulo el pasaje del meconio (primera deposición, negra, pegajosa). Lo que evitara la hiperbilirrubinemia en el recién nacido (color amarillento el nacer ictericia neonatal) (23).

Leche de transición

Es la leche que se produce después del calostro, hasta los 10 o 14 días posteriores al parto. Se caracteriza por un progresivo aumento del volumen, de contenido calórico total y de la concentración de lactosa, grasas vitaminas hidrosolubles, mientras disminuye la concentración de proteínas y vitaminas liposoluble. Su volumen llega aproximadamente, a 500 cc/día al quinto día.

Leche madura

Contiene todos los nutrientes que el bebé necesita para su crecimiento óptimo durante los primeros 6 meses, además de sustancias que ayudan a la digestión, al desarrollo y que lo protegen contra las infecciones. Su volumen depende de la demanda del bebé, aproximadamente, 700cc/día a los 30 días del parto y 800cc/día a los 6 meses de lactancia materna exclusiva entre 550 y 1150cc/día. Si la madre tiene gemelos, producirá leche suficiente para los dos.

Leche final

Es el que se produce más tardíamente, lo cual se ve más blanca que la del comienzo porque contiene más grasa que proporciona energía al bebé (23).

2.2.1.5 Producción de la leche materna

Se produce bajo el sistema endocrino, mediante dos hormonas prolactina y oxitocina son importantes para ayudar a la producción y al flujo de leche.

Producido el parto, la salida de la placenta determina un descenso brusco de las hormonas placentarias, permitiendo la acción de la prolactina que, por estímulo de la succión del pecho, se libera del lóbulo anterior de la hipófisis, en forma pulsátil.

La prolactina es alta en las 2 horas después del parto. La prolactina funciona después que el bebé ha lactado, para producir la leche para la siguiente mamada.

La prolactina actúa uniéndose a receptores específicos en la glándula mamaria. Los receptores aumentan la lactancia precoz y frecuente, y luego permanecen estables. Lo que a través de la succión estimula los receptores de la prolactina. La acción de la prolactina provoca el aumento rápido de la producción de la leche. Las multíparas tendrían una mayor cantidad de receptores que las primíparas.

Oxitocina

En respuesta a la succión del pecho, la hipófisis posterior libera la oxitocina al torrente sanguíneo, produciendo la contracción de las células mioepiteliales de los alveolos mamarios y el vaciamiento de estos. Este proceso llamado reflejo de oxitocina o reflejo de eyección de la leche o bajada (23).

2.2.1.6 Benéficos de la lactancia materna

Para el recién nacido

- La leche materna es el único alimento natural que además de proporcionarle al bebé los nutrientes necesarios para un buen desarrollo intelectual.
- Los bebés alimentados con leche materna tienen menos riesgo de sufrir infecciones, como diarrea, catarrros, bronquiolitis, bronquitis o neumonía, la otitis en los bebés alimentados con este tipo de leche es menos frecuente.
- Previene las anomalías dentarias y maxilofaciales, ya que la succión del pezón no es igual a la de la tetina del biberón.
- Refuerza el lazo con su madre.
- Es más fácil de digerir.

Para la madre

- Menor hemorragia post parto y mayor rigidez de contracciones uterinas.
- Prevención de la anemia.

- Periodo más largo de amenorrea.
- Recuperación más rápida de peso.
- Menor riesgo de osteoporosis, artritis y fracturas.
- Menor riesgo de cáncer de mama.
- Menor riesgo de cáncer de ovario.
- El ahorro económico (24).

2.2.1.7 Mitos y creencias

“El bebé necesita agua de anís para los gases o para calmar la sed”.

Falso. Los gases se producen normalmente en la digestión y se eliminan en forma espontánea. El bebé no necesita líquidos porque la leche materna tiene toda el agua que necesita. Al dar otros líquidos, hay riesgo de infección y de disminución de la producción de leche.

“Al lavar ropa se enfría la leche y causa cólico y deposiciones verdes”

Falso. La leche sale siempre a la temperatura del cuerpo como la orina.

“La leche de los primeros días debe desecharse porque le hace daño al bebé”

Falso. El calostro es importante para el bebé ya que lo defiende de las infecciones y tiene efecto laxante, facilitando la eliminación del meconio y disminuye la ictericia.

“Las relaciones sexuales pueden dañar la leche materna”

Falso. La pareja puede reanudar su vida coital cuando la mujer se haya recuperado y ambos lo deseen. Existirá el riesgo de un nuevo embarazo, si no se cumplen las condiciones del MELA, pero la leche no se afectara.

“La lactancia materna, hace que los pechos pierdan firmeza y se caigan”

Falso. Los pechos se van deformando poco a poco, con las sucesivas menstruaciones y embarazos y

después, con el paso del tiempo, los tejidos pierden elasticidad y los pechos se ponen más flácidos.

“Las madres desnutridas no pueden dar el pecho”

Falso. Las madres desnutridas son capaces de amamantar. Necesitan alimentos adicionales, líquidos y apoyo para amamantar frecuentemente.

“Si el bebé tiene diarrea, no hay que darle pecho”

Falso. La leche materna ayuda al bebé a recuperarse de la diarrea, lo hidrata y lo nutre (23).

2.2.1.8 Técnica de amamantamiento

- Posición adecuada y cómoda de la madre: sentada, espalda en respaldar.
- La mano de la madre sostiene la espalda del bebé y la cabeza del bebé descansa en el pliegue del codo de la madre.

- La oreja, el hombro y la cabecera del bebé deben estar alineados.
- El abdomen del bebé está en contacto con el de la mamá (ombligo con ombligo).
- La madre debe coger el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los labios del niño con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada.
- Estimule el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, introduzca el pezón y la areola.
- Los labios del niño deben estar totalmente separados, sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la lactancia materna (25).

2.2.1.9 Posturas para amamantar

Posición de cuna (sentada o clásica)

Se sostiene al bebé sobre el antebrazo del mismo lado que el pecho del que va a mamar; la madre sostiene el pecho con la mano opuesta. El brazo inferior del bebé abrazando a la madre por el costado, no entre el pecho del bebé y la madre. Es la posición más usada después de los primeros días.

Posición bajo del brazo (de pelota de futbol o de sandía)

Se sostiene la cabeza del bebé, con la mano del lado del pecho del que va a mamar; el cuerpo del bebé se apoya sobre una almohada y queda debajo del brazo del mismo lado que va a mamar. Esta posición es útil para niños prematuros o madres que se les hayan realizado una cesárea o partos de mellizos.

Posición cruzada (o de cuna cruzada o inversa)

Se sostiene la cabeza del bebé con la mano del lado opuesto al pecho que va a mamar; el cuerpo del bebé se apoya en el antebrazo. La madre sostiene el pecho con la mano del mismo lado.

La madre tiene un buen control de la cabeza y del cuerpo del bebé de modo que pueda ser útil también cuando está aprendiendo a amamantar. Esta posición es más útil para bebés que no tienen buen control de la cabeza, como bebés pequeños, prematuros o enfermos.

Posición echada de costado

El cuerpo del bebé está a lo largo y frente al de la madre. Esta posición ayuda a la madre a descansar, más cómoda, más útil durante la noche o después de una cesárea (23).

2.2.1.10 Extracción manual de la leche materna

- Lavarse las manos.
- Ayudar al reflejo de eyección de leche, estimulación del flujo de leche.
 - Masajear para descongestionar los conductos lácteos de las mamas.
 - Empezar en la parte superior del pecho. Presionar firmemente el pecho hacia la pared torácica. Realizar un movimiento circular con los dedos sobre un punto de la piel.
 - Después de unos segundos desplazar los dedos a la siguiente aréola del pecho.
 - Trazar una espiral por todo el pecho en dirección a la areola utilizando este masaje.
 - La presión y el movimiento son similares a los usados en el examen de mama.
- Pasar la mano por el pecho de arriba abajo en dirección al pezón con una ligera caricia.
 - Continuar este movimiento desde la pared torácica hasta el pezón por todo el pecho.

- Esto le ayudara a relajarse y a estimular el reflejo de eyección de la leche.
- Agitar suavemente el pecho mientras se inclina hacia adelante para que la fuerza de la gravedad favorezca la expulsión de la leche (26).

2.2.1.11 Conservación de la leche materna

Se puede utilizar envase de vidrio o plástico limpio. El envase debe lavarse con agua caliente.

Es conveniente guardarla en pequeñas cantidades (50-100cc) o bien calculando la cantidad que vaya a tomar el niño en cada toma. Se recomienda poner una etiqueta en el recipiente con la fecha y la hora de extracción de la leche para así utilizarla en orden.

La duración de la leche varía según el tipo de refrigeración usado (27):

- Temperatura ambiente 4 a 12 horas.
- Refrigerador 72 horas.

- Congelador (refrigerador de una puerta) 14 días.
- Congelador (refrigerador de dos puertas) 3 meses.
- 1 año en el freezer a 20 °C

El tiempo de conservación de la leche materna extraída es a una temperatura ambiente (no más de 25°C) de 4 a 8 horas, conservadora (tipo cooler-15°C) a 24 horas, en la refrigeradora de 5 a 8 días, congeladora (dentro de la refrigeradora y de una sola puerta) hasta 2 semanas y por último en una congeladora (refrigeradora de dos puertas independientes) de 3 a 4 meses.

El preparado de la leche materna conservada para el consumo del niño el primer paso es que hay que dejarla descongelar (a temperatura ambiente), luego colocar el recipiente que contiene la leche dentro de una olla con agua caliente conocido como “a baño maria” y solo se calienta por unos

segundos. Por ultimo dar al recién nacido mediante el uso de una cucharilla (28).

2.2.1.12 Diez pasos de la lactancia materna

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud en forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informa a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.

6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén medicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupador o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital (29).

2.2.1.13 Norma técnica de lactancia materna

El ministerio de salud a través de la norma técnica de lactancia materna tiene la finalidad de contribuir a mejorar la situación de salud nutrición del niño menor de dos años en el Perú, en el marco del modelo de atención integral de salud, mediante la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. El ámbito de aplicación son todos los

establecimientos de salud públicos o privados a nivel nacional (30).

En la mujer en el periodo de la gestación:

Control prenatal. El personal de salud que realiza el control prenatal de la gestante, ejecuta como parte de su atención integral acciones de promoción y protección de lactancia materna, en virtud de la adecuada alimentación y nutrición de la niña y el niño en formación.

En el periodo del parto

Contacto piel a piel y lactancia precoz.

En el periodo puerperal y neonatal:

Alojamiento Conjunto. Los establecimientos de salud que brinden servicios de atención a la gestante y al recién nacido deberán implementar el alojamiento conjunto del recién nacido al lado de su madre a partir de su nacimiento hasta el momento que ambos sean dados de alta, debiendo:

En los primeros seis meses de edad:

Lactancia materna exclusiva. Evaluación y consejería de la lactancia materna exclusiva. Además consejería en lactancia artificial o madre del recién nacido es VHI positiva y asegurar la provisión de leche maternizada hasta los seis meses de edad en niñas y niños de madres seropositivas (VIH).

A partir de los 6 meses a dos años de edad:

Lactancia materna complementaria a la alimentación evaluación y consejería de la lactancia materna y alimentación complementaria (30).

2.2.2. Conocimiento

Es el producto cognitivo mediado por la percepción, raciocinio e información y que tiende a expresarse de lo que una persona conoce empíricamente o científicamente.

Es la suma de hechos y principios que se adquieren, retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de la persona (31).

El conocimiento según HESSEN, J, se clasifica en (32):

Conocimiento vulgar: Llamando conocimiento ingenuo, el modo de conocer es directo, de forma superficial se adquiere con contacto directo con las cosas o personas que nos rodean.

Conocimiento científico: Llamando crítico, no guarda una diferencia tajante, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo, intenta relacionar de manera sistemática los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad.

Los niveles del conocimiento, según Belda, Maria son (33):

Conocimiento sensible: Consiste en captar u objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista.

Conocimiento conceptual: Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales, esenciales y abstractos.

Conocimiento holístico: Se refiere a la totalidad de percibir de modo intuitivo (holos significa totalidad en riesgo).

2.2.3 Actitud

Es la predisposición organizada, para pensar, sentir, percibir y comportarse ante la práctica de la lactancia materna exclusiva, expresada verbalmente a través de la opinión.

Según (Fishbein y Ajzen, 1978, Oskamp 1991) la actitud es una predisposición aprendida para responder considerablemente de una manera favorable o desfavorable ante una situación.

Frecuentemente se miden las actitudes haciendo una serie de preguntas sobre sus creencias a través de entrevistas o cuestionarios; las dos de las escalas más populares son:

El diferencial semántico: El significado de una palabra o concepto.

Escala de Likert. (Likert, 1932): consiste un listado afirmaciones o actitudes y pide al individuo que responda hasta qué punto está de acuerdo o no; Likert utilizaba un rango de 5 puntos: estar completamente de acuerdo, de acuerdo, no estar de acuerdo ni en desacuerdo, estar en desacuerdo. El sujeto indica el número de la letra apropiada y cada respuesta se le da un valor en puntos, de 1 a 5 (34).

2.3 Definición de términos

2.3.1 Lactancia materna: Es la forma natural de alimentación que se proporciona al recién nacido, el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo, además de ejercer una influencia biológica y afectiva inigualable, tanto en el niño como en su madre.

2.3.2 Puerperio: Es el periodo en que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones Gravídicas. Lo cual dura hasta los 45 a 60 días del postparto.

Clasificación:

- Puerperio inmediato: Comprende las primeras dos horas postparto, durante este periodo se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina.
- Puerperio mediato: Este periodo comprende desde las 24 horas hasta los 7 días postparto. Posteriormente al alta de la puérpera, esta atención se realiza en consulta externa por profesional con competencias.
- Puerperio tardío: Este periodo comprende después de los 7 días hasta los 42 días postparto.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

Según la clasificación de *Canales F. y Col*, la investigación es de tipo descriptivo porque consiste en especificar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y se registra la información según van ocurriendo los hechos; porque se describe el comportamiento de la variable involucrada (35).

3.2 Diseño de investigación

Se trata de una investigación no experimental (36).

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

La población objetivo estuvo constituida por 1086 puérperas que sus partos vaginales fueron atendidos en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa durante el mes de Enero a Diciembre del 2014 en Tacna, que cumplieron con los criterios de inclusión, con un nivel de confianza del 95% y con un margen de error del 5%.

3.3.2 Muestra

Para el cálculo de la muestra se obtiene aplicando la siguiente ecuación:

$$n = \frac{NZ^2 p \cdot q}{e^2 (N-1) + Z^2 p \cdot q}$$

Leyenda:

n : Tamaño de la Muestra

N: Población

Z : Nivel de Significación

p: Probabilidad de Éxito

Datos:

n : ¿

N : 1086

Z : (95 %)= 1,96

p : (50 %)= 0,5

q: Probabilidad de Fracaso	q : (50 %)= 0,5
e : Error	e : (5 %) = 0,05

Desarrollando la fórmula:

$$n = \frac{(1086)(3,8416)(0,5)(0,5)}{(0,0025)(1085) + (3,8416)(0,5)(0,5)}$$

$$n = 283,97$$

$$n = 284$$

La muestra estuvo conformada por 284 puérperas cuyos partos vaginales fueron atendidos en el Centro de Salud San Francisco, 2014.

3.3.2.1 Criterio de inclusión

- Mujeres puérperas cuyo parto fue atendido en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna.
- Mujeres puérperas de parto vaginal.
- Mujeres que tengan niños menores de seis meses.

3.3.2.2 Criterio de exclusión

- Puérperas de parto distócico y lactantes con cualquier tipo de patología.
- Puérperas que no desean participar del estudio.

3.4 Operalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
CARACTERÍSTICAS MATERNAS	Edad	Años cumplidos a la fecha	17 a 24 años 25 a 34 años 35 a 42 años	Ordinal
	Estado Civil	Condición conyugal	Soltera Conviviente Casada	Nominal
	Escolaridad	Grado de instrucción	Analfabeta. Primaria Secundaria Superior	Ordinal
	Ocupación u oficio	Desempeño de trabajo	Ama de casa Comerciante Estudiante (escolar o universitario)	Nominal
	Gestas	Número de hijos	Primípara. Multípara. Gran multípara	Ordinal
	Lactancia materna	Conocimiento acerca del calostro.		
	Duración	Conocimiento de duración de lactancia materna.		
	Inicio	Conocimiento del inicio de lactancia		

INDEPENDIENTE Nivel de conocimiento		materna.	Nivel medio 11-15 puntos Nivel alto 16 - 20 puntos	Ordinal
	Frecuencia	Conocimiento de frecuencia de mamada.		
	Extracción	Conocimiento de extracción y almacenamiento de la leche		
	Importancia	Conocimiento de la importancia de la lactancia materna.		
	Técnica de lactancia materna	Conocimiento de la técnica de lactancia materna.		
DEPENDIENTE Actitud	Importancia	Actitud sobre la importancia de la lactancia materna.	Desfavorable : 10-15 puntos Medianamente favorable : 16-24 puntos Favorable: 25-30 puntos	Ordinal
	Diferencia	Actitud sobre la leche de vaca alimenta mejor al bebé que la leche materna		
	Composición	Actitud sobre nutrientes de la leche artificial o materna. Actitud sobre nutrientes de la leche artificial o materna.		
	Problemas	Actitud sobre los problemas de los pezones. Actitud sobre el cansancio o la tensión. Actitud sobre el ambiente adecuado.		

3.4.1 Variables de estudio independiente

Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna

Definición conceptual: Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por si solos, poseen un menor valor cualitativo (31).

3.4.2. Variable de estudio dependiente

Actitud hacia la lactancia materna

Definición conceptual: La real academia española menciona tres definiciones de la palabra actitud, es la disposición de un niño que se manifiesta de algún modo. Las otras dos definiciones hacen referencia a la postura: de un cuerpo humano. También se define como un estado de disposición nerviosa y mental, que es organizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo ofrece a los objetos y a las situaciones (33).

3.5 Técnica e instrumento de recolección de datos

Procedimientos de recolección de datos

- Se coordinó con la gerencia y la jefatura del servicio de Obstetricia del Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.
- Previa aplicación, se informó a las puérperas de la muestra, los objetivos de la investigación a ser aplicada, que es de carácter anónimo y la libertad de participación.
- Se reunió en grupos a las puérperas seleccionadas.
- Se realizó al final una charla con relación al tema encuestado.

El método utilizado fue la entrevista, como técnica se utilizó la encuesta y como instrumento dos cuestionarios.

Los instrumentos estuvieron constituidos por una primera parte con datos personales de las puérperas con un total de 5 ítems; referidas a la edad, estado civil, grado de instrucción, paridad y ocupación.

Y como base central la parte relacionada al conocimiento:

Fiabilidad: 95% con un error de 5%.P es menor a 0.05.

Para medir la variable “NIVEL DE CONOCIMIENTO”

Para medir el nivel de lactancia materna, lo cual se utilizó un cuestionario usado por FERRO S Y FLORES C. (19) de las 21 preguntas solo se seleccionaron 10 preguntas. Es un instrumento validado por prueba piloto y método estadístico lo cual está estructurado por 10 ítems, cada pregunta consta con tres alternativas, por lo tanto cada pregunta correcta vale 2 puntos y cada incorrecta 0 puntos para lo cual es calificada en la escala vigesimal (0 a 20). (VER ANEXO 2)

CATEGORIZADO:

Nivel bajo	:	0 – 10 puntos
Nivel medio	:	11 - 15 puntos
Nivel alto	:	16 - 20 puntos

Y una segunda parte con relación a la “ACTITUD”

Para medir el nivel de lactancia materna, lo cual se utilizó un cuestionario usado por VASQUEZ DELGADO (18) de las 18 preguntas solo se seleccionaron 10 preguntas y fue adaptada para la presente investigación. El proceso para su construcción fue la escala de Likert que se conoce también como “Método de consistencia interna o Técnica de suma puntuación” que va de desacuerdo, indecisa y en desacuerdo. Cada respuesta tiene la asignación de 1 a 3 puntos según la alternativa. (VER ANEXO 3)

Criterios de evaluación

	N° Preguntas	A De acuerdo	B Indecisa	C En desacuerdo
X	1. 2 3 4.			
Y	5. 6. 7. 8. 9. 10.			

	A. De acuerdo	:	3 puntos
X	B. Indecisa	:	2 puntos
	C. En desacuerdo	:	1 punto
	A. De acuerdo	:	1 punto
Y	B. Indecisa	:	2 puntos
	C. En desacuerdo	:	3 puntos

CATEGORIZADO:

Desfavorable	:	10 - 15 puntos
Medianamente favorable	:	16 - 24 puntos
Favorable	:	25 - 30 puntos

3.6 Procesamiento e interpretación de datos

- Se descargó el programa SPSS versión 20.
- Para la presentación de datos y resultados se realizó cuadros de tabulación y gráficos correspondientes a los datos obtenidos.
- Para interpretar el análisis bivariado, así mismo para la comprobación de la hipótesis se utilizó el estadístico Chi cuadrado.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En la primera parte de este capítulo se muestra los resultados descriptivos que nos permiten observar los efectos del nivel de conocimientos y actitud hacia la lactancia materna de las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.

TABLA N° 1

**EDAD DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO
EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014**

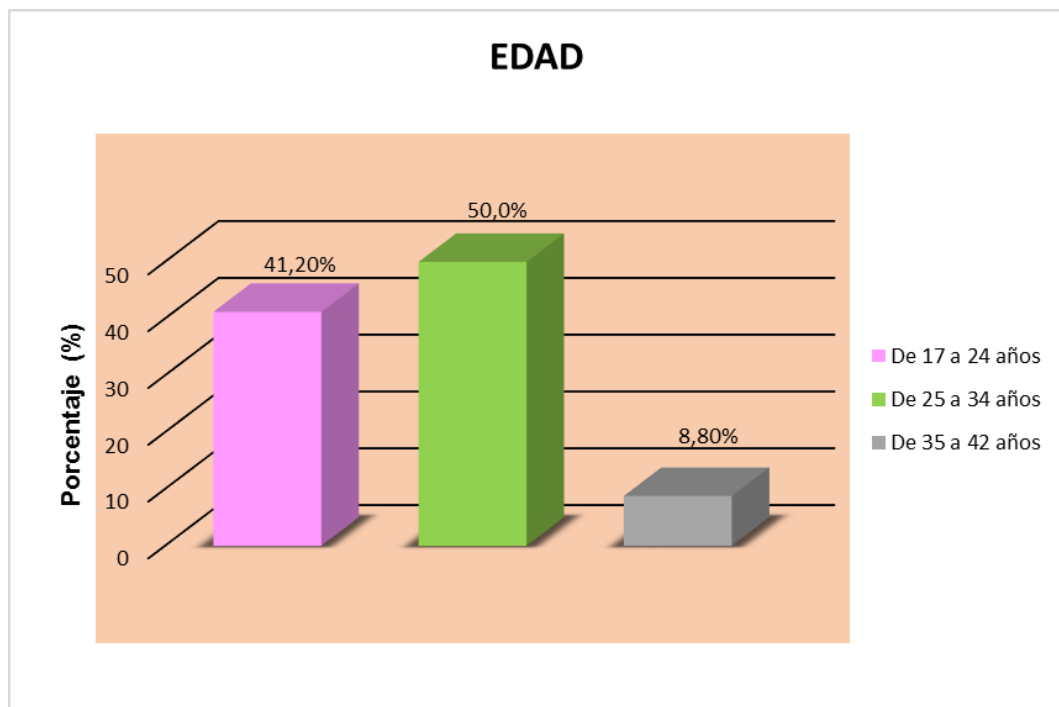
EDAD	PUÉRPERAS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 17 a 24 años	117	41,20%
De 25 a 34 años	142	50,00%
De 35 a 42 años	25	8,80%
TOTAL	284	100,00%

FUENTE: Encuesta a puérperas del C.S. San Francisco, Tacna 2014

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 1 se observa que el mayor porcentaje de las puérperas que acuden al control materno en el C.S. San Francisco tienen 25 a 34 años (50,00%), seguida de las que presentan entre 17 a 24 años (41,20%) mientras que el menor porcentaje las de 35 a 42 años (8,80%) de un total de 284 puérperas.

GRÁFICO N° 1
EDAD DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO
EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO
GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014



FUENTE: Tabla 1

TABLA N° 2

**ESTADO CIVIL DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
LANCHIPA TACNA, 2014**

ESTADO CIVIL	PUÉRPERAS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	19	6,70%
Conviviente	231	81,30%
Casada	34	12,00%
TOTAL	284	100,00%

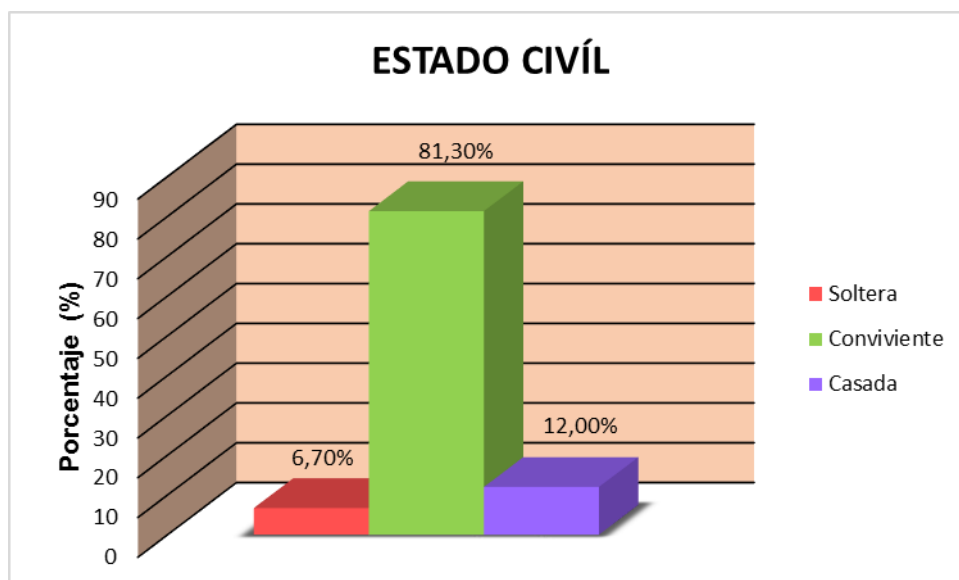
FUENTE: Encuesta a puérperas del C.S. San Francisco, Tacna 2014

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 2 se observa que el mayor porcentaje de las puérperas que acuden al control materno del C.S. San Francisco son convivientes (81,30%), mientras que el menor porcentaje de las puérperas son casadas y solteras (12,00% y 6,70%) del total de 284 puérperas.

GRÁFICO N° 2

ESTADO CIVIL DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014



FUENTE: Tabla 2

TABLA N° 3

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL
CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO
DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	PUÉRPERAS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	1	0,40%
Primaria	34	12,00%
Secundaria	218	76,80%
Superior	31	10,80%
TOTAL	284	100,00%

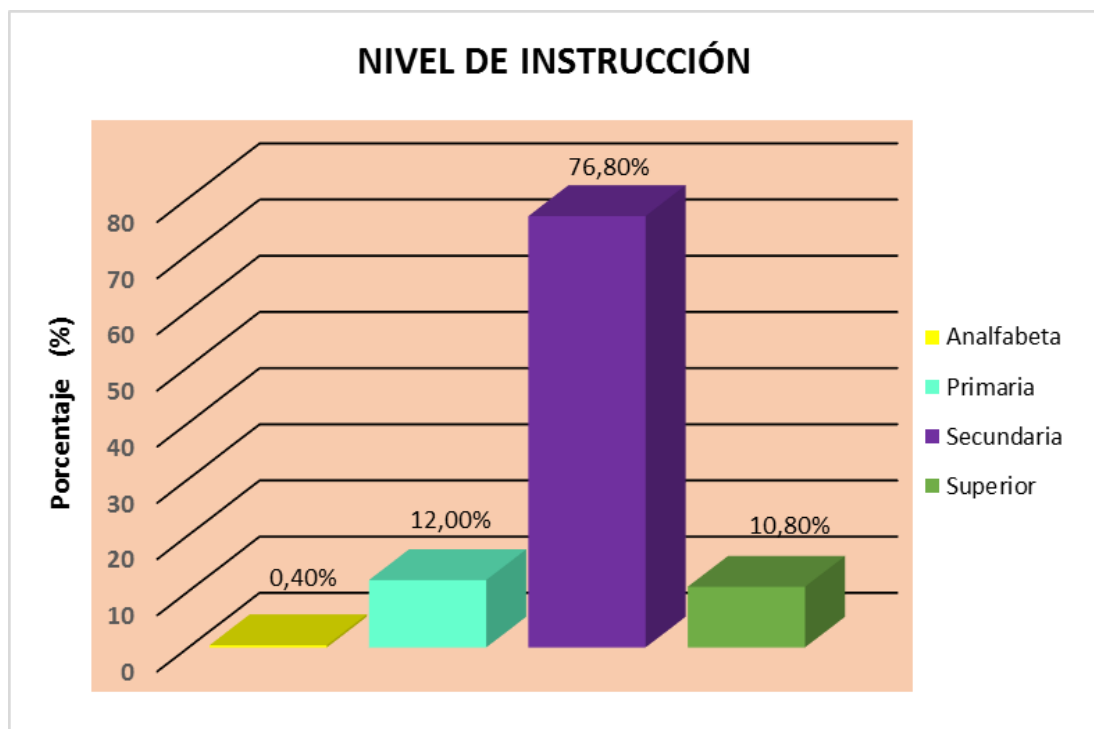
FUENTE: Encuesta a puérperas del C.S. San Francisco, Tacna 2014

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 3 se observa que el mayor porcentaje de las puérperas que acuden al control materno del C.S. San Francisco son de educación secundaria (76,80%), seguido del tienen primaria (12,00%), posteriormente las de superior (10,80%) y en menor frecuencia las analfabetas (0,40%) del total de 284 puérperas.

GRÁFICO N° 3

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014



FUENTE: Tabla 3

TABLA N° 4

**OCUPACIÓN DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL
MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014**

OCUPACIÓN	PUÉRPERAS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	180	63,40%
Comerciante	79	27,80%
Estudiante	25	8,80%
TOTAL	284	100,00%

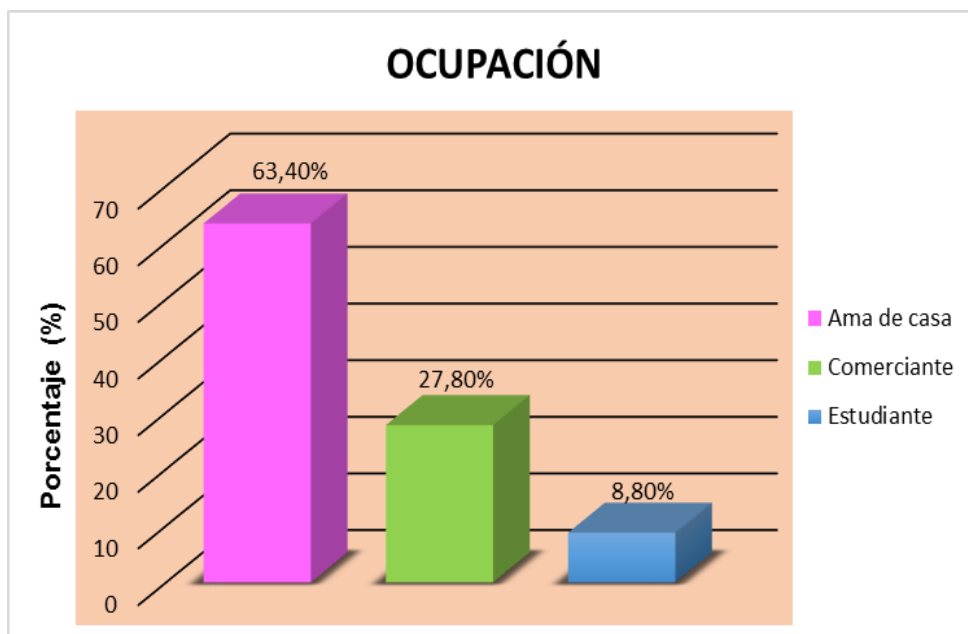
FUENTE: Encuesta a puérperas del C.S. San Francisco, Tacna 2014

INTERPRETACION.-

En la tabla 4 la mayoría de las puérperas que acuden al control materno en el C.S. San Francisco en mayor porcentaje de 63,40% son amas de casa, de tal manera el 27,80% son comerciantes y encontrándose en menor porcentaje estudiantes o que cursan estudios superiores del 8,80% de un total de 284 puérperas.

GRÁFICO N° 4

OCUPACIÓN DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014



FUENTE: Tabla 4

TABLA N° 5

**PARIDAD DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL
MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014**

PARIDAD	PUÉRPERAS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primípara	68	23.90%
Múltipara	203	71.50%
Gran múltipara	13	4.60%
TOTAL	284	100.00%

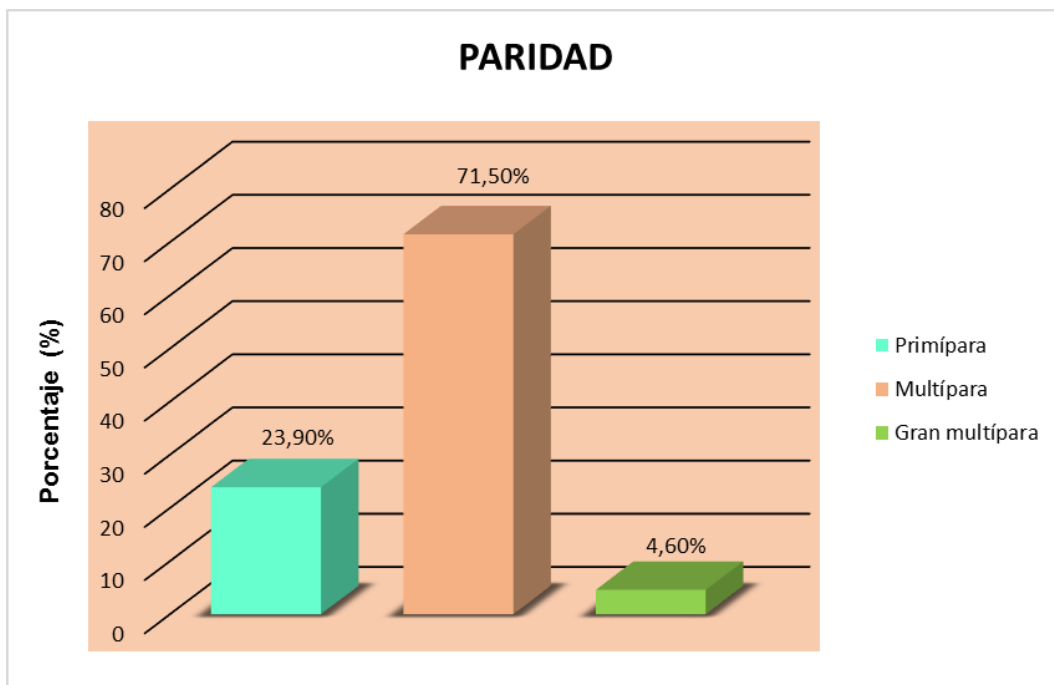
FUENTE: Encuesta a puérperas del C.S. San Francisco, Tacna 2014

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 5 la mayoría de las puérperas que acuden al control materno en el C.S. San Francisco, más de la mitad son multíparas (71,50%). Desde luego seguidos de las primíparas (23,90%) y en menor frecuencia las gran multípara (4,60%) de un total de 284 puérperas.

GRÁFICO N° 5

**PARIDAD DE LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL
MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014**



FUENTE: Tabla 5

TABLA N° 6

**NIVEL DE CONOCIMIENTO HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN
LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL
CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PUÉRPERAS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo	60	21,10%
Medio	33	11,60%
Alto	191	67,30%
TOTAL	284	100,00%

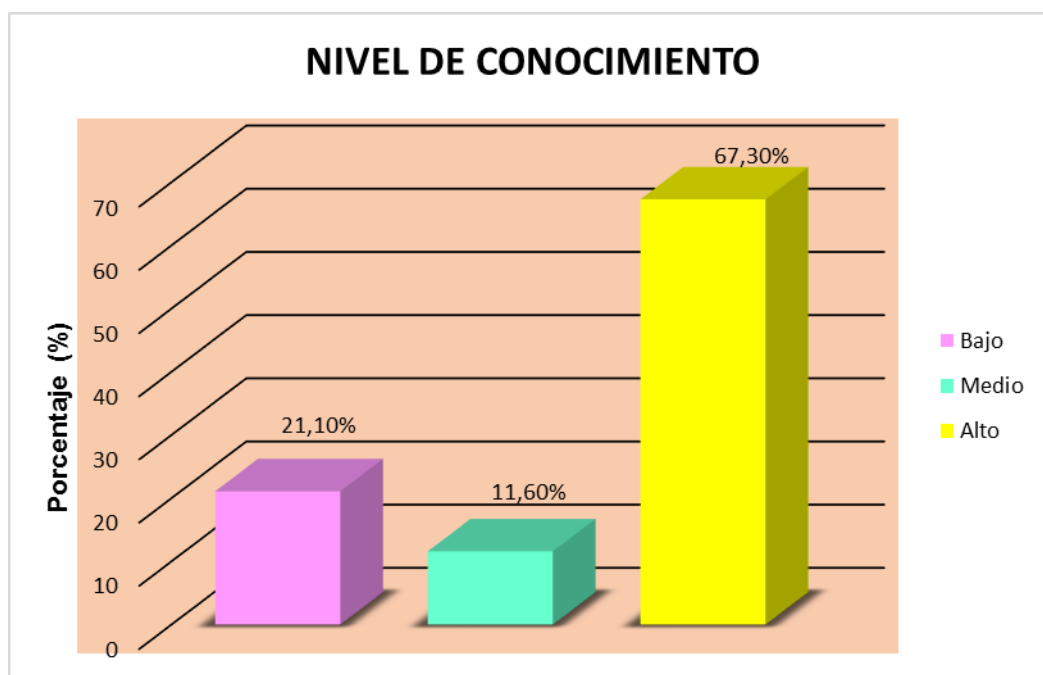
FUENTE: Encuesta a puérperas del C.S. San Francisco, Tacna 2014

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 6 se observa que más de la mitad de las puérperas que acuden al control materno en el C.S. San Francisco tuvieron un nivel de conocimiento alto de 67,30% hacia lactancia materna, en comparación de 21,10% que tuvieron un nivel de conocimiento bajo y además se observa que las puérperas con menor frecuencia tuvieron un nivel de conocimiento medio de 11,60% de un total de 284 puérperas

GRÁFICO N° 6

**NIVEL DE CONOCIMIENTO HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN
LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL
CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014**



FUENTE: Tabla 6

TABLA N° 7

**NIVEL DE ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS
PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL
CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014**

NIVEL DE ACTITUD	PUÉRPERAS	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desfavorable	57	20,10%
Medianamente favorable	148	52,10%
Favorable	79	27,80%
TOTAL	284	100,00%

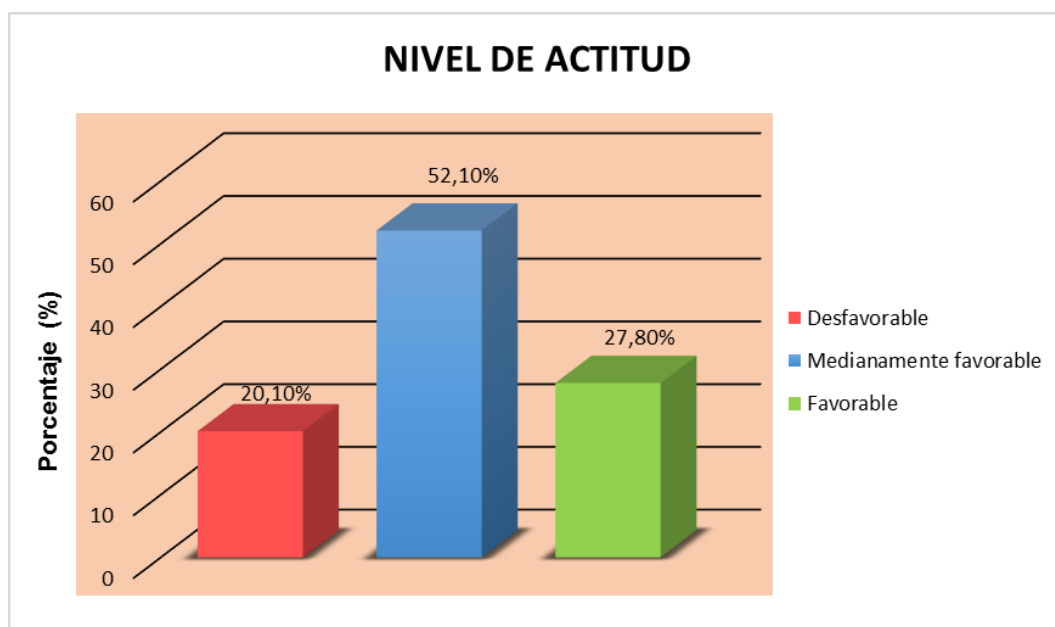
FUENTE: Encuesta a puérperas del C.S. San Francisco, Tacna 2014

INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 7 se observa que más de la mitad la mayoría de las puérperas que acuden al control materno en el C.S. San Francisco tienen una actitud medianamente favorable (52,10%), desde luego (27,80%) mostraron una actitud favorable y de una actitud desfavorable (20,10%) de un total de 284 puérperas.

GRÁFICO N° 7

**NIVEL DE ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS
PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL
CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO
ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014**



FUENTE: Tabla 7

TABLA N° 8

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN CARACTERÍSTICAS MATERNAS
HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE
ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN
FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA
TACNA, 2014**

CARACTERÍSTICAS MATERNAS		NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
		NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		N	%
		N	%	N	%	N	%		
EDAD	17 a 24 años	31	10,90%	7	2,50%	79	27,80%	117	41,20%
	25 a 34 años	25	8,80%	10	3,50%	107	37,70%	142	50,00%
	35 a 42 años	4	1,40%	16	5,60%	5	1,80%	25	8,80%
	TOTAL	60	21,10%	33	11,60%	191	67,30%	284	100,0%
ESTADO CIVIL	Soltera	8	2,80%	6	2,10%	5	1,80%	19	6,70%
	Conviviente	42	14,80%	23	8,10%	166	58,5%	231	81,30%
	Casada	10	3,50%	4	1,40%	20	7,00%	34	12,0%
	TOTAL	60	21,10%	33	11,60%	191	67,30%	284	100,0%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	1	0,40%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,40%
	Primaria	31	10,90%	3	1,10%	0	0,00%	34	12,00%
	Secundaria	28	9,8%	17	6,0%	173	61,0%	218	76,80%
	Superior	0	0,0%	13	4,50%	18	6,30%	31	10,80%
	TOTAL	60	21,10%	33	11,60%	191	67,30%	284	100,0%
OCUPACIÓN	Ama de casa	21	7,40%	21	7,40%	135	47,50%	177	62,30%
	Comerciante	26	9,20%	8	2,80%	45	15,80%	79	27,80%
	Estudiante	13	4,60%	4	1,40%	11	3,90%	28	9,90%
	TOTAL	60	21,10%	33	11,60%	191	67,30%	284	100,0%
PARIDAD	Primípara	34	12,00%	11	3,90%	23	8,10%	68	23,90%
	Múltipara	22	7,70%	20	7,00%	161	56,70%	203	71,50%
	Gran múltipara	4	1,40%	2	0,70%	7	2,50%	13	4,60%
	TOTAL	60	21,10%	33	11,60%	191	67,30%	284	100,0%

FUENTE: Encuesta a puérperas del C.S. San Francisco, Tacna 2014

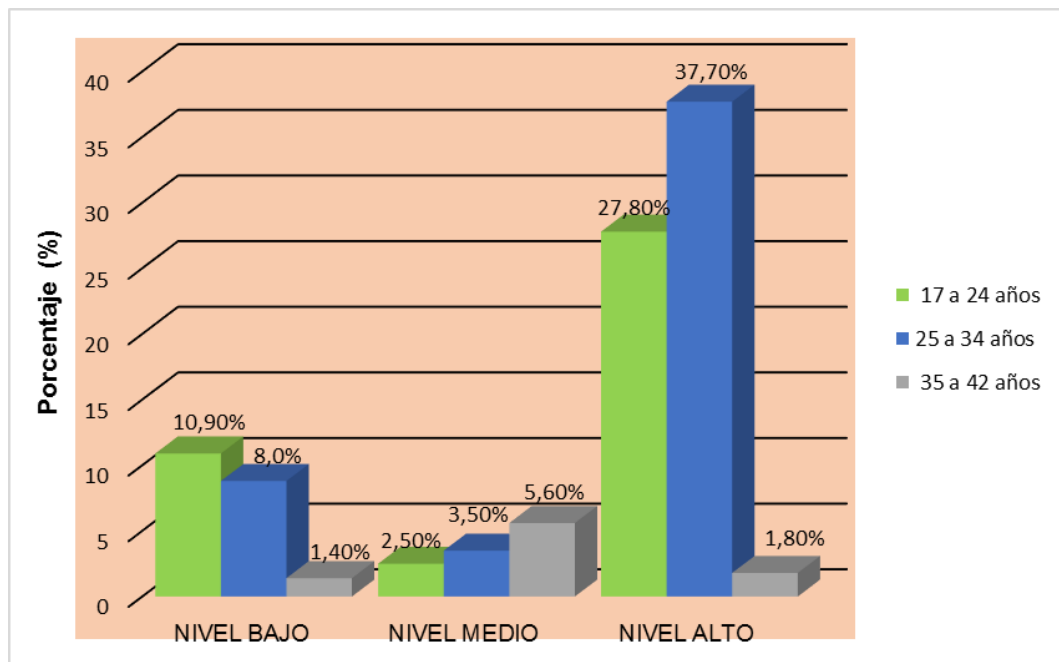
INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 8 con respecto a la edad se observa que la mayoría de las puérperas que acuden al control materno en el C.S. San Francisco presentaron nivel de conocimiento alto de entre edades de 25 a 34 años (37,70%), un nivel medio de conocimiento las de 35 a 42 años (5,60%) y un nivel de conocimiento bajo las de 17 a 24 años (10,90%); con respecto al estado civil se observa que la mayoría de las convivientes presentaron un nivel de conocimiento alto (58,50%) y desde luego se muestra en menor porcentaje las solteras que presentaron un nivel de conocimiento bajo (2,80%) concerniente a la lactancia materna; con respecto al grado de instrucción la mayoría de las puérperas con educación secundaria presentaron un nivel de conocimiento alto (61,0%) y a diferencia de las que tienen primaria presentaron un nivel de conocimiento bajo (10,90%); posteriormente en lo que se concierne a la ocupación se observa que las amas de casa tienen un nivel de conocimiento alto (47,50%) puesto que ellas tienen mayor tiempo para dar de lactar a sus bebés y sin embargo se encontró que las comerciantes tienen un nivel de conocimiento bajo (9,20%) puesto que algunas se dedican más al comercio y dejan de lado el amamantar a sus bebés. Y desde luego a lo que se refiere a la paridad de las puérperas se encontró que las primíparas poseen un nivel de

conocimiento bajo (12,0%), a comparación de las multíparas que poseen conocimiento alto (56,70%) de un total de 284 puérperas.

GRÁFICO N° 8

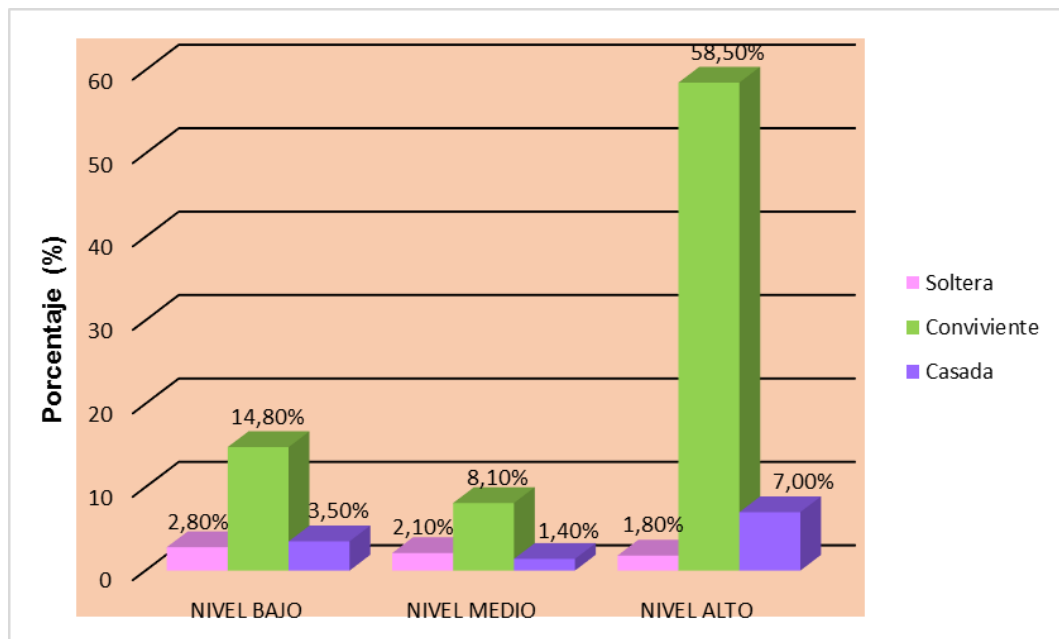
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EDAD HACIA LA LACTANCIA
MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL
MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL
DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014**



FUENTE: Tabla 8

GRÁFICO N° 9

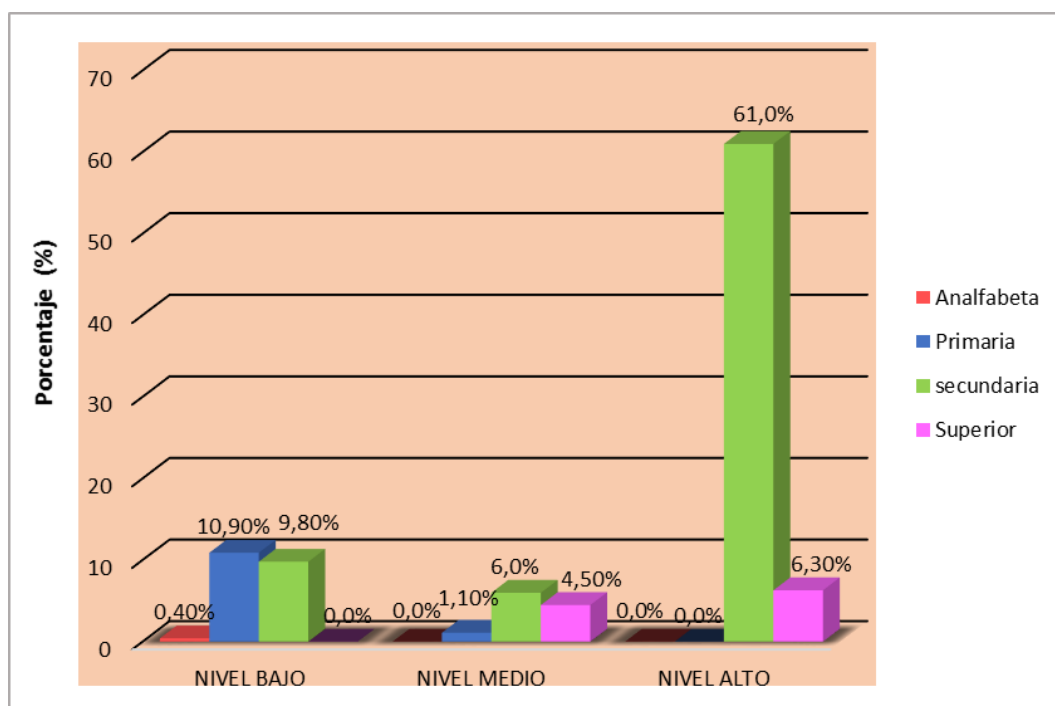
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN ESTADO CIVIL HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014



FUENTE: Tabla 8

GRÁFICO N° 10

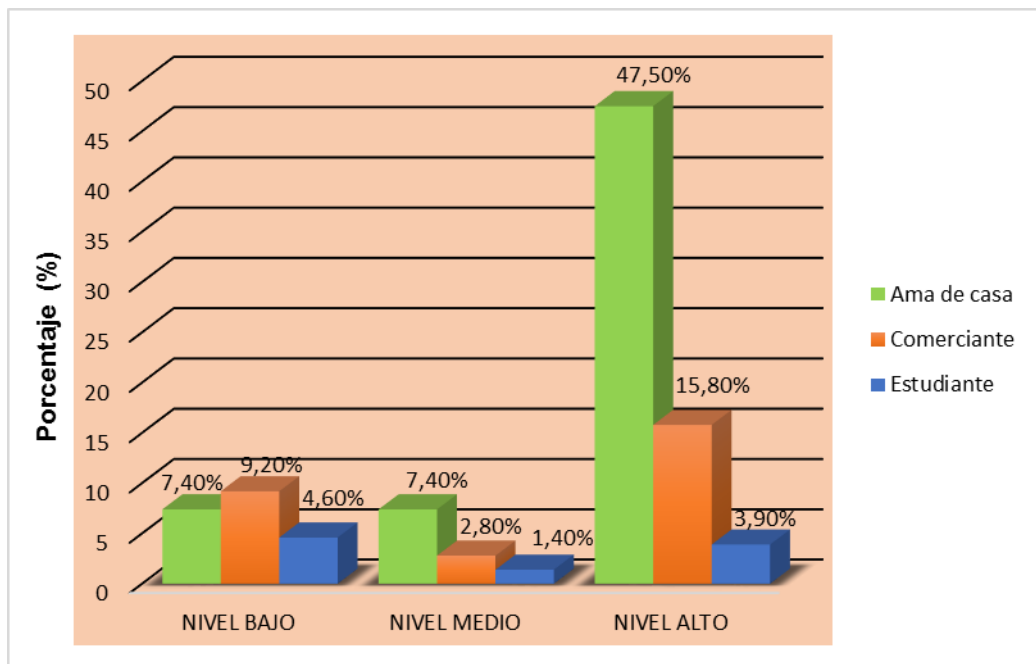
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014



FUENTE: Tabla 8

GRÁFICO N° 11

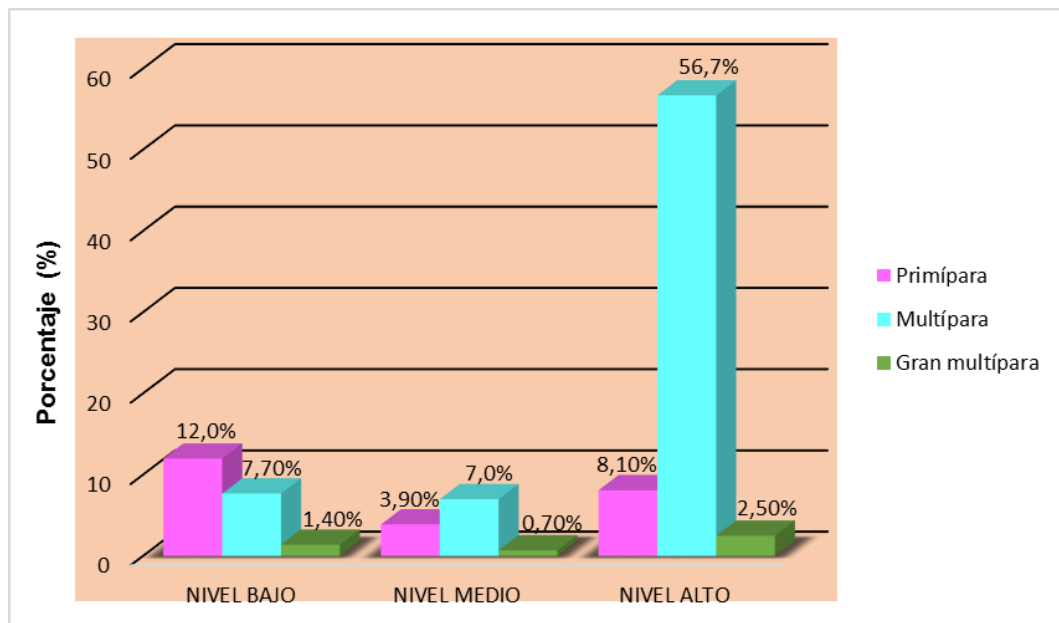
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN OCUPACION HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014



FUENTE: Tabla 8

GRÁFICO N° 12

NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN PARIDAD HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA TACNA, 2014



FUENTE: Tabla 8

4.2 PROCESO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

H1: El nivel de conocimiento se asocia significativamente con la actitud hacia la lactancia materna de las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.

H0: El nivel de conocimiento no se asocia significativamente con la actitud hacia la lactancia materna de las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADOS A
LA ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS
QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
LANCHIPA TACNA, 2014**

TABLA N° 9

SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS ASOCIADOS CON LA ACTITUD

NIVEL DE CONOCIMIENTO	NIVEL DE ACTITUD						TOTAL		Chi 2
	DESFAVORABLE		MEDIANAMENTE FAVORABLE		FAVORABLE				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
NIVEL BAJO	32	11,30%	11	3,90%	17	6,00%	60	21,10%	73,367
NIVEL MEDIO	8	2,80%	10	3,50%	15	5,30%	33	11,60%	
NIVEL ALTO	17	6,00%	127	44,70%	47	16,50%	191	67,30%	
TOTAL	57	20,10%	148	52,10%	79	27,80%	284	100,00%	

FUENTE: Encuesta a puérperas del C.S. San Francisco, Tacna 2014

PRUEBA ESTADÍSTICA DE CHI – CUADRADO

- **Tipo de prueba**

Para el caso en estudio, resulta conveniente realiza una prueba unilateral cola a la derecha.

- **Nivel de significación de la prueba**

Se asume el nivel de significancia del 5% ($\alpha = 0,05\%$)

- **Distribución apropiada para la prueba**

Se utilizara la distribución muestra Chi – cuadrado.

- **Los grados de libertad son: (C-1) (F-1)**

Como C= 3 filas F= 3 filas, luego:

$$g.l.= (C-1) (F-1)$$

$$g.l.= (3-1) (3-1)$$

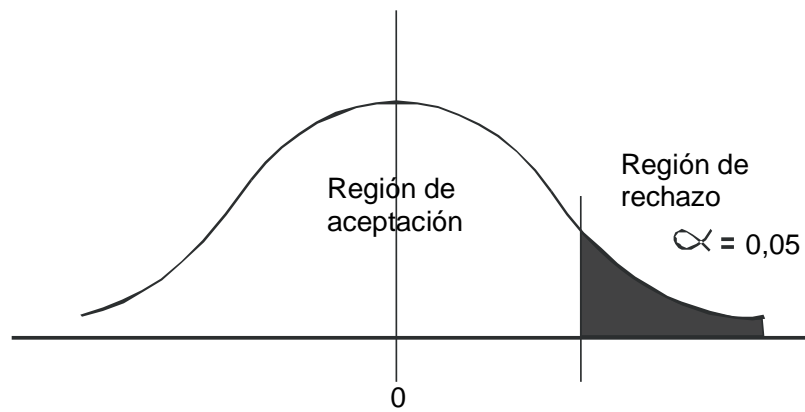
$$g.l.= 4 \text{ grados de libertad.}$$

- **Estadística Chi en tablas:**

$$\alpha=0,05$$

$$X^2_1=9,49$$

- **Esquema grafico de la prueba:**



$$X^2_c = 9,49 < X^2 = 73,367$$

$$X^2_c = \frac{\sum(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

$$X^2_c = 73,367$$

- **Regla de decisión**

Si $X^2_c \leq X^2_t$: Se acepta la H_0

Si $X^2_c > X^2_t$: Se rechaza la H_0

- **Contraste de resultados**

$$X^2_c = 73,367$$

$$X^2_t = 9,49$$

$$\alpha = 0,05$$

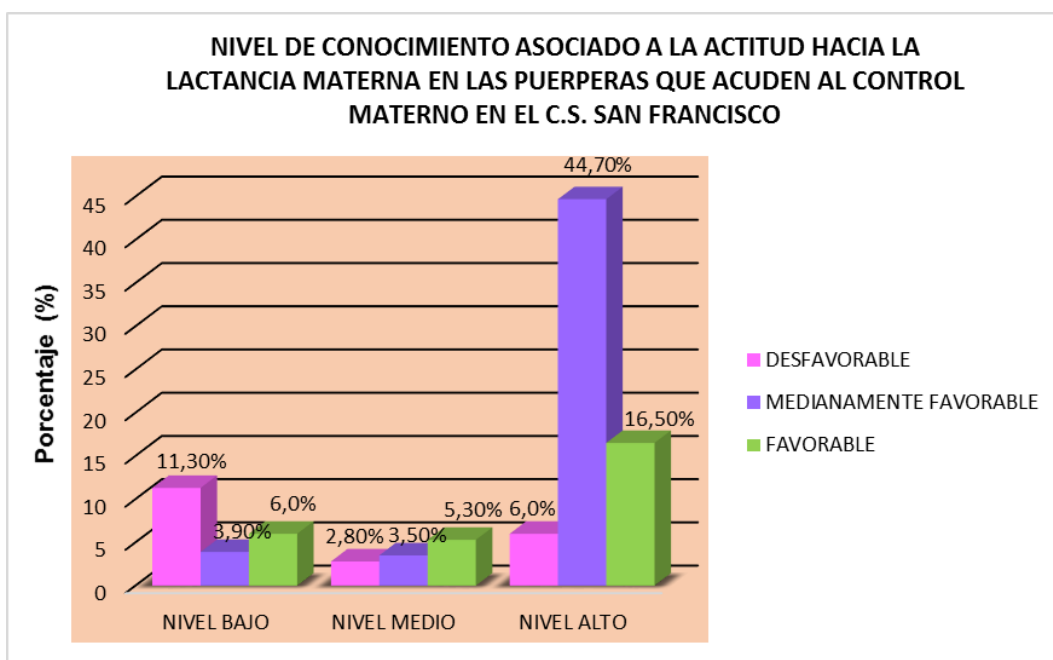
INTERPRETACIÓN.-

En la tabla 10 al analizar la contratación de la hipótesis realizada en la asociación entre nivel de conocimiento y la actitud sobre la lactancia materna se obtuvo lo siguiente: las puérperas con un nivel alto de conocimiento presentan una actitud medianamente favorable (44,70%), las puérperas con nivel alto de conocimiento presentaron una actitud favorable (16,50%) y las puérperas con nivel de conocimiento bajo tienen una actitud desfavorable (11,30%). Como el estadístico Chi- cuadrado calculado (X^2_c) es mayor al valor crítico obtenido de la tabla (X^2_c) ($73,367 > 9,49$) entonces, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa con un nivel de confianza del 95%, por lo tanto se concluye que hay relación entre el nivel de conocimiento de la lactancia materna y la actitud hacia la lactancia materna.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO NIVEL DE CONOCIMIENTO ASOCIADOS A
LA ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA EN LAS PUÉRPERAS
QUE ACUDEN AL CONTROL MATERNO EN EL CENTRO DE SALUD
SAN FRANCISCO DEL DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN
LANCHIPA TACNA, 2014**

GRÁFICO N° 13

SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO ASOCIADOS CON LA ACTITUD



FUENTE: Tabla 10

DISCUSIÓN

Los hallazgos revelan que la variable nivel de conocimiento se asocia significativamente con la actitud sobre la lactancia materna ($P=73,367$), es decir que: muestran un nivel alto de conocimiento (67,30%) y una actitud medianamente favorable (52,10%), hacia la lactancia materna, ya que las madres consideran que durante los primeros meses de vida, sus bebés son alimentados solo con leche materna desde que nace para ser sano, fuerte e inteligente, cuando le da pecho a su bebé le transmite amor, seguridad y afecto, y si madre tiene que ausentarse de casa por estudios o por trabajo deberán extraerse manualmente su leche y conservarla en la refrigeradora, además el cansancio, la falta de apoyo, tensión de la madre interfiere con la lactancia materna lo cual repercute en la leche y pudiendo ver afectado al recién nacido en su desarrollo intelectual y en su crecimiento.

Cifra que es comparable con lo que reporta FERRO S. (19) asegurando que el nivel de conocimiento que predominó fue entre regular (50%) y malo (19,9%) y solo 31,1% de las madres demostraron tener buenos conocimientos sobre lactancia materna. De tal manera las instituciones de salud, profesionales de la salud tienen la obligación de mejorar la información de alimentación de los

recién nacidos, ya que debe de asegurar un alto nivel de apoyo para amamantamiento temprano, exclusivo y continuado tanto entre sus colegas como en la comunidad.

Existe brechas del conocimiento de la lactancia materna, con respecto a si actual difusión actual puede atribuirse a factores sociales-culturales, producto de la modernización de la sociedad actual.

En la tabla 6 y 7 describimos el tipo de conocimiento y actitud hacia la lactancia materna y encontramos que la mayoría de las puérperas presentaron nivel alto de conocimiento (67,30%) y una actitud medianamente favorable hacia la lactancia materna (52,10%), y solo la minoría presento una actitud desfavorable (20,10%). Resultados que son similares con VÁSQUEZ (18), encontrando que el 43,3% de las madres presentaron conocimiento alto, el 40% conocimiento medio y el 16,7% conocimiento bajo y desde luego presentaron una actitud medianamente favorable (50,0%); caso que la mayoría de las madres son madres jóvenes que tienen entre 18 y 25 años (66,7%), desde luego tienen de 1 y 2 hijos, por lo que cuentan con estudios secundarios (53,3%) y la gran mayoría son convivientes (53,3%). Ya que considera que en los 6 primeros meses el bebé debe ser alimentado solo con leche materna

para ser sano, fuerte e inteligente, transmitiendo amor, seguridad y afecto lo que afirma Vásquez.

En la tabla 8 el nivel de conocimiento entre 25 a 34 años fue alto (37,70%), a comparación de las de 35 a 42 años presentaron un nivel medio de conocimientos (5,60%) y un nivel de conocimiento bajo las de 17 a 24 años (10,90%) y de tal manera las primíparas poseen un nivel de conocimiento bajo (12,0%), a comparación de las multíparas que poseen conocimiento alto (56,70%). Sin embargo estudios realizados por HUERTA (20) encontró que: 15 a 19 años presentaron conocimiento bueno (44,1%) y un nivel regular las mayores de 35 años (62,9%); de tal forma las gran multíparas presentaron mayor nivel de conocimiento sobre lactancia materna (66,7%), a comparación de las multíparas (42,1%) y primíparas (42,3%) que presentaron regular nivel de conocimientos. Todo esto demuestra que tenemos que incrementar nuestra labor educativa en los controles prenatales para mejorar los niveles de conocimiento y la actitud hacia la lactancia materna.

Datos enumerados, encontramos en los hallazgos de CARRASCO (14), encontró que el 59,1% presentaron conocimiento suficiente y el 68,2% de las mujeres mostraron una actitud muy favorable, 27,3% una actitud favorable y solo 4,5% una actitud

desfavorable hacia la lactancia materna. Caso de contrario de VERAMENDI (15), que difieren en relación a los resultados obtenidos presentando: conocimientos bajos sobre lactancia humana; 35,3%, medios y 23,5%, altos. El 94,1% de las madres encuestadas conocía la exclusividad de la lactancia humana hasta los seis meses del recién nacido. Por otro lado, alrededor del 60% reconoció la lactancia humana como método de prevención de enfermedades del neonato y aproximadamente el 30% manifestó conocer las propiedades anticonceptivas de la lactancia humana. Presentando el 58,8% de actitudes neutras y 20,6% de actitudes favorables, un porcentaje similar presentó actitudes desfavorables. El 91,2% de las encuestadas tuvo una actitud positiva frente a la lactancia humana exclusiva durante los primeros seis meses del recién nacido. Puesto que también concuerda con GAMBOA Y COL. (13) en donde no existe asociación entre el conocimiento, creencia y la práctica junto con VERAMENDI que afirma que se debe a diferentes estilos de vida que lleva por parte de las madres trabajadoras o que cursan estudios que dejan a sus hijos en casa, hasta motivos de salud de la madre, son lo que se dan el deteste precoz de la lactancia materna en donde el personal de salud debe dar énfasis en la promoción del amamantamiento precoz de los

beneficios que conlleva una lactancia materna y prevención de enfermedades diarreicas para el recién nacido.

De acuerdo a la bibliografía revisada (21), afirma que la lactancia materna a libre demanda no solo contribuye al aumento en la producción de la leche materna, sino al fortalecimiento del vínculo de amor entre madre y bebé, a menor pérdida de peso del bebé en el post parto, a establecer la lactancia materna de manera más fácil y aumentar su duración, los bebés crecen mejor, ya que al mamar con más frecuencia y más tiempo reciben toda la grasa proporcionada por la leche materna, además previene la congestión mamaria. De tal manera no se debe limitar ni restringir la lactancia materna, es necesario promover y apoyar a las madres lactantes para que puedan iniciar, continuar y concluir su proceso de amamantamiento con una actitud positiva, cargada de placer y confianza.

Investigaciones realizadas por DELGADO (16), presentaron un nivel medio de conocimientos y solo el 10,5% un nivel alto; sin embargo 70% no manifiestan la duración adecuada, 62,9% no posicionan adecuadamente al bebé, 75,8% no muestran adecuada postura y 64.5% no controlan la frecuencia de amamantamiento. Se afirma que la práctica está ligada con el nivel de conocimientos. Al respecto la OMS, afirma que la adolescente, es muy vulnerable al

abandono precoz de la práctica de la lactancia materna, esto se debe por su misma inmadurez biológica, por el cambio tan repentino de la infancia, a tener que afrontar un embarazo a muy temprana edad y más aún asumir su autocuidado, que le hace más propensa de presentar muchos riesgos tanto personales como para el bebé, quien depende de sus cuidados. Por lo tanto al grupo de adolescentes y madres jóvenes debe dárseles una consejería personalizada respecto a la importancia de la lactancia materna especialmente en los primeros meses de la vida de sus hijos.

La asociación entre nivel de conocimiento y actitud según la tabla 9 el nivel alto de conocimiento (67,30%) y una actitud medianamente favorable (52,10%) existiendo una $P=73,367$, de tal manera rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alterna en donde existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud caso que vincula también en el estudio realizado por HUERTA en donde afirma que existe una relación entre estas dos variables en donde afirma que las puérperas con buen nivel de conocimientos sobre lactancia materna presentan una actitud favorable ($P=0,02$) y de tal manera va acorde con la técnica eficaz de lactancia materna ($P= 0,008$).

Por lo tanto la actitud es considerada como la relación entre el conocimiento adquirido y el sentimiento que provoca en el ser humano. En la actitud influye la motivación, las experiencias pasadas, la voluntad, la inteligencia, las emociones, el ambiente y lo cultural.

Es por estas razones que la lactancia materna es influenciada por múltiples factores lo cual depende de la motivación de la madre de amamantar a su propio hijo y que a su vez está relacionada con las actitudes y creencias de la madre, ya que la leche está vinculada con la frecuencia del amamantamiento que se da por parte de la madre, el vigor de la succión del bebé y con el nivel de información que recibe la propia madre.

CONCLUSIÓN

PRIMERA: El nivel de conocimiento se asocia significativamente con la actitud sobre la lactancia materna de las puérperas que asisten al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014 ($P=73,367$).

SEGUNDA: El nivel de conocimiento sobre la lactancia materna de las puérperas que asisten al control materno del Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014 tienen un nivel alto (67,30%), nivel bajo (21,10%), y nivel medio (11,60%).

TERCERA: Con respecto a la actitud las puérperas presentaron una actitud medianamente favorable (52,10%), actitud favorable (27,80%) y una actitud desfavorable (21,10%) sobre la lactancia materna.

CUARTA: Con respecto a las características materna (edad, ocupación, nivel de instrucción y paridad) las puérperas de 25 a 34 años presentaron un nivel de conocimiento alto (37,70%) caso contrario de las de 17 a 24 años presentaron un nivel de conocimiento bajo; las convivientes presentaron un nivel de conocimiento alto (58,50%), las de educación secundaria presentaron un nivel de conocimiento alto (76,80%), las amas de casa presentaron un nivel de conocimientos alto (47,50%) y las multíparas presentaron un nivel de conocimiento alto (56,70%).

RECOMENDACIONES

1. Seguir sensibilizando a la población en general pero sobre todo a las gestantes y madres adolescentes, sobre la importancia de la lactancia materna, técnica de extracción manual de la leche y las mejores posiciones para lactar y desde luego que no brinden a sus recién nacidos biberones, chupones, u otros objetos artificiales que perjudiquen la succión y aumenten la posibilidad de ocasionar enfermedades diarreicas, lo cual deben ser promovidos por el personal de los establecimientos de salud para disminuir de la morbi-mortalidad materna e infantil.
2. Promover el contacto inmediato “piel a piel” con la puesta del recién nacido al seno materno dentro de la primera hora de vida, inmediatamente después del segundo periodo del parto eutócico y el contacto precoz en los partos distócicos así como el cumplimiento de las normas establecidas dentro de las políticas actuales para lograr el apego y la lactancia materna.
3. Realizar, profundizar y comparar otros trabajos de investigación con poblaciones diversas que expongan la realidad local, regional y nacional sobre el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS /OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo. La salud – enfermedad de las mujeres centroamericanas en la década de los noventa un enfoque de género. San José. Imprenta Litografía.2000.
2. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/lactancia/?op=6>
3. BOWMAN BARBARA, RUSSELL ROBERT. *Conocimientos actuales sobre nutrición. Publicación Científica y Técnica No 592 - 8a ed.* OPS/OMS. Washington 2003- pp. 441.
4. CARREÑO OCHOA G. *Conocimientos, saberes y prácticas sobre lactancia materna.* Estudio de línea de base. DABS 2003. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá. 2003.
5. Balance y desafíos sobre las acciones del gobierno para mejorar la salud materna y perinatal Perú - 2013
6. <http://elcomercio.pe/lima/sucesos/minsa-peru-ocupa-primer-lugar-lactancia-materna-exclusiva-noticia-1752027>
7. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. 2012. LACTANCIA Y NUTRICIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y MADRES. Pp. 242. Perú
8. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2012, INEI, 2013.

9. GUERRERO J., VERA J. Nivel de conocimientos sobre lactancia materna en madres adolescentes. [Tesis]. Cuenca-Ecuador: Universidad del Azuay; 213.
10. 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. Tabasco, México. 2013. Revista Salud en Tabasco. Vol. 20, No. 1, Enero-Abril 2014. Disponible en:http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=102573&id_seccion=264&id_ejemplar=9973&id_revista=46
11. ZIMMERMANN C.R., MEDINA PINTO S., ORTIZ GAVILAN A.V., MIÑO C. Conocimientos sobre la lactancia materna en puérperas de la ciudad de resistencia en el año 2010. Argentina: Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Nordeste. 2010. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina. N° 207 – Junio 2011
12. LÓPEZ N., PRADA G. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en madres. Rev. chil. Nutr. 2009 vol. 35.Nº1.pág. 43-52

13. GAMBOA E., LÓPEZ M., PRADA G., GALLO K. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con Lactancia Materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Chile. 2008. Rev. chil. nutr. [online]. 2008, vol.35, n.1, pp. 43-52. ISSN 0717-7518. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717_75182008000100006&script=sci_arttext
14. CARRASCO NEGÜE, CORVALÁN VELÁSQUEZ. Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida, CESFAM Panguipulli noviembre-diciembre del 2006. [Tesis]. Valdivia-Chile: Universidad Austral de Chile; 2007.
15. VERAMENDI L., ZAFRA UGAZ J. Conocimientos, actitudes y prácticas de Lactancia Materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa. Lima-Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2012. Revista de Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana, vol. 17, núm. 2,-, 2012, pp. 82-88. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71729116006>
16. DELGADO L., NOMBERRA F. Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva

- HRDLM-CHICLAYO, 2012. [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012.
17. ZAPATA F. Conocimiento y práctica que tienen las madres primíparas acerca de la precoz lactancia (calostro) en el servicio de maternidad del hospital de apoyo nivel II de Sullana. [Tesis]. Piura: Universidad Católica de los Ángeles de Chimbote; 2011.
 18. VÁSQUEZ DELGADO R., Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis-2009. [Tesis]. Lima-Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2012.
 19. FERRO SOSA M., FLORES CONDORI H. Nivel de conocimientos en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en puérperas de IEMP de octubre a diciembre del 2005. [Tesis]. Lima-Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2006.
 20. HUERTA HUERTA MARCO ANTONIO. Conocimientos, actitudes y práctica de la técnica de amamantamiento en puérperas del Hospital Hipólito Unánue de Tacna Octubre- Diciembre 2011. [Tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012
 21. OMS. (2014). Lactancia materna exclusiva. Obtenido de http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Inicio temprano de la lactancia materna
23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. “PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y EL NIÑO”. Primera Edición. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. Lima – Perú. 2009.
24. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA. (s.f.). Consultado del 15 de setiembre 2014, URL: <http://www.medela.com/ES/es/breastfeeding/good-to-know/breastfeeding-benefits.html>
25. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2011.
26. Comité de lactancia materna hospital Gregorio Marañón. Guía de lactancia materna. Madrid: hospital Gregorio Marañón; 2010. <http://groups.google.es/group/la-liga-de-la-leche-virtual?pli=1>
27. CONTE DAYRIS y HERNÁNDEZ KELIVETH; Módulo II “lactancia materna exclusiva”. Panamá, Rep. De Panamá 2012
28. ROTAFOLIO SOBRE LACTANCIA MATERNA www.mimdes.gob.pe Cromo arte rotafolio baja para web.pdf-adobe [Reader](#)

29. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/lactancia/?op=1>
30. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Lactancia Materna. Dirección General de Salud de las Personas y Promoción de la Salud. Lima 2010. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/niño/niño-lactancia.asp>
31. Real Academia Española [Sitio en Internet] DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA - Vigésima segunda edición. Hallado en: <http://lema.rae.es/drae/?val=conocimiento>
32. Heesen “Teoría del conocimiento” Editorial esfinge. 2002
33. Belda, Maria “Formas de Conocimiento”2007
34. Psicología on line. [Sitio en Internet] Psicología social y de las organizaciones: actitud. Hallado en: <http://www.psicologia-online.com/pir/definicion-de-actitud.html>.
35. CANALES F, ALVARADO E, PINEDA E. Metodología de la Investigación. Honduras; Editorial Organización mundial de la salud.
36. Kerlinger.1979. Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana. Capitulo número 8 (“Investigación experimental y no experimental”).

ANEXOS

ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Nivel de conocimiento y actitud hacia la lactancia materna en las puérperas que acuden al control materno en El Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS GENERAL	METODOLOGÍA	BIBLIOGRAFÍA
¿Cuál es el nivel de conocimiento y la actitud hacia la lactancia materna en las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014?	Determinar si el nivel de conocimiento se asocia a la actitud hacia la lactancia materna en las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.	<p>H1: El nivel de conocimientos sobre la lactancia materna se asocia significativamente con la actitud en las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.</p> <p>H0: El nivel de conocimientos sobre la lactancia materna no se asocia significativamente con la actitud en las puérperas que acuden al control materno en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna, 2014.</p>	<p>1.Diseño de investigación:</p> <p>Es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo y de corte transversal.</p> <p>2.Población:</p> <p>Por 1086 puérperas que sus partos vaginales fueron atendidos en el Centro de Salud San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa durante el mes de Enero a Diciembre del 2014 en Tacna.</p> <p>3.Muestra</p> <p>Lo constituyen 284 puérperas cuyos partos fueron atendidos en el Centro de Salud San Francisco.</p>	<p>25. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. IHAN Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2011.</p> <p>26. Comité de lactancia materna hospital Gregorio marañón. Guía de lactancia materna. Madrid: hospital Gregorio marañón; 2010. http://groups.google.es/group/liga-de-la-leche-virtual?pli=1</p>

**ANEXO 2: CUESTIONARIO NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA
LACTANCIA MATERNA**

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Distinguida señora la presente encuesta tiene por finalidad obtener información sobre los conocimientos y actitudes que se tiene acerca de la lactancia materna. Se ruega que identifique y que conteste con sinceridad a las preguntas marcando con una (X) la respuesta correcta.

I. CARACTERÍSTICAS MATERNAS:

1. Edad:
 - a) De 17 a 24 años.
 - b) De 25 a 34 años.
 - c) De 35 a 42 años.
2. Estado civil:
 - a) Soltera.
 - b) Conviviente.
 - c) Casada.
3. Grado de instrucción:
 - a) Analfabeta.
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior
4. Ocupación:
 - a) Ama de casa.
 - b) Comerciante.

c) Estudiante (colegio o universidad).

5. Paridad:

a) Primípara.

b) Multípara.

c) Gran multípara (5 a más hijos).

II. CONOCIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

1. El calostro es:

a) El peor alimento que sale del pecho, con menos defensas y nutrientes.

b) El nombre que recibe la bajada de la leche con menos importancia.

c) El alimento perfecto y primordial con suma importancia para el recién nacido durante la primera hora de vida.

CONOCIMIENTO DE DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA

2. Hasta que edad es lo recomendable, dar la lactancia materna exclusiva

a) Hasta los 2 años.

b) Hasta los 6 meses.

c) Hasta 1 año.

CONOCIMIENTO DEL INICIO DE LACTANCIA MATERNA

3. ¿Cuándo se debe iniciar la lactancia materna?

a) A las 4 horas de nacido el bebé.

b) Inmediatamente después del parto.

c) Cuando el bebé llore de hambre por primera vez.

CONOCIMIENTO DE FRECUENCIA DE MAMADA

4. Cada que tiempo debe de mamar el bebé
 - a) Cada 2 horas.
 - b) Cada vez que el niño llore o a libre demanda.
 - c) Cada 6 horas.

CONOCIMIENTO DE EXTRACCIÓN Y AMAMANTAMIENTO DE LA LECHE MATERNA

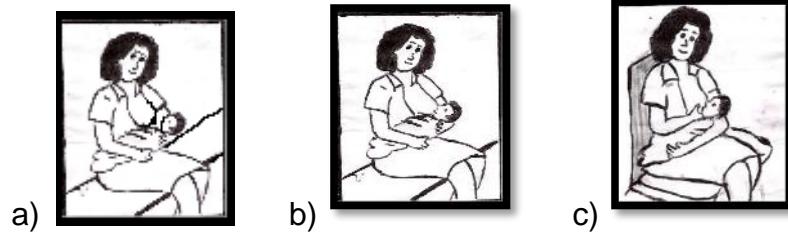
5. Si Ud. Trabaja fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar a su bebé?
 - a) Tendría que darle leche artificial.
 - b) Le daría leche materna mientras este con mi bebé y leche artificial cuando saldría a trabajar.
 - c) Preferiblemente tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.

CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

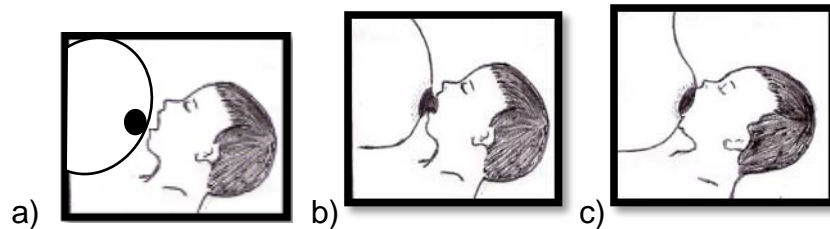
6. Puede Ud. decirme la razón principal por la que Ud. le daría leche materna a su bebé.
 - a) Me ahorro dinero
 - b) Le da nutrientes necesarios además de prevenir enfermedades respiratorias y diarreicas.
 - c) Me da más tiempo de pasa en compañía con mi bebé.
7. ¿Qué madres no deben de dar de lactar al bebé?
 - a) Madres que tienen tos.
 - b) Madres que tienen VIH/SIDA.
 - c) Madres que tienen varios hijos.

CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA

8. Marque la gráfica correcta en que se muestra la posición en cómo debe de dar de lactar a su bebé:



9. Marque la gráfica correcta de cómo se debe de colocar la boca de su bebe al pecho para dar de lactar al bebé:



10. ¿Cómo se coloca la mano para dar de lactar al bebé?

- a) Con la mano en forma de C.
- b) No importa la forma mientras se sienta cómoda.
- c) Con los dedos en forma de tijera.

FUENTE: Ferro Sosa M., Flores Condori H. Lima. 2006.

**ANEXO 3: CUESTIONARIO DE ACTITUD HACIA LA LACTANCIA
MATERNA**

A continuación se presentan algunas preguntas con el fin de conocer que piensa Ud. Con respecto a la lactancia materna. Marque con una (x) según corresponda de acuerdo a la pregunta que se acerque a su criterio, no deje ninguna sin contestar.

Nro. ítem	A	B	C
Tipo de preguntas	DE ACUERDO	INDECISA	EN DESACUERDO
1. Durante los primeros 6 meses de vida, el bebé debe ser alimentado con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente.			
2. El bebé, cuando toma el pecho de la madre, recibe amor, seguridad y afecto.			
3. La madre que amamanta tiene menos posibilidad de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta.			
4. La lactancia materna exclusiva previene un nuevo embarazo			

5. La leche de vaca (maternizada, evaporada, etc.) alimenta mejor al bebé que la leche materna.			
6. Los recién nacidos reciben los mismos nutrientes de la leche materna que la artificial.			
7. Si la mujer tiene un busto pequeño es mejor alimentar al bebé con leche artificial			
8. Si se aparecen heridas en los pezones, lo mejor es dejar de dar pecho, sino estas no sanaran.			
9. Lo más conveniente cuando la madre se sienta cansada hacerlo con leche artificial.			
10. El cansancio o tensión de la madre interfiere con la lactancia materna.			

FUENTE: Vásquez Delgado R. Lima 2012.

Gracias por su colaboración...

ANEXO 4

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO CONOCIMIENTO

Para la validez se solicitó la opinión de expertos, además aplicar la formula “r de Pearson” en cada uno de los ítems de los resultados de la prueba aplicada a 284 púerperas, obteniéndose:

$$R = \frac{N \sum(x_i y_i) (\sum x_i) (\sum y_i)}{|N (\sum x_i^2) (\sum y_i)^2|^{\frac{1}{2}} |N (\sum y_i^2) (\sum x_i)^2|^{\frac{1}{2}}}$$

ÍTEMS	PEARSON
1.	0,38
2.	0,42
3.	0,54
4.	0,60
5.	0,34
6.	0,54
7.	0,40
8.	0,57
9.	0,60
10.	0,44

Si $r > 0,20$ de tal manera el instrumento es válido, por lo tanto quedando de esta manera el instrumento constituido por 10 ítems son válidos.

ANEXO 5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO “CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LAS PUÉRPERAS EN LACTANCIA MATERNA”

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el coeficiente de alfa de cronbach (α)

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum S^2 i}{S^2 T} \right]$$

Donde:

$\sum S^2 i$ = varianza de cada ítem

$S^2 T$ = varianza de los puntajes totales

K = número de ítems del instrumento

$$\alpha = \left[\frac{10}{9} \right] \left[1 - \frac{\sum 3,6}{13} \right]$$

$$\alpha = 0,803$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0,5$ por lo tanto este instrumento es confiable.

ANEXO 6

MEDICIÓN DE LA VARIABLE ESCALA DE STANONES CATEGORIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA DE LAS PUÉRPERAS

Para la clasificación acerca de la opinión de

Se utilizó la campana de Gaus donde se consideró una constante de 0,75, a través del siguiente procedimiento:

1. Se calculó a $\bar{x} = 13,12$
2. Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = \left[\frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{N} \right] \rightarrow DS = 3,36$$

3. Se establecieron los valores a y b respectivamente:

$$a = \bar{x} - 0,75 \text{ (DS)}$$

$$a = 13,12 - 0,75 \text{ (3,36)}$$

$$a = 10$$

$$b = 13,12 + 0,75 \text{ (3,36)}$$

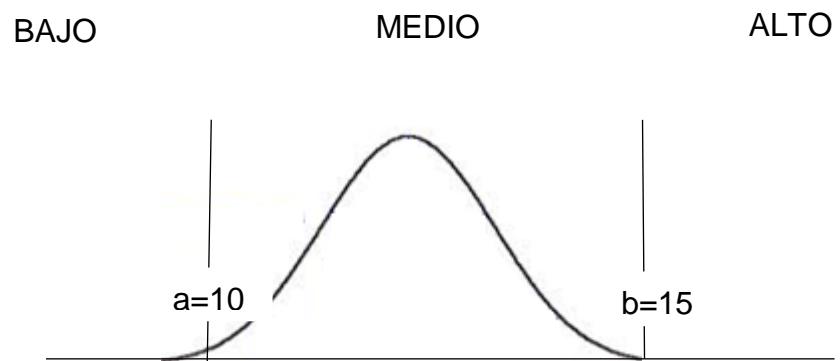
$$b = 15$$

Los puntos de cruce se obtuvieron de la siguiente manera:

Alto $= 16 - 20$

Medio $= 10 - 15$

Bajo $= \text{menos de } 10$



ANEXO 7

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO ACTITUD DE LAS PUÉRPERAS HACIA LA LACTANCIA MATERNA

Para la validez se solicitó la opinión de expertos, además aplicar la formula “r de Pearson” en cada uno de los ítems de los resultados de la prueba aplicada a 284 puérperas, obteniéndose:

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) (\sum x_i) (\sum y_i)}{|N (\sum x_i^2) (\sum y_i)^2|^{\frac{1}{2}} |N (\sum y_i^2) (\sum x_i)^2|^{\frac{1}{2}}}$$

ÍTEMS	PEARSON
1.	0,2
2.	0,1
3.	0,4
4.	0,4
5.	0,4
6.	0,6
7.	0,5
8.	0,6
9.	0,5
10.	0,4

Su $r > 0,20$ de tal manera el instrumento es válido, quedando de esta manera el instrumento constituido por 10 ítems son válidos.

ANEXO 8

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO “CUESTIONARIO DE MEDICIÓN DE LA ACTITUD DE LA PUÉRPERA EN LACTANCIA MATERNA”

La confiabilidad del instrumento fue determinada mediante el coeficiente de alfa de cronbach (α)

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum S^2 i}{S^2 T} \right]$$

Donde:

$\sum S^2 i$ = varianza de cada ítem

$S^2 T$ = varianza de los puntajes totales

K = número de ítems del instrumento

$$\alpha = \left[\frac{10}{9} \right] \left[1 - \frac{\sum 4,5}{20} \right]$$

$$\alpha = 0,861$$

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0,5$ por lo tanto este instrumento es confiable.

ANEXO 9

MEDICIÓN DE LA VARIABLE ESCALA DE STANONES

CATEGORIZACIÓN DE LA ACTITUD SOBRE LA LACTANCIA

MATERNA DE LAS PUÉRPERAS

Para la clasificación acerca de la opinión de

Se utilizó la campana de Gaus donde se consideró una constante de 0.75, a través del siguiente procedimiento:

1. Se calculó a $\bar{x} = 19,9$

2. Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = \left[\frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{N} \right] \rightarrow DS = 4,97$$

3. Se establecieron los valores a y b respectivamente:

$$a = \bar{x} - 0,75(DS)$$

$$a = 19,9 - 0,75(4,97)$$

$$a = 16$$

$$b = 19,9 + 0,75(4,97)$$

$$b = 24$$

Los puntos de cruce se obtuvieron de la siguiente manera:

Favorable = 25 - 30

Medianamente favorable = 16 - 24

Desfavorable = menos de 16

DESFAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE FAVORABLE

