

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

ACTITUDES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES PRIMÍPARAS
SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL SERVICIO
DE NEONATOLOGÍA HHUT - TACNA 2015

TESIS

Presentada por:

Bach. Yanett Sonia Quispe Garay

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

**ACTITUDES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES PRIMÍPARAS
SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
HHUT – TACNA 2015**

TESIS

Presentada por:

BACH. YANETT SONIA QUISPE GARAY

Para optar por el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobada por UNANIMIDAD ante el siguiente jurado:



Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
PRESIDENTA



Mgr. María Lourdes Vargas Salcedo
JURADO



Dra. Ingrid María Manrique Tejada
JURADO



Mgr. Luz Marina Ticona Pajares
ASESORA

DEDICATORIA:

Dedico esta Tesis a nuestro Señor Jesús, a nuestra madre la Virgen María, quienes inspiraron mi espíritu para dar conclusión de esta tesis de licenciatura. A mi madre la Sra. Silvia Garay Luque quien me dio la vida, educación, apoyo, a mi hermana Mayeli Ticono Garay por sus consejos. A mis docentes que sin su ardua labor de enseñanza hoy no sería una mujer educada para servir y cuidar de los demás, a ellos les agradezco desde el fondo de mi alma y corazón, para todos ellos hago esta dedicatoria.

Yanett.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por la fuerza de voluntad que me da todos los días, por la fe que me incrementa a lograr mis metas.

A MI MADRE Sra. Silvia Garay Luque, mi motor y mi motivo de vida, mi luz, mi guía y todo lo bueno que me ha pasado es gracias a ella, desde la vida que me confirió hasta hoy que me he convertido en Enfermera, todo fruto que hoy tengo es gracias a su infinito esfuerzo por hacer de mí una persona productiva y noble.

A MI HERMANA Srta. Mayeli Ticona Garay, por ser mi cómplice, por ser el modelo a seguir, por las noches de desvelo a la que la conlleve para poder ser un profesional hoy en día.

A MI ASESORA Mgr. Luz Marina Ticona Pajares, por su enseñanza, su comprensión y paciencia en aclarar mis dudas y por sus sugerencias en todo el proceso de mi tesis.

AL PERSONAL DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA de nuestro Hospital Hipólito Unanue Tacna, por haber contribuido en la ejecución de mi tesis.

Yanett.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRAC

Pág.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

INTRODUCCIÓN

1.1	Fundamentos y Formulación del Problema.....	03
1.2	Objetivos.....	09
1.3	Justificación	10
1.4	Hipótesis.....	13
1.5	Operacionalización de variables.....	14

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1	Antecedentes del Problema.....	16
2.2	Bases teóricas.....	20
2.3	Definición operacional de términos.....	55

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	Diseño de Investigación	58
3.2	Población y muestra de estudio.....	58
3.3	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	59
3.4	Procedimientos de Recolección de datos.....	63
3.5	Procesamiento de datos.....	64

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1	Resultados.....	65
4.2	Discusión.....	73

CONCLUSIONES	78
---------------------------	-----------

RECOMENDACIONES	80
------------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
---	-----------

ANEXOS	90
---------------------	-----------

RESUMEN

El presente estudio de investigación se realizó con el objetivo de determinar la actitud y el nivel de conocimiento sobre la Lactancia materna exclusiva en madres primíparas del Servicio de Neonatología del HHUT-Tacna 2015. El diseño es no experimental descriptivo observacional y de corte transversal con una muestra de 69 madres primíparas, a quienes se les aplicó dos instrumentos, un cuestionario de conocimientos y dos listas de chequeo para medir componentes de conducta y afecto de la actitud, se utilizó la técnica de entrevista y observación. El procesamiento de datos se hizo en el SPSS versión 20. Los resultados obtenidos indican que las madres primíparas presentan un nivel de conocimiento moderado (62,3 %) y muestran una actitud favorable (56,5 %). Concluyéndose que existe un conocimiento moderado y una actitud favorable en la lactancia materna exclusiva. Se comprobó la hipótesis de la investigación.

Palabras clave: Actitud y conocimiento

ABSTRACT

The present research study was carried out with the objective of determining the attitude and level of knowledge of exclusive breastfeeding in mothers the Neonatology Service of the HHUT - Tacna 2015 Primiparous. The design is non-experimental descriptive observational and cross-sectional with a sample of 69 mothers Primiparous, who applied two instruments, a questionnaire of knowledge and two checklists to measure components of behavior and attitude affection, we used the technique of interview and observation. The processing of information did to itself in the SPSS version 20. The results obtained indicate that Primiparous mothers have a level of moderate knowledge (62,3 %) and show a positive attitude (56,5 %). Concluding that there is a moderate knowledge and a positive attitude in exclusive breastfeeding. The hypothesis of the investigation was verified.

Keywords: *Attitudes, Level of knowledge*

INTRODUCCIÓN

A medida que se inicia el nuevo milenio, la lactancia materna está empezando a desempeñar una función clave en la salud pública, la supervivencia infantil, la salud materna y en las estrategias sanitarias nacionales e internacionales. Las tasas de inicio de la lactancia materna se ha incrementado sustancialmente y la duración de la misma ha empezado a mejorar.

La lactancia materna constituye el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño o niña hasta los seis meses de edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), han considerado por décadas a la Lactancia Materna (LM) fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales.

Además aporta al recién nacido nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, protegiéndolo de diversas enfermedades; en la madre disminuye la mortalidad materna, el riesgo de cáncer de mama y fomenta el amor con su hijo; en la familia contribuye a la integración y a la economía familiar. La lactancia materna ofrece además beneficios

sociales, como la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad infantil, contribuyendo a una población infantil sana y favoreciendo la no violencia.

Asimismo la promoción de la lactancia materna exige la motivación, capacitación y labor coordinada de muchos profesionales de la salud en especial la del enfermero, cuya labor puede asegurar el impacto perdurable de los programas y talleres de promoción y prevención de la salud.

El presente estudio titulado “Actitudes y Nivel de Conocimiento de madres primíparas sobre Lactancia Materna Exclusiva en el Servicio de Neonatología HHUT-Tacna 2015”, tuvo como objetivo: Determinar la actitud y el nivel de conocimiento de madres primíparas sobre la lactancia materna exclusiva en el servicio de neonatología, con el propósito de que los resultados obtenidos permitan proporcionar información actualizada, a fin de que el servicio de neonatología elabore o diseñe estrategias y/o programas de educación continua dirigida a las madres primíparas que son dadas de alta, lo que permitirá mejorar los estilos de vida saludables en la familia y comunidad.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La Lactancia Materna constituye uno de los pilares fundamentales de la promoción de la salud y de la prevención de numerosas enfermedades en los niños menores de 6 meses. Sin duda alguna, la lactancia natural es la mejor opción para alimentar al niño durante el primer año de vida, pues le aporta importantes ventajas entre ellas la superioridad nutricional, ausencia de agresión físico-química y antigénica, apoyo inmunológico específico e inespecífico, apoyo al crecimiento y desarrollo del tubo digestivo y además de la prevención de la morbimortalidad infantil (1).

Además, de los grandes beneficios que le aporta a la madre como la recuperación física en el postparto, espaciamiento de los embarazos y menor probabilidad de cáncer mamario, la lactancia ofrece un espacio para mayor interacción entre la madre y el niño, lo

que influye en el establecimiento de vínculos afectivos y desarrollo psicomotor (2).

Si se empezase a amamantar a cada niño en la primera hora tras su nacimiento, dándole solo leche materna durante los primeros seis meses de vida y continuando hasta los dos años, cada año se salvarían unas 800 000 vidas infantiles. A nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. Un asesoramiento y apoyo adecuado sobre lactancia materna es esencial para que madres y familias inicien y mantengan prácticas óptimas de amamantamiento (1).

Según el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) del 2014, el Perú presenta 558 mil 466 nacimientos inscritos, que han aumentado en relación a anteriores años; cifras como 521 692 (2011), 518 633 (2012), 540 178 (2013). Tacna presenta 5 605 nacimientos inscritos (2014), evidenciándose un incremento en relación a los años anteriores, tales como, 5 485 (2011), 4 559 (2012), 5 209 (2013) (3) (4).

La Dirección Regional de Salud (DIRESA) 2014, en el Plan Estratégico Institucional 2014-2018, refiere que en el año 2013 el Hospital Hipólito Unanue presentó 1 532 nacimientos (5).

Según informes del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2014, a las madres adolescentes peruanas según este acápite se les considera entre 15 a 19 años, mostrando una tendencia de incremento en relación del año 2000 (13,0 %) al 2014 (14,6 %); en embarazadas del primer hijo se presenta el siguiente porcentaje, en el años 2000 (9,5 %) al 2014 (10,7 %) (3).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en Perú (ENDES) 2014, las mujeres comienzan a tener hijas/os a edades tempranas. Asimismo, entre un 30,9 % y un 33,8 % de las mujeres procrearon por primera vez antes de los 20 años, y la edad mediana al primer nacimiento entre mujeres de 25 – 49 años fue de 22,6 años. En Tacna, la edad mediana al nacimiento del primer hijo, de las mujeres de 25 a 49 años de edad, fue de 22,6 años (6).

Las estimaciones de mortalidad en ENDES (2014), son tasas de probabilidades calculadas, según ello la evolución de la mortalidad evidencia notables descensos observados en los tres últimos quinquenios, en la mortalidad neonatal (de 12 a 10 defunciones por cada mil nacidos vivos), mortalidad post-neonatal (de 11 a 7 defunciones por cada mil nacidos vivos). Tacna presenta una tasa de

mortalidad neonatal de 11 defunciones por mil nacidos vivos y mortalidad post- neonatal de 8 por mil nacidos vivos.

La Lactancia Materna en el Perú según ENDES (2014), muestra que el 98,4 % de las niñas y niños que nacieron en los cinco años anteriores a la Encuesta han lactado alguna vez. En la primera hora de nacido el 55,1 % de niñas y niños empezó a lactar, esta proporción fue en ascenso al 93,0 % dentro del primer día. Sin embargo los menores porcentajes de lactancia dentro de la primera hora de nacido, se encontraron en los departamentos de Tacna (33,0 %), Ica (40,1 %) y Piura (41,0 %).

Por otro lado el 38,6 % de niñas y niños peruanos recibieron un alimento diferente a la leche materna antes de empezar a lactar en el 2014, porcentaje que se incrementó en 8,1 puntos porcentuales en relación al año 2009 que fue 30,5 %. Estos casos se presentaron con mayor frecuencia en los departamentos de Moquegua (78,6 %), Arequipa (59,5 %) y Tacna (59,0 %).

Con respecto a la Lactancia Exclusiva el 68,4 % de niñas y niños menores de seis meses de edad tuvieron lactancia exclusiva. Del total de menores de seis meses de edad el 97,3 % fueron amamantados el día o noche anterior a la entrevista, el 23,1 %

recibieron además leche no materna, el 2,5 % solo agua, el 2,4 % complementos, y el 0,7 % otro tipo de líquidos (agua/jugos). La práctica de la no lactancia aumentó en relación a la edad del menor; es así que el 0,7 % tenía de dos a tres meses de edad, el 5,7 % de cuatro a cinco meses de edad, el 8,5 % de seis a ocho meses de edad. El uso del biberón en niñas y niños menores de seis meses de edad representó el 29,1 % y la duración mediana de la lactancia exclusiva fue 4,6 meses; mientras que en Tacna es de 0,6 meses (6).

El 95,3 % de menores de seis meses de edad en Perú recibió leche materna con una frecuencia de seis y más veces en las últimas 24 horas y en el año 2009 fue del 98,0 %. En Tacna fue del 95,6 %. Según área de residencia, el porcentaje fue mayor en el área rural (97,6 %) que en el área urbana (94,3 %), (6).

La Dirección Ejecutiva de Epidemiología (2014) de la Región de Salud Tacna, menciona a través del Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) que el HHU atiende al 94,88 % de toda la provincia de Tacna. El Servicio de Pediatría atendió 4 220 (2011), 4 742 (2012), 4 491 (2013) y el Servicio de Neonatología atendió 1 125 neonatos en el 2013 (7).

El Servicio de Neonatología de la HHUT (2015) para el mes de octubre presento 286 partos de los cuales 87 partos son de madres primíparas, noviembre 283 partos y primíparas 88, diciembre 282 y primíparas 83, y enero del 2016 presento 236 partos de las cuales 80 son primíparas (8).

De esta manera, la actitud y el conocimiento acerca de la Lactancia Materna Exclusiva lleva naturalmente a recomendar a las madres primíparas, que la práctica de amamantar debe formar parte de un estilo de vida, por ello la actitud de las madres primerizas que tienen respecto a la lactancia materna cobran gran importancia.

Una de las inquietudes que llevan a estudiar el problema es que en la mencionada institución de salud, se ha observado en las madres baja motivación hacia el amamantamiento de sus hijos, refiriendo entre sus argumentos: que el niño queda no satisfecho, llora mucho y no duerme, que el tamaño de los senos es pequeño, que sus pechos no producen leche, que el niño cuando se le da biberón duerme bastante, entre otras.

Por otro lado se tiene una preocupante tendencia de incremento en embarazadas adolescentes del primer hijo, encontrándose poco menos del 50 % de adolescentes que tienen a su

primer hijo antes de los 20 años. Todos estos argumentos llaman la atención y constituyen interrogantes dignas de investigar y llevan a considerar el presente estudio en la búsqueda de respuestas a las interrogantes que me formulo ante el presumible desconocimiento y actitudes percibidas en las madres primíparas, sobre la lactancia materna exclusiva. Después de lo planteado, surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la actitud de las madres primíparas frente a la lactancia materna exclusiva? ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las madres primíparas sobre la lactancia materna exclusiva?

1.2 OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la actitud y el nivel de conocimiento de las madres primíparas sobre la Lactancia Materna Exclusiva en el Servicio de Neonatología del HHU - Tacna.

Objetivos Específicos

- Determinar la actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva en madres primíparas del Servicio de Neonatología del HHU – Tacna.

- Determinar el nivel de conocimiento sobre la Lactancia Materna Exclusiva en madres primíparas del Servicio de Neonatología del HHU – Tacna.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La Lactancia Materna adecuada incluye la Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros seis meses, en consecuencia la lactancia materna es potencialmente útil para las estrategias dirigidas a prevenir la morbimortalidad infantil, en particular con los otros beneficios conferidos por la lactancia materna sobre el crecimiento y desarrollo saludable del niño razón por demás que justifica la importancia del estudio.

Es por ello que se dice que la leche materna es el único alimento natural de la especie humana desde el nacimiento, siendo este el que contiene todos los requerimientos nutricionales para el desarrollo sano del niño en todos sus ámbitos, e incluso más allá de los aportes nutricionales, la lactancia materna exclusiva asegura el fortalecimiento del vínculo afectivo madre e hijo tan importante en el desarrollo de la personalidad del individuo y en la inclusión social.

Además se añade el aumento en la tasa de embarazadas adolescentes con un 17,0 % en el departamento de Tacna, ubicándonos de tal manera en segundo lugar a nivel nacional con un 13,0 %, lo que significa que la edad de la mujer al nacimiento de su primer hijo por grupo quinquenal es entre los 15 a 19 años, teniendo un mayor porcentaje de embarazo en el área urbana con un 16,69 %, es decir que cada 100 mujeres de 15 a 19 años, 18 ya son madres dentro de las cuales podríamos decir que en un mayor porcentaje son primerizas en relación a su edad (8), situación que repercute en la no concreción de un plan de vida y agravamiento de la situación de pobreza de los hogares, con incremento de la morbilidad y mortalidad de neonatos, por la evidente inexperiencia de las madres adolescentes por primera vez.

A ello se añade que a nivel nacional, los resultados de la ENDES mostraron un porcentaje de madres adolescentes o embarazadas por primera vez al momento de la encuesta, un aumentó en 3,2 puntos porcentuales, entre el periodo 1992 al 2014. A demás que Tacna es uno de los departamentos con menos porcentaje en lactancia materna en la primera hora de vida y su duración mediana de LME es de 0,6 meses (18 días). Esta situación refleja una preocupación nacional y local frente al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que

tenemos por alcanzar (3). Se menciona además que el HHU de Tacna atiende al 95 % del total de partos, brindando atención al binomio madre-niño. También se observa a través de la experiencia clínica, una notable desconformidad de las madres al amamantar a sus hijos.

De tal manera, la actitud y el conocimiento son determinantes claves en los porcentajes de Lactancia Materna Exclusiva Exitosa. Sin embargo, su éxito depende más de la instrucción y el apoyo ofrecido a madres primíparas antes y después del parto, constituyéndose en un campo ideal para la intervención del profesional de enfermería, cuya labor puede asegurar el impacto perdurable de los programas y talleres de promoción y prevención el mismo que debe comenzar inmediatamente después de dar a luz con el contacto piel a piel y finalizar en el alta de la madre e hijo.

Por otro lado la investigación conllevará a obtener características generales de la población en estudio, que podrían influenciar en una lactancia no efectiva y podrán servir de guía para determinar factores que influyen en la no concreción de una lactancia exclusiva.

Para la institución será un aporte de valor estadístico y teórico sirviendo este para mejorar las políticas de promoción de la lactancia

materna exclusiva e implementar programas y talleres educativos, dirigidos a las madres, personal de salud y familia. Se sabe que el presente estudio como toda investigación científica dejara ventanas abiertas a otros investigadores que quieran iniciar o continuar en esta línea, sirviendo de antecedente para futuros trabajos de investigación.

1.4 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL:

Existe un mayor porcentaje de actitud favorable o medianamente favorable; y un nivel moderado o bajo de conocimiento sobre la Lactancia Materna Exclusiva en madres primíparas del Servicio de Neonatología del HHU de Tacna.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA

- Las madres primíparas, poseen una actitud favorable o medianamente favorable frente a la Lactancia Materna Exclusiva.
- Las madres primíparas, poseen un nivel de conocimientos moderado o bajo sobre la Lactancia Materna Exclusiva.

1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN (Valor Final)
Conocimiento de la madre sobre Lactancia Materna Exclusiva	Es toda aquella información que posee la madre primípara en cuanto a la importancia, frecuencia, duración y ventajas de la Lactancia Materna.	Componente Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto -Importancia - Duración de la lactancia y frecuencia de tomas. -Ventajas para el hijo. -Ventajas para la madre. - Ventajas para la familia y la sociedad - Técnica de lactancia 	ORDINAL

Actitud de la madre primípara frente a la lactancia materna exclusiva	Es la respuesta expresada de la madre sobre la disposición que tiene para dar lactancia materna al niño menor de 6 meses, en torno a sus conocimientos adquiridos a través de su socialización y experiencia.	Componente Conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de amamantamiento - Frecuencia - Duración 	ORDINAL
		Componente Afectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Emociones expresadas al dar de lactar. - Sentimientos de la madre hacia el niño al amantarlo. 	ORDINAL

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Gerónimo Carrillo R, Magaña Castillo M, et al (y otros) (2014), realizaron un estudio titulado “Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un Hospital de tercer nivel” en México. De las 300 mujeres en periodo posparto, la edad media fue de 23 años, 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 % (10).

Guerrero Cisneros J, Vera Bermeo J. (2013), realizaron un estudio titulado “Nivel de conocimiento de sobre la lactancia materna en madres adolescentes” en Ecuador. Tuvo una muestra de 100 madres adolescentes, presentando los siguientes resultados: nivel 1 (malo)

corresponde al 55 %, nivel 3 (bueno) de un 21 %, nivel 2 (regular) es de un 19 %, y el nivel 4 (excelente) al 5 % de la muestra. Por otra parte la actitud que presenta la madre adolescente hacia la práctica de la lactancia materna también nos dio datos muy importantes: Nivel 4 (excelente) un 64 %, nivel 3 (bueno) el 26 %, el nivel 2 (regular) un 9 %, nivel 1 (malo) ubica un 1 %.

León Alanya P. (2013), realizó un estudio titulado “Conocimiento de madres primíparas sobre Lactancia Materna Exclusiva – Centro de Salud Villa San Luis 2012” en Lima – Perú. De las 50 madres participantes en el estudio el 34 % oscilan entre 23 a 27 años. Según la dimensión de conceptos generales de la lactancia materna exclusiva el 78 % tienen nivel de conocimiento medio, 14 % nivel bajo y el 8 % de las madres nivel alto; mientras que para la dimensión de conocimientos sobre beneficios de la lactancia materna el 68 % alcanzó el nivel medio, 22 % el nivel bajo y el 10 % alto, en conclusión las madres primíparas tienen un nivel de conocimiento medio respecto a la lactancia materna exclusiva (12).

Vásquez Delgado R. (2012), realizó un estudio titulado “Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2009” en Lima – Perú. La población estuvo conformada por 60 madres de niños menores de 6 meses que acuden al servicio de CRED, el 43,3 % tiene conocimiento alto, 40 % medio y 16,7 % bajo. Con respecto a la actitud el 50 % tienen una actitud medianamente favorable, 30 % favorable y 20 % desfavorable. En conclusiones un porcentaje considerable (56,7 %) de madres tiene un conocimiento medio y bajo respecto a la lactancia materna (13).

Delgado Marruff I, Nombera Puelles F. (2012), realizaron un estudio titulado: “Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. HRDLM-Chiclayo, 2012”. En conclusión se determinó que el nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva, representa 48,4 % para nivel mediano, y 10,5 % para nivel alto (14).

Solorzano Aparicio M, Beltran Huayta J, et al. (Y otros), (2009), realizaron un estudio titulado “Actitudes y Nivel de Conocimiento de

las Madres de los Recién Nacidos del Servicio de Neonatología sobre Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima. La muestra estuvo constituida por 90 madres, seleccionadas por muestreo probabilístico aleatorio simple de una población de 220 madres. En conclusión el nivel de conocimientos de las madres sobre LME es 44,4 % con buen conocimiento, 32,2 % regular; 14,4 % deficiente y sólo 8,9 % muy bueno. Asimismo, el 75 % presenta actitudes positivas y sólo el 25 % con actitudes negativas sobre LME (15).

Hernández Rojas J. (2012), realizó un trabajo titulado “Nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna y su relación con los factores epidemiológicos en madres con niños de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los centros de salud de la Micro Red Metropolitano de Tacna”. Del total de madres el 71 % de las madres tenían un nivel de conocimiento adecuado, 53 % tiene un conocimiento malo, 36 % un conocimiento regular y el 29 % tienen un nivel de conocimiento bueno. Se observó que el 86 % de las madres estaban entre edades de 20 a 34 años, el 63 % conviven con su pareja, 63 % tienen un nivel de instrucción superior, 45 % tienen trabajo independiente y el 58 % fueron primíparas y multíparas 42 % (16).

Mamani Flores Y. (2012), realizó un estudio titulado “Factores socioculturales y su relación con el nivel de conocimiento del cuidado del recién nacido en madres primíparas del HHUT – Tacna 2012”. La población estuvo constituida por 84 madres primíparas, hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del HHUT. En conclusión el nivel de conocimiento es regular 60,7 %, alto 21,4 % y bajo 17,9 % (17).

2.2 BASES TEÓRICAS

La Actitud es una organización duradera de conciencia en torno a un objetivo o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada, son adquiridos y no heredadas, por lo que su desarrollo implica socialización y hábitos.

Las actitudes tienden a permanecer bastante estables con el tiempo y son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular, son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una

información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia.

Kimball Young: "Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas".

R. Jeffress: "La actitud es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida" (18) (19).

El Ministerio de Salud (MINSA), define la actitud como el estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica, frente a determinadas personas, objeto o situación en forma de rechazo, aceptación o indiferencia, en este sentido, puede considerarse la actitud como la tendencia, disposición o inclinación

para actuar de determinada manera frente a determinadas personas, objetos o situaciones.

Cantero y otros, 1998 en León y otros (1998). “La actitud es la disposición interna de carácter aprendido y duradera que sostiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o clase de objetos del mundo social; es el producto y el resumen de todas las experiencias del individuo directa o socialmente mediatizadas con dicho objeto o clase de objetos”

Las actitudes son valoradas como estructuras de dimensión múltiple, pues incluyen un amplio espectro de respuestas de índole afectivo, cognitivo y conductual. Siendo las actitudes experiencias subjetivas (internas) no pueden ser analizadas directamente, sino a través de sus respuestas observables.

Fishbein y Ajzen, 1975 en Bolívar”. La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud”. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen (20).

Es posible que en una actitud haya más cantidad de un componente que de otro. Algunas actitudes están cargadas de componentes afectivos y no requieren más acción que la expresión de los sentimientos. Algunos psicólogos afirman que las actitudes sociales se caracterizan por la compatibilidad en respuesta a los objetos sociales, esta compatibilidad facilita la formación de valores que utilizamos al determinar qué clase de acción debemos emprender cuando nos enfrentamos a cualquier situación posible.

Como ya se ha indicado, la condición de las actitudes como estado psicológico interno constituye la mayor dificultad para su estudio y determinación de manera directa, sin embargo existe consenso en considerar su estructura de dimensión múltiple como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes expresados en respuestas de tipo cognitivo, afectivo y conductual o conativo. "La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud), explica la complejidad de dicho estado y también que muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud" (*Morales (Coord), 1999; 195*).

Los Componentes Cognitivos incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del

objeto de la actitud, destaca en ellos el valor que representa para el individuo el objeto o situación.

Los Componentes Afectivos son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado).

Los Componentes Conductuales o Conativos muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas.

Todos los componentes de las actitudes llevan implícito el carácter de acción evaluativa hacia el objeto de la actitud. De allí que una actitud determinada predispone a una respuesta en particular (abierta o encubierta) con una carga afectiva que la caracteriza.

Frecuentemente estos componentes son congruentes entre sí y están íntimamente relacionados.

Bolívar (1995) "...la interrelación entre estas dimensiones: los componentes cognitivos, afectivos y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes; pero recíprocamente, estos mismos componentes pueden tomarse como consecuencias. Las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera/refuerza la actitud correspondiente" (20).

Caracterización de las actitudes de forma general podemos caracterizarlas a través de los siguientes rasgos distintivos, dentro de ellas se hace mención la *Magnitud*, que es el grado de favorabilidad o desfavorabilidad con el que se evalúa el objeto de la actitud, considerando 3 alternativas:

- Favorable
- Medianamente favorable
- Desfavorable

¿Qué es el conocimiento? Esta pregunta ha sido considerada por las mentes más privilegiadas del pensamiento occidental, desde Aristóteles y Platón hasta la actualidad.

El conocimiento se define como datos concretos sobre lo que se basa una persona para decidir lo que debe o puede hacer ante una situación determinada, conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. Se podría describir como un ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podríamos decir que es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.

El diccionario de la Real Academia Española, define conocimiento como: “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia”. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes). Esto hace que sea casi imposible observarlos (21).

Bunge, define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia”.

Desde el punto de vista pedagógico, el conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho, es la facultad que es del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón (22).

El conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva, según la OMS menciona que la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de un buen conocimiento e información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La lactancia materna exclusiva, es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida (23).

Los niveles de conocimiento, en referencia al ser humano pueden captar un objeto en tres etapas, al mismo tiempo, por medio de tres diferentes niveles íntimamente vinculados.

La Escala Vigesimal (Para medir conocimiento) muestra una evaluación desde la perspectiva de las madres primíparas, se ha considerado la siguiente ESCALA, de acuerdo al puntaje obtenido en base a la valoración de los ítems. Es la expresión de una calificación cuantitativa en términos vigesimales en bajo, moderado y alto. (Touron, 1984), lo cual permite categorizar el nivel de conocimientos en alto, moderado y bajo (22).

La Lactancia Materna o el amamantamiento es un proceso complejo cuyo principal objetivo es la supervivencia óptima del recién nacido. En la lactancia, existen dos elementos necesarios para cumplir el objetivo, la madre que produce ofrece la leche y el menor hijo que extrae la leche del pecho.

Durante el proceso de lactancia, entran en juego estructuras anatómicas y acontecimientos fisiológicos, cuyo conocimiento es necesario para comprender las posibles dificultades y ayudar a la madre en la prevención y solución de ellas, para una lactancia

exitosa, de lo contrario, la supervivencia óptima del lactante puede ponerse en riesgo. (23)

Dentro de la estructura anatómica de la mama, se encuentra la glándula mamaria que tiene una disposición arborescente, o ramificada, en la que se distinguen los alvéolos y los conductos.

- *Los alvéolos*, formados por células secretoras (productoras de leche) dispuestas en forma de sacos, están rodeados por células mioepiteliales, que al contraerse eyectan la leche de la luz de los alvéolos hacia los conductos.
- *Los conductos*, son tubos ramificados, entrelazados e interconectados. Un grupo de alvéolos constituye un lobulillo y varios lobulillos constituyen un lóbulo. La glándula mamaria tiene entre 4 y 18 lóbulos (9, en promedio) que drenan la leche a través de igual número de conductos lactíferos o mamarios, que desembocan en el pezón, el cual es una pequeña estructura cilíndrica, rugosa, pigmentada, situada un poco por debajo del centro de la mama. Adicionalmente debemos mencionar que en ecografías de madres lactantes se ha observado que los conductos lactíferos no se ensanchan cerca del pezón para formar los senos lactíferos, como se creía antes.

Alrededor del pezón hay un área circular pigmentada, de tamaño variable:

- *La areola*, donde se distinguen los tubérculos de Montgomery, elevaciones de la piel, en las que se abren conductos de glándulas sebáceas y de pequeñas glándulas mamarias que lubrican, protegen y le dan un olor peculiar a la areola. El color y el olor de la areola parecen ayudar al bebé a encontrar el pecho. Una gran proporción del tejido glandular (más del 70%) se localiza en un radio de 30 mm a partir del pezón. El tejido adiposo da forma y tamaño a la mama, su proporción es variable de mujer a mujer (9 a 54%). La asimetría de ambos pechos es común.

Las mamas pequeñas pueden tener menor capacidad de almacenar leche entre mamadas que los pechos más grandes. Los bebés de madres con pechos pequeños pueden necesitar mamar más frecuentemente, pero la cantidad de leche producida en un día es igual que en los pechos más grandes.

Los pezones en reposo son blandos y poco elevados, al estímulo táctil, se vuelven más prominentes y firmes, debido a la contracción de sus fibras musculares, lo que se denomina *protractilidad*. Aunque el bebé forma una tetilla no sólo del pezón sino también del tejido

blando circundante, la protractilidad del pezón facilita el acoplamiento de la boca del niño al pecho (“agarre”). Algunas mujeres tienen poca protractilidad del pezón, pero ésta mejora con el transcurso del embarazo y con la lactancia. Cuando el pezón, en vez de sobresalir, se retrae al estímulo (pezón plano o invertido), puede haber alguna dificultad para la lactancia.

Dentro de otras estructuras anatómicas, el tejido conectivo firme da soporte a la mama, parte importante de ello son los ligamentos suspensorios de Cooper, que van desde la fascia torácica hasta la piel. *La inervación* es principalmente sensitiva y mayormente localizada en la areola y en el pezón y el riego sanguíneo está dado principalmente por las arterias mamarias internas (60%) y las arterias torácicas laterales (40%). El riego linfático es abundante y drena principalmente hacia los ganglios axilares.

El desarrollo de la Glándula mamaria se inicia a la 4ta semana de vida embrionaria, con la aparición de los surcos mamarios, luego se forman las yemas primarias que constituirán las glándulas mamarias múltiples en un inicio y ubicadas bilateralmente en la línea

mamaria, desde la axila hasta la región pubiana. Luego involucionan todas menos las que constituirán las glándulas definitivas.

A las 28 semanas de edad gestacional, las hormonas placentarias inducen la canalización de los conductos. Se forman la areola y el pezón como una elevación, que cuando no se produce, da lugar al pezón invertido.

A las 32 semanas es posible observar calostro en los alvéolos. La glándula mamaria de la mujer gestante es capaz de producir leche desde las 12 - 16 semanas de gestación, pero no se secreta en gran cantidad porque las hormonas, principalmente los estrógenos, el lactógeno placentario y la progesterona, inhiben su producción. Después del parto y del alumbramiento, los cambios hormonales y la succión del bebé, inician el estímulo para aumentar el volumen de leche.

La Producción de la leche materna presenta la primera etapa de producción bajo un control endocrino. Las hormonas prolactina y oxitocina son importantes para ayudar a la producción y al flujo de leche, respectivamente.

- *La Prolactina* es producida en 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 primeras 2 horas después del parto. La prolactina funciona después que el bebé ha lactado, para producir la leche para la siguiente mamada. Esos receptores aumentan durante la lactancia precoz y frecuente, y luego permanecen estables, la acción de la prolactina provoca el aumento rápido de la producción de leche. Las multíparas tendrían una mayor cantidad de receptores que las primíparas, lo que explicaría el aumento más rápido de la leche en ellas, a pesar de tener menores niveles de prolactina.

La prolactina es alta durante la noche, de ahí que la lactancia en la noche permite más producción de leche. Además, la prolactina tiene un efecto relajante haciendo que la mujer que da de lactar se sienta calmada y soñolienta, demora el retorno de la ovulación haciendo de la lactancia un método de espaciamiento de embarazos, está presente en la leche, donde tendría un rol en el establecimiento y mantenimiento de la lactancia y en el intercambio intestinal de líquidos y electrolitos del lactante.

- *La Oxitocina* es la respuesta a la succión del pecho, la hipófisis posterior libera oxitocina al torrente sanguíneo produciendo la

contracción de las células mioepiteliales de los alvéolos mamarios y el vaciamiento de estos. Este proceso se llama el reflejo de oxitocina o reflejo de eyección de la leche o de bajada y puede desencadenarse al ver, oír, tocar y aún al pensar en el bebé, sin mediar el estímulo del pezón o de la areola. La liberación de oxitocina puede inhibirse temporalmente por el miedo y otros sentimientos negativos de la madre, como dolor intenso, estrés, dudas, vergüenza o ansiedad. Las sensaciones positivas de la mujer estimulan la liberación de oxitocina y las negativas la inhiben, por lo que se deben propiciar las primeras y evitar las otras durante el parto y la lactancia.

Según esto, la madre puede ayudar a que funcione el reflejo de la oxitocina:

- Teniendo al bebé cerca, de modo que pueda verlo, olerlo, tocarlo y responder a él.
- Sintiéndose a gusto con su bebé y confiada en que su leche es buena, disfrutando la lactancia.
- Relajándose y poniéndose cómoda para las mamadas.
- Extrayendo un poco de leche y estimulando suavemente el pezón.

- Si es necesario, puede pedir a alguien que le dé masajes en la zona superior de la espalda, especialmente a lo largo de ambos lados de la columna.

Cuando la leche se eyecta, el ritmo de succión del bebé cambia, de succiones y degluciones rápidas a lentas y profundas, (cerca de una succión por segundo).

Después de más o menos 48 horas, la secreción láctea pasa a un control autocrino, es decir que depende del vaciamiento del pecho. Esto es porque la leche contiene una proteína que es un factor inhibidor de la lactancia que es capaz de disminuir la producción de leche. Si no se extrae la leche y el pecho queda lleno, el inhibidor reduce la producción de leche. Si se extrae la leche del pecho, los niveles del inhibidor caen y la producción de leche aumenta. Por consiguiente, la cantidad de leche producida depende de cuánta leche se extrae.

Esto explica por qué, cuando un bebé succiona sólo un pecho, la leche se produce en ese pecho y el otro deja de producirla, a pesar de que la prolactina llega por el torrente circulatorio a ambos pechos. Probablemente el factor inhibidor de la lactancia inhibe la síntesis láctea alterando la sensibilidad de las células a la

prolactina, para asegurar una producción abundante de leche, esta debe ser extraída del pecho.

La secreción abundante de leche generalmente se inicia al 3er día postparto, lo que se conoce como la “bajada” de la leche. Algunas mujeres no experimentan esta “bajada” al 3er día post parto, a pesar de una adecuada succión del pecho, esto podría deberse a factores externos (cesárea, estrés, analgesia obstétrica, diabetes tipo I, obesidad, ovario poliquístico, retención de placenta, quistes luteínicostecales). Succionando, el bebé controla la producción de prolactina, el reflejo de oxitocina y la extracción del inhibidor de lactancia. La succión hace que los pechos produzcan leche.

El Contacto piel a piel y primera mamada, cuando un recién nacido es colocado desnudo, en posición prona, sobre la madre, después del parto; aproximadamente a los 15 minutos realiza movimientos de la lengua y de la boca (reflejo de orientación o búsqueda), luego más o menos a los 30 minutos, se lleva la mano a la boca y, a los 50-60 minutos es capaz de arrastrarse o gatear hacia el pecho materno (reflejos del Bauer, de la escalera, de la marcha automática, de la reptación), tomar el pezón y la areola dentro de la boca y succionar espontáneamente (reflejo de succión) a los 60-70 minutos.

La acción de succionar y extraer la leche, para que el recién nacido extraiga la leche, requiere un buen “agarre” del pecho que consiste en la introducción del pezón y de la areola profundamente en la boca, de tal manera que la punta del pezón alcance el paladar blando. Para lograrlo, al estimular los labios del lactante con el pezón (o cuando el bebé huele la leche), se desencadena el reflejo de búsqueda, que produce la apertura de la boca y la ubicación de la lengua en el piso de aquella. Al mismo tiempo, el reflejo de oxitocina hace que la leche fluya a lo largo de los conductos. La succión estimula la liberación de hormonas intestinales que preparan al bebé para la digestión del calostro, además de provocar la liberación de prolactina. Cuando la boca se llena de leche, se desencadena el reflejo de deglución. Los reflejos de orientación, succión y deglución ocurren automáticamente en un bebé a término, sano. Un buen agarre del pecho no siempre es completamente automático y el bebé puede necesitar ayuda.

Cuando es por hambre, el llanto es un signo tardío y puede interferir con la lactancia adecuada. Las mamadas son a libre demanda y su frecuencia es variable de un bebé a otro, se ha observado una mediana de 8 mamadas en 24 horas en los bebés con lactancia materna exclusiva (6 en el día y 2 en la noche). El vaciamiento

gástrico es más rápido en los bebés amamantados que en los que toman fórmula (23).

La lactancia en la primera hora de vida, según los especialistas coinciden en señalar que iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida es clave para la salud y desarrollo del recién nacido. ENDES 2014 menciona que en el Perú, el 55,1 % de niñas y niños empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido, esta proporción ascendió a 93,0 % dentro del primer día. Los menores porcentajes de lactancia dentro de la primera hora de nacido, se encontraron en departamentos como, Tacna (33 %), Ica (40,1 %) y Piura (41 %) (6).

El tamaño del estómago del recién nacido es una combinación perfecta, en el primer día, un recién nacido tiene capacidad gástrica para recibir un volumen de 5 a 7 ml, aproximadamente, cada vez que se alimenta. No es casualidad que esa sea la cantidad de calostro que produce el pecho. Los investigadores reportan que el primer día, el pequeño estómago no puede estirarse como lo hará después. Esto explica que, cuando se alimenta a los recién nacidos con una onza o dos (30 a 60 ml) durante el primer día de vida, la mayor parte del volumen es expulsado hacia fuera.

A medida que el bebé toma mayores cantidades de leche, su estómago se expande y al tercer día, con la bajada de la leche, alcanza un volumen aproximado de 22 a 27 ml y al décimo día, 45 a 60 ml.

El bebé en las primeras semanas tiene mamadas cortas y frecuentes, a libre demanda y establece un modelo de alimentación saludable desde el principio (23).

La composición de la leche humana, no es uniforme, porque cambia según las necesidades del lactante. Cambia durante la mamada, de una mamada a otra, en el transcurso del día, de un día a otro y mes a mes. La práctica de la lactancia materna exclusiva provee los nutrientes adecuados y sirve de inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la infancia.

Además la leche materna proporciona nutrientes que son irremplazables:

- Agua, constituye el 87,6 % de la leche. Todos los otros componentes están disueltos, dispersos o suspendidos en agua. La leche materna provee toda el agua que el bebé necesita.

- Proteínas, la concentración de proteínas en la leche humana madura es de 0.9 g/dl - la más baja de todos los mamíferos y cubre

perfectamente las necesidades nutricionales del lactante humano. Además el lactante humano no puede excretar fácilmente el exceso de proteínas de las otras leches. En la leche humana predominan las proteínas del suero y son más altas al inicio de la lactancia, una buena parte de las proteínas del suero son proteínas anti infecciosas: lactoferrina, inmunoglobulinas y lisozima.

- Los aminoácidos esenciales, la taurina es un aminoácido esencial para el desarrollo neurológico del recién nacido, se encuentra en la leche humana y no en la de vaca.

- Otras proteínas, enzimas, factores de crecimiento y hormonas, están presentes en bajas concentraciones en la leche materna, pero tienen importantes funciones, facilitan la digestión o absorción de nutrientes, maduran el sistema inmune o favorecen el desarrollo intestinal. Las enzimas en la leche humana: lipasa y amilasa, comienzan la digestión de grasas y carbohidratos, de modo que estén rápidamente disponibles para el bebé.

- Nitrógeno No proteico, comprende el 18 % a 30 % del nitrógeno total, comparado con el 3 % a 5 % de la leche de vaca. Lo constituyen carnitina, nucleótidos, ácidos nucleicos, aminoácidos libres, amino-azúcares (glucosamina, ácido neuramínico), poliaminas, úrea, creatina y creatinina. La carnitina de la leche materna permite la

utilización de sustratos diferentes a la glucosa, como fuente de energía para el cerebro.

- Grasas, el contenido total de grasa de la leche humana varía entre 3 y 5 g/dl. La grasa es la principal fuente de energía para el lactante, proporciona el 50 % de las calorías de la leche. Los principales componentes de la grasa de la leche son los triglicéridos (98–99 %) que son desdoblados en ácidos grasos libres y glicerol, por la lipasa, que se encuentra tanto en el intestino como en la misma leche materna. El 88 % de la grasa de la leche humana está constituida por ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, los cuales son principalmente, los omega-6 y los omega-3, que son esenciales porque el organismo no los produce, deben ser ingeridos en la dieta y no los contiene la leche de vaca. La leche humana contiene también un 10 % de ácidos grasos de cadena mediana, cuya digestión y transporte son más rápidos que los de cadena larga, proporcionando una fuente rápida de energía al bebé. El colesterol, parte importante del cerebro y necesario para la mielinización, se encuentra en alta concentración (10–20 mg/dl) en la leche humana, lo que parece inducir una programación para manejar el colesterol durante toda la vida, ya que los adultos que fueron amamantados

presentan cifras menores de colesterol que los alimentados con fórmula.

- Carbohidratos, *la lactosa* es el principal carbohidrato en la leche humana, se encuentra en una concentración de 7 g/dl en la leche madura (la más alta de las especies), se produce en la glándula mamaria y es constante a lo largo del día, es un disacárido compuesto de glucosa y galactosa, que se desdobra para ser absorbida por el intestino. La lactosa ayuda a la absorción del calcio y del hierro, proporciona energía para el crecimiento del cerebro y retrasa el crecimiento de organismos patógenos en el intestino.

- Vitamina, la leche humana contiene gran cantidad de vitaminas A y C, a diferencia de la leche de vaca, en la que predominan las vitaminas del complejo B. Para su metabolismo, la vitamina D requiere que el bebé tenga una exposición solar de unos minutos diariamente, la que se ha cuantificado en dos horas a la semana, vestido y sin gorro, aunque esté nublado.

- Minerales, la leche materna contiene todos los minerales necesarios para cubrir los requerimientos del lactante. La dieta de la madre no influye en ellos. Las reservas de hierro del recién nacido y el hierro de la leche materna, cuya absorción es facilitada por los altos niveles de lactosa y de vitamina C, suplen los requerimientos y evitan

la anemia ferropénica. El hierro de la leche materna se absorbe en un 50 %, mientras que el de la leche de vaca sólo se absorbe en un 10 %. El calcio aparece también en pequeñas cantidades en la leche humana (20–34 mg/dl), pero su absorción es del 67 - 75 %, en comparación con la leche de vaca que es de sólo 25 %.

El sistema inmune del niño no está totalmente desarrollado al nacimiento y no lo estará hasta los tres años o más. La leche materna proporciona protección para el bebé, complementando al sistema, de varias maneras:

- Inmunidad pasiva: Los factores humorales, estos anticuerpos pasan al bebé a través de la leche materna y son principalmente inmunoglobulina A secretoria, que se une a los microorganismos patógenos, impidiendo su ingreso a las mucosas. Sus concentraciones son muy altas en el calostro (1-2 g/L) y se mantienen entre 0,5 y 1 g/L hasta el 2 año. En la mayoría de casos, el bebé no necesita ser separado de su madre cuando ésta tiene infección, porque su leche lo protege contra la infección. Los Oligosacáridos se adhieren a los receptores de las células de las membranas de faringe y tubo digestivo, impidiendo la adherencia de ciertas bacterias patógenas y de toxinas bacterianas. Los Factores de

crecimiento de la leche materna estimulan el desarrollo de la pared intestinal del bebé formando así una barrera contra los microorganismos y alérgenos, así como ayudando a reparar el daño de las infecciones. Los Factores celulares, mencionan a los leucocitos presentes en la leche materna son capaces de destruir bacterias, pero no producen inflamación. Los macrófagos son las células que están en mayor cantidad, seguidas por linfocitos T, B y neutrófilos.

- Inmunidad activa: La leche de la madre estimula al sistema inmune del bebé; la leche materna induce inmunidad en el tracto urinario existiría un factor desconocido en la leche humana que estimula al lactante a producir su propia fibronectina. La proteína alfa-lac induce la apoptosis de las células cancerígenas y de otras células inmaduras y de rápido crecimiento.

- Otras características de la leche materna; la leche humana tiene también propiedades antiinflamatorias y antioxidantes. Existen componentes en la leche materna cuya función aún no se ha determinado.

Las variaciones de la leche materna: se dan de forma progresiva:

- Calostro, la primera leche se puede producir desde las 12-16 semanas de embarazo y continúa en los primeros días después

del parto. Es un líquido espeso, viscoso y de color claro a amarillento. Su volumen es de 10 a 100 cc por día (promedio 30 cc), de 2 a 14 cc por mamada, ideal para el pequeño tamaño del estómago del recién nacido y para sus riñones inmaduros que no pueden manejar gran volumen de líquido. Su principal función es protectora, tapiza la superficie del intestino para evitar la adherencia de los patógenos. El calostro ayuda a establecer la flora bífida (no patógena) en el intestino del bebé, evitando la instalación de bacterias patógenas. “El calostro es el primer alimento perfecto para el recién nacido. Es la primera inmunización contra muchas bacterias y virus”. El calostro es laxante, estimula el pasaje de meconio (la primera deposición, negra, pegajosa). Esto ayuda a prevenir la ictericia. El calostro contiene mayor concentración de proteínas que la leche madura. También contiene más zinc, cloro, potasio, vitamina A, vitamina E y carotenoides.

- 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, del contenido calórico total y de la concentración de lactosa, grasas y vitaminas hidrosolubles, mientras disminuye la concentración de proteínas y

vitaminas liposolubles. Su volumen llega, aproximadamente, a 500 cc/día al quinto día.

- La 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. Es importante que el bebé reciba tanto leche del comienzo como leche del final para recibir una comida completa y toda el agua que necesita. El volumen de la leche madura depende de la demanda del bebé. En general el volumen aumenta progresivamente hasta, aproximadamente, 700 cc/día a los 30 días del parto y 800 cc/día a los 6 meses de lactancia materna exclusiva con límites entre 550 y 1 150 cc/día. Si la madre tiene gemelos, producirá leche suficiente para ambos.
- Leche inicial y leche final, el nivel de grasa es más bajo en la leche al inicio de la mamada, esta es llamada 'leche del comienzo' o 'inicial', tiene mayor proporción de agua, proteínas y lactosa, y calma la sed del bebé. El nivel de grasa es más alto en la leche, posteriormente en la mamada, esta es llamada 'leche final' y da la saciedad. La leche de la madre del prematuro tiene más proteínas que la del recién nacido a término (23).

Importancia de la Lactancia Materna, tanto en la acción de amamantar como la composición de la leche materna son importantes para el desarrollo del menor. Por ello, la lactancia materna es importante por tales motivos: Proporciona calor, cercanía y contacto, lo que favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo y puede ayudar al desarrollo físico y emocional del niño, lo que se traduce en mayor satisfacción y mejor autoestima. Puede evitar la morbilidad y mortalidad. Si todo bebé fuera amamantado exclusivamente hasta los 6 meses, se salvaría en el mundo un estimado de 1,3 mil millones adicionales de vidas cada año y más millones de vidas mejorarían. La leche materna es la única leche humana, no es sólo un conjunto de nutrientes apropiados para el recién nacido, sino un fluido vivo con más de 200 componentes conocidos, que interactúan y que tienen más de una función cada uno, generalmente una nutricional y otra de protección contra las infecciones o de estímulo del desarrollo. Por todo ello, la leche humana no es intercambiable con leches de otras especies o con fórmulas artificiales y hacerlo, pone en desventaja a la madre y al bebé. Una buena posición al pecho es aquella en la que tanto la madre como el niño están en una postura cómoda (23).

Frecuencia y Duración de la lactancia materna, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de UNICEF sobre la lactancia materna, el inicio de la lactancia materna es durante la primera hora después del nacimiento y la lactancia materna exclusiva dura los primeros seis meses (24). No debe limitarse la duración de las tomas. La mayoría de bebés hacen tomas cortas y frecuentes el primer día o día y medio. El significado de la alimentación a libre demanda supone que el bebé debe ser alimentado cada vez que quiera, desde el mismo momento del nacimiento y hasta que suelte el pecho; hay que olvidarse de los horarios y la duración de la toma. A modo orientativo, un bebé sano suele hacer 8-12 veces en 24 horas al final de la primera semana.

Si el niño pide mamar con demasiada frecuencia, a veces es debido a que no recibe suficiente cantidad de leche por no tener una postura adecuada; también puede deberse a que se alimente muy poco tiempo de cada pecho, y no extraiga la leche del final o “leche escondida”, que lleva el mayor aporte calórico y riqueza en grasa, que es la que provoca saciedad (24).

Ventajas para el bebé, dentro lo nutricional los niños amamantados experimentan un mayor aumento de peso y talla durante los 3 primeros meses de vida. Al final del primer año de vida los niños amamantados ganan menos peso y son más delgados. Los bebés alimentados con leche artificial tienen el triple de probabilidades de ser obesos que los alimentados con leche materna, los estudios confirman que recibir más proteínas durante el primer año deriva en un mayor peso durante los dos primeros años y más riesgo de padecer obesidad a los 6 años. Se digiere fácilmente y no causa estreñimiento. Promueve la adecuada dentición y el desarrollo del habla. Protección frente a las infecciones y atopias; protege contra la diarrea, la gripe, la neumonía y otras enfermedades que pueden llevar a la muerte, mediante la transferencia de anticuerpos se estimula activamente el sistema inmunitario del lactante. Reduce los riesgos de alergia. Desarrollo cognitivo, según muchos estudios realizados, la lactancia materna tiene un efecto positivo en la evolución cognitiva del niño, a mayor tiempo de amamantamiento mejor desarrollo, también en las habilidades motoras y el desarrollo temprano del lenguaje. La leche materna está preparada para asegurar que el cerebro del bebé se desarrolle en todo su potencial. Protege de ciertas enfermedades a largo plazo como la diabetes, enfermedades cardiovasculares,

hipertensión, sobrepeso, obesidad y otras enfermedades a futuro. Previene problemas dentales. Beneficios psicológicos, favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a la madre. Predispone en el niño buenos hábitos alimentarios para el futuro (25) (26).

Ventajas para la madre, dentro de ello se encuentra la recuperación uterina post-parto y disminución del sangrado; la succión del pecho en las dos primeras horas tras el parto produce liberación de oxitocina, hormona que actúa sobre el útero de la mujer provocando su contracción, las descargas de oxitocina producen nuevas contracciones del útero con lo que éste recupera más pronto el tono y el tamaño. La madre recupera su peso más rápidamente, ya que para la producción de leche materna se requiere mucha energía (se utiliza la grasa que se acumula durante el embarazo). El cierre precoz del lecho vascular de la placenta disminuye el sangrado puerperal contribuyendo a la recuperación de la anemia del embarazo. También durante varios meses inhibe la ovulación por lo que no hay menstruación y favorece el ahorro de hierro. Disminuye el riesgo de cáncer de mama post-menopáusico, cáncer de ovario. Disminuye fracturas de cadera y espinales por osteoporosis en la

post-menopausia. Ayuda a espaciar los embarazos (constituye un método anticonceptivo llamado MECLA, siempre que sea lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses). Disminuye el trabajo en casa: no se pierde el tiempo en preparar biberones y tienes menos gastos en el hogar. Es más fácil de amamantar durante los viajes, cuando se sale de casa o en las noches. Fortalece la confianza y seguridad de la madre (27).

Ventajas para la sociedad, como el beneficio social supone un gran ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo por lo que se ahorra por la compra de leche artificial sino por el menor consumo de consultas médicas, ingresos hospitalarios, medicamentos y otros recursos sanitarios. Por otro lado, la reducción del número de episodios de enfermedad en los niños amamantados en los primeros meses de vida disminuye el ausentismo laboral de los padres. El beneficio medioambiental: Disminuye la huella ecológica (botes de fórmula, biberones, tetinas) ya que no genera residuos, contribuyendo al cuidado del planeta (26).

Técnica de amamantamiento, se recomienda que la madre adopte una postura cómoda y relajada para ella, evitando posiciones que generen tensión en los músculos. La madre sostiene el pecho con los dedos formando una "C". La madre coloca la cara del niño o niña mirándole el pecho. Si el niño o niña no abre la boca la madre le roza los labios con el pezón para estimularlo. Cuando el niño o niña abre la boca la madre lo acerca al pecho debe tomar completamente una buena parte de la areola. La barriga del niño o niña debe estar pegada contra la barriga de la madre y la cabeza, la nuca y la espalda del bebé están en línea recta sostenidas por el brazo de la madre. Lo importante es que la madre esté cómoda. La buena posición ayuda a mantener una buena producción de leche, evita el cansancio y que se le lastimen los pezones. La próxima vez que lo amamante, la madre debe comenzar con el pecho que tomó de último. Si el niño o niña tomó de un solo pecho, la madre deberá comenzar con el otro. Se puede saber porque el pecho que no tomó, o que tomó por poco tiempo, lo siente más pesado o lleno.

La lactancia materna presenta diferentes tipos de posiciones para amamantar, entre ellas tenemos las más practicadas.

- *Posición echada de costado*, el cuerpo del bebé está a lo largo y frente al de la madre. Tenga cuidado de que la nariz del bebé esté a la altura del pezón de la madre y que el bebé no necesite flexionar el cuello para alcanzar el pecho. Esta posición ayuda a la madre a descansar y resulta cómoda después de una cesárea. La madre puede ponerse almohadas en la espalda o entre las piernas.
- *Posición de cuna (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. Tenga cuidado de que la cabeza del bebé no esté tan lejos en la curva del brazo de la madre, que jale el pecho hacia un lado haciendo difícil mantenerse agarrado al pecho. La madre estará más cómoda si eleva al bebé con almohadas, que soporten el peso del bebé, o si ella coloca los pies en un taburete y cruza la pierna. Es la posición más usada después de los primeros días.
- *Posición sandía*, es una buena posición para después de una cesárea o para amamantar gemelos o mellizos. La madre debe

estar sentada y ayudarse con una almohada o frazada a cada lado. Los pies del bebé hacia atrás debajo del brazo de la madre. La madre coloca su brazo debajo del cuerpo del bebé y con su mano le sostiene la cabeza como si estuviera cargando una sandía (27).

La UNICEF presenta 10 pasos para la lactancia materna exitosa:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar 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 cómo se debe dar de mamar al niño y cómo 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 médicamente 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 chupete artificial.
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 o clínica (26).

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

ACTITUD: Es una organización duradera de conciencia en torno a un objetivo o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada, son adquiridos y no heredados, por lo que su desarrollo implica socialización y hábitos.

CONOCIMIENTO: Hechos, información y conocimientos adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un tema.

LACTANCIA MATERNA: La lactancia materna es la alimentación con leche de madre. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños" (26).

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: La Lactancia Materna en forma exclusiva (LME) es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida (26). Según la OMS; la lactancia materna exclusiva, incluye leche de mirriflin extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

LECHE MATERNA: La leche materna se considera la mejor y más importante fuente nutritiva para el niño en los primeros seis meses de vida.

MADRES PRIMIPARAS: Son mujeres que han tenido un hijo por primera vez (26).

CONOCIMIENTO DE MADRES PRIMIPARAS SOBRE LME: Es toda aquella información que posee la madre sobre la lactancia materna en cuanto a la importancia, frecuencia, duración, ventajas en la salud del niño y la madre. El cual fue obtenido a través de un cuestionario y valorado en alto, moderado y bajo.

ACTITUD DE MADRES PRIMIPARAS HACIA LME: Es la respuesta expresada de la madre sobre la disposición que tiene para darla lactancia materna al niño. El cual fue obtenido a través de una encuesta para valorar la parte cognitiva y una lista de chequeo para evaluar el componente conductual y afectivo.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación corresponde al diseño: *no experimental*, porque no existe manipulación deliberada de variables, sólo son observadas y analizadas en su contexto natural; se desarrollara bajo el modelo observacional siendo un estudio de corte transversal porque nos permite describir todas las dimensiones que se presentaran. Es descriptivo porque busca especificar las propiedades importantes de personas (madres primíparas) tal como se encuentran sin intervenir en las variaciones que pudiera suceder en esta población; transversal, porque se aplica en un corte en el tiempo y espacio determinado.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio está representado por las madres primíparas del Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Se obtiene la muestra de la investigación a través de la fórmula estadística para población finita de Cocram, utilizando un margen de error de 0,05, obteniendo un resultado de 69 madres a encuestar (Anexo N° 01).

Criterios de inclusión

- Madres primíparas del Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Madres primíparas con recién nacidos sanos.
- Madre primíparas aparentemente sanas

Criterios de exclusión

- Madres que no acepten participar voluntariamente en la encuesta.
- Madres cuyo recién nacidos es reingreso.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que se utilizó fue la encuesta y la lista de chequeo, se plantearon preguntas cerradas y la técnica para medir la parte conductual y afectiva de la actitud fue la observación.

El instrumento consta de tres partes:

- **Primero:** Datos generales de la madre primípara: Lugar de procedencia, edad, grado de instrucción, estado civil, tipo de parto, si recibió educación de lactancia materna en su periodo de gestación, recibió educación sobre lactancia materna después del parto.
- **Segundo:** Nivel de conocimientos: se utilizó como instrumento la encuesta que consta de 22 ítems que incluyeron los indicadores de concepto (ítems 1, 5 y 22), importancia (ítems 7, 9 y 19), frecuencia de tomas y duración de la lactancia (4, 15 y 20), ventajas para el hijo (ítems 3, 10 y 14), ventajas para la madre (11, 16 y 21), ventajas para la familia y sociedad (ítems 2, 13, 17 y 18) y la técnica de lactancia (6, 8 y 12). Se otorgó un puntaje de 1 punto a la alternativa correcta y 0 a la alternativa incorrecta o indiferente. La calificación del instrumento por dimensiones fue según escala ordinal basada en las siguientes categorías 16 – 22 conocimiento alto, 8 – 15 conocimiento moderado y de 0 - 7 conocimiento bajo.

- **Tercero:** Para poder evaluar la actitud que incluye tres componentes, (componente cognitivo) se utilizó la encuesta de conocimientos que consta de 22 ítems explicada anteriormente, para poder evaluar la conducta (componente conductual) se utilizó la lista de chequeo N° 01 aplicada a la madre primípara mediante la técnica de observación durante la práctica de la lactancia materna que incluye 9 ítems y finalmente se evalúa la afectividad (componente afectivo) de la madre a través de la lista de chequeo N° 02 aplicada mediante la observación durante el proceso de lactancia, instrumento que consta de 9 ítems. Se asignó un punto a la alternativa correcta y 0 a la alternativa incorrecta. La calificación del instrumento fue según escala ordinal basada en las siguientes categorías 28 - 40 Favorable, 14 - 27 medianamente favorable y de 0 - 13 desfavorable (Anexo N° 03).

La encuesta fue sometida a juicio de expertos, posterior a ello, se realizó la prueba piloto para determinar la validez y confiabilidad estadística.

VALIDEZ: El instrumento en mención fue validado por 5 expertos: dos enfermeras especialistas en neonatología, una enfermera miembro del Programa de Lactancia Materna del HHUT, y dos Docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la FACS/UNJBG.

El valor Distancia de puntos múltiples (DPP) fue de **0.2** cayendo en las zonas de “**A y B**” lo que significa una **adecuación total del instrumento** y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio (Anexos N° 04).

PRUEBA PILOTO: se aplicó el cuestionario a 5 madres primíparas del Centro de Salud la Esperanza y C.S. San Francisco. El propósito de la prueba piloto fue conocer la comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación de los instrumentos, así como tener las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

CONFIABILIDAD: La confiabilidad del instrumento se realizó a través del Cálculo de Coeficiente de Confiabilidad Alfa-Cronbach aplicado a la prueba piloto cuya confiabilidad del instrumento en conocimientos fue de 0,79 siendo un valor aceptable de alfa para propósitos de investigación y para actitudes fue de 0,87 de confiabilidad siendo también un valor aceptable (Anexo N° 05).

3.4 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos mediante un oficio dirigido a la Dirección de la Red de Salud Tacna con copia a la Unidad de Capacitación, Docencia e Investigación a fin de que se otorgue la autorización y el permiso respectivo (Anexo N° 06). Luego se realizaron las coordinaciones con la Jefatura de Enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos el cual se inició en el mes de febrero del 2016, considerando una duración de 45 – 60 minutos por cada instrumento, previo consentimiento informado.

3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenida la información se ordenó y codificó los datos obtenidos (Anexo N° 08), luego se elaboró una base de datos en el programa Excel de Microsoft Windows 2010, el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 20,0.

Para la presentación de información se generaron tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

En esta sección se presenta los resultados de la investigación en tablas y gráficos estadísticos, teniendo en cuenta el objetivo general, objetivos específicos e hipótesis de la investigación se describe a continuación cada una de las tablas que responden a las mismas.

TABLA N° 01

DISTRIBUCIÓN DE MADRES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES TACNA - 2016

CATEGORÍA	ÍTEMS	N°	%
A. LUGAR DE PROCEDENCIA	Tacna	55	79,70 %
	Puno	7	10,10 %
	Lima	2	2,90 %
	Arequipa	2	2,90 %
	Otros	3	4,2 0%
	TOTAL	69	100,00 %
B. EDAD SEGUN QUINQUENIOS	15 – 19 años	20	29,00 %
	20 – 24 años	34	49,30 %
	25 – 29 años	10	14,50 %
	30 – 34 años	2	2,90 %
	35 – 39 años	2	2,90 %
	40 – mas	1	1,40 %
	TOTAL	69	100,00 %
C. GRADO DE INSTRUCCIÓN	Superior	4	5,80 %
	Secundaria	65	94,20 %
	Primaria	0	0,00 %
	Ninguno	0	0,00 %
	TOTAL	69	100,00 %
D. ESTADO CIVIL	Casada	2	2,90 %
	Conviviente	56	81,20 %
	Soltera	11	15,90 %
	TOTAL	69	100,00 %
E. TIPO DE PARTO	Normal	47	68,10 %
	Cesárea	22	31,90 %
	TOTAL	69	100,00 %
F. EDUCADA EN PERIODO DE GESTACION	Si	39	56,50 %
	No	30	43,50 %
	TOTAL	69	100,00 %
G. EDUCADA DESPUES DEL PARTO	Si	48	69,60 %
	No	21	30,40 %
	TOTAL	69	100,00 %

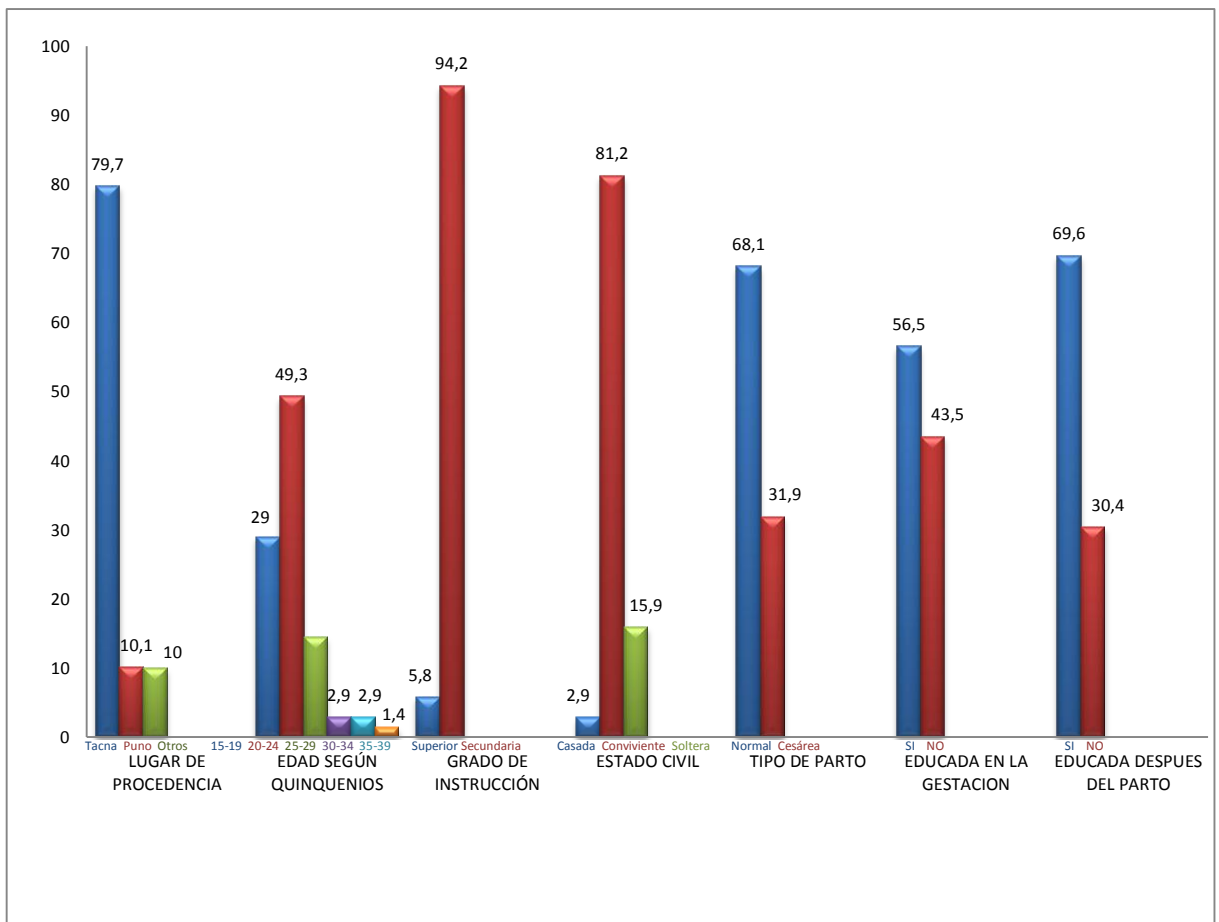
Fuente: Cuestionario aplicado en el Servicio de Neonatología del HHU de Tacna
Elaborado por: Bach. Yanett Sonia Quispe Garay

Interpretación:

La Tabla N° 01, sobre características generales se obtiene que el 79,7 % de madres primíparas son de Tacna, el 10,1 % de Puno, el 2,9 % de Lima, el 2,9 % de Arequipa y otros el 4,2 %. Según edad por quinquenios las madres primíparas en mayor porcentaje oscilan entre los 20 y 24 años con el 49,3 %, de 15 a 19 años con el 29 %, de 25 a 29 años con el 14,5%, de 30 a 34 años con un 2,9 %, 35 a 39 años con 2,9 % y el menor porcentaje lo encontramos entre los 40 a más con un 1,4 %. Según grado de instrucción de las madres primíparas el 94,2 % solo cuentan con secundaria y el 5,8 % superior. Según estado civil las madres primíparas conviven con su pareja en un 81,2 %, solteras el 15,9 % y casadas el 2,9%. Según tipo de parto de las madres primíparas, conciben a sus hijos por parto normal el 68,1 % y por parto por cesárea el 31,9 %. Según las madres primíparas el 56,5 % si han recibido educación sobre lactancia materna exclusiva en la gestación y el 43,5 % no han recibido educación. Y el 69,6 % de las madres primíparas han recibido educación sobre lactancia materna exclusiva después del parto y el 30,4 % no han recibido educación después del parto.

GRÁFICO N° 01

DISTRIBUCIÓN DE MADRES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA TACNA - 2016



Fuente: Tabla N°01

TABLA N° 02

**ACTITUD DE MADRES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA - 2016**

ACTITUD	N°	%
FAVORABLE	39	56,50 %
MEDIANAMENTE FAVORABLE	30	43,50 %
DESFAVORABLE	0	0,00 %
Total	69	100,00 %

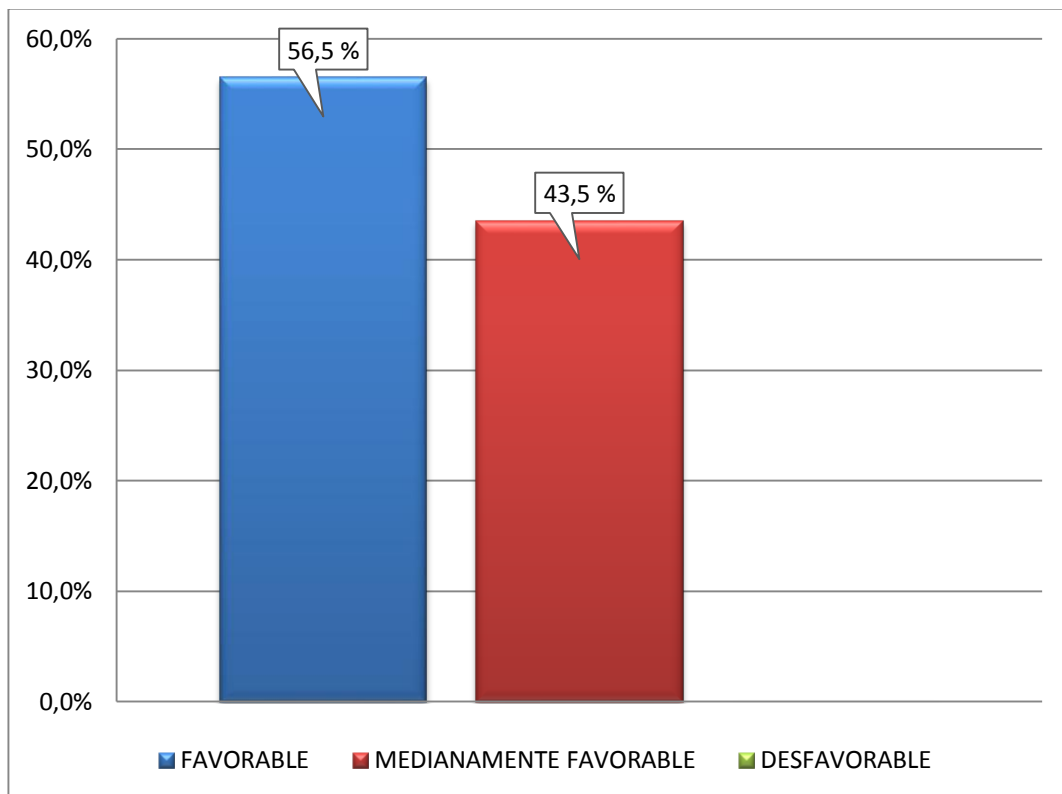
Fuente: Instrumento aplicado en el Servicio de Neonatología del HHUT de Tacna
Elaborado por: Bach. Yanett Sonia Quispe Garay

Interpretación:

La Tabla N° 02, muestra un mayor porcentaje de madres primíparas que tienen una actitud favorable frente a la lactancia materna exclusiva con un 56,5 % y una actitud medianamente favorable del 43,5 %.

GRÁFICO N° 02

**ACTITUD DE MADRES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE
NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA - 2016**



Fuente: Tabla N°02

TABLA N° 03

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES PRIMÍPARAS DEL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA - 2016**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N°	%
CONOCIMIENTO ALTO	25	36,20 %
CONOCIMIENTO MODERADO	43	62,30 %
CONOCIMIENTO BAJO	1	1,40 %
Total	69	100,00 %

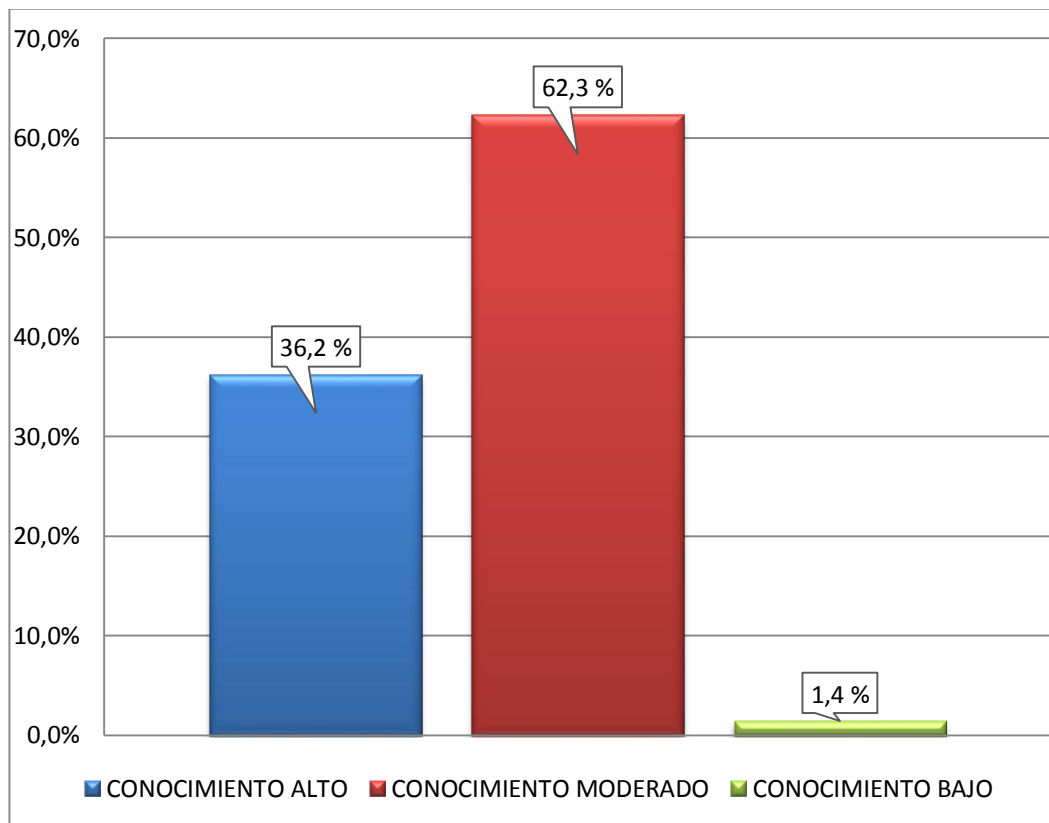
Fuente: Cuestionario aplicado en el Servicio de Neonatología del HHUT
Elaborado por: Bach. Yanett Sonia Quispe Garay

Interpretación:

La Tabla N° 03, muestra que el mayor porcentaje de madres primíparas tienen un nivel de conocimiento moderado con un 62,3 %, conocimiento alto con un 36,2 % y finalmente madres primíparas con conocimientos bajos con el 1,4 %.

GRÁFICO N° 03

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES PRIMÍPARAS DEL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA - 2016**



Fuente: Tabla N°03

4.2 DISCUSIÓN

En la Tabla N°01, sobre características generales de la madres primíparas en estudio se obtiene que el 79,7 % son del departamento de Tacna y el 10,1 % son de Puno; según edad entre los 20 a 24 años el 49,3 % son madres primíparas y el 29 % son madres entre los 15 y 19 años; según el grado de instrucción el 94,2 % tienen grado de instrucción secundaria y el 5,8 % tienen grado de instrucción superior; según el estado civil el 81,2 % son convivientes y el 15,9 % son solteras; según el tipo de parto el 68,1 % son de parto normal y el 31,9 % son de parto por cesárea; además el 56,5 % de las madres han recibido educación sobre LME en la gestación y el 43,5 % no han recibido educación; finalmente el 69,6 % han sido educadas después del parto y el 30,4 % no han recibido educación después del parto.

Por lo expuesto podemos evidenciar que la mayoría de madres primíparas son del departamento de Tacna, se encuentran entre las edades de 20 a 24 años, es decir son madres jóvenes, cuentan con estudios secundarios, son convivientes con tipo de parto normal y en mayoría son educadas después del parto. Cabe resaltar que tenemos

un porcentaje considerable de madres primíparas adolescentes entre los 15 y 19 años.

En la Tabla N° 02, respecto a la actitud de la madre primípara hacia la Lactancia Materna Exclusiva se encontró que el 56,5 % muestra una actitud favorable y el 43,5 % muestra una actitud medianamente favorable. Los componentes relacionados a la actitud favorable y medianamente favorable son los de conducta y afectividad. Dentro del componente conductual, cabe mencionar que el ítem que refiere que las madres no tienen iniciativa de lavarse las manos, limpiarse el pezón y la areola antes de empezar a dar de lactar se presenta en un 89,9 % y un 13 % las madres no tiene coherencia en lo que se manifiesta y en lo que hacen. Además en un mayor porcentaje las madres no toman las medidas de higiene necesaria, observándose un apuro al iniciar la lactancia, en un porcentaje considerable las madres se contradicen en lo manifestado y en lo que hacen en cuanto a estar relajadas y tomar una postura cómoda antes de dar de lactar al bebe. Algunas refieren no querer dar de lactar al bebe porque están durmiendo y no quieren despertarlos porque lloran mucho y a ellas les duele la herida de la cesárea. El componente afectivo, el ítem no a favor en un 60,9 % la madre requiere y solicita apoyo de la pareja u

otro familiar, evidenciando ausencia de parientes. Evidenciando en la mayoría de los casos la ausencia de la pareja. Algunas madres se desesperan fácilmente cuando el niño llora y se pone irritable, mostrando inseguridad solicitando ayuda al personal de salud. El componente cognitivo los ítems que no favorecen a una favorable actitud, son los que pertenecen a los indicadores de ventajas para la madre y técnica de lactancia materna.

El presente trabajo de investigación en referencia a la actitud, se ha comparado con otros trabajos de investigación relacionados al tema, coincidiendo con los siguientes autores, Gerónimo Carrillo R, Magaña Castillo M, et al (y otros) en México el 2014, su estudio concluyo que la actitud hacia la lactancia fue favorable en un 67,3 % y desfavorable en un 24 % (9). Vásquez Delgado en Lima del 2012, concluyo acerca de la actitud que el 50 % tienen una actitud medianamente favorable, 30 % favorable y 20 % desfavorable (12). Solorzano Aparicio M, Beltran Huayta J, et al. (Y otros) de Lima en el 2009, concluyo que el 75 % presenta actitudes positivas y sólo el 25 % con actitudes negativas sobre LME (14).

En la **Tabla N° 03**, respecto al nivel de conocimientos que tiene la madre sobre Lactancia Materna Exclusiva el 62,3 % tienen conocimientos moderados sobre LME, el 36,2 % tiene conocimiento alto y el 1,4 % conocimiento bajo. Los ítems del conocimiento alto están referidos a concepto, importancia, ventajas para la familia, frecuencia y demanda de la Lactancia Materna Exclusiva, sin embargo el conocimiento moderado y bajo están referidos a las ventajas para el bebe, ventajas para la madre y técnica de lactancia materna, cuando la mujer es joven y no tiene la instrucción educativa adecuada, es madre por primera vez y la inexperiencia hace que no todas las madres estén preparadas para dar de lactar.

Al respecto Gerónimo Carrillo R, Magaña Castillo M, et al (y otros) estudio realizado en México del 2014, concluyo que la mayoría de madres respecto al nivel de conocimiento sobre LM el 67,3 % fue regular y el 24 % alto (9). Así también, León Alanya en Lima el 2013 concluyo que el 68 % de madres primíparas alcanzó el nivel medio, 22 % el nivel bajo (11). Vásquez Delgado en Lima del 2012, concluyo que el 40 % tienen conocimiento medio, el 16,7 % bajo y 43,3 % alto (12). Delgado Marruff I, Nombera Puelles F. en Chiclayo del 2012, concluyo que el nivel de conocimientos de las madres adolescentes

en la práctica de la lactancia materna exclusiva, representa 48,4 % para nivel mediano y 10,5 % para nivel alto (13). Hernández Rojas en Tacna del 2012, concluyo que el 71 % de las madres tenían un nivel de conocimiento adecuado, el 36 % un conocimiento regular y 53 % tiene un conocimiento malo (15).

Por lo expuesto, en un mayor porcentaje las madres primíparas tienen un conocimiento medio y bajo respecto a la LME debido a que desconoce las ventajas para el bebe, ventajas para la madre, y la técnica de lactancia materna.

CONCLUSIONES

Las conclusiones del presente estudio fueron:

- Que las madres primíparas en su mayoría son madres que oscilan en rangos de edades correspondientes a adolescentes y jóvenes, con grado de instrucción secundaria, en su mayoría refiere ser conviviente, de tipo de parto normal lo que puede influir en el apego y afecto demostrado hacia su menor hijo. Además de ello las madres primíparas no son educadas antes y después del parto sobre la lactancia materna exclusiva.
- En su mayoría las madres primíparas muestran una actitud favorable a medianamente favorable, teniendo a los componentes de conducta y afecto entre los que aportan más para los resultados obtenidos; con respecto a ello se hace mención que el componente afectivo muestra en su primer y único ítem un resultado desfavorable en relación al apoyo que solicita la madre al familiar y/o pareja, así mismo en el componente conductual el segundo ítem sobre la higiene antes y después del amamantamiento muestra un resultado desfavorable.

- En su mayoría las madres primíparas tienen un conocimiento moderado sobre la lactancia materna exclusiva, dentro de este componente cognitivo se hace mención que algunos ítems relacionados a los indicadores de Importancia, frecuencia y duración, ventajas para la madre, ventajas para la familia/sociedad y técnica de amamantamiento son aquellos que presentan resultados moderados y bajos sobre el conocimiento de lactancia materna exclusiva.
- Hipótesis comprobada, existe un mayor porcentaje de madres primíparas con actitud favorable y nivel de conocimientos moderados del Servicio de Neonatología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

RECOMENDACIONES

- Que la enfermera responsable del Programa de Adolescente y la encargada de instituciones educativas saludables coordinen el trabajo conjunto con los docentes y tutores para elaborar y/o diseñar programas y talleres educativos sobre sexo y sexualidad con la finalidad de disminuir porcentajes de embarazo en adolescentes y jóvenes.
- La educación de la madre primípara debe realizarse con énfasis en dos etapas importantes para la madre, durante la gestación y después del parto a través de estrategias y talleres educativos para seguir aumentando los indicadores de lactancia materna exitosa.
- El profesional de enfermería debe estar en constante capacitación, con el fin de fortalecer conocimientos, habilidades y actitudes de las madres primíparas hacia la lactancia materna exclusiva.
- Se sugiere al Servicio de Neonatología tramitar y/o coordinar la apertura de nuevas vacantes de trabajo para licenciadas de enfermería contratadas exclusivamente para la promoción, control y evaluación de la lactancia materna exclusiva, con la finalidad de contribuir con los objetivos de desarrollo del milenio teniendo a la

lactancia materna exclusiva como estrategia para el óptimo desarrollo y crecimiento del menor de seis meses.

- Realizar investigaciones de tipo cualitativo para indagar los factores externos e intrínsecos que puedan estar influyendo en la actitud de la madre frente a la lactancia materna exclusiva.
- Realizar estudios de relación sobre la lactancia exitosa entre el tipo de parto, edad, grado de instrucción, ocupación y el estado civil.
- En trabajos de investigación posteriores evitar el uso conjunto redundante del nivel de conocimiento y actitud en títulos de tesis, ya que propiamente la actitud está conformada por tres componentes el cognitivo (conocimiento), la conducta y la afectividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Perú; c2015. Lactancia Materna; [citado 28 julio 2015]. [3 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
2. Cárdenas M. Aproximación de un modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna [tesis doctoral en internet]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2013 [Citada 10 abril 2015]. Disponible en: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/705/1/mcardenas.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Perú: Lima; c2015. [citado 28 julio 2015]. [2 pantallas] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf
4. Dirección regional de salud Tacna [Internet]. Perú: Tacna; c2014. Información Estadística. Principales Indicadores de Salud; [citado 15 agosto 2015]. [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?page=estadisticas>

5. Dirección regional de salud [Internet]. Perú: Tacna; c2014. Plan estratégico Institucional 2014-2018; [citado 15 setiembre 2014]. [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/DIRECCION%20EJECUTIVA%20PLANEAMIENTO%20ESTRATEGICO/PEI%202014-2018%20DIRESA%20Tacna.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadística e Investigación [Internet]. Perú: Lima; c2014. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar; [citado 26 abril 2015]. [2 pantallas]. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
7. La Dirección Ejecutiva de Epidemiología [Internet]. Perú: Tacna; c2014. Análisis de la Situación de Salud del Hospital Hipólito Unanue; [citado 20 enero 2015]. [1 pantalla]; Disponible en: http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/ASIS/ASIS-TACNA_v02_2014.pdf
8. Sistema de informática perinatal del Hospital Hipólito Unanue de Tacna (SIPP). Perú: Tacna, 2016. Estadista de madres primigesta del HHUT; [citada 31 enero 2016].

9. Gobierno Regional de Tacna – Gerencia Regional de Desarrollo social [internet]. Perú: Tacna; c2012. Programa Regional de Población de Tacna; [citado 10 mayo 2015]. [1 pantalla]. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/sispod/PROGRAMAS%20REGIONALES/Tacna/PROG_TACNA.pdf

10. Gerónimo C, Magaña C, Zetina H et al. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel [Tesis en Internet]. México: Estado de Tabasco; 2014 abr [citado 03 noviembre 2015]; 14-20 p. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48731722003.pdf>

11. Guerrero C, Vera B. Nivel de conocimiento de sobre la lactancia materna en madres adolescentes. [Tesis en internet]. Ecuador: Universidad de Azuay; 2013 [citada 20 setiembre 2015]. 03 p. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2778/1/09847.pdf>

12. León Alanya P. Conocimiento de madres primíparas sobre Lactancia Materna exclusiva – Centro de salud Villa San Luis 2012 [Tesis en internet]. Lima: Escuela de Enfermería de Padre Luis Tezza afiliada a

la Universidad Ricardo Palma; 2013 [citada 20 setiembre 2015]. 05 p.
Disponibile en:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/363/1/Le%C3%B3n_lp.pdf

13. Vázquez Delgado R. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2009 [tesis en internet]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2012 [citada 10 agosto 2015]. 1 p. Disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2477/1/Vasquez_Delgado_Rocio_del_Pilar_2012.pdf

14. Delgado M, Nombera P. Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. HRDLM- Chiclayo, 2012. [Tesis en Internet]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013 [citada 20 mayo 2015]. 02 p. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/157/1/TL_DelgadoMarruffoLizeth_NomberaPuellesFiorela.pdf

15. Solórzano A, Beltrán H, Nathaly B et al. Actitudes y Nivel de Conocimiento de las Madres de los Recién Nacidos del Servicio de

Neonatología sobre Lactancia Materna Exclusiva en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima (Perú), 2009. [Revista científica de salud en Internet]. Perú: Lima; 2009 [citada 25 junio 2015]. 01 p. Disponible en: http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/141/141

16. Hernández Rojas J. Nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna y su relación con los factores epidemiológicos en madres con niños de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los centros de salud de la Micro Red Metropolitano de Tacna. [Tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012 [citada 20 junio 2015].

17. Mamani Flores Y. Factores socioculturales y su relación con el nivel de conocimiento del cuidado del recién nacido en madres primíparas del HHUT-Tacna 2012. [Tesis en Internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2012 [citada 20 agosto 2015]. 01 p. Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/174/59_2013_Mamani_Flores_YC_FACS_Enfermeria_2013_resumen.pdf?sequence=2

18. Revista Edu-física [Internet]. Colombia: Facultad de Educación de la Universidad del Tolima de Ibagué; c2012. Las Actitudes; [citada 04 noviembre 2015]. [01 pantalla]. Disponible en: <http://edu-fisica.com/>
19. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario [Internet]. Argentina: Riobamba; c2009. Teoría de la Actitudes; [citado en junio del 2015]. Disponible en: <http://textosdepsicologia.blogspot.com/2010/12/teoria-de-las-actitudes.html>
20. Psicología Social [Internet]. Mc Graw: Madrid. España; c1199. Teoría General de las Actitudes; [citado en setiembre del 2015]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloPartel.pdf;jsessionid=22FD92E638204C050B77181761F276BC.tdx1?sequence=3>
21. Real academia española [Internet]. Madrid. España; c2015, Diccionario de la lengua española, Conocimiento; [citado en diciembre del 2015]. Disponible en: <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>

22. Navarro A, López V. “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo junio – setiembre 2012.”. [Tesis en Internet]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2012 [citada 20 agosto 2015]. Disponible en: http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyecto/archivo_87_Binder1.pdf
23. Ministerio de Salud (MINSA), Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Curso Taller “Promoción y apoyo a la Lactancia Materna en establecimientos de salud Amigos de la madre y el niño [Internet]. 1ra ed. Lima: Miraflores Perú; [citado 20 de julio 2015]. 67-210 p. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/Libro_promocion_y_apoyo_a_la_Lactancia.pdf
24. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) [Internet]. Perú: Lima; c2014. Nutrición Lactancia Materna; [citado 28 de agosto 2015]. [01 pantalla]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html

25. Aguayo M, Serrano A. Lactancia. Tomate la leche a pecho. [internet]. 2000 [citado 20 de noviembre 2015]. 5-10. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/articulos/CNLM_lactancia_materna_OMS_12_2009.pdf
26. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) [Internet]. Ecuador: Honduras; c2012. Manual de Lactancia Materna; [citado 28 de setiembre 2015]. [01 pantalla]. Disponible en: <http://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>
27. Complejo Hospitalario Universitario Granada y Distrito Granada Metropolitano [Internet]. España: Granada; c2015. Guía de Lactancia Materna; [citado 30 de agosto 2015]. [1 pantalla]. Disponible en [http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ ficheros/guia_lactancia.pdf)
28. Hernández S. Metodología de la Investigación. 4ta edición. México: Ed. McGraw- Hill Interamericana; 2006

ANEXOS

ANEXO N° 01

CÁLCULO DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

FORMULA DE COGRAM

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

Donde:

N: Tamaño de la población

Z: Nivel de confianza

p: Probabilidad de acierto o éxito

q: Probabilidad de desacierto o fracaso

e: error de estimación

n: Tamaño de la muestra

Reemplazando los datos.

$$N=84 \quad z=1.96 \quad p=0.5 \quad q=0.5 \quad e= 0.05 \quad n=?$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (84)}{(0.05)^2 (84-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{80,67}{1,1679}$$

$$n= 69,075$$

ANEXO N° 02

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tenga Ud. Buen día, soy Yanett Sonia Quispe Garay, Bachiller de la E.A.P. de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna.

El presente instrumento tiene por objetivo, Determinar las actitudes y el Nivel de conocimiento de las madres primíparas de recién nacidos sobre la lactancia materna exclusiva del HHUT- Tacna 2015

Como usted madre encargada del cuidado del recién nacido ha sido seleccionada como participante de este estudio, su conocimiento y experiencia es esencial para el desarrollo de esta investigación. Le pedimos que exprese sus respuestas completamente y con veracidad en el cuestionario que aparece a continuación.

Los resultados son de utilidad exclusiva para la investigación, le garantizamos que es una encuesta anónima y quedara en la más estricta confidencialidad.

Su firma indica que usted ha comprendido la importancia y decide voluntariamente participar en el estudio, lo cual será de gran relevancia en el avance y el progreso de nuestra profesión.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

ANEXO N° 03

INSTRUMENTO

N° de encuesta: _____

PRESENTACIÓN: Buen día Sra. el presente instrumento tiene por finalidad obtener información sobre los conocimientos y actitudes sobre la Lactancia materna exclusiva en madres primíparas de Tacna. Para lo cual solicito su colaboración a través de la respuesta sincera a las preguntas. Este cuestionario es anónimo y las respuestas solo serán para uso de estudio. Gracias por su participación en el trabajo.

1. DATOS GENERALES

1. Lugar de procedencia:

2. Edad:..... Años

3. Grado de Instrucción:	4. Estado civil:	5. Tipo de parto:
Superior ()	Casada ()	Parto Normal ()
Secundaria ()	Conviviente ()	Parto por cesárea ()
Primaria ()	Soltera ()	
Ninguno ()		

4. Ha recibido educación sobre lactancia materna durante su periodo de gestación. SI () NO ()

5. Ha recibido educación sobre lactancia materna después del parto.
SI () NO ()

2. DATOS ESPECÍFICOS

A continuación marque con un aspa la alternativa que considere correcta.

CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

N°	PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1	La Lactancia Materna exclusiva es solo darle su leche y no otro tipo de alimento (agua, te, formula maternizada, otros) los primeros seis meses.			
2	La leche materna es muy cara para la familia y la sociedad.			
3	El recién nacido crece y aumenta de peso gracias a la leche materna.			
4	El recién nacido debe mamar un promedio entre 10 a 15 minutos en cada pecho.			
5	La leche humana es igual a otras especies o fórmulas artificiales.			
6	La relajación y una postura cómoda favorecen a una lactancia materna eficaz.			
7	El contacto piel a piel de la madre con su bebe fomenta la Lactancia materna exclusiva.			
8	En el amamantamiento al recién nacido la forma correcta de la mano en el seno es hacer una "V" con los dedos.			
9	La lactancia materna exclusiva se inicia al día siguiente de haber nacido él bebe.			
10	La leche materna brinda al bebe una nutrición adecuada, protección contra infecciones y estimula el desarrollo del recién nacido.			
11	La lactancia materna exclusiva disminuye en la madre el riesgo de anemia, cáncer al seno y en los ovarios.			
12	Al tomar pecho los labios del bebe deben de coger			

	por lo menos la puntita de la teta.			
13	La lactancia materna exclusiva puede evitar muertes infantiles.			
14	La leche materna es fácil de digerir y no produce estreñimiento en el niño.			
15	Las defensas del niño están totalmente desarrolladas al nacimiento por eso no es necesario darles leche materna.			
16	La lactancia materna exclusiva favorece la disminución del tamaño uterino y el sangrado.			
17	La lactancia materna no necesita ser preparada, es digerible y fácil de adquirir.			
18	La lactancia materna exclusiva contamina el ambiente.			
19	La lactancia materna exclusiva ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo.			
20	La lactancia se da cada dos horas y cada vez que él bebe quiera (libre demanda).			
21	La lactancia materna exclusiva previene un nuevo embarazo.			
22	La leche materna nunca esta lista y a temperatura que al recién nacido le gusta.			

REPRESENTACIÓN

RANGO	NIVEL	INTERPRETACIÓN
De 16 a 22 puntos	Alto	Conocimiento alto
De 8 a 15 puntos	Medio	Conocimiento moderado
De 0 a 7 puntos	Bajo	Conocimiento bajo

LISTA DE CHEQUEO N° 01

COMPONENTE CONDUCTUAL

N° de lista: _____

Competencias a Evaluar:

A través de la práctica de la Lactancia Materna en madres primíparas, usando:

- Técnica de amamantamiento
- Duración de lactancia
- Frecuencia de la lactancia
- La coherencia entre lo que manifiesta y realiza la madre primípara.

N°	ITEMS SI / NO / OBSERVACIONES	SI	NO	OBSERVACIONES
1	La madre muestra predisposición de cooperar con el investigador.			
2	La madre tiene iniciativa de lavarse las manos, limpiarse el pezón y la areola antes de empezar a dar de lactar a su bebe.			
3	La madre despierta e estimula al niño(a) para darle de lactar.			
4	La madre siente temor de despertar al bebe de su sueño.			
5	La madre se muestra relajada y busca una posición cómoda para dar de lactar a su bebe.			
6	La madre muestra apuro y mide el tiempo de lactancia.			
7	La madre permite que él bebe			

	succione aproximadamente entre 10 a 15 minutos.			
8	La madre finaliza la lactancia después de dar de lactar un tiempo promedio en cada pecho.			
9	La madre es coherente con lo que manifiesta (su conocimiento) y realiza (su conducta).			

LISTA DE CHEQUEO N° 02

COMPONENTE AFECTIVO

N° de lista: _____

Competencias a Evaluar:

A través de la práctica de la Lactancia Materna, observando lo siguiente:

N°	ITEMS SI NO OBSERVACIONES	SI	NO	OBSERVACIONES
1	La madre requiere y solicita el apoyo del padre u otro familiar directo.			
2	La madre se queda pendiente y visualiza a su bebe en todo el proceso de lactancia.			
3	La madre se desespera fácilmente cuando su bebe llora y se pone irritable.			
4	La madre acaricia a su bebe al darle de lactar.			
5	La madre muestra rechazo verbalizando no querer dar de lactar al bebe.			
6	La madre sonríe y le habla al niño en todo el proceso de amamantamiento.			
7	La madre hace muecas gestuales de incomodidad y/o molestia al dar de lactar.			
8	La madre arrulla al bebe después de darle de lactar y contempla su sueño en sus brazos.			
9	La madre se queda junto a su niño al terminar la lactancia.			

REPRESENTACIÓN DE LA ACTITUD

RANGO	NIVEL	INTERPRETACIÓN
De 28 a 40 puntos	Alta	FAVORABLE
De 14 a 27 puntos	Media	MEDIANAMENTE
De 0 a 13 puntos	Baja	DESFAVORABLE

ANEXO N° 04

INSTRUMENTO

ACTITUDES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES PRIMÍPARAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HHUT - TACNA 2015

PROCEDIMIENTO:

1. Se construye una tabla de doble entrada, como la que se muestra a continuación; y se colocan los puntajes para cada ítem de acuerdo al criterio establecido por los expertos, además de sus respectivos promedios.

N° de Ítems	EXPERTOS					PROMEDIO
	A	B	C	D	E	
1	4	4	4	5	4	4.2
2	4	4	4	5	4	4.2
3	4	4	4	5	4	4.2
4	4	4	4	5	4	4.2
5	5	4	4	4	4	4.2
6	4	4	4	5	4	4.2
7	4	4	4	4	4	4.0
8	4	4	4	5	4	4.2
9	4	4	4	5	4	4.2

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\mathbf{DPP} = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

En este estudio: **DPP = 0.2**

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o), con la ecuación.
4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

$$\mathbf{Dmax} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$\mathbf{Dmax} = 11.70$$

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B: Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A.					
0.00	2.34				
	B.				
	2.34	4.68			
		C.			
		4.68	7.02		
			D.		
			7.02	9.36	
				E.	
				9.36	11.70

6. El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

7. En el caso nuestro, El valor DPP fue **0.2** cayendo en la zona “**A y B**” lo cual significa una **adecuación total** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO N° 05
COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD DE ALFA DE CRONBACH

CONFIABILIDAD DE CONOCIMIENTO

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cron Bach	N° de elementos
,787	22

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] * \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Dónde:

k= Número de Ítems

$\sum S_i^2$ = Suma de las varianza de cada Ítems

S_T^2 = Varianza Total

CONFIABILIDAD DE TODO EL INSTRUMENTO

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cron Bach	N° de elementos
,889	40

Para que exista Confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.5$, por lo tanto este instrumento es confiable. **Se considera la encuesta como confiable porque es mayor que 0,87**

ANEXO N° 06

OFICIO PARA AUTORIZACION DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Académico Profesional de Enfermería

OFICIO N° 016-2016-ESEN/FACS
Tacna, 2016 Enero 11

Señor:
Dr. CLAUDIO RAMÍREZ ATENCIO
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE - TACNA
Presente:

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE
DIRECCION EJECUTIVA

12 ENE 2016

TRAMITE DOCUMENTARIO
REGISTRO N° 393
Firma: Hora: 11:57

ASUNTO : AUTORIZACION PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

De mi consideración:

Por el presente me dirijo a Ud. con la finalidad de saludarlo y, a la vez hacer de su conocimiento que, la Bach. Yanett Sonia Quispe Garay, viene desarrollando su Proyecto de Tesis titulado: **ACTITUDES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES PRIMÍPERAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL SERVICIO DE NEOMATOLOGÍA, HHUT-TACNA 2015**, por lo que agradeceré a Ud., se sirva **AUTORIZAR** la Aplicación de Instrumento, mediante un cuestionario de conocimientos y actitud, dirigido a las Madres primíperas del Servicio de Neonatología del Hospital, que Ud. tan dignamente dirige, brindándole las facilidades que requiera el caso, para su respectiva ejecución de su Proyecto de Tesis, la misma que fue aprobada mediante Resolución de Facultad N° 5737-2015-FACS-UNJBG.

Agradeciéndole por anticipado la atención que merezca el presente, reitero a Ud. mis saludos y estima personal.

Atentamente,



Adj: Lo indicado

ANEXO N° 07

	"Año de la consolidación del Mar de Grau"
GOBIERNO REGIONAL DE TACNA LEY 27867 HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE	
<h1>CREDENCIAL</h1>	
El Director Ejecutivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, designado por Resolución Ejecutiva Regional N° 285-2014-P.R./GOB.REG.TACNA; a través de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.	
ACREDITA A:	
<h3>YANETT SONIA QUISPE GARAY</h3>	
Bachiller de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, quien ejecutará su Proyecto de Tesis Titulado "ACTITUDES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES PRIMIPERAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA - HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA 2015" , a partir del 01 de febrero al 31 de marzo del 2016.	
Se otorga el presente documento para los fines solicitados, con proveído favorable del Departamento de Enfermería; al término del estudio entregará un ejemplar empastado de Tesis a la Biblioteca del Hospital, de acuerdo al convenio vigente.	
Tacna, 08 de Febrero del 2016	
 DR. CLAUDIO WILLBERT RAMIREZ ATENCIO Director del Programa Sectorial II Dirección Ejecutiva Hospital Hipólito Unanue Tacna Región Tacna-Región de Salud Tacna	 LIC. IRMA VILLAR AGURTO Jefe de la Unidad A. Docencia e Investigación Hospital Hipólito Unanue Tacna Región Tacna-Región de Salud Tacna
CWRA/IVA C.c.: Archivo	

ANEXO N° 08
TABLA DE CÓDIGOS

DATOS ESPECIFICOS

Conocimiento sobre la Lactancia Materna Exclusiva

1. Si: 1	No: 0	No sabe: 0	12. Si: 0	No: 1	No sabe: 0
2. Si: 0	No: 1	No sabe: 0	13. Si: 1	No: 0	No sabe: 0
3. Si: 1	No: 0	No sabe: 0	14. Si: 1	No: 0	No sabe: 0
4. Si: 1	No: 0	No sabe: 0	15. Si: 0	No: 1	No sabe: 0
5. Si: 0	No: 1	No sabe: 0	16. Si: 1	No: 0	No sabe: 0
6. Si: 1	No: 0	No sabe: 0	17. Si: 1	No: 0	No sabe: 0
7. Si: 1	No: 0	No sabe: 0	18. Si: 0	No: 1	No sabe: 0
8. Si: 0	No: 1	No sabe: 0	19. Si: 1	No: 0	No sabe: 0
9. Si: 0	No: 1	No sabe: 0	20. Si: 1	No: 0	No sabe: 0
10. Si: 1	No: 0	No sabe: 0	21. Si: 1	No: 0	No sabe: 0
11. Si: 1	No: 0	No sabe: 0	22. Si: 0	No: 1	No sabe: 0

Componente Conductual – OBSERVADO: Actitud hacia la Lactancia Materna Exclusiva:

1. Si: 1	No: 0	6. Si: 0	No: 1
2. Si: 1	No: 0	7. Si: 1	No: 0
3. Si: 1	No: 0	8. Si: 1	No: 0
4. Si: 0	No: 1	9. Si: 1	No: 0
5. Si: 1	No: 0		

Componente afectivo – OBSERVADO: Actitud hacia la Lactancia Materna Exclusiva:

1. Si: 1	No: 0	6. Si: 1	No: 0
2. Si: 1	No: 0	7. Si: 0	No: 1
3. Si: 0	No: 1	8. Si: 1	No: 0
4. Si: 1	No: 0	9. Si: 1	No: 0
5. Si: 0	No: 1		

ANEXO N° 09

VALIDACION DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES

Instrucciones:

El presente documento, tiene como objeto recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema: **“ACTITUDES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES PRIMÍPARAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HHUT-TACNA 2015”**

Se compone de 18 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación, que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada
2. Representa una absolución escasa de la interrogante
3. Representa la absolución del ítem en términos intermedios
4. Representa una estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida a la interrogante planteada
5. Representa el mayor valor de la escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

Marque con una “X”, en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opinión que merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera usted que los ítems de los instrumentos mide lo que se pretende medir?					
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					
4. ¿Considera usted que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables de estudio?					
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien dirige el instrumento?					
9. ¿Considera usted que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?					
¿Qué aspectos habría que modificar, que aspectos tendría que aumentar o que aspectos habría que suprimirse?					

MUCHAS GRACIAS

ANEXO N° 10

TABLA N°04

DISTRIBUCIÓN DE MADRES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, SEGÚN COMPONENTE CONDUCTUAL

COMPONENTE CONDUCTUAL	N°	%
FAVORABLE	60	87,00 %
MEDIANAMENTE FAVORABLE	9	13,00 %
DESFAVORABLE	0	0.00 %
Total	69	100,00 %

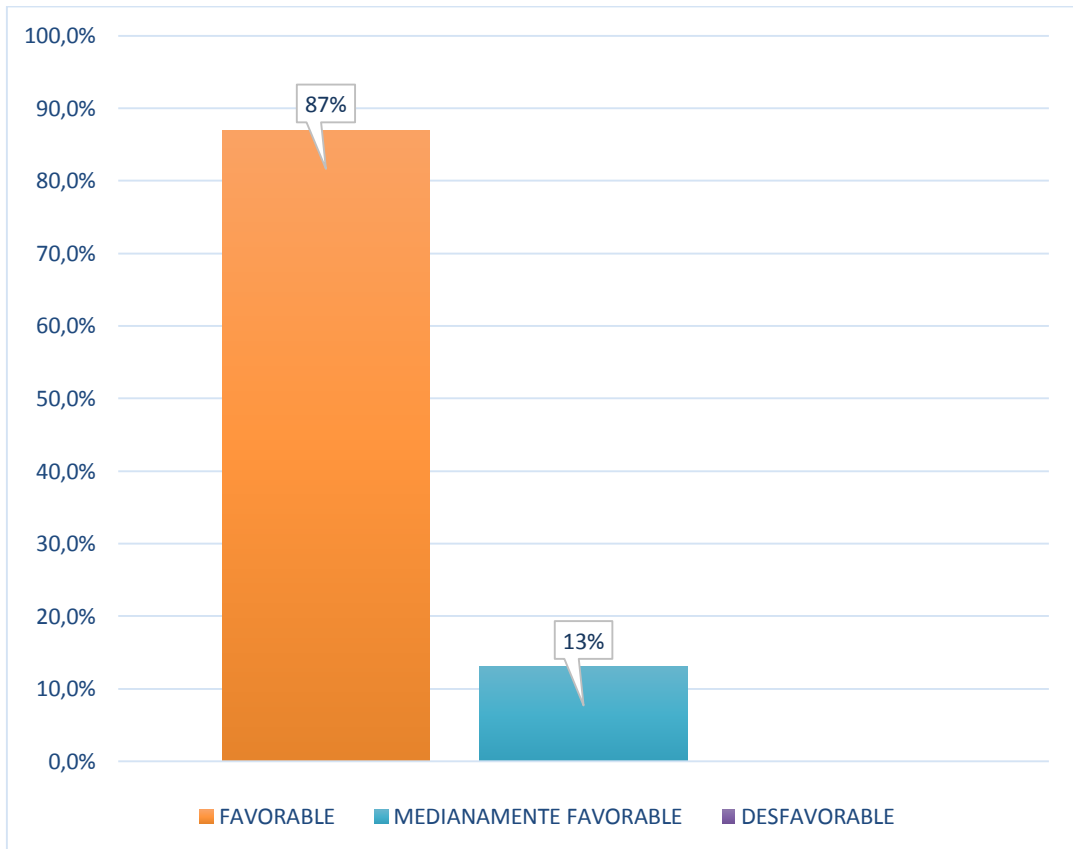
Fuente: Lista de Chequeo N° 01 aplicado en el Servicio de Neonatología del HHUT
Elaborado por: Bach. Yanett Sonia Quispe Garay

Interpretación:

Se observa que en un mayor porcentaje las madres primíparas muestran una conducta favorable frente a la Lactancia materna exclusiva (87,0 %), en segundo lugar una conducta medianamente favorable (13,0 %).

GRÁFICO N°04

DISTRIBUCIÓN DE MADRES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, SEGÚN COMPONENTE CONDUCTUAL



Fuente: Tabla N°04

ANEXO N° 11

TABLA N° 05

DISTRIBUCIÓN DE MADRES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, SEGÚN COMPONENTE AFECTIVO

COMPONENTE AFECTIVO	N°	%
FAVORABLE	66	95,70 %
MEDIANAMENTE FAVORABLE	3	4,30 %
DESFAVORABLE	0	0.00 %
Total	69	100,00 %

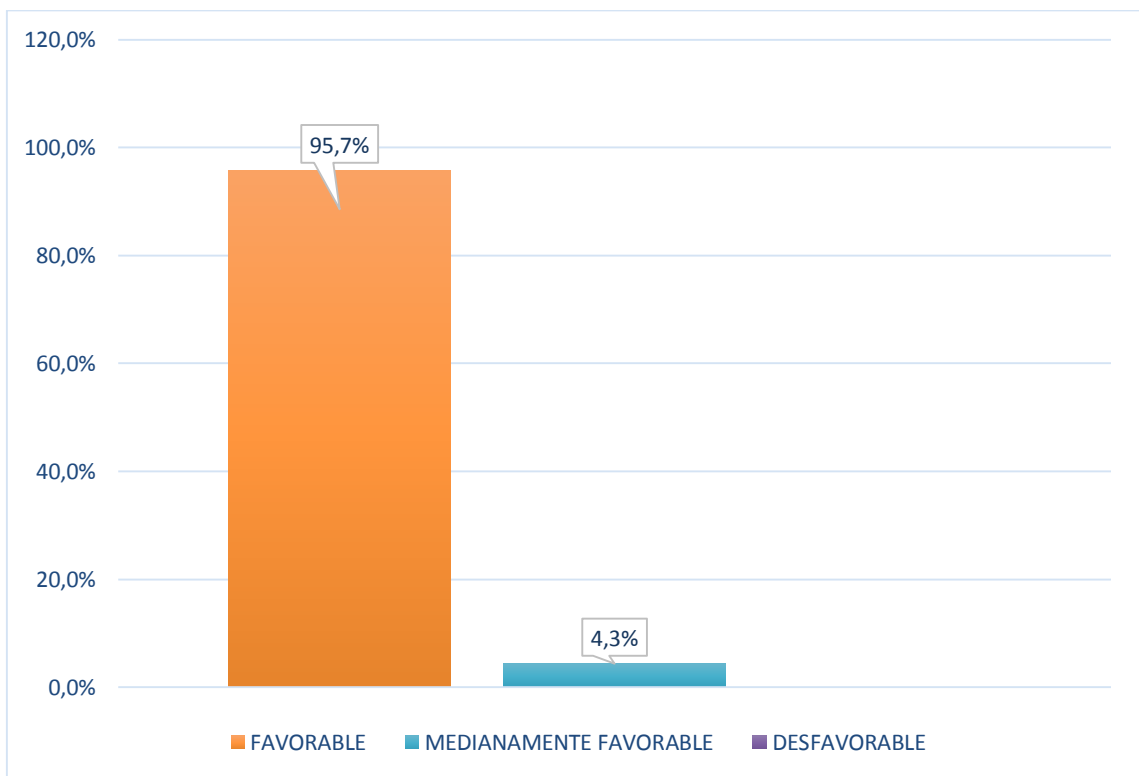
Fuente: Lista de Chequeo N° 2 aplicado en el Servicio de Neonatología del HHUT
Elaborado por: Bach. Yanett Sonia Quispe Garay

Interpretación:

Se observa que en un mayor porcentaje las madres primíparas muestran afectividad favorable frente a la Lactancia materna exclusiva (95,7 %), seguido la afectividad medianamente favorable (4,3 %).

GRÁFICO N°05

DISTRIBUCIÓN DE MADRES PRIMÍPARAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA, SEGÚN COMPONENTE AFECTIVO



Fuente: Tabla N°05

ANEXO N° 12

RESULTADOS DE DATOS ESPECIFICOS SEGÚN INSTRUMENTO APLICADO

	COMPONENTE COGNITIVO	SI	NO	NO SABE	TOTAL	RESULTADO
		N°	N°	N°		
1	La Lactancia Materna exclusiva es solo darle su leche y no otro tipo de alimento (agua, te, formula maternizada, otros) los primeros seis meses.	48	11	10	69	Favorable
2	La leche materna es muy cara para la familia y la sociedad.	15	48	6	69	Favorable
3	El recién nacido crece y aumenta de peso gracias a la leche materna.	56	9	4	69	Favorable
4	El recién nacido debe mamar un promedio entre 10 a 15 minutos en cada pecho.	40	17	12	69	Favorable
5	La leche humana es igual a otras especies o fórmulas artificiales.	11	35	23	69	Medianamente favorable
6	La relajación y una postura cómoda favorecen a una lactancia materna eficaz.	46	8	15	69	Favorable
7	El contacto piel a piel de la madre con su bebe fomenta la Lactancia materna exclusiva.	47	10	12	69	Favorable
8	En el amamantamiento al recién nacido la forma correcta de la mano en el seno es hacer una "V" con los dedos.	28	31	1	69	Medianamente favorable
9	La lactancia materna exclusiva se inicia al día siguiente de haber nacido el bebe.	19	35	15	69	Medianamente favorable
10	La leche materna brinda al bebe una nutrición adecuada, protección contra infecciones y estimula el desarrollo del recién nacido.	55	6	9	69	Favorable
11	La lactancia materna exclusiva disminuye en la madre el riesgo de anemia, cáncer al seno y en los ovarios.	42	15	12	69	Favorable
12	Al tomar pecho los labios del bebe deben de coger por lo menos la puntita de la teta.	23	35	11	69	Medianamente favorable
13	La lactancia materna exclusiva puede evitar muertes infantiles.	40	9	20	69	Favorable
14	La leche materna es fácil de digerir y no produce estreñimiento en el niño.	46	16	7	69	Favorable
15	Las defensas del niño están totalmente desarrolladas al nacimiento por eso no es necesario darles leche materna.	22	38	9	69	Medianamente favorable
16	La lactancia materna exclusiva favorece la disminución del tamaño uterino y el sangrado.	40	5	24	69	Favorable
17	La lactancia materna no necesita ser preparada, es digerible y fácil de adquirir.	37	22	10	69	Medianamente favorable
18	La lactancia materna exclusiva contamina el ambiente.	6	59	4	69	Favorable
19	La lactancia materna exclusiva ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y su hijo.	46	12	11	69	Favorable
20	La lactancia se da cada dos horas y cada vez que él bebe quiera (libre demanda).	45	18	6	69	Favorable
21	La lactancia materna exclusiva previene un nuevo embarazo.	25	27	17	69	Desfavorable
22	La leche materna nunca esta lista y a temperatura que al recién nacido le gusta.	23	39	7	69	Medianamente favorable

	COMPONENTE CONDUCTUAL	SI	NO	TOTAL	RESULTADO
		N°	N°		
1	La madre muestra predisposición de cooperar con el investigador.	60	9	69	Favorable
2	La madre tiene iniciativa de lavarse las manos, limpiarse el pezón y la areola antes de empezar a dar de lactar a su bebe.	8	61	69	Desfavorable
3	La madre despierta e estimula al niño(a) para darle de lactar.	65	4	69	Favorable
4	La madre siente temor de despertar al bebe de su sueño.	10	59	69	Favorable
5	La madre se muestra relajada y busca una posición cómoda para dar de lactar a su bebe.	59	10	69	Favorable
6	La madre muestra apuro y mide el tiempo de lactancia.	2	67	69	Favorable
7	La madre permite que él bebe succione aproximadamente entre 10 a 15 minutos.	66	3	69	Favorable
8	La madre finaliza la lactancia después de dar de lactar un tiempo promedio en cada pecho.	60	9	69	Favorable
9	La madre es coherente con lo que manifiesta (su conocimiento) y realiza (su conducta).	62	7	69	Favorable

	COMPONENTE AFECTIVO	SI	NO	TOTAL	RESULTADO
		N°	N°		
1	La madre requiere y solicita el apoyo del padre u otro familiar directo.	9	60	69	Desfavorable
2	La madre se queda pendiente y visualiza a su bebe en todo el proceso de lactancia.	65	4	69	Favorable
3	La madre se desespera fácilmente cuando su bebe llora y se pone irritable.	9	60	69	Favorable
4	La madre acaricia a su bebe al darle de lactar.	69	0	69	Favorable
5	La madre muestra rechazo verbalizando no querer dar de lactar al bebe.	0	69	69	Favorable
6	La madre sonríe y le habla al niño en todo el proceso de amamantamiento.	67	2	69	Favorable
7	La madre hace muecas gestuales de incomodidad y/o molestia al dar de lactar.	2	67	69	Favorable
8	La madre arrulla al bebe después de darle de lactar y contempla su sueño en sus brazos.	69	0	69	Favorable
9	La madre se queda junto a su niño al terminar la lactancia.	9	0	69	Favorable