

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



***“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU
RELACIÓN CON FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN MADRES CON HIJOS
DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD
DE LA MICRORRED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012”***

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

Presentado por:

BACH. RICARDO MIULLER HERNÁNDEZ FLORES

Tacna-Perú 2012.

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012”

DEDICATORIA:

*A mis padres, que con su
esfuerzo perseverancia y
confianza no me permitieron
caer.*

*A mi hermana, quien con su
alegría me demuestra que
todo tiene solución.*

*A mi pareja, Rosa, que me
acompaña en todo momento y
quien me dio la luz de mis
ojos... mis hijos Alize y bebé*

A todos ellos muchas gracias.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar un profundo agradecimiento a todos mis docentes y a la vez maestros, por el empeño, la paciencia y la confianza, que durante todos los años de estudio, han puesto en mí. En especial a la Dra. María Luz Chávez Núñez, mi asesora.

Agradezco a mis amigos y compañeros de estudio, por su comprensión, cariño, y gran calidad humana que me han demostrado, además por hacer cada día más grata, mi permanencia en la Universidad.

Finalmente, me gustaría expresar mi gratitud a todo el personal de apoyo y administrativo de la Universidad Privada de Tacna, que en muchos momentos de mi estancia, me tendieron gustosamente una mano de ayuda.

Ricardo Miuller Hernández Flores

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna y su relación con factores epidemiológicos en madres con hijos de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los Centros de Salud (C.S.) de la Microred Metropolitana de Tacna. Febrero 2012. **Metodología:** Estudio prospectivo, descriptivo y transversal. El universo de estudio fueron todas las madres con hijos de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los C.S. de la Microred Metropolitana, de Tacna (378). Se sacó una muestra de 100 madres por conveniencia respetando la proporción de cada C.S. **Resultados:** El 29% tenían un nivel de conocimiento bueno, 36% regular y 35% malo sobre lactancia materna. Encontrando que las madres con un conocimiento bueno sobre lactancia materna fueron las mayores de 35 años con un 71.4% y las madres que tenían conocimiento malo fueron las menores de 20 años con un 71.4 %. ($p=0.016$). El 81.4% de madres casadas, tenían conocimiento (regular y bueno), y el 70% de las madres solteras tenían conocimiento malo ($p=0.068$). En cuanto al nivel de instrucción, tenían conocimiento malo el 55.6% de las madres con nivel de estudio primario, 42.9% de las madres con estudios secundarios y el 28.6% de las madres con estudios superiores ($P<0.05$). Respecto a la ocupación, tenían conocimiento malo el 27.3% de las amas de casa, el 45% de las empleadas, y el 37.8% de las trabajadoras independientes; el 54.5% de las madres estudiantes tenían un conocimiento regular, ($p=0,236$). Las madres con menor conocimiento tienen solo un hijo, con un 55.2 % ($p<0,05$). En cuanto a la información recibida, las madres que recibieron información por personal de salud tenían conocimiento (regular y bueno) el 78.2% sobre lactancia materna, ($p=0,011$). **Conclusiones:** 71% de las madres tenía un nivel de conocimiento inadecuado, presentando mayor riesgo las mujeres más jóvenes, del mismo modo las mujeres con menor grado de instrucción y las primíparas. La ocupación y el estado civil no mostraron influencia. Las madres que habían recibido información por personal de salud son las que mejor nivel de conocimiento tienen. **Palabras claves:** nivel de conocimiento, lactancia materna.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge about breastfeeding and its relationship with epidemiologic factors in mothers with children from 2 to 6 months of age from health centers (CS) of the “Metropolitana” Microgrid Tacna. February 2012. Methods: Prospective, descriptive and transversal. The study group were all mothers with children from 2 to 6 months of age belonging to the CS the Microgrid Metropolitana, Tacna (378). He took a sample of 100 mothers for convenience and according to the proportion of each CS Results: 29% had a good knowledge level, 36% regular and 35% bad about breastfeeding. Finding that mothers with a good knowledge about breastfeeding were over 35 years with 71.4% and mothers who knew were bad under 20 years with 71.4%. ($p= 0.016$). 81.4% of married mothers, were aware (regular and good), and 70% of single mothers knew bad ($p= 0.068$). As the level of education, knew bad 55.6% of mothers with primary level of study, 42.9% of mothers with secondary education and 28.6% of mothers with higher education ($p < 0,05$). Regarding occupation, knew bad 27.3% of housewives, 45% of the employees, and 37.8% of independent workers, 54.5% of students had mothers have regular, ($p= 0,236$) . Mothers with less knowledge have only one child, 55.2% ($p < 0,05$). As to the information received, mothers who received personal health information were aware (regular and good) 78.2% of breastfeeding ($p= 0.011$). Conclusions: 71% of mothers had an inadequate level of knowledge, presenting higher risk younger women, just as women with lower educational status and primiparous. The occupation and marital status showed no influence. Mothers who had received information from health personnel are the best level of knowledge they have.

Keywords: level of knowledge, breastfeeding.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I.....	11
1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA:	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	14
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	14
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4. JUSTIFICACIÓN:	15
CAPÍTULO II.....	17
2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	18
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:.....	18
2.2 MARCO TEÓRICO:.....	23
2.2.1 LACTANCIA MATERNA	23
A. Definición:.....	23
B. Aspectos antropológicos en la práctica del amamantamiento.....	23
C. La Leche Materna.....	24
D. Ventajas y beneficios	25
E. Cómo Tener Éxito En La Lactancia Materna	27
F. Técnica De Lactancia	29
G. Duración de la toma	31
K. Alimentación de la madre.	37
M. Lactancia Materna, Sexualidad y Anticoncepción	39
N. Contraindicaciones de la lactancia materna.....	39
O. Diez Pasos de la OMS y UNICEF para favorecer la lactancia materna.....	39
2.2.2 MICRORED	40
A. Definición:.....	40
B. Criterios ordenadores para su conformación	41
C. Niveles de atención	41
D. Ámbito geográfico.....	41
E. Funciones	41
2.2.3 CENTRO DE SALUD	42
A. Definición	42
B. Objetivos:	42
2.2.4 CONOCIMIENTO	43

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON FACTORES
EPIDEMIOLÓGICOS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS
CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012”

A. <i>Definición</i>	43
CAPÍTULO III	45
3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	46
CAPÍTULO IV	48
2 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	49
4.1 DISEÑO (CLASIFICACIÓN)	49
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	50
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	51
4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	51
4.6 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	51
4.6.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
4.6.2 ANÁLISIS DE DATOS	52
CAPÍTULO V	53
5. RESULTADOS:	54
DISCUSIÓN	63
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXO:	75

INTRODUCCIÓN

La Lactancia Materna (LM) es un acto natural que se practica como forma de alimentación al niño durante los primeros meses de vida. La leche materna constituye el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño o niña hasta los seis meses de edad y con otros alimentos hasta los dos años. 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.¹

A nivel internacional existen diversas instituciones que apoyan y promueven la LM, como la UNICEF, la IBFAN (International Baby-Food Action Network) y la WABA (World Alliance for Breastfeeding Action).²

La leche materna le proporciona al niño todos los nutrientes que necesita durante los primeros seis meses de vida en forma complementaria hasta los dos años, por tanto es importante que el inicio de otros alimentos sea en un momento oportuno y no tempranamente. La LM le aporta al lactante los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, y además lo protege de enfermedades; en la madre disminuye la mortalidad materna, el riesgo de cáncer de mama, 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

¹ WHO –UNICEF-USAID. **Innocent Declaration On Protection, Promotion And Support Of Breastfeeding**. New York: WHO- UNICEF- USAID; 1990.

² MINSALUD- UNICEF. **Plan Decenal Para La Promoción, Protección Y Apoyo A La Lactancia Materna 1998-2008**. Ministerio de Salud y UNICEF. Bogotá .1998.

de mortalidad y morbilidad infantil, la contribución a una población infantil sana y favorece la no violencia.

Los estudios que evalúan Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y nutrición.

Por esta razón es que se hace necesario identificar el nivel de conocimiento que tienen las madres acerca de la lactancia materna, con el fin de tomar medidas que aseguren que todos los sectores de la sociedad en particular las familias tengan acceso a una educación y sean apoyados en el uso de conocimiento básico de la salud infantil, desarrollo y las ventajas de la LM.

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012”

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA:

La LM es un importante factor positivo en la Salud Pública, y las prácticas óptimas de LM, se convierten en la acción preventiva más eficaz para prevenir la mortalidad en la niñez, lo que a su vez, es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la OMS.³

La preocupación central por la Salud Materno-infantil durante décadas, ha llevado a estos logros. Sin embargo, la prevalencia de LM ha sufrido oscilaciones importantes, debido a ser un factor de valor sociológico y de opciones de vida, las cuales son fuertemente influidas por las circunstancias propias de la sociedad de los últimos años, en la cual la familia y la reproducción de la especie humana, han estado en debate con los valores individuales y materiales de otras índoles.

Por otra parte, la evidencia científica abrumadora ha reconocido y fundamentado progresivamente más, la dificultad de emular artificialmente las condiciones de vida de la madre e hijo a que se dan en situación de LM. También se ha acumulado y multiplicado la evidencia de las características únicas de la leche humana, para la alimentación del lactante humano y la probabilidad cierta de que se encontrarán mayor cantidad de evidencias, en la medida en que progrese el estudio científico de la leche humana.³

³ Comisión Nacional de Lactancia Materna (CNLM). “**Lactancia**”. 3° EDICIÓN AÑO 2010. Chile. <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/822bfc84b3242b25e04001011e017693.pdf>

Desde antiguo y ciertamente durante los últimos años, se han permitido y estimulado en forma sostenida aunque variable, las actividades de extensión y fomento de la LM, culminando recientemente con su relación a la humanización del proceso reproductivo, centrando en la familia el enfoque de decidir y actuar, en relación con su cultura y mayor bienestar, desinstrumentalizando este proceso natural.

Es bien reconocido que el periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos. En estudios longitudinales se ha comprobado consistentemente que esta es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente. Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen una morbilidad pronunciada y un desarrollo mental y motor retrasado. A largo plazo, las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta. Como consecuencia, el ciclo de desnutrición continúa, ya que la niña desnutrida al crecer tiene mayores posibilidades de dar a luz a un niño desnutrido de bajo peso al nacer. Las prácticas deficientes de LM y alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas principales de desnutrición en los primeros dos años de vida. Por esta razón, es esencial asegurar que las personas

encargadas del cuidado y salud de los niños reciban orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños.⁴

Se considera que esta actividad de estudio, investigación, extensión y reflexión, ha mostrado notablemente la capacidad de los profesionales de trabajar en equipo, aunando esfuerzos estatales, internacionales, universitarios y personales. Se ha dejado de lado las diferencias, ante el noble interés común del progreso en las acciones de estudio, fomento y terapéutica de objetivos de salud superiores.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna y su relación con factores epidemiológicos en madres con hijos de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los Centros de Salud de la Microred Metropolitana de Tacna en Febrero 2012?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna y su relación con factores epidemiológicos en madres con hijos de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los Centros de Salud de la Microred Metropolitana de Tacna. Febrero 2012.

⁴ OPS. “Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado”, Washington DC, 2003.
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Principios%20de%20orientaci%20f3n%20para%20la%20alimentaci%20f3n%20complemenaria%20del%20ni%20f1o%20amamentado.pdf>

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.** Determinar el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en madres con hijos de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los Centros de Salud de la Microred Metropolitana de Tacna en febrero de 2012.
- 2.** Asociar los factores epidemiológicos: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y paridad con el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en madres con hijos de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los Centros de Salud de la Microred Metropolitana de Tacna en febrero de 2012.
- 3.** Asociar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna con el antecedente de información en madres con hijos de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los Centros de Salud de la Microred Metropolitana de Tacna en febrero de 2012.

1.4. JUSTIFICACIÓN:

La LM es una práctica determinante para el crecimiento y desarrollo saludable de los niños y niñas, por cuanto la leche materna es el alimento perfecto que satisface todas las necesidades nutricionales y emocionales de los lactantes hasta los seis meses de edad e infecciosas del tracto digestivo y de las vías respiratorias.

El fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF, 2007) menciona que si todas las madres amamantaran a sus hijos desde el nacimiento se

podrían salvar alrededor de 1,5 millones de vidas y además mejorar su calidad de vida.⁵

Es importante resaltar que para lograr con éxito un amamantamiento exclusivo hasta los seis meses y perdurable hasta los dos años, la madre debe poseer conocimientos sobre la LM, sus beneficios y técnicas para amamantar. Esta premisa generó el objetivo de esta investigación.

Por consiguiente, la presente investigación se justifica socialmente porque permitirá realizar un diagnóstico sobre el conocimiento de las madres que acuden a los Centros de Salud de la Microred Metropolitana sobre los beneficios y técnicas de la LM para así apoyar a las familias que eligen amamantar a sus hijos e hijas, con una buena información, una buena atención sanitaria, con respeto social, medidas de conciliación familiar y laboral adecuadas y también para la implicación de todos sus miembros.

Se justifica académicamente por que los resultados obtenidos servirán de base para el diseño de un programa educativo que conduzca al fortalecimiento de esta práctica y por consiguiente a mejorar la calidad de vida de los niños(as) y de las madres.

Y se justifica científicamente porque el conocimiento generado por la investigación servirá de base para otros estudios relacionados.

⁵World Health Organization (WHO). “**Infant and Young Child Feeding**”. July 2010.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/index.html>

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012”

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

Gutiérrez Gutiérrez, Antonia E. y colaboradores. “Nivel De Conocimiento Sobre La Lactancia Materna”. Rev. Cubana Enfermer 2001; 17 (1)42-6. Se realizó un estudio retrospectivo con un universo de 192 embarazadas y de ellas se tomó una muestra de 120, pertenecientes al área de Salud La Palma y en un período de 1 año (enero de 1998-99); dichas mujeres estuvieron ingresadas en el hogar Materno "La Palma" y en ellas se estudió el nivel de conocimiento acerca de las ventajas de la lactancia materna, la influencia positiva para la madre y el niño, posiciones correctas para lactar al niño y otros detalles que forman una idea correcta de lo preparadas o no que estaban esas embarazadas para desempeñar esa importante función con sus futuros hijos. Se comprobó que existe una relación directa entre el grado de escolaridad y el de conocimiento acerca del tema en cuestión, así como la vinculación de la ocupación y residencia de la madre y la duración de la lactancia.⁶

Gamboa D, Edna Magaly y Colaboradores. “Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable”. Colombia, Marzo de 2008. El objetivo fue Identificar los conocimientos, actitudes, prácticas relacionados con la Lactancia Materna (LM) en mujeres en edad fértil residentes del asentamiento las Marías del Municipio de Girón en el año 2005. Se realizó un corte

⁶ Gutiérrez Gutiérrez, Antonia E., Barbosa Rodríguez, Dianelys, González Lima, Roxana y Martínez Figueroa, Orayda. “Nivel De Conocimiento Sobre La Lactancia Materna”. Rev Cubana Enfermer 2001;17(1)42-6.

transversal descriptivo con 96 mujeres en edad fértil del asentamiento las Marías, Girón, 2005. Se aplicó una encuesta tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP). Los datos fueron digitados y validados en Epi- Info 6,04 y analizados en Stata 8,2. Para analizar las variables continuas, se utilizaron medidas de tendencia central y de variabilidad; las variables categóricas fueron expresadas como proporciones. Entre sus resultados el 78,1% de las participantes había tenido hijos. Sólo el 13% tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar. Un 49% no conocía los métodos de conservación de la leche materna. El 69,8% de las participantes tiene actitud de apoyo cuando ve a una familiar lactando. El tiempo promedio de lactancia materna fue 5,7 meses. El alimento con el que más inician la alimentación complementaria es el caldo (88%). En las conclusiones se presentaron proporciones considerables de mujeres que dieron LM durante menos de seis meses, que iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses y que suspendieron la LM cuando el hijo lactante sufrió alguna enfermedad.⁷

Ferro Sosa y colaboradores. “Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005”. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2006. Objetivo: Determinar el Nivel de Conocimiento en Lactancia Materna y su relación con Factores Socio-culturales. Material y método: Se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo, en el Instituto Especializado Materno Perinatal durante octubre a diciembre del 2005 con total de 372 puérperas que cumplieron los criterios de inclusión, a quienes se les aplicó una encuesta estructurada; previa prueba de

⁷ Gamboa D., Edna Magaly, López B., Nahyr, Prada G., Gloria Esperanza, Gallo P., Kelly Yanitze. “Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable”. Colombia, Marzo de 2008.

confiabilidad y validación de juicio de expertos. Resultados: Se identificaron las siguientes características con respecto al nivel de conocimiento de lactancia materna en las puérperas: Solamente el 30.1% mostró un nivel de conocimiento bueno; con respecto a la lactancia materna, que quiere decir que la gran mayoría 69.9% demostraron un conocimiento inadecuado (entre regular y malo). El grupo de adolescentes es el que tiene el porcentaje más alto de conocimiento malo (39.4%) a comparación de las mujeres en edad fértil y añosas. El grado de instrucción es un factor bastante importante cuando se trata de la comprensión y entendimiento de cualquier información. El grupo de puérperas que solo tiene educación primaria presento el más alto porcentaje de conocimiento malo (32.8%) sobre la lactancia materna. El grupo de solteras se asocia al nivel de conocimiento malo (38.4%), a comparación del grupo de convivientes y casadas. Las empleadas representaron un mayor porcentaje de conocimiento malo de lactancia materna (25.8%), a comparación de las puérperas que se dedicaban a su casa. Asimismo, las estudiantes tienen el más bajo porcentaje de conocimiento bueno (16%). Las mujeres que son madres por primera vez, tienen el porcentaje más alto de nivel de conocimiento malo (23.5%) a comparación de las multíparas y gran multíparas. Las puérperas que han recibido la información sobre lactancia materna de cualquier otra fuente que no sea el personal de salud; se asocia a malos niveles de conocimiento (63.1%). Conclusiones: El nivel de conocimiento inadecuado predominó entre de regular a malo en un 70%. El grupo de adolescentes son las que tienen mayor riesgo a tener un conocimiento inadecuado de lactancia materna; del mismo modo que las mujeres que son solteras, con grado de instrucción de primaria, las empleadas, las primíparas. La ocupación materna no tuvo relación con el nivel desconocimiento en el presente estudio.⁸

⁸ Ferro Sosa, María Mercedes; Flores Condori, Haydeé Felicia. “Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005”. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2006.

Auchter, Mónica y colaboradores. Lactancia Materna. ¿Conocen las madres la importancia de una alimentación tan especial? Universidad Nacional del Nordeste. Argentina, 2003. El estudio permitió vincular la experiencia previa de las madres en lactancia natural con el nivel de conocimientos que ellas poseían sobre el tema. La edad influyó en la calidad de estas experiencias, siendo más frecuentemente satisfactoria en el grupo > de 20 años con respecto al grupo adolescente. La edad de la mujer también condicionó las experiencias no satisfactorias, que fueron más prevalentes en las madres mayores.

El nivel de conocimientos sobre lactancia humana fue bueno en 1 de cada 4 mujeres con antecedentes previos satisfactorios, situación que se presentó en 1 de cada 10 en el grupo con experiencias no satisfactorias.

Es importante destacar que prevaleció un nivel de conocimiento regular o deficiente en el total de las madres, acentuado en las madres adolescentes y en aquellas con malas experiencias anteriores. Situación que nos muestra la necesidad de reforzar las actividades educativas y formativas en estos grupos de mayor riesgo de destete precoz.

Simultáneamente, los resultados obtenidos han puesto en evidencia el déficit general de conocimientos de las madres sobre lactancia humana exclusiva, su utilidad para la anticoncepción, las posibilidades de almacenar leche humana cuando la madre trabaja y la tendencia a reemplazar la leche humana por leches industrializadas, señalando las áreas que se deben fortalecer. La desinformación o la información incorrecta respecto del amamantamiento puesta de manifiesto en los resultados llevan implícito el riesgo de morbilidad neonatal e infantil. La alimentación del recién nacido librada a las habilidades intuitivas de la madre o de sus familiares y vecinos bien

intencionados necesita apoyo profesional. Por lo que una actitud favorable de la mujer hacia el amamantamiento reclama pautas higiénico-dietéticas protectoras del binomio madre-hijo. Corresponde a los miembros del equipo de salud reflexionar sobre la calidad de la enseñanza que reciben las mujeres durante el proceso de internación para el parto, revalorizando esta acción educativa que posee alto rédito y bajo costo socio-sanitario, con estudios diagnósticos que describan los déficit de la intervención pedagógica en un proceso dinámico y permanente hacia lograr una mejor calidad de vida de la madre y su hijo.⁹

Alvins, Carolina y colaboradores. “Conocimiento de las madres adolescentes sobre los beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva y técnicas para amamantar”. Barquisimeto, Venezuela, marzo 2011. Con el propósito de determinar el conocimiento de las madres adolescentes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva para el niño (a) y la madre y las técnicas de amamantar, en los primeros seis meses de vida del niño (a). Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo, descriptivo y de corte transversal de campo, con una muestra de 20 madres adolescentes que acudieron al Ambulatorio Urbano Tipo III La Carucieña. A dicha muestra se le aplicó un instrumento, el cual previamente fue validado por expertos, de tipo cuestionario de 16 preguntas, constaba de dos partes la primera parte datos personales y la segunda parte preguntas cerradas y de respuestas múltiples, relacionadas con la problemática a investigar, constataba de 4 páginas, incluyendo el consentimiento informado. Luego de aplicado el instrumento se recolectó la información y se tabularon los datos en cuadros y

⁹ Auchter, Mónica; Galeano, Humberto. “Lactancia materna. ¿Conocen las madres la importancia de una alimentación tan especial?” Universidad Nacional Del Nordeste. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2003. Argentina.

tablas, se analizaron estadísticamente por medio de la frecuencia relativa, porcentual y por dimensión, obteniendo como conclusión: el 60% de las madres adolescentes tienen conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva. Destacando que el 66.25% de las madres encuestadas conoce sobre los beneficios fisiológicos, psicológicos y económicos de la lactancia para amamantar.¹⁰

2.2 MARCO TEÓRICO:

2.2.1 LACTANCIA MATERNA

A. Definición:

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables

Lactancia materna exclusiva, el lactante no recibe ninguna otra forma de alimento líquido o sólido.¹¹

B. Aspectos antropológicos en la práctica del amamantamiento

Definida la Lactancia como un fenómeno cultural con implicaciones biológicas determinantes para la supervivencia de la especie humana, a semejanza de lo que ocurre con otros mamíferos, vemos cómo se ha

¹⁰ Alvins, Carolina; Briceño, Arelis. “Conocimiento de las madres adolescentes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y técnicas para amamantar”. Barquisimeto, Venezuela, marzo 2011.

¹¹ OMS. “Lactancia materna”. Temas de salud. 2012. <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

modificado su práctica por factores sociales, económicos y psicológicos.¹²

C. La Leche Materna

Es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida y se adapta en cada momento a sus necesidades. Proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo adaptándose perfectamente a su función digestiva.¹²

Tipos de leche materna¹²

- **El calostro** (leche de los primeros días) contiene gran cantidad de proteínas, vitaminas e inmunoglobulinas (defensas) que pasan a la sangre a través del intestino del recién nacido/a.
El calostro es suficiente para alimentar al recién nacido/a, puesto que su estómago es muy pequeño y sus necesidades se satisfacen con pocas cantidades y en tomas frecuentes (de 8 a 12 tomas diarias aproximadamente).
- **Leche de transición.** Es la leche que se produce entre el 4 y 15 día postparto. Esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar
- **La leche madura.** Varía su composición a lo largo de la toma, la del principio es más “aguada” (rica en lactosa) para calmar la sed y la cantidad de grasa va aumentando a medida que sale la leche,

¹² Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. **“Lactancia Materna: Guía para profesionales”**. Monografías de la A.E.P. N°5. Madrid 2004.

concentrándose al final de la toma; cosa que provoca la saciedad del bebé. Por eso es conveniente vaciar el primer pecho antes de ofrecer el segundo sin limitar el tiempo de la toma. Durante el primer mes de vida es posible que se sacie con un solo pecho.

- **Leche del pretérmino.** Las madres que tienen un parto pretérmino, producen durante un mes una leche de composición diferente, que se adapta a las características especiales del prematuro. Esta leche tiene un mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y cloruro sódico.

Es la succión del bebé (frecuencia y duración de la toma, un pecho o los dos) **lo que determina la cantidad y composición de la leche.**¹²

D. Ventajas y beneficios

a) Para el bebé:

- Favorece la liberación de la hormona de crecimiento y un óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico.
- Protege frente a gran número de enfermedades: diarrea, infecciones respiratorias (catarros, bronquiolitis, bronquitis, neumonía, otitis, etc.). La leche materna tapiza el intestino del bebé protegiéndolo frente a los patógenos.
- Disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunológico: alergias (dermatitis atópica, asma), leucemia, enfermedades crónicas intestinales.

- Previene enfermedades en la edad adulta: diabetes, hipercolesterolemia, coronariopatías, cáncer.
- Se relaciona con la inteligencia cognitiva y emocional. Dar de mamar transmite al bebé seguridad afectiva y esto repercute en su autoestima y en su empatía hacia las necesidades de las demás personas en el futuro.
- Disminuye el riesgo de muerte súbita, de sobrepeso y obesidad, de enfermedad celíaca (intolerancia al gluten), de los efectos nocivos de los contaminantes ambientales, de maltrato infantil.
- La leche materna está siempre preparada y a la temperatura adecuada, presentando en todo momento perfectas condiciones higiénicas.
- Estos beneficios son aún más importantes en el caso de bebés que nazcan prematuros o afectados de algún problema (S. de Down, fenilcetonuria, malformaciones, etc.).¹²

b) Para la madre:

- Ayuda a la recuperación tras el parto. El estímulo hormonal hace que el útero se contraiga más rápidamente, disminuye la pérdida de sangre en los días posteriores al parto y mejora la posible anemia.
- Favorece la recuperación del peso y la silueta.
- Reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional.
- Reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular.

- Disminuye el riesgo de cáncer de mama premenopáusico, cáncer de ovario y fracturas de cadera y espinales por osteoporosis en la postmenopausia.¹²

c) Para ambos:

- El amamantamiento desarrolla un estrecho vínculo afectivo materno filial, proporcionando al bebé consuelo, cariño, compañía y seguridad, y ayudando a la madre en su crecimiento personal.
- Ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo derivado del precio que no se habrá de pagar por la leche artificial y accesorios como biberones, sino también del menor consumo en consultas médicas, ingresos hospitalarios y medicamentos que se ha demostrado en los bebés alimentados con leche materna.
- Contribuye al cuidado del planeta disminuyendo la huella ecológica: no genera residuos y es sostenible.¹²

E. Cómo Tener Éxito En La Lactancia Materna

Es fundamental que sea un acto **deseado y gratificante** para la madre. El lactante nace con la capacidad de buscar el pecho, reconocerlo y acercarse a él.

En el paritorio es muy importante que se coloque al bebé sobre el pecho de su madre inmediatamente al nacimiento (**contacto precoz**), para favorecer la vinculación y el inicio de la lactancia; **al menos la primera hora**. Contacto piel con piel y esperar a que el bebé

manifieste signos de interés por el pecho, sin forzarlo. Esto facilita las contracciones del útero disminuyendo la intensidad de la hemorragia tras el parto y contribuye a establecer en el bebé un buen reflejo de succión. La evidencia clínica demuestra que las rutinas hospitalarias se pueden posponer sin problema.

La LM se establece por la puesta en marcha de un sistema automático regulado por hormonas (la expulsión de la placenta, la oxitocina y la prolactina): la succión del bebé, al estimular el pezón y vaciar el pecho, provocará que se fabrique más leche: cuanto más se ponga el bebé al pecho, más leche se producirá. Si se lo pone poco o se le quita el hambre con falsas ayudas de sueros o leches artificiales, se producirá menos leche.

Alojamiento conjunto: el bebé y la madre deben permanecer juntos **desde el nacimiento** el mayor tiempo posible. Se ha observado que la madre duerme mejor y se siente más capaz de cuidar a su bebé cuando lo tiene con ella las 24 horas. Permite distinguir el llanto y reconocer las demandas.

A veces, tras mamar nada más nacer, muchos bebés prefieren dormir el resto del primer día, pero si el bebé no muestra interés por mamar a partir del segundo día y prefiere dormir, se puede probar ofreciéndole el pecho con frecuencia: **es importante que por lo menos mame 8 veces al día** para que tenga una buena subida de leche. En la habitación dejar al bebé al lado de la madre y que el contacto con su piel lo estimule a mamar.

Alimentar al bebé a demanda, cuando lo pida y el tiempo que quiera. **Es un error iniciar la lactancia de un recién nacido/a**

limitando e imponiendo el horario de las tomas, esto puede ocasionar obstáculos en la lactancia (el bebé pasa hambre, no se sacia, cólico, escaso aumento de peso). El bebé, poco a poco y conforme vayan pasando los días, irá adquiriendo un ritmo en las tomas y marcará la cuantía y el intervalo de las mismas.¹²

F. Técnica De Lactancia

Antes de dar el pecho lavarse las manos y tener a mano aquello que se vaya a necesitar como agua, cojines, toalla, etc.¹⁹

1) Cuidado de las mamas¹³

- Los pezones planos o invertidos no contraindican la lactancia; aunque en ocasiones, para iniciar la lactancia se precise de asesoramiento cualificado. No se recomienda el uso de pezoneras.
- La ducha diaria es la medida higiénica correcta y suficiente. Secar bien las areolas y pezones para evitar que la zona quede húmeda. No hay que limpiar los pezones ni antes ni después de las tomas.

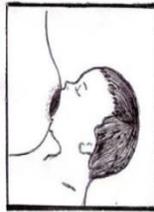
2) El agarre¹³

Estas son las características de un buen agarre del seno:

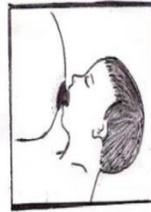
- La boca del bebé está bien abierta

¹³ Cáritas del Perú. “Lactancia Materna, Manual de la Educadora Comunal en Nutrición”. Perú octubre del 2007

- El labio inferior está vuelto hacia fuera.
- El mentón toca el seno materno.
- La areola es visible por arriba de la boca del bebé y no por debajo de la boca.
- Para que el bebé coja bien el seno la madre tiene que ayudarlo, haciendo topar su pezón al costado del labio del bebé; cuando él abre bien la boca, la mamá tiene que empujar el pezón bien adentro de la boca del bebé. Así el bebé jalará fuerte la leche, sin causar heridas en el pezón y sin que la madre tenga dolor en el seno al dar demanda.



Correcto



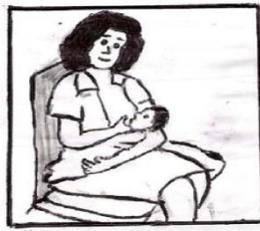
Incorrecto

Ilustración 1: Agarre Del Pezón⁸

3) Postura¹³

La buena posición del cuerpo al mamar se caracteriza por:

- La espalda de la madre debe estar apoyada a una superficie firme.
- Todo el cuerpo del bebé está bien sostenido, si es posible con ambas manos.
- El cuerpo del bebé está pegado al cuerpo de la madre.
- El cuerpo del bebé está vuelto frente al cuerpo de la madre.
- La cabeza y el cuerpo del bebé están alineados.



Postura Correcta



Postura Incorrecta

Ilustración 2: Posición en lactancia materna⁸

G. Duración de la toma

La lactancia tiene que ser a demanda, siempre que el bebé pida y el tiempo que quiera.

No se debe seguir un horario rígido, cada bebé tiene un ritmo diferente. La cantidad de leche irá aumentando durante los primeros días hasta llegar a regularse y adaptarse a las necesidades alimentarias del bebé.

Durante los primeros días es aún más aconsejable que el bebé permanezca mamando el tiempo que desee, y es muy común que al poco de ponerlo al pecho de la madre se quede dormido, despertándose poco tiempo después para volver a succionar, a veces medio dormido. Es aconsejable quitarle ropa para mamar porque el exceso de calor le produce sueño, puede estimularse con caricias para que siga mamando. No contar los minutos, darle un pecho hasta

que no quiera más y luego ofrecerle el otro aunque no siempre lo querrá.

La leche varía su composición a lo largo de la toma, al principio es más “aguada” y al final más grasa; permitiendo esta leche final que el bebé se sacie. Es uno de los motivos por lo que es frecuente que durante el primer mes le baste con un solo pecho en cada toma. La conveniencia de dar uno o los dos pechos cada vez es algo que debe individualizarse según la cantidad de leche y las necesidades del bebé, pero lo que sí es importante es que los pechos se vacíen con frecuencia ya que si quedan restos de leche, además de producirse una desagradable sensación de tensión mamaria, puede disminuir la producción de leche. Dado que en la mayoría de los casos el bebé mama de los dos pechos, es recomendable que en cada toma se invierta el orden, es decir comenzar por el pecho por el que se finalizó la vez anterior (el que menos se vació), ya que de esta forma podremos tener la seguridad de que al menos en tomas alternas ambos pechos se vacían de forma completa.

Es aconsejable facilitarle el eructo tras la toma, para lo cual basta con mantenerlo erguido y apoyado sobre el hombro de la madre dándole un suave masaje sobre la espalda (no es necesario darle golpecitos). Si la toma ha sido tranquila, sin tragar aire, es probable que no necesite eructar por lo que tras dos minutos, no insistas más.¹²

H. Extracción De Leche Materna

La extracción de leche puede resultar útil en diversas circunstancias (subida de leche, separación temporal del bebé, inicio de la actividad laboral, ingurgitación mamaria).

Tanto si se va a extraer la leche de forma manual como con sacaleches se debe primero preparar el pecho para facilitar la extracción, provocando la salida de leche o reflejo de eyección. Lo normal es que las primeras veces salga poca cantidad, se necesitará práctica para obtener una buena cantidad de leche. Es más eficaz sacarse en numerosas sesiones breves que en pocas sesiones largas. El momento más adecuado para la extracción es:

- Si sólo mama de un pecho, extraer del otro (puedes hacerlo al mismo tiempo)
- Si no vacía el segundo pecho, vaciarlo
- Entre toma y toma
- Cuando se salta una toma
- Después de la primera toma de la mañana, cuando los pechos están más llenos¹²

a) Estimulación del pecho

- **Masajear** el pecho oprimiéndolo firmemente hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos cambiar hacia otra zona del pecho.
- **Frotar** el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continúe este

movimiento desde la periferia del pecho hacia el pezón, por todo alrededor.

- **Sacudir** ambos pechos suavemente inclinándose hacia delante.

b) Extracción manual. Técnica de Marmet

- **Colocar** el dedo pulgar y los dedos índice y medio formando una letra C, a unos 3 o 4 cm del pezón (no siempre coincide con el borde de la areola). Evitar que el pecho descansa sobre la mano.
- **Empujar** los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Con pechos grandes o caídos, primero levántalos y después empujar los dedos hacia atrás.
- **Comprimir** hacia el pezón, con movimiento como de rodillo, sin deslizar los dedos. Es una acción de ordeño (se imagina que hay como una bolsa detrás del pezón, en el primer movimiento la sujetas y en el segundo la vacías).
- **Repetir** rítmicamente para vaciar. Rotar la posición de los dedos para vaciar todos los cuadrantes del pecho. Utilizar ambas manos en cada pecho.

Evitar maniobras como exprimir, deslizar y estirar. La extracción no debe causar dolor. Alternar estimulación y extracción en ambos pechos.¹⁴

¹⁴ Consejería de Salud y Consumo. “Guía de Lactancia Materna”. Revisión 2009. España. http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/Guia_Baleares_esp.pdf

c) Tiempo de extracción

El procedimiento completo (estimulación y extracción) dura aproximadamente 30 minutos o hasta 2 minutos después que paren de salir gotitas de leche.

- Extraer la leche de cada pecho de 5 a 7 minutos.
- Masajear, frotar y sacudir.
- Extraer nuevamente de cada pecho de 3 a 5 minutos.
- Masajear, frotar y sacudir.
- Extraer una vez más de 2 a 3 minutos.

I. Conservación de la leche

- Temperatura ambiente (hasta 25°C): 6-8 horas.
- Refrigerico: hasta 4 días.
- Congelador en interior de nevera: 2 semanas.
- Congelador: 3 meses.
- Congelador arcón (- 18°C): 6 meses.¹²

J. Almacenamiento

Se puede usar recipientes de boca ancha, tamaño adecuado, fáciles de cerrar y de limpiar y de uso alimentario; además de biberones y bolsas específicas para este uso. Limpieza de los recipientes: lavado normal y secar, una vez al día esterilizar o lavar en lavavajillas.

Se puede mezclar la leche extraída durante el día en el mismo envase, consérvala en el frigorífico. Es posible que la leche tenga aspecto de “cortada”, agita el recipiente antes de usarla.

Para congelar la leche, enfriar antes en nevera y guardarla en pequeñas cantidades (60–120 cc) para así descongelar lo que el bebé vaya a tomar.

Etiquetar los envases con la fecha de extracción para usar siempre la leche más antigua.¹⁴

1) Descongelación y utilización de leche congelada

Se recomienda, siempre que sea posible, descongelar despacio en la nevera. Una vez descongelada se puede conservar en la nevera 24 horas, si no se utiliza hay que tirarla.

Calentar la leche en un recipiente con agua caliente, fuera del fuego, hasta que esté tibia (36°C). Si se ha calentado y no se ha utilizado, hay que tirarla. La leche no debe hervir ni calentarse en microondas.

Si se necesita la leche urgentemente, puede descongelarse introduciendo el envase de la leche en un recipiente con agua fría, luego tibia y por último caliente hasta alcanzar la temperatura adecuada. Agitar la leche antes de comprobar la temperatura.

Si se descongela en frigorífico se puede mantener a temperatura ambiente 4 horas y en la nevera hasta 24 horas. No se puede volver a congelar. Tirar la leche que sobra de la toma.

Si fuera necesario, se puede mezclar leche materna fresca, congelada y leche artificial. Es preferible dar la leche extraída con cuchara, jeringa o vasito en vez de biberón.¹⁴

K. Alimentación de la madre.

No hay ninguna razón médica para que mientras se da el pecho la dieta sea diferente de la habitual.

1) Medicamentos y otras sustancias

Aunque la mayor parte de los **medicamentos** pueden pasar a la leche, es un error recomendar sistemáticamente el destete.

El alcohol en consumo excesivo, además de dificultar la salida de la leche, es perjudicial para la salud de la madre y del bebé.

El café tomado con moderación carece de efectos sobre el bebé. No obstante, si se observa que está más nervioso o duerme menos de lo normal, reducir su consumo diario de café y otros estimulantes: té, mate, chocolates, refrescos de cola, etc.

El tabaco es perjudicial para la salud de la madre y del bebé. El mayor peligro del tabaco es el humo, por lo que es necesario evitar la exposición del bebé. Está comprobado que los hijos y las hijas de madres y padres fumadores padecen más problemas respiratorios (catarros, otitis, sinusitis, bronquiolitis, asma).

Las toxicomanías son una contraindicación para la lactancia. Tóxicos como la heroína, cocaína, marihuana o hachís, pasan fácilmente a la leche con lo cual el lactante sufrirá sus efectos, así como los del síndrome de abstinencia.¹⁴

L. Alimentación Complementaria

La alimentación complementaria se ofrece a los bebés lactantes a partir de los 6 meses para complementar (**en ningún caso sustituir**) la leche materna con más energía y nutrientes.

Durante todo el primer año la leche materna sigue siendo el **principal** alimento del bebé.

Se aconseja elegir alimentos que la madre come habitualmente, preferiblemente ecológicos. Comenzar con raciones pequeñas y aumentar la cantidad, textura y variedad a medida que el bebé crece y continuar ofreciendo el pecho con frecuencia.

- **6-7 meses:** para comenzar es suficiente una o dos cucharadas de puré de un solo alimento, sin azúcar ni sal: patata cocida o arroz o cereales sin gluten, diluidos con un poco de leche materna o con agua o caldo, una o dos veces al día y siempre después del pecho.

- **8-11 meses:** ofrecer purés de verduras con carne, pescado o huevo (aplastados o poco triturados, cocinar los vegetales con poco agua, a ser posible en olla a presión y añadir una cucharadita de aceite de oliva, sin sal; la carne y el pescado cocinado a la plancha y desmenuzado) y purés de legumbres y de frutas.

Continuar con pecho a demanda y ofrecer agua en taza o vaso.

- **12-13 meses:** ya pueden comer casi la misma comida que el resto de la familia. La sal debe ser yodada y sólo en pequeñas cantidades.

Durante el segundo año es aconsejable cocinar para toda la familia y sazonar después de haber retirado la porción para el bebé. Y después de las comidas seguir ofreciendo el pecho.¹²⁻¹⁴

M. Lactancia Materna, Sexualidad y Anticoncepción

Durante los 56 días posteriores al parto puede haber pérdidas de sangre normales, *loquios*. Mientras se amamanta hay una disminución de la fertilidad pero a partir de los tres meses puede presentar menstruaciones irregulares, con o sin ovulación previa; por lo que existe la posibilidad de un nuevo embarazo.¹²⁻¹⁴

N. Contraindicaciones de la lactancia materna

Madres que padezcan de:

- VIH positivo
- Abuso de sustancias
- Tuberculosis (hasta que la madre deje de ser bacilífera)¹⁵

O. Diez Pasos de la OMS y UNICEF para favorecer la lactancia materna.

- 1) Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.
- 2) Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

¹⁵ Rioja Salud. “Guía De Lactancia Materna Para Profesionales De La Salud”. España 2010. www.riojasalud.es

- 3) Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- 4) Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- 5) Enseñar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de su hijo.
- 6) No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
- 7) Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos durante las 24 horas del día.
- 8) Fomentar la lactancia a demanda.
- 9) No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.
- 10) Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.¹²

2.2.2 MICRORED

A. Definición:

Conjunto de establecimientos de Salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la presentación de servicios de Salud. Constituye la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios, teniendo jurisdicción técnica sobre todos los establecimientos que la

conforman. La agregación de microredes conformará una red de salud.¹⁶

B. Criterios ordenadores para su conformación

Organización y gestión de la prestación de servicios de salud.¹⁶

C. Niveles de atención

Primer nivel de atención

Establecimientos de mayor capacidad resolutive: centros de salud de referencia.¹⁶

D. Ámbito geográfico

Distrital (zona rural).

Conjunto de asentamientos humanos (zona urbana)¹⁶

E. Funciones

- Organización de la atención de salud desde el nivel comunitario
- Organiza el sistema de las acciones de salud (PSL)
- En casos de CLAS “agregado”, administración de recursos financieros contra un Plan de Salud Local.
- Abastecimiento de la participación social en salud (objetivos, estrategias, implementación)
- Acopia, procesa y analiza la información de salud

¹⁶ Ministerio de Salud (MINSA), Programa De Administración De Acuerdos De Gestión Salud Básica Para Todos. **”Lineamientos Guía Referentes Para La Conformación De Redes De Salud”**. Serie De Informes Técnicos N°6. Lima-Perú. 2000.

- Vigilancia epidemiológica.
- Control interno de calidad, costos referenciales y producción.¹⁶

2.2.3 CENTRO DE SALUD

A. Definición

Es el establecimiento del Primer Nivel de Atención de salud y de complejidad, orientado a brindar una atención integral de salud, en sus componentes de: Promoción, Prevención y Recuperación. Brinda consulta médica ambulatoria diferenciada en los Consultorios de Medicina, Cirugía, Ginecología-obstetricia, Pediatría y Odontología. Además cuenta con internamiento, prioritariamente en las zonas rurales y urbano marginales.

De acuerdo a la oferta de servicios, los C.S. serán de 2 tipos:

Tipo I: CS sin internamiento y con unidad de ayuda diagnóstica

Tipo II: CS con Unidad de Internamiento y con Unidad del Centro Obstétrico y Quirúrgico, con énfasis en la atención madre niño.¹⁷

B. Objetivos:

- Brindar servicios de salud a una determinada población jurisdiccional a través de una atención integral de salud.

¹⁷ Ministerio de Salud (MINSA), Dirección General De La Salud De Las Personas. "Normas Técnicas Para La Elaboración De Proyectos Arquitectónicos: Centro De Salud". Lima-Perú. Noviembre 1994. RM94-SA

- Desarrollar actividades preventivo–promocionales en la población, a través de la participación de la comunidad organizada.
- Revalorar al Sector Salud en una determinada localidad, mejorando la calidad de atención.
- Desarrollar actividades coordinación intersectorial buscando la participación de los actores sociales identificados con la problemática de salud.¹⁷

2.2.4 CONOCIMIENTO

A. Definición

Existen diferentes definiciones sobre el conocimiento, así como también puntos de vista sobre el término. Citemos a Platón quien dice que cada vez que un hombre obtiene o encierra algún conocimiento nuevo, se puede decir que ha aprendido o descubierto el conocimiento.

La Real Academia Española la define como entendimiento, inteligencia razón natural.¹⁸

“El conocimiento es una mezcla fluida de experiencia estructurada, valores, información contextual e internacionalización experta que proporciona un marco para la evaluación de nuevas experiencias e

¹⁸ Real Academia Española (RAE). “**Conocimiento**”. Diccionario De La Lengua Española - Vigésima segunda edición. España. 2010. <http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?LEMA=conocimiento>

información. Se origina y se aplica en la mente de los conocedores.”, según *Davenport*.¹⁹

"Proceso en virtud del cual la realidad se refleja y se produce en el pensamiento humano, dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica, esto es, conocimiento es la base para la acción". *Dolores Vizcaya Alonso* ²⁰

Con las definiciones anteriores podemos decir, que el conocimiento se deriva de las mentes que están en actividad y constante retroalimentación. También es importante reafirmar que el conocimiento se genera a través de la obtención de información.

¹⁹ Davenport TH, Prusack L. “**Conocimiento en acción. Cómo las organizaciones manejan lo que saben**”. Buenos Aires: Prentice Hall, 2001.

²⁰ Rivero Amador S, González Otaño G. “**Bases Teóricas De La Gestión Del Conocimiento**”. www.monografias.co/trabajos15/bases_teoricas/bases.html

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012”

CAPÍTULO III

VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de Conocimiento Lactancia Materna	Lactancia materna	1. Conocimiento malo 2. Conocimiento regular 3. Conocimiento bueno	Nominal
	Duración de la lactancia		Nominal
	Frecuencia de mamada		Nominal
	Inicio de lactancia materna		Nominal
	Importancia d la lactancia materna		Nominal
	Técnica de la lactancia materna		Nominal
	Extracción y almacenamiento de la leche materna		Nominal
Antecedente de la información	De quien recibió información	1. Personal de salud 2. Familiares 3. Amigos 4. Otros	Nominal

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012”

Operacionalización epidemiológica:

VARIABLE	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores Socioculturales	Edad	1. <20 años 2. 20-24 años 3. >24 años	Continua
	Estado civil	1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Otros	Nominal
	Grado de instrucción	1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior 4. Analfabeto	Ordinal
	Paridad	1. Primípara 2. Multípara 3. Gran multípara	Discreta
	Ocupación	1. Independiente 2. Empleada 3. Su casa 4. Estudiante	Nominal

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012”

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño (clasificación)

El tipo de estudio constituye una investigación prospectiva, descriptiva y transversal.

4.2 Ámbito de estudio:

Se desarrolló en los Centros de Salud de la Microred Metropolitana. Perteneciente a la Red de Salud Tacna.

La Microred Metropolitana cuenta con los siguientes Centros de Salud:

- C.S. Metropolitano
- C.S. Natividad
- C.S. Leoncio Prado
- C.S. Augusto B. Leguía
- C.S. Bolognesi.

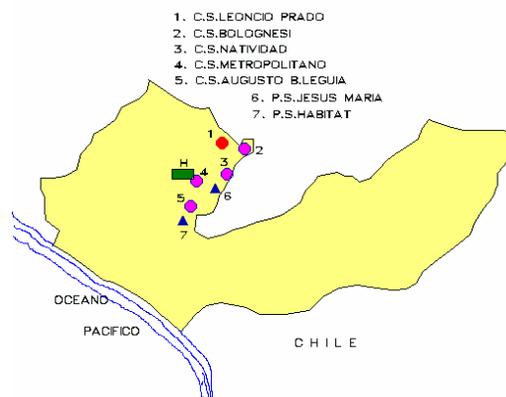


Ilustración 3: Microred Metropolitana²¹

²¹ Dirección de salud regional Tacna. “Microred Metropolitana”. Perú. Revisado en Febrero del 2012
<http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?page=metropolitana>

4.3 Población y muestra.

El universo de estudio fueron todas las madres con hijos de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los Centros de Salud de la Microred Metropolitana, de Tacna (378). Se sacó una muestra de 100 madres por muestreo aleatorio estratificado de asignación proporcional del total de niños de 2 a 6 meses de edad en cada Centro de Salud de la siguiente forma:

$$n_i = n \cdot \frac{N_i}{N}$$

N: Población: Número total de niños: 378

N_i: estrato: Numero de niños por Centro de Salud

n: muestra escogida para estudio : 100 niños

n_i: muestra por cada Centro de Salud

Siendo el número de niños igual al número de madres.

Resultando:

		Niños.	%	Muestra
CENTRO DE SALUD	Metropolitano	90	24,0%	24
	Natividad	40	11,0%	11
	Leoncio Prado	84	24,0%	22
	Leguía	80	19,0%	21
	Bolognesi	84	22,0%	22
	Total	378	100,0%	100

FUENTE: Establecimientos de Salud

Luego se realizó muestreo aleatorio simple en cada estrato.

4.4 Criterios de Inclusión

- 4.4.1** Madres cuyos hijos tengan de 2 a 6 meses de edad.
- 4.4.2** Madres cuyos hijos hayan tenido sus controles de Crecimiento y Desarrollo en los Centros de Salud pertenecientes a la Microred Metropolitana.

4.5 Criterios de Exclusión

- 4.5.1** Madres que no pertenecen a los Centros de Salud de la Microred Metropolitana.
- 4.5.2** Madres que no cumplan con los criterios de inclusión.

4.6 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

4.6.1 Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario que constaba de 21 preguntas con respuestas. (ANEXO N° 2)

Dicho instrumento fue validado por la Lic. Ferro Sosa, María Mercedes y colaboradores mediante un juicio de expertos conformados por 7 profesionales de la salud; además de una prueba piloto con una confiabilidad de Alpha Cronbach igual 0.72.⁸ (ANEXO N° 1)

Para la calificación del nivel de conocimiento de lactancia materna, se evaluó cada una de las preguntas del cuestionario de la misma forma

como se validó el instrumento, y dependiendo del número de aciertos se clasificó cada uno de ellos de la siguiente manera:

NIVEL DE CONOCIMIENTO (8)	CALIFICACIÓN
Conocimiento bueno	>15 puntos
Conocimiento regular	10 a 15 puntos
Conocimiento malo	< 10 puntos

4.6.2 ANÁLISIS DE DATOS

Para garantizar un adecuado trabajo de recolección de la información se revisó el buen llenado de las fichas, para luego ser vaciadas en una base de datos en el Programa Excel.

Luego se procedió al análisis de la información con la presentación de los resultados, en cuadros de distribución de frecuencias absolutas y porcentuales, los cuales fueron registrados en el programa SPSS versión 15.0 para Windows.

La información obtenida fue interpretada y discutida comparativamente con hallazgos reportados en otros estudios nacionales y extranjeros.

*“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON FACTORES
EPIDEMIOLÓGICOS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS
CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012”*

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5. RESULTADOS:

TABLA N° 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012

		n	%
Nivel de conocimiento	Malo	35	35,0%
	Regular	36	36,0%
	Bueno	29	29,0%
	Total	100	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a madres objeto de estudio.

La tabla N°1 encontramos que del 100% de madres, solamente el 29% tenían un nivel de conocimiento bueno, 36% un conocimiento regular y un 35% tenía un nivel de conocimiento malo sobre lactancia materna.

TABLA N° 2

CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA SEGÚN FACTORES
EPIDEMIOLÓGICOS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD
PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED
METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012

		NIVEL DE CONOCIMIENTO								P:
		Malo		Regular		Bueno		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
GRUPO ETÁREO (AÑOS)	< 20	5	71,4%	2	28,6%	0	0,0%	7	100,0%	0,016
	20 A 34	28	32,6%	34	39,5%	24	27,9%	86	100,0%	
	35 A MÁS	2	28,6%	0	0,0%	5	71,4%	7	100,0%	
	Total	35	35,0%	36	36,0%	29	29,0%	100	100,0%	
ESTADO CIVIL	Casada	5	18,5%	12	44,4%	10	37,0%	27	100,0%	0,068
	Conviviente	23	36,5%	22	34,9%	18	28,6%	63	100,0%	
	Soltera	7	70,0%	2	20,0%	1	10,0%	10	100,0%	
	Total	35	35,0%	36	36,0%	29	29,0%	100	100,0%	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	5	55,6%	4	44,4%	0	0,0%	9	100,0%	0,00
	Secundaria	12	42,9%	14	50,0%	2	7,1%	28	100,0%	
	Superior	18	28,6%	18	28,6%	27	42,8%	63	100,0%	
	Total	35	35,0%	36	36,0%	29	29,0%	100	100,0%	

Fuente: Cuestionario aplicado a madres objeto de estudio.

En la tabla N° 2 se observó que de las madres mayores de 35 años el 71,4% presentaron un nivel de conocimiento bueno sobre lactancia materna, y de las madres menores de 20 el 71,4% presentaron un nivel de conocimiento malo, encontrándose que la edad de la madre está asociada al nivel de conocimiento ($p: 0,016$). En cuanto al estado civil encontramos que del 100% de madres casadas, tenían conocimiento entre regular y bueno sobre lactancia materna el 71,4%, las madres convivientes que tenían conocimiento entre regular y bueno fueron 63,5%, las madres solteras que tenían conocimiento entre regular y bueno fueron el 30%, y de estas últimas madres el 70% tenían un nivel de conocimiento malo. No encontrándose asociación entre el estado civil y el nivel de conocimiento. En cuanto al grado de instrucción de las madres que tenían nivel de estudio primario el 55,6% tenían un mal nivel de conocimiento sobre lactancia materna y el 44,4% tenía un conocimiento regular. De las madres con estudios secundarios el 42,9% tenían un mal nivel de conocimiento, el 50 % tenía conocimiento regular y el 7,1 % tenía conocimiento bueno; en cuanto a las madres con nivel de estudio superior el 28,6% tenían un nivel de conocimiento malo o tenían conocimiento regular y el 42,8% tenía un conocimiento bueno, encontrándose asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento ($P < 0,05$).

TABLA N°3

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN
OCUPACIÓN EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD
PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED
METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012

		NIVEL DE CONOCIMIENTO								P:
		Malo		Regular		Bueno		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
OCUPACIÓN	Su casa	9	27,3%	15	45,5%	9	27,3%	33	100,0%	0,236
	Empleada	5	45,5%	1	9,1%	5	45,5%	11	100,0%	
	Independiente	17	37,8%	14	31,1%	14	31,1%	45	100,0%	
	Estudiante	4	36,4%	6	54,5%	1	9,1%	11	100,0%	
	Total	35	35,0%	36	36,0%	29	29,0%	100	100,0%	

Fuente: Cuestionario aplicado a madres objeto de estudio.

La tabla N° 3 muestra que del total de las madres que se ocupan de su casa el 27,3% tenían conocimiento bueno, tenían un mal nivel de conocimiento el 27,3% y el 45,5% tenían un conocimiento regular. De las madres que trabajan como empleadas el 45,5% tenían conocimiento bueno, De las madres de ocupación independiente el 37,8% tenían un nivel de conocimiento malo, y el 62,2 % si tenían conocimiento entre regular y bueno sobre lactancia materna. De las madres estudiantes el 54,5% tenían un conocimiento regular. No se encontró asociación entre la ocupación de la madre y el nivel de conocimiento. (p: 0,236).

TABLA N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN PARIDAD
EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A
LOS C.S. DE LA MICRORED METROPOLITANA, FEBRERO 2012

		NIVEL DE CONOCIMIENTO								P
		Malo		Regular		Bueno		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
PARIDAD	Primípara	32	55,2%	23	39,7%	3	5,2%	58	100,0%	0.00
	Múltipara	3	7,1%	13	31,0%	26	61,9%	2	100,0%	
	Total	35	35,0%	36	36,0%	29	29,0%	100	100,0%	

Fuente: Cuestionario aplicado a madres objeto de estudio.

En la tabla N° 4 observamos que las madres con menor conocimiento sobre lactancia materna fueron las primíparas, con un 55,2 %; mientras que las madres que presentaron un conocimiento regular o bueno fueron las múltiparas, no se encontró gran múltiparas. Existiendo asociación entre el número de partos y el nivel de conocimiento ($p < 0,05$).

TABLA N°5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FUENTE DE INFORMACION SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012

		n	%
FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA	Personal de salud	64	64,0%
	Familiar	26	26,0%
	Amigos	8	8,0%
	Otros	2	2,0%
	Total	100	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a madres objeto de estudio.

La tabla N°5 nos muestra que el 64 % de las madres obtuvieron información sobre lactancia materna de parte del personal de salud, seguido del 26% que recibió información de sus familiares.

TABLA N° 6

CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN LA FUENTE DE
INFORMACIÓN EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD
PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED
METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012

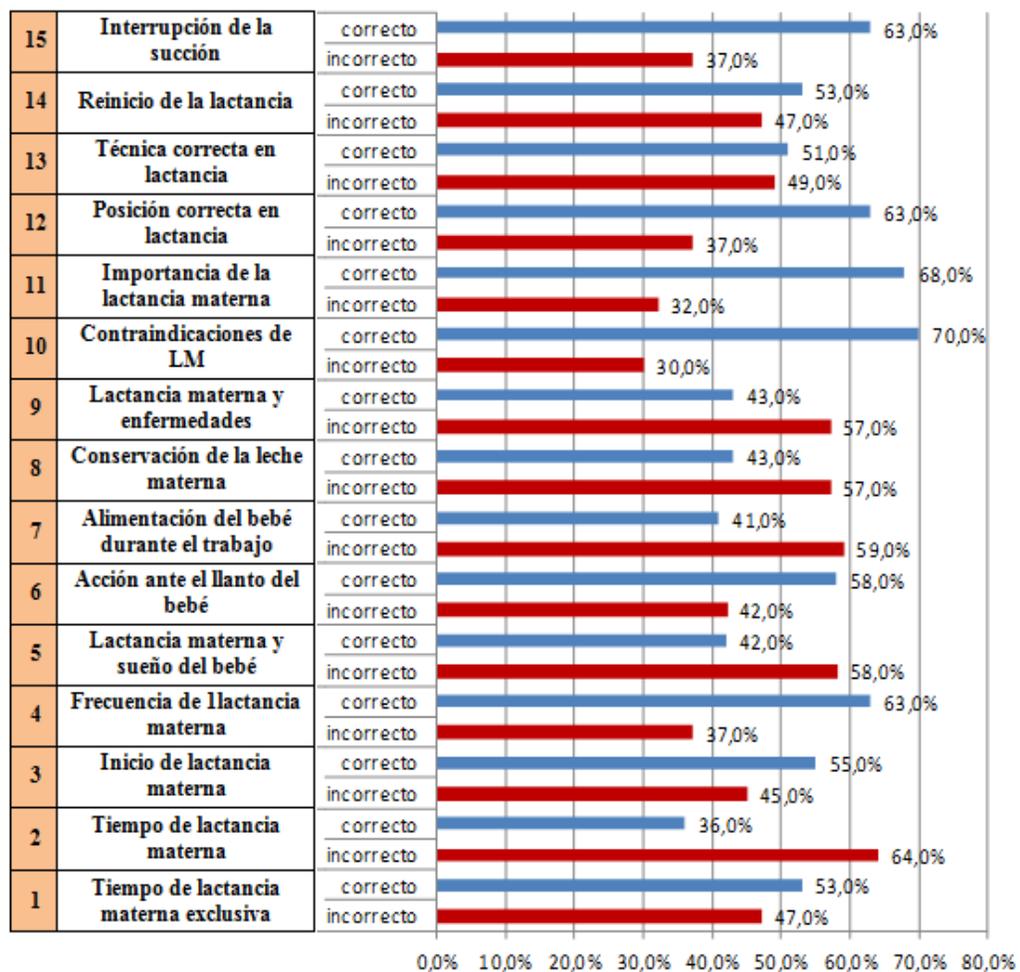
		NIVEL DE CONOCIMIENTO								P
		Malo		Regular		Bueno		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA	Personal de salud	14	21,9%	25	39,1%	25	39,1%	64	100,0%	0.011
	Familiar	15	57,7%	7	26,9%	4	15,4%	26	100,0%	
	Amigos	5	62,5%	3	37,5%	0	0,0%	8	100,0%	
	Otros	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	2	100,0%	
	Total	35	35,0%	36	36,0%	29	29,0%	100	100,0%	

Fuente: Cuestionario aplicado a madres objeto de estudio.

En la tabla N° 6 de las madres que recibieron información sobre LM por personal de salud el 78,2% tenían conocimiento sobre LM entre regular y bueno y el 21,2 % tenían un mal nivel de conocimiento. De las madres que recibieron información de sus familiares vemos que el 57,7% tenían un mal nivel de conocimiento y el 42,3% tienen un nivel de conocimiento entre regular y bueno. En cuanto a las madres que recibieron información de sus amigos el 62,5% tenían mal nivel de conocimiento y el 37,5% tenían conocimiento regular. Lo cual demostró que la fuente de información influye en el nivel de conocimiento de la madre sobre LM (p: 0,011).

GRÁFICO N°1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE PREGUNTAS ACERTADAS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012



Fuente: Cuestionario aplicado a madres objeto de estudio.

El gráfico N°1 nos muestra que la pregunta referente a contraindicaciones de la LM fue la más respondida en forma correcta, con un 70,8%. Además se observó la pregunta referente al tiempo de LM fue la más respondida en forma incorrecta con 64%.

TABLA N° 7

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LACTANCIA MATERNA
SEGÚN CENTROS DE SALUD EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6
MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE
LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012

		NIVEL DE CONOCIMIENTO								P:
		Malo		Regular		Bueno		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
CENTRO DE SALUD	Metropolitano	10	41,7%	5	20,8%	9	37,5%	24	100,0%	0,602
	Natividad	5	45,5%	4	36,4%	2	18,2%	11	100,0%	
	Leoncio Prado	10	41,7%	8	33,3%	6	25,0%	24	100,0%	
	Leguía	5	26,3%	9	47,4%	5	26,3%	19	100,0%	
	Bolognesi	5	22,7%	10	45,5%	7	31,8%	22	100,0%	
	Total	35	35,0%	36	36,0%	29	29,0%	100	100,0%	

Fuente: Cuestionario aplicado a madres objeto de estudio.

La tabla N°7 nos muestra que el mayor porcentaje de madres con un buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna correspondieron a las madres del C.S. Metropolitano (37,5%), seguidas por las madres del C.S. Bolognesi con un 31% y el mayor porcentaje de madres que tenían un mal nivel de conocimiento corresponde al C.S. Natividad con 45%, seguido del C.S. Metropolitano y Leoncio Prado con un 41,7% cada uno respectivamente. No existiendo asociación entre los Centros de Salud y el nivel de conocimiento (p: 0,602).

DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como objeto determinar el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna, conocer la asociación de los factores epidemiológicos: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y paridad con el conocimiento sobre Lactancia Materna y determinar la relación del conocimiento sobre lactancia materna con el antecedente de información en madres con hijos de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los Centros de Salud de la Microred Metropolitana de Tacna en febrero de 2012.

Según los resultados obtenidos de nuestra investigación, se encontró:

Que del total de las madres, solamente el 29.0% tenían un nivel de conocimiento bueno; lo que quiere decir que la mayoría de las madres tenían un nivel de conocimiento inadecuado 71% (36% un conocimiento regular y un 35% tenía un nivel de conocimiento malo). Un resultado semejante se encontró en el estudio realizado por **Ferro Sosa**⁸, en Lima, en el cual el grupo de estudio fueron púerperas, donde se observó que solamente el 30.1% mostró un nivel de conocimiento bueno; con respecto a la lactancia materna, y que la gran mayoría 69.9% demostraron un conocimiento inadecuado (entre regular y malo). También hay similitud con el estudio realizado por **Auchter**⁹, con madres en Argentina, en el que prevaleció un nivel de conocimiento regular o deficiente en el total de las madres.

Se observó que la mayor frecuencia de madres estaba entre las edades de 20 a 34 años (86%). Conviven con su pareja 63,0%. 63 % tiene un nivel de instrucción Superior y un 45% tienen trabajos independientes. Y que el 58% fueron

primíparas, multíparas el 42%, no se encontraron gran multíparas. En el estudio realizado por **Ferro Sosa**⁸ se observó una mayor frecuencia de puérperas (objeto de estudio) entre las edades de 20 a 34 años (70,2%). Una gran mayoría tenía un nivel de instrucción secundaria (72,8%). La mayor cantidad de puérperas solamente conviven con su pareja (68,3%); el 54.8% de las entrevistadas fueron primíparas, 62,9% de las puérperas se ocupaba como ama de casa.

En cuanto a la edad se observó que las madres con un conocimiento bueno sobre lactancia materna fueron las mayores de 35 años con un 71,4% y las madres menores de 20 años 71,4 %presento un nivel de conocimiento malo, encontrándose influencia entre la edad y el nivel de conocimiento (p: 0,016). Lo que se relaciona con lo expuesto por **Ferro Sosa**⁸ donde el grupo de adolescentes es el que tiene el porcentaje más alto de conocimiento malo (39,4%) en comparación con las mujeres en edades fértiles y añosas. Lo mismo propuso **Auchter**⁹, destacando un porcentaje alto de nivel de conocimiento en las madres adolescentes. Encontrándose influencia. Caso contrario se describe en el estudio realizado por **Alvins**¹⁰, estudio realizado a 20 madres adolescentes, donde el 66,25% de las madres encuestadas conoce sobre los beneficios fisiológicos, psicológicos y económicos de la lactancia para amamantar.

En cuanto al estado civil encontramos que las madres casadas, tenían conocimiento entre regular y bueno sobre lactancia materna el 71,4%, las madres convivientes que tenían conocimiento entre regular y bueno fueron 63,5 %, las madres solteras que tenían conocimiento entre regular y bueno fueron el 30 %, y no tienen conocimiento el 70% de estas madres solteras; no encontrándose asociación entre la ocupación y el nivel de conocimiento (p: 0,068). En comparación, los resultados del estudio realizado por **Ferro Sosa**⁸ donde el grupo

de solteras se asocia al nivel de conocimiento malo (38,4%), en comparación del grupo de convivientes y casadas, muestran un nivel de influencia ($p < 0,05$).

En cuanto al grado de instrucción de las madres que tenían nivel de estudio primario, el 55,6% tenían un nivel de conocimiento malo sobre lactancia materna y el 44,4% tenía un conocimiento regular. De las madres con estudios secundarios el 42,9% tenían un mal nivel de conocimiento, el 50 % tenía conocimiento regular y el 7,1 % tenía conocimiento bueno; en cuanto a las madres con nivel de estudio superior el 28,6% tenían un nivel de conocimiento malo o tenían conocimiento regular y el 42,8% tenía un conocimiento bueno, encontrándose asociación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento ($p < 0,05$). **Gutiérrez Gutiérrez**⁶, comprobó que existe una relación directa entre el grado de escolaridad y el de conocimiento acerca del tema en cuestión. Asimismo **Ferro Sosa**⁸ encontró que el grado de instrucción es un factor bastante importante cuando se trata de la comprensión y entendimiento de cualquier información.

Por otro lado de las madres que trabajaban como amas de casa el 27,3 % tenían conocimiento bueno, tenían un mal nivel de conocimiento el 27,3% y el 45,5% tiene un conocimiento regular. De las madres que trabajaban como empleadas el 45% tenía conocimiento bueno y un porcentaje igual no tenían conocimiento. De las madres con trabajo independiente el 37,8% tenían un nivel de conocimiento malo, y el 62,2 % si tenían conocimiento entre regular y bueno sobre lactancia materna. De las madres estudiantes el 54,5% tenía un conocimiento regular. No se encontró asociación entre la ocupación de la madre y el nivel de conocimiento ($p: 0,236$). **Ferro Sosa**⁸ encontró que las empleadas representaron un mayor porcentaje de conocimiento malo de lactancia materna (25,8%), a comparación de las púerperas que se dedicaban a su casa; las estudiantes tienen el más bajo porcentaje de conocimiento bueno (16%), concluyendo en forma similar que la

ocupación materna no tuvo relación con el nivel de desconocimiento. Contrariamente en su estudio **Gutiérrez Gutiérrez**⁶ encontró vinculación con la ocupación de las madres.

En el caso del número de partos, las madres con menor conocimiento sobre lactancia materna fueron las primíparas, con un 55,2 %; mientras que las madres que tuvieron un conocimiento regular o bueno fueron las multíparas, fueron las multíparas, no hubo gran multíparas. Encontrándose asociación entre el número de partos y el nivel de conocimiento. **Ferro Sosa**⁸ demostró que las mujeres que son madres por primera vez, tienen el porcentaje más alto de nivel de conocimiento malo (23,5%) a comparación de las multíparas y gran multíparas.

Con respecto a la fuente de información de las madres que recibieron información sobre lactancia materna por personal de salud el 78,2% tenían un nivel de conocimiento sobre LM entre regular y bueno, el 21,2 % tenían un nivel de conocimiento malo. De las madres que recibieron información de su familiares vemos que el 57,7% tenían un nivel de conocimiento malo y el 42,3 tienen un nivel de conocimiento entre regular y bueno. En cuanto a las madres que recibieron información de sus amigos el 62,5% tenían un nivel de conocimiento malo y el 37,5 tenían conocimiento regular. Encontrando que la fuente de información tiene influencia en el nivel de conocimiento (p: 0,011). En el estudio de **Ferro Sosa**⁸, las púerperas que habían recibido información sobre lactancia materna de cualquier otra fuente que no sea el personal de salud se asociaba a malos niveles de conocimiento (63,1%).

En cuanto al nivel de conocimiento por Centro de Salud pertenecientes a la Microred Metropolitana, no se encontró una diferencia notable, no existiendo asociación entre los Centros de Salud y el nivel de conocimiento (p: 0,602).

Se observó que la pregunta relacionada a contraindicaciones de la LM fue la más respondida en forma correcta con un 70,8%. La pregunta referente al tiempo de LM fue la más respondida en forma incorrecta con 64%. **Gamboa**⁷ en un estudio realizado a mujeres en edad fértil encontró que sólo el 13% tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar y un 49% no conocía los métodos de conservación de la leche materna. **Auchter**⁹ en un estudio realizado a madres evidencia el déficit general de conocimientos de las madres sobre lactancia humana exclusiva, su utilidad para la anticoncepción, las posibilidades de almacenar leche humana cuando la madre trabaja y la tendencia a reemplazar la leche humana por leches industrializadas, señalando las áreas que se deben fortalecer.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se identificaron las siguientes características con respecto al nivel de conocimiento de lactancia materna en las madres con hijos de 2 a 6 meses de edad pertenecientes a los Centros de Salud de la Microred Metropolitano:

- 1) La mayoría de las madres tenía un nivel de conocimiento inadecuado 71% (36% un conocimiento regular y un 35% no tenían conocimiento).
- 2) Dentro del grupo con mayor riesgo a tener un conocimiento inadecuado sobre lactancia materna se encuentra las mujeres más jóvenes (en menores de 20 años 28,6% un conocimiento regular y un 71,4% no tenían conocimiento), del mismo modo que las mujeres con menor grado de instrucción (con nivel primario 44,4% un conocimiento regular y un 55,6% no tenían conocimiento) y las primíparas 39,7 % un conocimiento regular y un 55,2% no tenían conocimiento. Siendo este el grupo donde se encontró influencia de sus variables epidemiológicas con respecto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna.

La ocupación ni el estado civil tuvieron relación con el nivel de conocimiento.

- 3) Las madres que habían recibido información por personal de salud son las que mejor nivel de conocimiento mostraron, siendo insatisfactorio en quienes consiguieron información de otras fuentes.

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012”

Otros hallazgos:

- En cuanto al nivel de conocimiento por Centro de Salud pertenecientes a la Microred Metropolitana, no se encontró una diferencia notable.
- Las madres presentaban mayor desconocimiento en el tiempo adecuado de la lactancia materna.

RECOMENDACIONES

- 1) Para enfrentar este problema de salud pública y realizar una eficaz intervención para disminuir las malas prácticas de la lactancia materna, se debe tener como base los conocimientos previos de las mujeres; y sobre esa base poder, formar un nuevo muro de nociones claras y precisas.
- 2) Enfocar a las madres más jóvenes (adolescentes), a las primíparas, y a las madres con bajo grado de instrucción como población en riesgo de mala práctica de la lactancia materna por falta de información.
- 3) Podemos disminuir los factores responsables de mala información (como son los familiares, la abuela, la pareja), incluyéndolos en programas de educativos sobre lactancia materna.
- 4) Agregar en el carnet de control de crecimiento y desarrollo el ítem sobre nivel de conocimiento de la madre sobre lactancia materna luego de medir su conocimiento, para brindarle la información necesaria.
- 5) Corresponde a los miembros del equipo de salud reflexionar sobre la calidad de la enseñanza que reciben las mujeres durante los controles prenatales, la internación para el parto y durante los controles de crecimiento y desarrollo del bebé, revalorizando esta acción educativa que posee alto rédito y bajo costo sociosanitario, con estudios diagnósticos que describan los déficit de la intervención pedagógica en un proceso dinámico.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO –UNICEF-USAID. **“Innocent declaration on protection, promotion and support of breastfeeding”**. New York: WHO- UNICEF- USAID; 1990.
2. MINSALUD- UNICEF. **“Plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008”**. Ministerio de Salud y UNICEF. Bogotá .1998.
3. COMISIÓN NACIONAL DE LACTANCIA MATERNA (CNLM). **“Lactancia”**. 3° Edición AÑO 2010. Chile.
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/822bfc84b3242b25e04001011e017693.pdf>
4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **“Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado”**, Washington DC, 2003.
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Principios%20de%20orientaci%20n%20para%20la%20alimentaci%20n%20complemenaria%20del%20ni%20f%20amamentado.pdf>
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **“Infant and Young Child Feeding”**. July 2010.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/index.html>
6. GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, ANTONIA E., BARBOSA RODRÍGUEZ, DIANELYS, GONZÁLEZ LIMA, ROXANA Y MARTÍNEZ FIGUEROA, ORAYDA. **“Nivel De Conocimiento Sobre La Lactancia Materna”**. Rev Cubana Enfermer 2001; 17 (1)42-6.

7. GAMBOA D., EDNA MAGALY, LÓPEZ B., NAHYR, PRADA G., GLORIA ESPERANZA, GALLO P., KELLY YANITZE. **“Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable”**. Colombia, Marzo de 2008.
8. FERRO SOSA, MARÍA MERCEDES; FLORES CONDORI, HAYDEÉ FELICIA. **“Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005”**. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2006.
9. AUCHTER, MÓNICA; GALEANO, HUMBERTO. **“Lactancia materna. ¿Conocen las madres la importancia de una alimentación tan especial?”** Universidad Nacional Del Nordeste. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2003. Argentina.
10. ALVINS, CAROLINA; BRICEÑO, ARELIS. **“Conocimiento de las madres adolescentes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y técnicas para amamantar”**. Barquisimeto, Venezuela, marzo 2011.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **“Lactancia materna”**. **Temas de salud**. 2012.
<http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
12. COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA. **“Lactancia Materna: Guía para profesionales”**. Monografías de la A.E.P. N°5. Madrid 2004.

13. CÁRITAS DEL PERÚ. **“Lactancia Materna, Manual de la Educadora Comunal en Nutrición”**. Perú octubre del 2007

14. CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO. **“Guía de lactancia materna”**. Revisión 2009. España.
http://www.ihan.es/publicaciones/folletos/Guia_Baleares_esp.pdf

15. RIOJA SALUD. **“Guía de lactancia materna para profesionales de la salud”**. España 2010. www.riojasalud.es

16. MINISTERIO DE SALUD (MINSa), Programa De Administración De Acuerdos De Gestión Salud Básica Para Todos. **”Lineamientos Guía Referentes Para La Conformación De Redes De Salud”**. Serie De Informes Técnicos N°6. Lima-Perú. 2000.

17. MINISTERIO DE SALUD (MINSa), Dirección General De La Salud De Las Personas. **”Normas Técnicas Para La Elaboración De Proyectos Arquitectónicos: Centro De Salud”**. Lima-Perú. Noviembre 1994. RM94-SA

18. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (RAE). **“Conocimiento”**. Diccionario De La Lengua Española - Vigésima segunda edición. España. 2010.
<http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?LEMA=conocimiento>

19. DAVENPORT TH, PRUSACK L. **“Conocimiento en acción. Cómo las organizaciones manejan lo que saben”**. Buenos Aires: Prentice Hall, 2001.

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012”

20. RIVERO AMADOR S, GONZÁLEZ OTAÑO G. **“Bases Teóricas De La Gestión Del Conocimiento”**.

www.monografias.co/trabajos15/bases_teoricas/bases.html

21. DIRECCIÓN DE SALUD REGIONAL TACNA. **“Microred Metropolitana”**. Perú. Revisado en Febrero del 2012

<http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?page=metropolitana>

ANEXO:

ANEXO N° 1

ESCALA DE PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO

Los Puntos de cortes se obtuvieron según la escala de Staninos, de la siguiente manera:

$$a = x - 0.75 * ds$$

$$b = X + 0.75 * ds$$

Donde: —

x : Media aritmética

Ds : Desviación Estándar

Reemplazando:

$$a = 13.12 - 0.75 (3.36) = 10.4 = 10$$

$$b = 13.12 + 0.75 (3.36) = 15.43 = 15$$

Los puntos de cruce se obtuvieron de la siguiente manera:

- Bueno : >15
- Regular : 10 – 15
- Malo : <10

ANEXO N°2

CUESTIONARIO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU RELACION CON
FACTORES EPIDEMIOLOGICOS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD
PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA
DE TACNA. FEBRERO 2012**

CUESTIONARIO N°:

Complete y marque una alternativa.

FACTORES SOCIOCULTURALES:

- 1) Edad de la madre: ____ (años)
- 2) Estado Civil :
 - a) Casado ()
 - b) Conviviente ()
 - c) Soltera ()
- 3) Grado de Instrucción:
 - a) Primaria :
 - b) Secundaria:
 - c) Superior
 - d) Analfabeto. ()
- 4) Número de partos: ____
- 5) Ocupación:
 - a) Su casa ()
 - b) Empleada ()
 - c) Independiente ()
 - d) Estudiante ()

**CONOCIMIENTO DE LACTANCIA
MATERNA**

- 6) Durante los primeros 6 meses de vida del bebé Ud. Debe alimentarlo con:
 - a) Leche materna mas agüita de anís
 - b) Solamente leche materna.
 - c) Leche materna mas leche artificial.

**CONOCIMIENTO DE DURACIÓN DE
LACTANCIA MATERNA**

- 7) ¿Hasta qué edad se le debe dar pecho al bebé?
 - a) Hasta los 2 años.
 - b) Hasta los 6 meses.
 - c) Hasta los 12 meses.
 - d) Otro

**CONOCIMIENTO DEL INICIO DE
LACTANCIA MATERNA**

- 8) ¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna su bebé?
 - a) A las 4 horas de nacido.
 - b) Inmediatamente después del parto.
 - c) A las 24 horas de nacido.
 - d) Cuando el bebé llora de hambre por primera vez.

**CONOCIMIENTO DE FRECUENCIA DE
MAMADA**

- 9) ¿Cada qué tiempo debe de mamar el bebé?
 - a) Cada 2 horas.
 - b) Cada vez que el niño llora o a libre demanda.
 - c) Cada 6 horas.
- 10) Si su bebé duerme por más de dos horas, ¿qué haría Ud.?
 - a) Dejo que siga durmiendo
 - b) Lo despierto y le doy biberón.
 - c) Lo despierto y le doy pecho.
 - d) Solo lo despierto.
- 11) Si su bebé llora de hambre o de sed durante el día y la noche, ¿Que haría Ud.?:
 - a) Le daría leche artificial
 - b) Le daría solo pecho.
 - c) Le daría leche materna más agüitas.

**CONOCIMIENTO DE EXTRACCIÓN Y
ALMACENAMIENTO DE LA LECHE**

- 12) Si Ud. trabajara o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar al bebé?
 - a) Tendría que darle leche artificial.
 - b) Le daría leche materna mientras este con mi bebé y leche artificial cuando me separe de él.
 - c) Preferiblemente tendría que darle

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y SU RELACIÓN CON FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS EN MADRES CON HIJOS DE 2 A 6 MESES DE EDAD PERTENECIENTES A LOS CENTROS DE SALUD DE LA MICRORED METROPOLITANA DE TACNA. FEBRERO 2012”

leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.

- 13) La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:
- a) Hasta 1 hora.
 - b) Hasta 8 horas

CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

- 14) Si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea:
- a) Le suspende la lactancia materna
 - b) Le da panetela y otras agüitas
 - c) Le da lactancia materna mas suero oral
 - d) Le daría pecho con mayor frecuencia.
- 15) ¿Qué madres no deben de dar de lactar al bebé?
- a) Madres que tienen tos
 - b) Madres con VIH /SIDA
 - c) Madres que lavan mucha ropa.
- 16) Puede Ud. decirme la razón principal por la que Ud. Le daría leche materna a su bebé
- a) Me ahorro dinero.
 - b) Le da nutrientes necesarios además de prevenir enfermedades respiratorias y diarreicas.
 - c) Me da más tiempo de pasar en compañía con mi bebé.

CONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA

- 17) Marque la grafica correcta en que se muestra la posición en cómo debe de dar de lactar a su bebé.

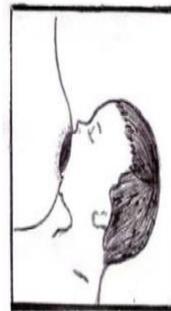


(a)

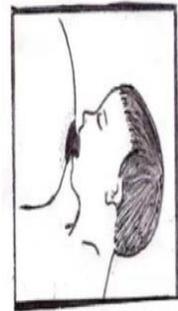


(b)

- 18) Marque la grafica correcta de cómo debe colocar la boca de su bebé al pecho para la lactancia:



(a)



(b)

- 19) Por cuál de las mamas empieza nuevamente a darle de lactar al bebé:
- a) Empezará dar de lactar por cualquier seno
 - b) Iniciará por la mama que no estuvo lactando anteriormente
- 20) Para interrumpir la succión:
- a) Jala el pezón para que el bebé suelte
 - b) Introduce un dedo en su boquita para que suelte el pezón.
- 21) De quién obtuvo Ud. información sobre Lactancia Materna
- a) Personal de Salud
 - b) Familiares
 - c) Amigos
 - d) Otros.