

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA Y LAS CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL  
REGIONAL DE MOQUEGUA EN EL PERIODO ENERO – FEBRERO 2021**

**Tesis para optar por el Título profesional de Médico Cirujano**

**PRESENTADO POR:**

**DIANA LUISA CHOQUESA ARCE**

**ASESOR:**

**DRA. GINA ROSSI BLACKWELDER**

**TACNA – PERÚ**

**2021**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a mi madre, Nicolasa, quien trabajó hasta cuando ya no podía más, para ayudarme a cumplir mi sueño de ser médico, quien se desvelaba a mi lado en mis noches de estudio, quien siempre me esperaba con un plato de comida caliente sobre la mesa al llegar de la universidad o luego de prácticas, quien siempre tuvo palabras de amor hacia mí, quien me alentó a no desfallecer cuando sentía que no podía más, quien siempre me apoyó en cada decisión que tomaba, y fue la piedra angular en mi formación como médico y ser humano.

## AGRADECIMIENTOS

A Dios todo poderoso por brindarme su protección y amor infinito cada día de mi vida, por haberme mostrado mi verdadera vocación y misión en esta vida, que es servir a mi prójimo.

A mi querida madre, Nicolasa, que siempre estuvo a mi lado, dándome ánimos aun cuando ella estaba devastada, que siempre creyó en mí, y me apoyó a lo largo de todo este camino, que siempre me brindó su amor y me ayudó a pararme cuando yo estaba por caer.

A la Dra Gina Rossi Blackwelder, asesora de este presente trabajo, quien tuvo la deferencia de apoyarme con sus conocimientos y experiencia en el desarrollo de esta tesis.

A la Dra Regina Rivera por haber compartido sus vastos conocimientos conmigo, lo cual colaboró en la elaboración de este estudio.

Al Dr. Álvaro Montes, por haber compartido sus conocimientos, haber sido mi ejemplo de persona y médico que quiero llegar a ser, durante todo el internado.

A mis queridos amigos de internado, Karla y José, por haberme apoyado moralmente en la ejecución de este trabajo de investigación y haberme brindado su amistad incondicional en todo el internado.

Al Hospital Regional de Moquegua, por haber sido mi centro de formación en mi etapa de internado, por haberme enseñado tanto y con tanto amor, por haberme hecho sentir en familia, agradezco a cada uno de sus integrantes.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva y las características sociodemográficas en puérperas inmediatas del Hospital Regional de Moquegua en el periodo enero – febrero del año 2021. **METODOLOGÍA:** estudio observacional, prospectivo de corte transversal, ingresaron en el estudio 191 puérperas atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Moquegua. Se utilizó un cuestionario de 19 preguntas, además de una ficha para datos de filiación y se redactó un consentimiento informado para las participantes. **RESULTADOS:** De la población estudiada el 48,7% tenían entre 19 y 28 años; el 95,3% era conviviente; el 66,5% había estudiado hasta secundaria o menos y el 33,5% tenía algún estudio superior o lo estaba cursando; el 89% era ama de casa; el 91,6% era de religión católica; sólo el 11% era de lugares rurales y el 20,9% eran madres por primera vez. El nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva tuvo un 35,1% categorizado como bajo; un 46,1% de las madres puntuaron en el rango medio y sólo el 18,8% tenían un conocimiento alto sobre el tema. Se encontró asociación estadística entre el nivel de conocimiento y la edad de la madre, la religión, la ocupación, el grado de instrucción y procedencia y número de hijos. **CONCLUSIÓN:** se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las características sociodemográficas, con excepción del estado civil.

**Palabras clave:** lactancia materna exclusiva, características sociodemográficas, nivel de conocimiento

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the relationship between the level of knowledge of exclusive breastfeeding and the sociodemographic characteristics in immediate puerperal women of the Regional Hospital of Moquegua in the period January - February of the year 2021. **METHODOLOGY:** observational, prospective cross-sectional study, they entered the study 191 puerperal women treated in the gynecology service of the Moquegua Regional Hospital. A 19-question questionnaire was used, in addition to a form for parentage data, and an informed consent was drawn up for the participants. **RESULTS:** Of the population studied, 48.7% were between 19 and 28 years old; 95.3% were cohabiting; 66.5% had studied up to high school or less and 33.5% had some higher education or were studying it; 89% were housewives; 91.6% were Catholic; only 11% were from rural places and 20.9% were first-time mothers. The level of knowledge about exclusive breastfeeding had 35.1% categorized as low; 46.1% of the mothers scored in the medium range and only 18.8% had a high knowledge of the subject. Statistical association was found between the level of knowledge and the mother's age, religion, occupation, level of education and origin and number of children. **CONCLUSION:** a statistically significant association was found between the level of knowledge and sociodemographic characteristics, with the exception of marital status.

**Keywords:** exclusive breastfeeding, sociodemographic characteristics, level of knowledge

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	1
AGRADECIMIENTOS .....	2
RESUMEN .....	3
ABSTRACT .....	4
INTRODUCCIÓN.....	7
1. CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1. Fundamentación del problema .....	9
1.2. Formulación del problema .....	12
1.3. Objetivos de la investigación .....	12
1.3.1. Objetivo general .....	12
1.3.1. Objetivos específicos.....	12
1.4. Justificación.....	12
1.5. Definición de términos .....	15
1.5.1. Lactancia materna .....	15
1.5.2. Lactancia materna exclusiva .....	15
1.5.3. Conocimientos.....	15
1.5.4. Características socio-demográficas .....	16
1.5.5. Puerperio inmediato .....	16
2. CAPÍTULO II: REVISION DE LA LITERATURA .....	17
2.1. Antecedentes de la investigación .....	17
2.2. Marco teórico .....	22
3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	32
3.1. Hipótesis.....	32
3.2. Operacionalización de las variables .....	32
4. CAPÍTULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	35
4.1. Diseño .....	35
4.2. Ámbito de estudio .....	35
4.3. Población y muestra .....	35
5. CAPÍTULO V: RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	38
5.1 RESULTADOS.....	38
5.2 DISCUSIÓN .....	48
5.3 CONCLUSIONES .....	53
5.4 RECOMENDACIONES.....	54
BIBLIOGRAFÍA .....	56

ANEXOS .....	61
ANEXO 1 .....	61
ANEXO 2 .....	62
ANEXO 3 .....	64
ANEXO 4 .....	69
ANEXO 5 .....	70
ANEXO 6 .....	71

## INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos de nuestro país representan el futuro del Perú, por lo cual se debe velar por un adecuado crecimiento y desarrollo, y este comienza desde el nacimiento, con la lactancia materna exclusiva (LME), además de los beneficios que también otorga a la madre y a la sociedad en general.

Sin embargo a pesar de conocerse los grandes beneficios que trae consigo la LME, su práctica y conocimiento en las madres, se han visto mermados. Según cifras estadísticas en nuestro medio, nos revela que la mayoría de puérperas tienen un nivel de conocimiento medio sobre LM, lo cual implica que no están realmente capacitadas, lo cual afectaría a corto, mediano y largo plazo el desarrollo del bebé, del mismo modo afectaría a la madre y a la sociedad, al incrementar los gastos sanitarios, entre otras consecuencias.

Hay datos suficientes que respaldan la idea de que un adecuado nivel de conocimiento en LME, garantiza el éxito en la práctica de ésta, tal como lo evidenciaron diversos autores como, Hamze L, quien asocia el nivel de conocimiento a la práctica de lactancia materna, concluyendo en su trabajo que, un alto nivel de conocimiento juegan un papel clave en el proceso de lactancia materna (1); de la misma forma, el autor Suárez-Cotelo et al., sostiene luego de su estudio, que el nivel de conocimiento de las gestantes sobre la LME influye drásticamente en la elección de cómo alimentar a sus bebés y la duración de la LME (2).

Sin embargo a pesar de conocerse todo ello, esta práctica tradicional y ancestral de LME, se ha visto afectada por diferentes factores, dentro de ellos los sociodemográficos, y ello exige, cambios en las actitudes y aptitudes del personal de salud, de tal forma que se fortalezca la práctica de una adecuada LME, pero para ello se debe conocer la realidad de las puérperas, es decir conocer el nivel de conocimiento que estas tienen a cerca de la LME, y reconocer los factores sociodemográficos que estén más relacionados con el nivel de conocimientos en LME, para de esta manera poder abordarlas de manera específica.

Ante este contexto se realizó el presente trabajo de investigación, que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de LME



y las características sociodemográficos en puérperas inmediatas del Hospital Regional de Moquegua (HRM) en el periodo enero – febrero 2021, con el fin de que los resultados obtenidos en este trabajo, puedan servir de base para diseñar mejores estrategias y de esta manera reforzar o mejorar el nivel de conocimientos de LME en puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM y asegurar el éxito de la LME.

# 1. CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1. Fundamentación del problema

La lactancia materna exclusiva (LME) significa que el niño reciba solamente leche de la madre durante sus 6 primeros meses de vida, evitándose la ingesta de cualquier sólido o líquido. Esto le provee protección inmunológica contra enfermedades frecuentes de la infancia como la neumonía y diarrea, que son causas principales de mortalidad en niños a nivel mundial. Además, beneficia a la madre mejorando su autoestima como mujer y madre, reduce riesgos de padecer cáncer de mama, cáncer de ovario (causas principales de mortalidad en mujeres), diabetes tipo II, depresión post parto, entre otros. Sirve también de método de anticoncepción natural, incluso afianza el vínculo madre-hijo que se inició en la gestación, (3) pero a pesar de conocerse todo ello, la lactancia materna está lejos de ser universal.

La cultura del amamantamiento se ha ido perdiendo, trayendo consigo numerosas consecuencias, por ejemplo, se conoce que, a nivel mundial, el 30% de la población menor a 5 años de edad tiene retraso del crecimiento por una mala alimentación y de infecciones a repetición. (4) Una mala alimentación sumada a una alta prevalencia e incidencia de enfermedades infecciosas son determinantes en el crecimiento y desarrollo de los niños. (5)

Todas las mujeres están biológicamente aptas para dar de lactar, (existen algunas pocas excepciones), sin embargo, el amamantamiento se ve mermado por diversos factores socioeconómicos, culturales, familiares, genéticos y psicológicos que finalmente terminan influyendo en la lactancia materna (LM), factores que se convierten en parámetros que se pueden tomar como la base del conocimiento que debería adquirir cada madre y el cómo lo emplean y relacionan con sus hijos. (6) Son los factores socioculturales los más influyentes y determinantes. (7) Se ha observado que, el nivel educativo es directamente proporcional al conocimiento y a la comprensión de los beneficios de la LM. (8)

A pesar de los numerosos beneficios reportados en la actualidad, se observa una baja adherencia a la LME a nivel mundial, puesto que los datos arrojados por la

OMS revelan que solo el 40% de lactantes menores de 6 meses la reciben. (9) También se conoce que, si todos los niños fuesen amamantados, al año se podrían salvar 823,000 vidas infantiles, la mayoría menores de 6 meses, además de evitar 20,000 muertes anuales por cáncer de mama. (10) En la actualidad podemos ser testigos de cómo existen cada vez más niños que son alimentados con leche en fórmula y por consiguiente con un biberón. La OPS reportó que 40% de niños menores a 6 meses son alimentados a través de este recipiente cilíndrico, o alimentados con leche materna por un periodo demasiado corto, sin saber el daño que le están generando a sus hijos y a ellas mismas.

En las Américas el 54% de niños inician la lactancia materna dentro de la primera hora de nacido y solo 38% gozan de LME hasta los 6 meses de edad. Si bien es cierto que el Perú es uno de los pocos países dentro de América Latina que supera el 60% de LME, (11) esta cifra ha ido decayendo poco a poco, es así que según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el primer semestre del año 2019 la lactancia materna en menores de 6 meses arroja el valor de 64%, teniendo una baja del 4.4% a comparación del año 2014, de la misma manera resalta la diferencia de más del 20% entre la zona urbana y la rural, (12) a favor de la primera.

En Moquegua, la situación no es ajena a esta desalentadora realidad, puesto que en esta ciudad también han caído los porcentajes de LME, según el ENDES 2019, la LME arrojó un valor de 64.9% de práctica de LME, mostrando una caída de 5 puntos, a comparación del año 2015 cuyo valor era 69.9%.(12) Como bien se sabe, Moquegua tiene zona urbana y rural en sus dimensiones geográficas, además de ser una tierra con una población bastante mixta en cuanto a sus orígenes (por los migrantes provenientes de diferentes ciudades, en su mayoría de Puno y Arequipa), además de poseer poblados alejados, en fin, bastante diversidad sociocultural, y son justamente estos factores los que influyen en gran medida en la práctica de LME. La falta de conciencia de los beneficios que trae consigo la LME tanto para la madre como para el bebé, la vergüenza de amamantar en público, mitos asociados a la estética, el bajo nivel educativo, entre otros, refleja probablemente que la información que se les brinda sobre LME no ha sido suficiente o adecuada o lo que es peor que ni siquiera haya llegado a todas las mujeres.

Si a esa cruda realidad descrita líneas más arriba, le agregamos que durante los primeros días de la emergencia, mientras el coronavirus se abría paso en el Perú, desde el anuncio del paciente cero en nuestro país (06 de marzo 2020) (13), no hubo protocolos ni directivas claras para atender a las gestantes, el gobierno y el Ministerio de Salud, tomaron una serie de medidas para enfrentar a la pandemia, entre ellas un estado de cuarentena en todo el país, y como consecuencia el cierre de los consultorios externos en todos los establecimientos de salud, lo que incluía además la atención prenatal (14). Si bien es cierto se comenzaron a crear directrices para poder continuar con las atenciones prenatales con las medidas de bioseguridad necesarias, sin embargo el desconcierto y el temor de las gestantes al acudir a un centro de salud en plena pandemia, era obvio, y esto se refleja en las cifras emitidas por el Informe Nacional Sobre El Impacto Del Covid-19 En Las Dimensiones Económica, Social y en Salud, En El Perú, donde se observa una disminución del -13,5%, -25,5%, -30.4%, en el I-II y III trimestre del año 2020 respectivamente (15). Y es que son estos controles prenatales, los momentos donde se le brinda a la gestante atención, apoyo e información, lo cual obviamente incluye el tema de lactancia materna; muchas madres no tuvieron controles adecuados por ende no recibieron la consejería adecuada en cuanto a LME se refiere.

“La lactancia materna es una de las inversiones más eficaces y rentables que las naciones pueden realizar en favor de la salud de sus miembros más jóvenes y la salud futura de sus economías y sociedades”, dijo el Director Ejecutivo de UNICEF (2010), Anthony Lake. (11) Al no invertirse en la lactancia, estamos no solo fallando a las madres y a sus hijos, sino también pagando un doble precio, al perder vidas humanas y oportunidades, que podrían generar millones de dólares en ganancias económicas, al reducir la incidencia de diferentes patologías, y a través de la disminución del costo de atención médica que estas mismas ameritan.

Por todo ello, instruir en LME de manera adecuada teniendo en cuenta las características individuales y socioculturales de las mujeres, debe representar para toda sociedad, un valor incuestionable, y para ello, el análisis del nivel de conocimiento sobre LME y de factores asociados que guarden mayor relación con el bajo conocimiento sobre este tema, es de vital importancia porque ayudará

a establecer y fortalecer estrategias de trabajo para lograr su completa consecución de acuerdo a la realidad de las madres de la ciudad de Moquegua, y justamente ese es el principal objetivo de este trabajo de investigación

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es relación entre el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva y las características sociodemográficas en puérperas inmediatas del Hospital Regional de Moquegua en el periodo enero – febrero del año 2021?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva y las características sociodemográficas en puérperas inmediatas del Hospital Regional de Moquegua en el periodo enero – febrero del año 2021

### **1.3.1 Objetivos específicos**

- a) Determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puérperas inmediatas del Hospital Regional de Moquegua en el periodo enero – febrero del año 2021
- b) Identificar las características sociodemográficas de las puérperas inmediatas del Hospital Regional de Moquegua en el periodo enero – febrero del año 2021
- c) Analizar la relación entre el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva y las características sociodemográficas en puérperas inmediatas del Hospital Regional de Moquegua en el periodo enero – febrero del año 2021

## **1.4 Justificación**

La LME es una de las formas más eficaces para salvaguardar la salud de los niños, así como los indiscutibles beneficios sobre la madre, es así que la leche materna es bien llamada “el oro blanco”. Es por ello que a nivel mundial se generan diversas estrategias a favor de la práctica de la misma y el Perú no es ajeno a ello;

pero a pesar de los grandes esfuerzos realizados por parte del gobierno, por promocionar y difundir la LME, realmente no se logra que las madres conozcan a la perfección los beneficios y la importancia de la LME tanto para el bebé, como para la misma madre, así como la técnica de amamantamiento correcta, entre otros detalles referentes al tema, obstaculizando así el éxito de una LME. Todo ello se ve reflejado en las estadísticas que arrojan una disminución en cuanto a la prevalencia y exclusividad de la LM, lo que a su vez arrastra consigo un aumento en la morbi-mortalidad infantil y materna, así como un aumento de gasto sanitario y familiar.

Todos estos problemas mencionados se ven influenciados, por diversos factores que se relacionan de manera ajustada con la LME y la práctica de la misma, puesto que son lineamientos que se pueden tomar como la base del conocimiento que pueda tener cada madre y la manera en cómo lo emplean y relacionan con sus bebés.

Habiéndose ya descrito este gran problema de salud pública, es evidente que se necesita realizar una eficaz intervención y así afrontar la disminución de la buena práctica de lactancia materna. Para ello se debe tener como base el nivel de conocimientos previos de las madres sobre LME, es decir conocer qué y cuánto saben las madres sobre LME y así mismo identificar los diferentes factores que influyen en ella. Justamente esos son los principales objetivos que se pretende lograr mediante este estudio prospectivo – descriptivo en las puérperas inmediatas del HRM.

El Hospital Regional de Moquegua (HRM), cuenta con 30 camas en el servicio de gineco-obstetricia que recibe mensualmente decenas de gestantes en trabajo de parto, puesto que, todos los partos de las mujeres del departamento de Moquegua a excepción de los de la provincia de Ilo, son atendidos en dicho hospital (HRM). Se debe resaltar además que en el mencionado nosocomio no existen trabajos de investigación previos acerca del nivel de conocimiento de LME, ni sobre la relación que existe entre ese conocimiento con los factores sociodemográficos. Por tal motivo, es la inclinación y el menester la realización del presente trabajo para poder formar un nuevo muro de nociones claras y precisas sobre la realidad actual de las puérperas del HRM, en este contexto, a

fin de cambiar los conceptos equivocados de las madres en cuanto a LME, con una óptima relación personal de salud - paciente y obviamente una adecuada educación sanitaria.

No se hallan muchos datos nacionales sobre el porqué existe una inadecuada LME, a pesar de la amplia preocupación que ha habido sobre este tema en los últimos años y sobre todo a pesar de la gran promoción que existe. Se encontró un estudio, realizado en el país vecino de Chile por Niño. M. (2012) que los factores socio-demográficos tienen gran influencia en LM, además de hallar que un 10% de su población estudiada no fue instruida sobre LM. (16) Otro estudio por Lopez S. et al. realizado en Colombia (2019) demuestran que el 13 % de su población estudiada nunca recibió información sobre la importancia de LME. (17). En nuestro país, Vargas Macedo L. concluye en su investigación que al relacionar el nivel de conocimiento sobre LM y el éxito en el inicio de la lactancia materna en las puérperas, se obtuvo que existe asociación estadística significativa entre ambas variables. (18), es decir considera el nivel de conocimiento, piedra angular en una práctica adecuada de LME. Este último autor nos hace reflexionar sobre la importancia y la influencia que tiene el nivel de conocimiento en LME sobre el éxito de esta misma, esta premisa es respaldada por otros autores como; Avalos, Mariño y Gonzales. (2016) realizado en La Habana, Cuba, donde luego de un arduo trabajo, llegan a la conclusión que el nivel de conocimiento en LME influía en gran medida en el éxito y prevalencia de LME (19). Otro estudio realizado por Vizcarra Villafuerte, en la ciudad del cusco en el año 2019, afirma que la relación entre el nivel de conocimiento en LME y el éxito de esta LME, tienen asociación estadística significativa (20). También podemos mencionar las conclusiones de un estudio realizado en México, por Rodríguez E. quien afirma que el bajo nivel de conocimientos aumenta 18 veces más la posibilidad de que las mujeres abandonen la LME antes de cumplirse los 6 meses (21). Por todo ello es importante intervenir rápidamente de manera eficaz, medir el nivel de conocimiento de LME en las puérperas y tomar las medidas necesarias, según sean los resultados, para poder lograr una práctica de LME universal y adecuada.

Una LME exitosa constituye una estrategia de bajo costo para las familias y gobiernos. Es también un instrumento para promover el crecimiento económico y reducir desigualdades. Sin duda la lactancia materna constituye una de las

piezas fundamentales de la promoción de salud y de la prevención de diversas enfermedades.

Además se estaría dando cumplimiento a la normatividad emitida a favor de la LME, que está estipulada en: Constitución Política del Perú artículo 7, que establece que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. (22) El Código de los Niños y Adolescentes aprobado mediante la Ley N° 27337, establece en su artículo 2, entre otros, que es responsabilidad del Estado promover la lactancia materna. (23) El Reglamento de Alimentación Infantil, aprobado mediante Decreto Supremo N° 009-2006-SA, tiene como objetivo lograr una eficiente atención y cuidado de la alimentación de las niñas y niños hasta los veinticuatro (24) meses de edad, mediante acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. (24)

Finalmente, los resultados de esta investigación permitirán reorientar la práctica preventivo-promocional para elaborar políticas y estrategias personalizadas e integrales en cuanto a LME, según el contexto de determinados grupos de madres, acorde a sus características individuales y socioculturales reales en la ciudad de Moquegua, beneficiando a los bebés, madres y la sociedad en general.

## **1.5 Definición de términos**

### **1.5.1 Lactancia materna**

Es el proceso mediante el cual la madre mediante la propia producción de leche, alimenta al bebé, para el crecimiento y el desarrollo sano de lactantes. (3)

### **1.5.2 Lactancia materna exclusiva**

Es la alimentación óptima para el lactante que dura 6 meses, que consiste en que solo reciba leche materna, excluyéndose cualquier sólido o líquido adicional. (3)

### **1.5.3 Conocimientos**

Es el acto consciente e intencional para aprender las cualidades del objeto y primariamente es referido al sujeto. (25)



#### **1.5.4 Características socio-demográficas**

Se define como rasgos de las personas en interacción concreta con otras, en relación con su entorno, teniendo en cuenta aspectos económicos, culturales, sociales, históricos, políticos

#### **1.5.5 Puerperio inmediato**

Es el periodo que se extiende a partir del alumbramiento hasta las 24 horas posterior a este.

## 2. CAPÍTULO II: REVISION DE LA LITERATURA

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1 Nacionales:

María Mercedes Ferro Sosa y Haydeé Flores Condori, en su investigación que llevó por título, “*Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005*”, donde se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo, en el Instituto Especializado Materno Perinatal durante octubre a diciembre del 2005 con un total de 372 puérperas, a quienes se les aplicó una encuesta estructurada; identificaron las siguientes características con respecto al nivel de conocimiento de lactancia materna en las puérperas, teniendo como conclusiones que el nivel de conocimiento inadecuado predominó entre 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 de conocimiento en el presente estudio. (26)

Una investigación realizada por Jorge Luis Cahuana Ccama cuyo título fue: “*Nivel de conocimientos sobre lactancia materna en puérperas que acuden al Hospital III Goyeneche*”, cuyo estudio fue de tipo descriptivo transversal, de enero a febrero del año 2014 con un total de 182 puérperas, a quienes se les aplicó una encuesta estructurada. Concluyendo que el nivel de conocimiento general que predominó fue inadecuado en un 52.7 %. Se encontró que las multíparas tienen mayor porcentaje de conocimiento adecuado 50.5%. No encontrándose relación significativa entre el nivel de conocimiento y la paridad. (27)

Bertha Estela Mamani y Martha Marín Vélez, realizaron un trabajo de investigación titulado, “*Factores socioculturales y su relación con la lactancia materna en madres de los recién nacidos del servicio de neonatología del Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna 2017*”. Estudio de tipo cuantitativo, diseño descriptivo correlacional con una población de 67 madres. Se aplicó cuestionario sobre el Nivel de conocimiento de lactancia materna, concluyéndose que: las madres en su mayoría (64,2%) tuvieron de 18 a 35 años

de edad; el 68,8% lugar de procedencia Tacna y el 70,2% de religión católica. Poco más de la mitad (50,7%) grado de instrucción secundaria y; menos de la mitad (46,3%) ocupación ama de casa y el (47,9%) estado civil conviviente. Más de la mitad (55,2%) presentaron nivel de conocimiento promedio; y (56,7%) técnica de amamantamiento incorrecta. Existe relación significativa entre los factores socioculturales y el nivel de conocimiento y no existe relación significativa entre los factores socioculturales y la técnica de amamantamiento, demostrado a través de la prueba X<sup>2</sup>. (28)

Se halló una investigación por Carolina Angélica Muñoz Vergarín, titulada, *“Factores asociados al conocimiento de lactancia materna en puérperas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital “San José” Callao-Lima, Julio-Setiembre 2017”*, quien realizó un estudio analítico de tipo observacional y diseño transversal, aplicándose una encuesta a una población constituida por las puérperas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital San José, se encontró que el grupo predominante fue el de las mujeres con un nivel secundario (94%), mujeres con dos hijos (62,1%), pacientes convivientes con sus parejas (96%) y aquellas que no recibieron información previa (64,9%). Tener mayor edad se asoció con mayor conocimiento sobre lactancia materna. Un mayor nivel de educación se asocia a un mayor conocimiento sobre lactancia materna. El tener una mayor cantidad de hijos, previo al actual, se asocia a un mayor conocimiento sobre lactancia materna. No se encontró asociación con el estado civil ni con el haber recibido información previa. Las conclusiones de dicha investigación fueron las siguientes: Los factores que se asociaron significativamente al conocimiento de lactancia materna fueron la edad, el nivel de educación y el número de hijos. Por el contrario, los factores que no se asociaron significativamente fueron el estado civil y la información previa recibida por un personal de salud. (29)

Se encontró el estudio realizado por Joel Jorge Cruz Morales, titulado, *“Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres primigestas con niños lactantes menores de 6 meses en el Hospital Distrital de Jersusalen II-1”*, La Esperanza 2017-2018 el departamento de Trujillo, Noviembre 2015, donde mediante un estudio prospectivo, transversal y descriptivo se le evaluó 107 madres primigestas con niños lactantes menores de seis meses, mediante un

cuestionario para poder conocer el nivel de conocimiento de estas acerca de la lactancia materna exclusiva. Finalmente concluyen que el nivel de conocimiento de esa población en cuestión fue medio en 53.3% y alto en un 45.8%.(30)

Yalena Villodas Trujillo, presentaron una investigación titulada, “*Factores socioculturales y la lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima 2018*”, esta investigación fue de tipo cuantitativa, de nivel aplicativo, método descriptivo correlacional y diseño no experimental. La muestra fue 130 madres y el instrumento aplicado fue un cuestionario. Como conclusión se tuvo que los factores socioculturales influyen de manera importante en la lactancia materna exclusiva. (31)

Lisette Diana Amado Herrera, en su estudio titulado, “*Factores asociados a la práctica adecuada de la lactancia materna en el puerperio – Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima 2016*”. Encontró 11 factores que se asociaron a la práctica adecuada de la lactancia materna en el puerperio inmediato, estos factores los dividió en: familiares como el que la madre aconsejó como dar lactancia materna., sociales, el estar casada, entre los factores personales, el de tener la decisión firme de dar lactancia, el tiempo para aprender la técnica antecedente de lactancia exitosa, conocimiento sobre lactancia y percibir que tiene suficiente leche. Factores de servicio de salud, fueron información sobre lactancia en sesiones, del personal de salud en el hospital, Finalmente concluye que existen diversos factores asociados a una práctica adecuada de LM en el puerperio inmediato, tales como familiares, sociales, personales y de servicios de salud.(32)

Luz Magdalena Quispe García, mediante un estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo, corte transversal, cuyo título fue, “*Conocimiento de las primíparas sobre lactancia materna exclusiva en el servicio de alojamiento conjunto Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2015*”, del cual se obtiene la siguiente conclusión, el mayor porcentaje de las madres conocen, en cuanto al concepto, importancia y técnica de la lactancia materna exclusiva, seguido por un porcentaje, considerable que no conocen, el concepto, importancia y la técnica de la lactancia materna exclusiva.(33)

En otro estudio por Victor Yahir Granados Arias, de tipo prospectivo, transversal y analítico, titulado: “*Factores socioculturales y nivel de conocimientos sobre lactancia materna en Hospital La Caleta- Chimbote 2017*”, donde se determinó el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en las madres, con niños menores de 2 años, atendidas en el Hospital La Caleta, se aplicó una encuesta que posee dos partes, la primera donde se identifica los factores socioculturales y la segunda que determina el nivel de conocimiento sobre lactancia materna. Se identificó que el 64,6 % de las encuestadas presentó un conocimiento adecuado sobre lactancia materna. Se halló relación significativa respecto a la edad. No se halló relación significativa con el grado de instrucción. Tampoco se halló relación significativa respecto al estado civil ni al tipo de ocupación. (34)

Vargas Macedo, en su investigación cuyo título fue “*Conocimiento y éxito en inicio de lactancia materna, en madres puérperas atendidas en el Hospital III EsSalud, Punchana 2016*” donde pretendía determinar la asociación que existe entre el conocimiento sobre LME y el éxito en el inicio de esta misma, en puérperas inmediatas. Empleó el método cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional, transversal. Su población estuvo constituida por 150 madres, a quienes les aplicó dos instrumentos de recolección de dato, de donde obtuvo los siguientes resultados: 46.2 de puérperas presentaron conocimiento alto, 40.0% conocimiento medio y solo un 13.8% bajo; en cuanto al éxito en el inicio de lactancia materna (recién nació lacta en la primera hora o dentro de las primeras 24 horas de nacido) fue del 61.2%. Concluye finalmente que existe asociación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y el éxito en el inicio de LM. (18)

### **2.1.2 Internacionales:**

Avalos, Mariño y Gonzales. (2016) La Habana, Cuba. En su trabajo de investigación titulado “*Factores Asociados con la lactancia materna exclusiva*”, donde estudió las variables que influyen en el comportamiento de la LM, utilizando un método descriptivo, transversal. Del cual obtiene como resultados que la LME solo se mantuvo hasta los 6 meses en el 48.6% del total de su población estudiada, además que este fenómeno estaba asociado a factores como el nivel cultural y ser trabajadora. Concluye que el nivel de conocimiento fue

inadecuado y que este tenía gran influencia en la prevalencia de una LME exitosa. (19)

De acuerdo con Rodríguez, en su estudio acerca de “*Factores Asociados al Abandono de la Lactancia Materna Exclusiva en Mujeres Derechohabientes de la Ciudad de Córdoba Veracruz*”, ejecutado en la ciudad de Veracruz (México) cuya investigación fue observacional, descriptiva, longitudinal y prospectiva, afirma que hay evidencia suficiente en que la educación materna respecto a lactancia materna es fundamental, además que el principal factor de abandono precoz de LME es una inadecuada capacitación por el personal de salud a cargo. Recomienda que se debe considerar la implementación de talleres asistenciales principalmente en áreas de primer contacto con las gestantes. (21)

Otro estudio digno de mencionar es el realizado en el país de México, por el autor Salas de la Paz, que titula “*Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en mujeres de puerperio inmediato en el área de alojamiento conjunto del HGZMF #11 en Ciudad Delicias Chihuahua*”, donde pretendía medir el nivel de conocimiento en esta población, mediante la aplicación de una encuesta, se estudiaron un total de 330 pacientes de las cuales 141 (42.7%) tenían entre 21 y 30 años, 209 (63.3%) eran casadas, 137 (41.5%) tenían bachillerato terminado y 254 (77%) tenían un nivel de conocimiento bajo sobre la lactancia. Concluyendo que predomina el nivel bajo de conocimiento sobre lactancia materna. (35)

Cascone D. et al. realizó un estudio en Italia, que llevó por título “*Evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna exclusiva entre mujeres en Italia*”, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimientos en este grupo de mujeres, mediante una encuesta transversal a las mujeres que acudía a centros de vacunación. Obteniendo como resultados que, 2/3 de las mujeres habían oído sobre LME (64.6%) mientras que el 71% de ella sabían que la LME debía practicarse durante 6 meses. El 93.2% había amamantado a sus hijos, sin embargo solo el 33.3% habían practicado LME durante 6 meses. Finalmente llega a la conclusión de que las mujeres que habían recibido asesoramiento sobre LME al alta del hospital, tenían más probabilidades de practicar LME durante al menos 6 meses. (36)

El trabajo de investigación, realizado en Ghana, España, denominado “*Conocimiento y práctica de la lactancia materna exclusiva entre las madres de la metrópolis de tamales de Ghana*” realizado por Nukpezah et al. es un estudio descriptivo transversal, donde se encuestó a 393 madres, se utilizó un cuestionario para recolectar datos sobre características sociodemográficas, conocimientos sobre LME y el nivel de práctica de LME. Se calcularon los valores chi-cuadrado para verificar la relación entre esas variables. Dentro de sus resultados, relata que toda su población tenía algún grado de nivel de instrucción, además reveló que el 39,4% inició la lactancia materna dentro de una hora después del nacimiento. La mayoría de los participantes habían oído hablar de la LME 277 (70,5%), aproximadamente 344 (87,5%) de los participantes creían que la LME debería practicarse durante 5 meses en su localidad. Concluye que, a pesar de que todos los participantes tenían algún nivel de formación, la mayoría no tenía un nivel de conocimiento adecuado sobre LME por ende la práctica de LME también era baja. (37)

## **2.2. Marco teórico**

### **2.2.1. Conocimiento**

Para Mario Bunge, el conocimiento es un conjunto de ideas que pueden ser ordenados, precisos, claros, fundados, vagos e inexactos; en base a ello clasifica el conocimiento científico y conocimiento ordinario. El conocimiento científico es de tipo racional, objetivo sistemático y verificable a través de la experiencia, mientras que el conocimiento ordinario es vago, inexacto, limitado solamente a la observación. (37)

Salazar Bondy, el conocimiento, en primer lugar es un acto, y en segundo lugar es un contenido. Dicho acto sería la aprehensión de una cosa, propiedad, hecho u objeto, por su sujeto consciente, entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Mientras que el conocimiento como contenido es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer, el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del sujeto. Este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros. (38)

La teoría de Kant menciona que el conocimiento está determinado por la intuición y los conceptos, notándose dos tipos de conocimientos. El puro

y el empírico, el primero se desarrolla antes de la experiencia y el segundo se desarrolla posterior a la experiencia. (40) Por ende concluimos que el conocimiento es un conjunto de ideas, que se pueden adquirir a través del día a día.

### **2.2.2. Lactancia materna**

La lactancia materna es un acto natural, es el alimento esencial y completo que recibe el niño desde que nace, y que no requiere ningún suplemento, porque contiene cantidades adecuadas de carbohidratos, vitaminas, proteínas, grasas y anticuerpos, que ayudan al niño a fortalecer su sistema inmune.(4)

### **2.2.3. Lactancia materna exclusiva**

Según el Ministerio de Salud (MINSA), define a la lactancia materna exclusiva como: “La alimentación exclusiva de un lactante o recién nacido con leche materna desde el nacimiento, sin el agregado de agua, jugos, té u otros líquidos o alimentos en su alimentación hasta los primeros 6 meses de vida” (3) Posterior a ese tiempo, se le agrega otros alimentos ajenos a la leche materna de manera gradual, hasta los 2 años de edad como mínimo.

### **2.2.4. Etapas de la leche materna (41)**

#### **2.2.4.1. Calostro:**

El calostro es un líquido seroso y de color amarillento conocido como el cóctel inmunológico compuesto por inmunoglobulinas, agua, proteínas, grasas, carbohidratos, que se produce desde el último trimestre del embarazo hasta los primeros cinco días después del parto. Su producción diaria va de 10 a 100 ml. La máxima concentración del calostro se da durante las primeras horas que siguen al parto hasta los 3 o 4 días post parto. Este calostro fortalecerá el sistema inmunológico del neonato.

#### **2.2.4.2. Leche de Transición:**

Esta leche tiene un color blanquecino azulado que empieza a secretarse desde el quinto o séptimo día post parto hasta el final de la segunda semana.



#### **2.2.4.3. Leche Madura:**

Se empieza a producir a partir de la tercera semana del nacimiento del neonato y es más blanca y de mayor consistencia que las anteriores. Su composición es: agua, lactosa y proteínas.

#### **2.2.5. Contenido nutricional de la leche materna. (42)**

La leche materna, es un fluido vital que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del lactante a medida que éste se desarrolla. Contiene células provenientes de la sangre materna como, linfocitos T y B, macrófagos, mastocitos y células epiteliales. Además de contener:

##### **2.2.5.1. Proteínas.**

Cada madre produce una leche con los compuestos suficientes para las necesidades nutricionales de su hijo. Las proteínas de la leche materna se distribuyen de la siguiente manera, 40% caseína y 60% proteínas del suero. Los fragmentos de caseína producidos por la digestión enzimática actúan estimulando el sistema inmunológico del neonato. El 75% del nitrógeno se encuentra como proteína, el 25% como nitrógeno no proteico (urea, creatinina, glucosamina, aminoácidos libres, ácido úrico, amoníaco).

De todos los aminoácidos libres el más importante es la taurina puesto que actuaría como modulador del crecimiento del neonato, siendo la leche materna su única fuente. Además existen la lactoferrina y la transferrina, que actúan frente al crecimiento de bacterias patógenas como la E. Coli, captan y camuflan, átomos de hierro y así impiden la proliferación de bacterias patógenas, las cuales necesitan hierro para proliferar. La escasez de grasas y la abundancia de proteínas en el calostro concuerdan con las necesidades y reservas del recién nacido. La mayor concentración de proteínas del calostro, es mayor que en la leche madura y esto crea un aumento de la presión osmótica y por lo tanto una mayor retención de agua del cuerpo del recién nacido, evitando de esta manera la pérdida de peso del neonato.

#### **2.2.5.2. Hidratos de Carbono.**

El carbohidrato más importante de la leche es la lactosa, el cual es sintetizado por la glándula mamaria a partir de glucosa, la leche materna contiene cantidades mínimas de glucosa, oligosacáridos y glicoproteínas. La lactosa de esta leche se hidroliza de manera más lenta en el intestino, que la lactosa añadida a las fórmulas artificiales, propiciando que parte de la lactosa sea aprovechada por la flora intestinal para generar ácido láctico.

#### **2.2.5.3. Grasas.**

Las grasas en cuanto a su producción tienen un comportamiento variable, puesto que se modifica su concentración no solo durante el día, sino también durante una misma mamada, siendo sus valores bajos al principio y altos al final de la misma. Esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta diferencia, especialmente en el caso de prematuros, ya que la leche al final de la mamada tiene más calorías y el neonato debe lactar hasta el final.

En cuanto al aporte total de grasas es similar tanto en leche materna, como en formulas infantiles e incluso en leche entera de vaca, pero la diferencia radica en la calidad y tipo de ácidos grasos que contienen. De estos ácidos grasos esenciales se obtienen prostaglandinas, leucotrienos y metabolitos finales; del ácido linoleico se produce ácido docosahexanoico y del ácido linoleico, el araquidónico. La leche materna aporta un alto contenido en de colesterol, componente esencial de todos las membranas celulares y elemento requerido para su crecimiento replicación y mantenimiento.

#### **2.2.5.4. Minerales.**

En general es bajo el aporte de minerales, lo cual favorece al riñón inmaduro del lactante al aportar una menor carga renal de solutos (proteínas y electrolitos como el sodio, el cloro y el potasio). La concentración de sodio, potasio y cloruro en la leche materna es menor que en la leche de otras especies. La leche de vaca, presenta

un alto contenido salino y más del doble de proteínas, con lo cual la carga renal de solutos aumenta de manera considerable, siendo esta perjudicial para los riñones inmaduros del neonato.

#### **2.2.5.5. Vitaminas.**

La concentración de vitaminas en la leche materna es la adecuada y suficiente para el lactante, pero esta puede variar según la ingesta de la madre.

**Vitamina A:** La concentración de vitamina A en la leche materna es notablemente mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura, de ahí la importancia de una lactancia precoz oportuna.

**Vitamina K:** La concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas del post parto, en los lactantes amamantados, la vitamina K es proporcionada por la flora intestinal.

**Vitamina D:** El contenido de vitamina D de la leche humana es bajo. En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml. Esta vitamina D hidrosoluble se procesa a través de la piel en presencia de luz solar y no en el tracto gastrointestinal.

#### **2.2.5.6. Agua.**

La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad es semejante al plasma, con lo cual se permite mantener un perfecto equilibrio electrolítico en el lactante.

#### **2.2.5.7. Hormonas.**

Una lista completa de las hormonas de la leche incluiría: oxitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas y otras como: GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), GRF (factor de liberación de hormona del crecimiento), insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina, que se encuentran en la leche en niveles mayores que los de la sangre materna y la TRA (hormona de liberación de la tirotrópina), TSH

(hormona tiroideo estimulante), tiroxina, triodotironina y eritropoyetina

#### **2.2.5.8. Inmunoglobulinas.**

El neonato recibe de la placenta Inmunoglobulinas IgG y a partir del nacimiento comienza a formar inmunoglobulinas de una forma muy lenta. La inmunoglobulina IgA secretora es muy abundante en leche materna, se aporta entre 0.5 a 1 gr. de la misma por día, es el anticuerpo dominante y se sintetiza en la propia mama, protege el sistema digestivo infantil. En el calostro es lo primero que extrae el bebé y es este un producto rico en inmunoglobulina IgA secretora que protege frente a gérmenes digestivos. La IgG y la IgM tienen acción antivírica y antibacteriana, la lactoferrina va unida al Hierro e inhibe el crecimiento de estafilococos, Candida Albicans, y Escherichia Coli. Otro compuesto presente en el calostro es la lisozima cuyo beneficioso efecto tiene lugar en la pared intestinal

#### **2.2.6. Beneficios de lactancia materna exclusiva (43)**

La Lactancia Materna presenta una serie de beneficios que deben tomarse en cuenta para motivar a las madres al amamantamiento y así asegurar al niño una mejor calidad de vida, salud física y emocional. De la misma manera ofrece ventajas para las madres y la misma sociedad, que se mencionan a continuación.

##### **2.2.6.1. Para él bebé:**

Superioridad Nutricional, se adapta a las necesidades específicas del lactante, aporta los nutrientes necesarios tanto en cantidad como en calidad para asegurando así al niño un adecuado crecimiento y desarrollo. Previniendo la malnutrición (desnutrición y obesidad)

Además existe una disponibilidad inmediata y temperatura ideal, favorece la maduración del Sistema Nervioso Central, apoya al sistema inmunológico específico, pues la madre le transfiere su inmunidad activa a través de la Inmunoglobulina A y de los demás componentes.

Interviene en la maduración del tubo digestivo a través de elementos como la Inmunoglobulina A, el tipo de proteína, el lactobacillus bifidus y el factor de crecimiento epidérmico.

Facilita el vínculo psicoafectivo Madre-Hijo.

Desarrollo de su aparato Motor-Oral estableciendo patrones de succión-deglución, que intervienen en las habilidades posteriores de alimentación y lenguaje del niño.

Disminuye la incidencia de diarreas y de infecciones respiratorias.

Los niños alimentados con leche materna, presentan cocientes intelectuales más altos.

Disminuye la incidencia de caries dental

#### **2.2.6.2. Para la madre:**

Favorece la involución uterina por acción de la oxitocina producida por la madre, previniendo la hemorragia post parto.

Estéticamente, ayuda a la recuperación de la figura corporal de la madre.

Disminuye la incidencia de cáncer mamario, ovárico y uterino en la madre.

Favorece el esparcimiento de las gestaciones si se lleva a cabo Lactancia Materna Exclusiva, a libre demanda (día y noche) y se mantiene en amenorrea. Generando protección de un nuevo embarazo durante los primeros cuatro meses del puerperio.

No se incrementan los gastos de la canasta familiar y los de salud, que repercuten en la economía de la sociedad en general.

#### **2.2.6.3. Para la familia**

Es más económica. (La alimentación de un niño con leche de fórmula puede costar la mitad de un salario mínimo mensual).

Está siempre lista y a temperatura ideal, no requiere alguna preparación en especial

Es estéril por tanto no existe peligro de contaminación.

## **2.2.7. Técnica de amamantamiento**

La técnica es muy importante y más importante aún, que las madres conozcan estas, para que este acto sea satisfactorio tanto para ella como para el bebé. Se debe tener en cuenta los siguientes aspectos para una correcta técnica de amamantamiento:

### **2.2.7.1. Posición (44)**

La posición que adopta la madre cuando da de lactar debe ser cómoda, el cuerpo del bebé debe estar en contacto piel a piel con el de la madre.

Posición biológica:

Los primeros días luego del nacimiento, las madres suelen optar por esta posición al estar en la cama luego del parto, en este caso debe recostarse de lado apoyando sobre una almohada la cabeza y los hombros, un brazo va en dirección de la cabeza de la madre y el otro rodea al bebé atrayéndolo hacia ella, pegar barriga frente a barriga

Posición sentada:

Primero la madre debe estar sentada de manera cómoda, con la espalda perfectamente pegada al respaldar de la silla; el niño en decúbito lateral sobre el antebrazo materno ipsilateral al lado a amamantar, teniendo fija la palma de la mano sobre el glúteo del bebé. La nariz del bebé debe estar libre, mentón pegado al pecho, y el labio inferior en eversión. La otra mano de la madre debe estar libre para poder beber agua mientras da de lactar.

Balón de rugby:

Consiste en que el bebé está al costado de la madre, con el cuerpo sobre las costillas de la madre, con la mirada al frente. Esta técnica se usa en lactantes con bajo peso, post cesárea, prematuros, madres de pechos prominentes o para dar de lactar a gemelos.

Posición de caballito:

El lactante se encuentra sentado sobre una de las piernas de la madre, con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura es útil en casos de grietas, reflujo gastroesofágico importante, labio leporino o fisura palatina, prematuros, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o problemas de hipotonía.

#### **2.2.7.2. Agarre (41)**

Es la parte inicial del proceso de lactancia. Al nacer, el bebé posee dos reflejos: el de búsqueda y el de succión, el primero le permite al lactante coger el pezón y el segundo le sirve para la extracción de leche. Para estimular el reflejo de búsqueda la madre debe acercarse al bebé hacia su pecho y frotar el pezón contra labio inferior del bebé, así este podrá abrir la boca y coger el pezón. El mentón del bebé debe estar junto al pecho y la nariz sobresaliendo levemente permitiéndole al bebé respirar sin dificultad, garantizando un buen agarre. Muchas madres creen que la posición correcta es en pinza, sin embargo esto solo genera una retracción del pezón trayendo como consecuencia la obstrucción de los conductos galactofaros, dificultando de esta manera la succión correcta del bebé.

#### **2.2.7.3. Succión (41)**

Si la madre no siente molestias durante la lactancia, es un indicador que la succión está siendo correcta. Además de ello, tenemos otros signos que indican una succión adecuada a nombrar: labios evertidos que cubran toda el área del pezón y areola, labio inferior evertido pegado hacia el pecho de la madre, mentón pegado al pecho. Mejillas redondeadas, que se mueven en cada succión. La lengua del bebé está por debajo del pecho.

#### **2.2.8. Factores socio-demográficos (45)**

Actualmente son bien conocidos los beneficios de la lactancia materna en varias esferas, como son, el nivel biológico, psicológico, socioeconómico, medioambiental y familiar. Sin embargo, resulta realmente preocupante

que se esté perdiendo como esta costumbre ancestral. Por tanto, es indispensable identificar y estudiar los diferentes factores que han llevado a la disminución de la lactancia materna exclusiva. Los avances han sido insuficientes para llevar a los resultados ideales, por lo que se requieren más esfuerzos en el reconocimiento de las barreras y agentes protectores de la lactancia materna.

Consideran diversos aspectos que se relacionan con el desarrollo del recién nacido. Para nuestra investigación se mencionarán los siguientes: Edad, ocupación, estado civil, religión, grado de instrucción, lugar de procedencia y número de hijos.

**2.2.8.1. Edad**

Hace mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta la actualidad.

**2.2.8.2. Ocupación**

Se refiere al trabajo que realiza una persona fuera de casa o que a las actividades distintas al cuidado del recién nacido independientemente del tema económico.

**2.2.8.3. Estado civil**

Hace referencia a la condición de una persona según el registro civil en función de su situación legal respecto a si tiene o no pareja.

**2.2.8.4. Lugar de procedencia**

Lugar de donde proviene la persona en un periodo mayor de 2 años.

**2.2.8.5. Número de hijos**

Se refiere al número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que fallecieron luego del nacimiento.

**2.2.8.6. Grado de instrucción de la madre**

Es el grado más alto completado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, se le relaciona con la natalidad de cada sociedad, entre otros.

**2.2.8.7. Religión**

Hace referencia al conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.



### 3. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

#### 3.1. Hipótesis

Existe relación entre el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva y las características sociodemográficas en púerperas inmediatas del Hospital Regional de Moquegua en el periodo enero – febrero del año 2021

#### 3.2. Operacionalización de las variables

##### *OPERACIONAIZACIÓN DE VARIABLES*

Variable						
Datos sociodemográficos	Características sociales y demográficas.	Edad	Cuantitativo	Valor número que representa su edad en años.	Razón	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 14-18 años</li> <li>2. 19-28 años</li> <li>3. 29-38 años</li> <li>4. 39 a más años</li> </ol>
		Grado de instrucción	Cualitativo	-Primaria completa. -Primaria incompleta. -Secundaria completa. -Secundaria incompleta. -Superior completo. -Superior incompleto. -Iletrada	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primaria completa.</li> <li>2. Primaria incompleta.</li> <li>3. Secundaria completa.</li> <li>4. Secundaria incompleta.</li> <li>5. Superior completo.</li> <li>6. Superior incompleto.</li> </ol>

						7. Iletrada
		Estado civil	Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Soltera</li> <li>– Casada</li> <li>– Conviviente.</li> <li>– Divorciada</li> <li>– Viuda.</li> <li>– Separada.</li> </ul>	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soltera</li> <li>2. Casada</li> <li>3. Conviviente.</li> <li>4. Divorciada</li> <li>5. Viuda.</li> <li>6. Separada.</li> </ol>
		Ocupación	Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>–. Ama de casa.</li> <li>–. Estudiante.</li> <li>–. Dependiente</li> <li>–. Independiente.</li> </ul>	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ama de casa.</li> <li>2. Estudiante.</li> <li>3. Dependiente</li> <li>4. Independiente.</li> </ol>
		Lugar de procedencia	Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>–. Urbana</li> <li>–. Rural</li> </ul>	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Urbana</li> <li>2. Rural</li> </ol>
		Religión	Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>–. Católica</li> <li>–. Testigo de Jehová</li> <li>–. Adventista</li> </ul>	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Católica</li> <li>2. Testigo de Jehová</li> <li>3. Adventista</li> </ol>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- .Evangélica</li> <li>- .Ateo / agnóstico</li> <li>- .Otra religión.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Evangélica</li> <li>5. Ateo / agnóstico</li> <li>6. Otra religión.</li> </ul>
		Número de hijos	Cuantitativo	Valor numérico que indica la cantidad de hijos.	Razón	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 1 hijo</li> <li>2. 2 hijos</li> <li>3. 3 hijos</li> <li>4. 4 hijos</li> <li>5. Más de 4 hijos</li> </ul>
Conocimientos sobre lactancia materna exclusiva	Es toda información que una persona ha adquirido o ha acumulado sobre lactancia materna mediante la interacción con el entorno y como resultado de la experiencia.	Conocimientos generales e importancia de la LME, conocimientos sobre la técnica de amamantamiento.	Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- .Bajo</li> <li>- .Medio</li> <li>- .Alto</li> </ul>	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Bajo</li> <li>2. Medio</li> <li>3. Alto</li> </ul>

## **4. CAPÍTULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.**

### **4.1. Diseño**

El presente estudio tiene un diseño descriptivo.

Por el periodo de captación de la información: prospectivo.

Por la evolución del fenómeno de estudio: transversal.

Por la comparación de poblaciones: relacional.

Por la intervención del investigador: observacional.

### **4.2. Ámbito de estudio**

El trabajo de investigación se realizó en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Moquegua, MINSA – Moquegua. Institución estatal.

DISTRITO: Moquegua, PROVINCIA: Mariscal Nieto, DEPARTAMENTO: Moquegua.

### **4.3. Población y muestra**

#### **Población:**

La población estuvo conformada por 191 puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Moquegua, todas procedentes del departamento de Moquegua, durante el periodo de enero a febrero del 2021, que cumplieron con los criterios de inclusión.

No hubo muestra por decisión y conveniencia del investigador, el cual utilizó toda la población (puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Moquegua)

**Criterios de inclusión:** Puérperas admitidas en el estudio que cumplieron con las siguientes condiciones:

- Puérperas que se encuentren en el servicio de hospitalización de Gineco-Obstetricia
- Puérperas inmediatas
- Puérperas que acepten ingresar al estudio.
- Puérperas que sepan leer y escribir.

**Criterios de exclusión:** Puérperas no admitidas en el estudio ya que contaban con las siguientes condiciones:

- Puérperas con VIH-SIDA.
- Puérperas hospitalizadas en UCI.
- Puérperas hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia COVID
- Puérperas que presenten una incapacidad física o mental.

### **Instrumentos y Procedimientos de recolección de datos**

La técnica que se utilizó es la recolección de datos mediante una encuesta realizada a las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Moquegua. Dicho instrumento consta básicamente de 3 formularios:

Formulario de consentimiento informado (Anexo 1). Corresponde a la determinación de elementos que respaldan los principios éticos en investigación para estudios como estos.

Formulario de datos generales (Anexo 2). Corresponde a un cuestionario con 7 preguntas de opción múltiple, de donde se obtendrá los datos sociodemográficos.

Formulario para la medir nivel de conocimiento (Anexo 3). Este corresponde a un cuestionario con 19 preguntas de opción múltiple, que se obtuvo de la tesis titulada “Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes del Hospital Rezola, durante el periodo de marzo-diciembre del 2018” por la investigadora, Manero Zegarra Sussam Astrid, ejecutado en la provincia de Cañete, departamento de Lima; dicho cuestionario fue evaluado por un juicio de expertos que incluía, al asesor, estadista y especialistas en el tema, luego se realizó la prueba de confiabilidad, obteniéndose un Alfa de Crombach igual a 0,83 lo que significa que el instrumento posee alta fiabilidad.

Este último formulario, está subdividido en 3 secciones, a nombrar:

Sección uno: consta de 6 (1-6) preguntas sobre el conocimiento de la importancia de la lactancia materna exclusiva que tienen las puérperas inmediatas.

Sección dos: consta de 6 (7-12) preguntas sobre el conocimiento de los beneficios de la lactancia materna exclusiva en puérperas inmediatas.

Sección tres: consta de 7 (13-19) preguntas sobre el conocimiento de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas.

Para la recolección de datos, se realizó las coordinaciones con la jefa del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Moquegua a quién se le solicitó permiso para poder realizar las encuestas en su servicio.

Se aplicó de manera individual el cuestionario con un tiempo promedio de 15 minutos a todas las puérperas inmediatas que cumplierse con los criterios de inclusión, previa firma de su consentimiento,

### **Procesamiento de datos**

Luego de recolectados los datos, se procedió a utilizar una hoja de cálculo del programa Excel para Windows 2019 para el primer filtrado de los datos incongruentes o incompletos; luego se usó el programa IBM SPSS v.24 (IBM Statistical Package for the Social Sciences) para la creación de una base de datos y su posterior análisis.

Las variables cualitativas se presentaron en frecuencias relativas y absolutas y las variables numéricas en medidas de tendencia central y de dispersión, respetando su distribución de normalidad evaluada por la prueba de Kolmogorov – Smirnov. La relación entre las variables del estudio fue hallada mediante la prueba de chi cuadrado o la exacta de Fisher (según se cumplan o no los supuestos de utilización de la prueba) y se consideró un nivel de significancia con un valor  $p < 0.05$ .

## 5. CAPÍTULO V: RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 RESULTADOS

**Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas de las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM en el periodo enero – febrero 2021.**

Características sociodemográficas	N	%
<b>Edad</b>		
De 14 a 18 años	10	5,2
De 19 a 28 años	93	48,7
De 29 a 38 años	77	40,3
De 39 a más	11	5,8
<b>Estado civil</b>		
Conviviente	182	95,3
Casada	9	4,7
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria completa	19	9.9
Secundaria incompleta	41	21.46
Secundaria completa	67	35.07
Superior incompleto	16	8.37
Superior completo	48	25.13
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	170	89,0
Trabaja	13	6,8
Estudiante	8	4,2
<b>Religión</b>		
Católica	175	91,6
Otra	16	8,4
<b>Procedencia</b>		
Urbana	170	89,0
Rural	21	11,0
<b>Número de hijos</b>		
Un hijo	40	20,9
Dos hijos	61	31,9

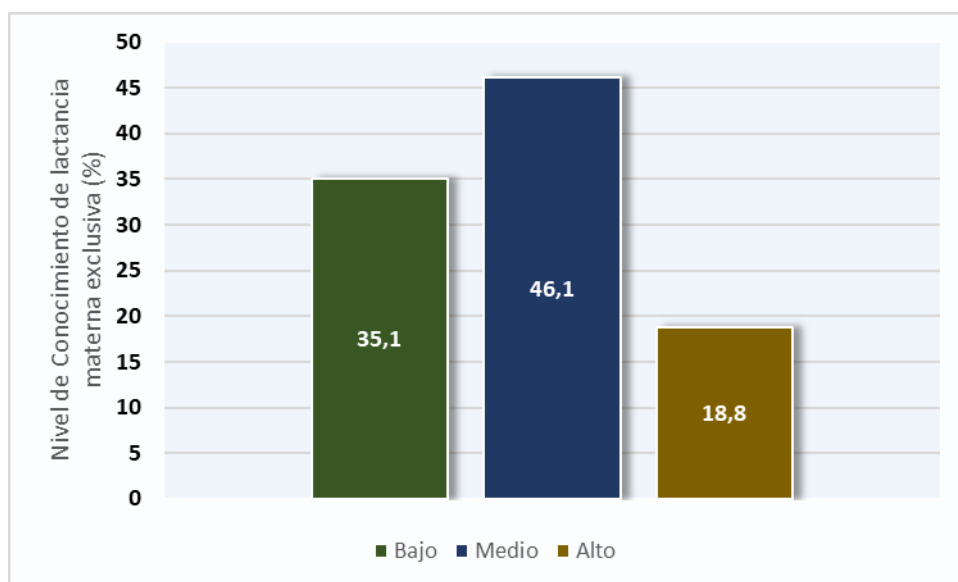
Tres hijos	50	26,2
Cuatro o más hijos	40	20,9
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>

De la población estudiada el 48,7% tenían entre 19 y 28 años y el 40,3% entre 29 y 38 años; el 95,3% era conviviente; el 66,5% había estudiado hasta secundaria o menos y el 33,5% tenía algún estudio superior o lo estaba cursando; el 89% era ama de casa, el 6,8% trabaja y el 4,2% estudia; el 91,6% era de religión católica; sólo el 11% era de lugares rurales y el 20,9% eran madres por primera vez; además, el mismo porcentaje tenía cuatro o más hijos al momento de la encuesta.



**Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM en el periodo enero – febrero 2021.**

Nivel de conocimiento	N	%
Bajo	67	35,1
Medio	88	46,1
Alto	36	18,8
<b>Total</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>



**Figura 1. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM en el periodo enero – febrero 2021.**

El nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva tuvo un 35,1% categorizado como bajo; un 46,1% de las madres puntuaron en el rango medio y sólo el 18,8% tenían un conocimiento alto sobre el tema.

**Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM en el periodo enero – febrero 2021 según su edad**

Edad	Nivel de conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto		n	%
	N	%	n	%	n	%		
De 14 a 18 años	0	0,0%	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
De 19 a 28 años	26	28,0%	42	45,2%	25	26,9%	93	100,0%
De 29 a 38 años	32	41,6%	34	44,2%	11	14,3%	77	100,0%
De 39 a más	9	81,8%	2	18,2%	0	0,0%	11	100,0%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>35,1%</b>	<b>88</b>	<b>46,1%</b>	<b>36</b>	<b>18,8%</b>	<b>191</b>	<b>100,0%</b>

X<sup>2</sup>: 25,79 p < 0,001

Las madres entre 14 y 18 años tuvieron en el 100% de los casos un conocimiento categorizado como medio; las que estaban en el grupo de 19 a 28 años, tuvieron un conocimiento bajo en un 28%, medio en un 45,2% y alto en el 26,9% de los casos; el grupo de 29 a 38 años presentó un 41,6% de nivel bajo, un 44,2% de nivel medio y 14,3% de nivel alto; las madres de 39 años o más, tuvieron en un 81,8% nivel bajo, 18,2% nivel medio y ninguna logró llegar a tener nivel alto de conocimiento sobre el tema.

La relación estadística se realizó mediante la prueba de chi cuadrado, obteniendo un valor p menor a 0,001, lo que nos indica que la relación entre las variables es muy significativa.

**Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM en el periodo enero – febrero 2021 según su estado civil**

Estado civil	Nivel de conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto		n	%
	N	%	n	%	n	%		
Conviviente	64	35,2%	85	46,7%	33	18,1%	182	100,0%
Casada	3	33,3%	3	33,3%	3	33,3%	9	100,0%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>35,1%</b>	<b>88</b>	<b>46,1%</b>	<b>36</b>	<b>18,8%</b>	<b>191</b>	<b>100,0%</b>

X<sup>2</sup>: 1,56 p = 0,49

En cuanto a la distribución por estado civil, las madres convivientes tuvieron en un 35,2% un nivel bajo, en el 46,7% de los casos nivel medio y un 18,1% alcanzaron puntuaciones de nivel alto; las mujeres casadas, se distribuyeron en los tres niveles simétricamente con un 33,3% en cada uno.

La relación estadística se realizó mediante la prueba de chi cuadrado, obteniendo un valor p de 0,49, lo que nos indica que la relación entre las variables no es significativa.

**Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM en el periodo enero – febrero 2021 según su grado de instrucción**

Grado de instrucción	Nivel de conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Primaria completa	19	100,00	0	0,00	0	0,00	19	100,0%
Secundaria incompleta	16	39,02	22	53,66	3	7,32	41	100,0%
Secundaria completa	22	32,84	45	67,16	0	0,00	67	100,0%
Superior incompleto	4	25,00	6	37,50	6	37,50	16	100,0%
Superior completo	6	12,50	15	31,25	27	56,25	48	100,0%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>35,1%</b>	<b>88</b>	<b>46,1%</b>	<b>36</b>	<b>18,8%</b>	<b>191</b>	<b>100,0%</b>

X<sup>2</sup>: 70,79 p < 0,001

Obtuvieron un nivel de conocimiento bajo, el 100% de madres con primaria completa, el 39,02% de madres con secundaria incompleta, el 32,84% con secundaria completa y el 25% y 12,5% de madres con estudios superiores incompletos y completos; puntuación para nivel medio de conocimiento lo hicieron en un 53,66% y 67,16% madres con secundaria incompleta y completa respectivamente y el 37,5% y 31,25% de madres con estudios superiores tanto incompletos como completos; porcentajes importantes en el nivel de conocimiento alto fueron para las madres con estudios superiores completos e incompletos (56,25% y 37,5% respectivamente).

La relación estadística se realizó mediante la prueba de chi cuadrado, obteniendo un valor p menor a 0,001, lo que nos indica que la relación entre las variables es muy significativa.

**Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM en el periodo enero – febrero 2021 según su ocupación**

Ocupación	Nivel de conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto		n	%
	N	%	n	%	n	%		
Ama de casa	67	39,4%	70	41,2%	33	19,4%	170	100,0%
Trabaja	0	0,0%	10	76,9%	3	23,1%	13	100,0%
Estudiante	0	0,0%	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>35,1%</b>	<b>88</b>	<b>46,1%</b>	<b>36</b>	<b>18,8%</b>	<b>191</b>	<b>100,0%</b>

X<sup>2</sup>: 18,80 p < 0,001

Hablando de la ocupación las mamá que son amas de casa, tuvieron en los niveles bajo, medio y alto un 39,4%, 41,2% y 19,4% respectivamente; las madres que trabajaban y eran estudiantes puntuaron en 76,9% y 100% para el nivel medio de conocimiento.

La relación estadística se realizó mediante la prueba de chi cuadrado, obteniendo un valor p menor a 0,001, lo que nos indica que la relación entre las variables es muy significativa.

**Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM en el periodo enero – febrero 2021 según su religión**

Religión	Nivel de conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto		n	%
	N	%	n	%	n	%		
Católica	56	32,0%	83	47,4%	36	20,6%	175	100,0%
Otra	11	68,8%	5	31,3%	0	0,0%	16	100,0%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>35,1%</b>	<b>88</b>	<b>46,1%</b>	<b>36</b>	<b>18,8%</b>	<b>191</b>	<b>100,0%</b>

X<sup>2</sup>: 9,77 p = 0,008

La religión católica fue la más prevalente en la población estudiada, de ellas el 32% obtuvo un nivel bajo, el 47,4% nivel medio y el 20,6% nivel alto; las madres pertenecientes a otra religión obtuvieron un 68,8% y 31,3% en los niveles bajo y medio respectivamente, no hubo en este caso madres con nivel alto.

La relación estadística se realizó mediante la prueba de chi cuadrado, obteniendo un valor p de 0,008, lo que nos indica que la relación entre las variables es significativa.

**Tabla 8. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM en el periodo enero – febrero 2021 según su procedencia**

Procedencia	Nivel de conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto		n	%
	N	%	n	%	n	%		
Urbana	49	28,8%	85	50,0%	36	21,2%	170	100,0%
Rural	18	85,7%	3	14,3%	0	0,0%	21	100,0%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>35,1%</b>	<b>88</b>	<b>46,1%</b>	<b>36</b>	<b>18,8%</b>	<b>191</b>	<b>100,0%</b>

X<sup>2</sup>: 26,87 p < 0,001

En cuanto a la procedencia, el 28,8% de la población de la zona urbana tuvo un nivel bajo, el 50% nivel medio y un 21,2% nivel alto; en la población rural el 85,7% y el 14,3% obtuvieron niveles bajo y medio, sin ninguna madre que haya presentado nivel alto de conocimiento sobre el tema.

La relación estadística se realizó mediante la prueba de chi cuadrado, obteniendo un valor p menor a 0,001, lo que nos indica que la relación entre las variables es muy significativa.

**Tabla 9. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM en el periodo enero – febrero 2021 según el número de hijos.**

Número de hijos	Nivel de conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto		n	%
	N	%	n	%	n	%		
Un hijo	2	5,0%	25	62,5%	13	32,5%	40	100,0%
Dos hijos	21	34,4%	20	32,8%	20	32,8%	61	100,0%
Tres hijos	14	28,0%	36	72,0%	0	0,0%	50	100,0%
Cuatro o más hijos	30	75,0%	7	17,5%	3	7,5%	40	100,0%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>35,1%</b>	<b>88</b>	<b>46,1%</b>	<b>36</b>	<b>18,8%</b>	<b>191</b>	<b>100,0%</b>

X<sup>2</sup>: 70,67 p < 0,001

Las madres con un hijo presentaron para los niveles bajo, medio y alto el 5%, 62,5% y 32,5% respectivamente; en el caso de que tuvieran dos hijos la distribución fue del 34,4%, 32,8% y 32,8% respectivamente; al tener tres hijos el porcentaje fue de 28% y 72% (nadie con nivel alto) y para las madres que tenían cuatro o más hijos, los niveles bajo, medio y alto, presentaron proporciones de 75%, 17,5% y 7,5% respectivamente.

La relación estadística se realizó mediante la prueba de chi cuadrado, obteniendo un valor p menor a 0,001, lo que nos indica que la relación entre las variables es muy significativa.



## 5.2 DISCUSIÓN

La presente investigación buscó relacionar las características sociodemográficas de las madres atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia en el Hospital Regional de Moquegua con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis que establece que existe relación entre nivel de conocimiento de LME y características sociodemográficas en las púerperas inmediatas del HRM.

Se encontraron asociaciones significativas entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y las características sociodemográficas como, la edad, grado de instrucción, ocupación, religión, procedencia y número de hijos; sin embargo, no fue el caso con el estado civil; en este punto los estudios revisados no son concluyentes, puesto que autores como, Ferro Sosa, quien también halla gran asociación estadística entre ambas variables, sin embargo difiere en que, así como nosotros no encontramos relación del estado civil con el nivel de conocimiento, Ferro no la encuentra con la variable ocupación, más si con el estado civil, puesto que en su población hubo mayor distribución en cuanto a la variable del estado civil (26). Por otro lado Cahuana Ccana, quien realiza su estudio con un número similar al nuestro, concluye al igual que nosotros las características sociodemográficas tienen asociación estadística significativa, sin embargo contrario a nosotros no encuentran esta asociación respecto al número de hijos pero si con la ocupación (27). Para Mamani BE, quien usó las mismas características sociodemográficas usadas en nuestro estudio, sí existe gran relación estadística entre estas características y el nivel de conocimiento, sin exceptuar a ninguna (28). Los resultados de Muñoz Bergarín coinciden plenamente con nuestro estudio, al concluir que existe asociación estadística entre factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento, a excepción del estado civil (29). Estudios realizados fuera de nuestro país como el de Salas de Paz en el país de México, obtuvieron resultados similares, al concluir que los factores socioculturales guardan gran relación con el nivel de conocimiento sobre LME, sin embargo este autor describa solamente, grado de instrucción, estado civil y edad, como factores socioculturales. (35)

El nivel de conocimientos medido en esta investigación, muestran que 1 de cada 2 madres tenían nivel medio y del otro 50% menos del 20% tenían nivel alto, mientras que más del

30% tenían nivel bajo, estos hallazgos guardan gran semejanza con los de Ferro Sosa quien redacta que su población estudiada tuvo un nivel inadecuado (regular y malo) en un 70% (26), ello contrasta con nuestro 80%, ambos estudios fueron realizados en un hospital del MINSA y con características de las puérperas similares. Cahuana Ccana también coincide con estos resultados, teniendo como predominante un inadecuado nivel de conocimiento en LME con un 52.7%. (27) Vargas Macedo, por otro lado obtiene resultados opuestos, ya que su población estudiada tuvo un nivel de conocimiento en LME alto en su mayoría (46.2%) (18), debemos recalcar que su estudio fue realizado en un hospital de ESSALUD y que las características sociodemográficas fueron diferentes a la de nuestro estudio, por ejemplo, el grado de instrucción superior era el que predominaba, hecho que no ocurrió en nuestro estudio, por ende a mayor grado de instrucción mayor es el entendimiento que puedan tener las puérperas al momento de instruir las en cuanto a LME se refiere. Cruz Morales por otra parte trae resultados intermedios a las dos posturas arriba descritas, por un lado, coincide con nuestro estudio en que el nivel medio en conocimiento sobre LME fue el predominante, en su caso en un 53.3%, sin embargo el nivel que le sigue es el alto con un 45.8%, y finalmente el bajo en menos del 1%, (30) en nuestro estudio, el segundo en prevalencia era el nivel bajo, seguido por el nivel alto, debemos resaltar que Cruz Morales realiza su estudio en una población conformada por madres de lactantes menores a 6 meses, se puede deducir entonces, que esta población ha tenido más contacto con el sistema de salud en los controles de sus hijos, por ende mayor acceso y formación en cuanto al tema de LME se refiere. Lo mismo ocurre con los resultados de Granados Arias, donde se identificó que el 66.4% de su población tenía un adecuado nivel de conocimiento en LM, y en este estudio al igual que el anterior no fue realizado en puérperas inmediatas, sino en madres de niños < 2 años. (34) Si miramos fuera de nuestro país, encontramos que una investigación realizada por Salas de la Paz en el País de México, con una cultura muy similar a la de nosotros, escriben en sus conclusiones que su población tiene un nivel de conocimiento predominantemente bajo en cuanto a LME (77%) (35), esta cifra es más del doble de la obtenida en nuestro estudio (30%). Finalmente tenemos el trabajo de investigación ejecutado por Nukpezah N. realizado en España, quien concuerda con nuestros resultados, al haber obtenido un nivel de conocimiento en LME medio en sus puérperas inmediatas.

La población estudiada fueron 191 madres que cumplieron con los criterios de selección; similar población fue incluida en los estudios de Cahuana Ccama (27), Cruz Morales (30), Villodas Trujillo (31) y Amado Herrera (32).

En nuestro estudio, el grupo de edad con mayor prevalencia fueron los de 19 a 28 años y 29 a 38 años, correspondientes entre ambos casi al 90% de la población estudiada; estos hallazgos coinciden con lo reportado por Mamani BE et al. (28), que indicó que 7 de cada 10 madres tenían edades entre 18 a 35 años. Granados Arias también comparte los mismos grupos etarios predominantes al ser en su caso de 25-35 años. (34). En cuanto al estado civil 9 de cada 10 madres eran convivientes, sólo la tercera parte tenía estudios superiores, casi el 90% era ama de casa, mientras que solo el 6.8% eran trabajadores (en su gran mayoría comerciantes), más del 90% profesaban la religión católica, sólo 1 de cada 10 madres provenían de áreas rurales, y 2 de cada 10 madres ya tenían cuatro o más hijos, en el caso de nuestro estudio, por otra parte, Granado Arias es el autor con el que más semejanzas se tiene respecto a nuestro estudio, en el caso de Granado, el grupo etario prevalente fue el de 20 a 35 años de edad con 73,2%; el 69,4% tenían grado de instrucción secundaria; con respecto al estado civil, predominó el conviviente con 68,9% y el 84,2% se dedicada a labores del hogar (34) ambos realizamos el estudio en madres usuarios de un hospital MINSA, además de poseer casi exactamente la misma cantidad de población estudiada. La población estudiada por Mamani BE, fue también muy similar en este sentido, salvo porque en su estudio solamente 4 de cada 10 púerperas eran amas de casa (28), probablemente esto último se deba al ámbito de estudio del investigador, el cual fue un hospital ESSALUD, donde la mayoría de usuarios, tienen un trabajo estable.

Por otro lado las características sociodemográficas del estudio realizado por Vizcarra Villafuerte en la ciudad imperial del Cusco, distan mucho de nuestros resultados, ya que su población era como sigue a continuación, 41% tiene de 26 a 34 años, 46% procede de zona rural, solo el 45%, es ama de casa, 66% tiene estudios secundarios, solamente el 52% conviven (20) , a diferencia de nuestro estudio, donde predomina, la zona urbana (en gran medida), igual la ocupación de ama de casa, estudios secundarios y el hecho de ser convivientes, sin embargo llama la atención que se coincida en el nivel de conocimiento sobre LME (medio, seguido de bajo y finalmente alto).

Los resultados reafirman que las características sociodemográficas influyen en el nivel de conocimientos de LME, es así que se observó que a mayor edad de la púerpera se asocia

a un nivel bajo de conocimiento de LM, puesto que las que estaban en rango de 39 años a más, obtuvieron el nivel bajo en un 81.8%, este resultado se opone a todos los resultados obtenidos de otros autores, como, Ferro Sosa (26), Cahuana Ccana (27), Muñoz Bugarín (29), Granado Arias (34), todos estos autores llegan a la conclusión que a mayor edad el nivel de conocimiento es también mayor. Dicho fenómeno llama la atención, además que este se repite al observar los resultado respecto al número de hijos, ya que se concluye que a mayor número de hijos, más bajo era el nivel de conocimiento, otros autores citados en este estudio, concluyen lo opuesto. Sin embargo este hecho se puede explicar porque en nuestro estudio había una relación estrecha entre las puérperas con mayor edad, correspondían a las que más hijos tenían, y estas dos variables a su vez eran inversamente proporcionales al grado de instrucción (anexo 4 y 5), siendo este uno de los pilares fundamentales para la comprensión de un tema determinado, en este caso, referente a LME, tal como lo concluye, Estrada Rodríguez (8), también debemos tener en cuenta que las mujeres que tenían más cantidad de hijos tuvieron estrecha relación estrecha con el lugar de procedencia, sienten en ellas predominante, el hecho de provenir de una zona rural (anexo 6), y como es de conocimiento, vivir en una zona alejada, guarda asociación con menor acceso a la educación, así como a la salud. Además que probablemente estas madres añosas y con mayor número de hijos, hayan tenido una inadecuada formación en cuanto a LME, por deficientes estrategias de promoción en cuanto LM, hace ya hace varios años, cuando tuvieron el primer hijo, y estos malos aprendizajes se hayan ido repitiendo con los hijos posteriores, hasta la actualidad, puesto que al aducir que tienen vasta experiencia, siguen con sus mismas costumbres y no hacen caso a las recomendaciones que el personal de salud les pudiese brindar, a diferencia de las madres jóvenes y primerizas que están atentas a la capacitación que se les imparte, corrigiendo los errores que sean marcados por el personal de salud.

Respecto al grado de instrucción en nuestro estudio se concluye que el grado de instrucción es directamente proporcional al nivel de conocimiento, puesto que se notó que las puérperas que tuvieron educación superior tenían mayor nivel alto de conocimiento, hecho que es equivalente al de otros estudios, como el de Granados Arias (34), en cuya población, el 69,4% tenían grado de instrucción secundaria y el 47,4% de este grupo tenía un adecuado conocimiento, este hecho es respaldado por otros autores como, Muñoz Bugarín (29), es más Cahuana Ccana (27), escribe literalmente que las puérperas que solo

tienen educación primaria presentaron el más alto porcentaje de conocimiento malo (6,9%), de la misma manera pasa con Ferro Sosa (26), quien lleva a la misma conclusión.

En lo que respecta a la ocupación, se asoció el hecho de realizar a otra actividad que no sea el ser ama de casa al nivel de conocimiento medio, esta misma asociación se halló en el estudio de Ferro Sosa (26), quien concluye que 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, así mismo, las estudiantes tienen el más bajo porcentaje de conocimiento bueno.

En cuanto a la religión, predominó en nuestro estudio, las puérperas que profesaban el catolicismo, tenían más alto nivel de conocimiento, datos que se repiten en el estudio de Mamani BE (28), cuya población también predominó esta religión en un 70.2% y esta se asoció a un nivel de conocimiento adecuado.

### 5.3 CONCLUSIONES

1. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre casi todas las características sociodemográficas y el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva; con excepción del estado civil.
2. El nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva tuvo un 35,1% categorizado como bajo; un 46,1% de las madres puntuaron en el rango medio y sólo el 18,8% tenían un conocimiento alto sobre el tema.
3. Las características sociodemográficas que predominaron en nuestra población fueron las siguientes: el 48,7% de las madres tenían entre 19 y 28 años y el 40,3% entre 29 y 38 años; el 95,3% era conviviente; el 66,5% había estudiado hasta secundaria o menos; el 89% era ama de casa; el 91,6% era de religión católica; el 89% provenía de zonas urbanas y respecto al número de hijos, hubo similares porcentajes para cada número, sin embargo predominó por una estrecha diferencia el hecho de tener dos hijos en un 31.9%.
4. Las edades que mayor relación tuvieron con un nivel de conocimiento medio fueron las de 19 – 28 años (45.2%) y de 29 – 38 años (44.2%), se observó que a mayor edad, menor era el nivel de conocimiento. En cuanto al estado civil, las madres convivientes obtuvieron mayor porcentaje (46.7%) de nivel medio. Respecto a grado de instrucción, a mayor grado, mayor fue el nivel de conocimiento, es así que las puérperas que tenían estudios superiores mostraron un nivel alto en 51.6%. En cuanto a la ocupación, las madres que tenían algún, fuera de casa, no obtuvieron ningún valor en nivel bajo, como sí sucedió en las amas de casa. La religión católica fue la más prevalente, es así que el 47.4% fue nivel medio. En lo que respecta al lugar de procedencia, la población rural obtuvo un 85.7% de nivel bajo. A mayor cantidad de hijos, era el nivel bajo el que predominaba, en el caso de las madres que tenían 4 o más hijos, el nivel bajo fue de 75%.

## 5.4 RECOMENDACIONES

1. El estudio tiene la limitación de ser transversal y haber sido ejecutado en un periodo corto, se sugiere realizar un estudio con mayor plazo de evaluación y una mayor población, además poniendo a prueba la posibilidad de una charla previa a la encuesta y de esta manera comparar los resultados obtenidos.
2. Se sugiere dar a conocer los resultados de este trabajo de investigación al comité de lactancia materna del Hospital Regional de Moquegua, para que tomen en cuenta las falencias que tienen las puérperas de Moquegua en cuanto a este tema, para poder reforzar y/o diseñar nuevas estrategias, como diseñar un programa educativo y consejería sobre LME dirigido a las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia, que incluya recursos visuales, audiovisuales y sesiones grupales demostrativas, además considerar la retroalimentación después de impartir la consejería.
3. Se sugiere que el equipo del primer nivel de atención, tenga en cuenta las características sociodemográficas, y de esta manera puedan fortalecer las acciones educativas dirigidas a incrementar la cobertura de LME, no solo dentro de los establecimientos de salud, sino también dentro de la comunidad, en las madres que acuden a sus controles prenatales.
4. Teniendo como parte de resultados de esta investigación, el hecho de que las mujeres procedentes de la zona rural tenían un nivel de conocimiento sobre LME predominantemente bajo, se sugiere al jefe encargado de cada establecimiento de salud en estas zonas, coordinar actividades preventivo – promocionales dirigidas a las asociaciones organizadas de la comunidad, enfocado no solo en la madre, sino también en su entorno familiar, para de esta manera poder mejorar los conocimientos sobre LME en este grupo de mujeres y así mejorar la práctica de LME y por ende disminuir las tasas de morbi-mortalidad infantil.
5. En nuestro estudio, se muestra que la gran mayoría de la población estudiada tiene la ocupación de ser amas de casa, este hecho se puede aprovechar, desde el punto de vista de atención primaria en dos tiempos, primero, las madres que no acuden

a sus controles pre natales y segundo, a las madres que no acudan a su control en CRED del niño sano, se podría realizar una visita domiciliaria y realizar charlas demostrativas sobre LME, además de otros temas de importancia, ya que se tiene la certeza de que gran porcentaje de madres se encontrará en sus hogares.

6. Se sugiere la posibilidad de destinar exclusivamente personal de enfermería para la promoción, control y evaluación de lactancia materna exclusiva en puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia, con el fin de contribuir a incrementar el nivel de conocimiento sobre LME en dichas puérperas.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Hamze L, Mao J, Reifsnider E. Knowledge and attitudes towards breastfeeding practices: A cross-sectional survey of postnatal mothers in China. *Midwifery*. julio de 2019;74:68-75.
2. Suárez-Cotelo MDC, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, Arias BF, Novío S. Breastfeeding knowledge and relation to prevalence. *Rev Esc Enferm USP*. 28 de febrero de 2019;53:e03433.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lactancia materna exclusiva [Internet]. WHO. [citado 11 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. WHO. [citado 11 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/nutrition/topics/global\\_strategy\\_itycf/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy_itycf/es/)
5. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lactancia y nutrición de niñas, niños y mujeres [Internet]. INEI. 2018 [citado 11 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap010.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap010.pdf)
6. Ministerio de Salud (MINSA). Guía técnica para la consejería en lactancia materna [Internet]. 2017 [citado 11 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4173.pdf>
7. Broche Candó RC, Sánchez Sarría OL, Rodríguez Rodríguez D, Pérez Ulloa LE. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. junio de 2011;27(2):254-60.
8. Estrada Rodríguez J, Amargós Ramírez J, Reyes Domínguez B, Guevara Basulto A. Intervención educativa sobre lactancia materna. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. abril de 2010;14(2):0-0.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre la lactancia materna [Internet]. WHO. 2017 [citado 11 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
10. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 30 de enero de 2016;387(10017):475-90.

11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna [Internet]. 2017 [citado 12 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3850:los-bebes-y-las-madres-del-mundo-sufren-los-efectos-de-la-falta-de-inversion-en-la-lactancia-materna&Itemid=900](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3850:los-bebes-y-las-madres-del-mundo-sufren-los-efectos-de-la-falta-de-inversion-en-la-lactancia-materna&Itemid=900)
12. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, ENDES Primer Semestre 2019 [Internet]. 2019 [citado 11 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores\\_de\\_Resultados\\_de\\_los\\_Programas\\_Presupuestales\\_ENDES\\_Primer\\_Semestre\\_2019.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf)
13. MINSA. Vigilancia de eventos sanitarios en medio de comunicación (reporte 030-2020) [Internet]. 2020 [citado 7 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/rumores/2020/Reporte\\_030-2020.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/rumores/2020/Reporte_030-2020.pdf)
14. Guevara Rios. La atención prenatal en tiempos de COVID-19. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2020;9(3):7-8.
15. MCLCP. Informe nacional sobre el impacto del COVID - 19 en las dimensiones económica, social y en salud en el Perú [Internet]. 2020 [citado 6 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2020-08-17/informe-salud-mclcp-2020-7-de-julio.pdf>
16. Niño M R, Silva E G, Atalah S E. Determinants of exclusive breastfeeding in health centers in Santiago, Chile. Revista chilena de pediatría. abril de 2012;83(2):161-9.
17. López-Sáleme R, Covilla-Pedrozo MK, Morelo NI, Morelos-Gaviria LP. Factores culturales y sociales asociados a la lactancia materna exclusiva en San Basilio de Palenque. 2019;16(2):14.
18. Vargas Macedo L. VRC. Conocimiento y éxito en inicio de lactancia materna en madres puerperas atendidas en el Hospital III ESSALUD, Punchana 2016. [Iquitos]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana UNAP; 2017.
19. Avalos González MM, Mariño Membribes ER, González Hidalgo JA. Factores asociados con la lactancia materna exclusiva. Revista Cubana de Medicina General Integral. junio de 2016;32(2):170-7.
20. Vizcarra Villafuerte I. Nivel de conocimiento y su relación con la práctica de lactancia materna exclusiva en madres primíparas, Hospital Regional de Cusco - 2018 [Internet]. [Cusco]: Universidad Andina de Cusco; 2019 [citado 6 de mayo de 2021]. Disponible en:

[http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/3314/2/Ingrid\\_Tesis\\_bachiller\\_2019\\_Part.1.pdf](http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/3314/2/Ingrid_Tesis_bachiller_2019_Part.1.pdf)

21. Rodríguez Leon L. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en mujeres derechohabientes de la ciudad de Córdoba Veracruz [Internet]. [Veracruz, México]: Universidad Veracruzana; 2014 [citado 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Leonardo.pdf%20>
22. CONSTITUCION POLITICA DEL PERU. 1993.
23. Código del Niño y Adolescente [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dga/nuevo-codigo-ninos-adolescentes.pdf>
24. MINSA. Reglamento de Alimentación Infantil [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3290.pdf>
25. V. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. setiembre de 2009 [citado 1 de septiembre de 2020];70. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1025-55832009000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832009000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
26. Ferro Sosa M, Flores Condori H. Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005 [Internet]. 2005 [citado 4 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2975/Ferro\\_sm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2975/Ferro_sm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
27. Cahuama Ccama JL. Nivel de conocimientos sobre lactancia materna en puérperas que acuden al Hospital III de Goyoneche [Internet]. 2014 [citado 4 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4321/MDcaccjl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Mamani B, Marin M. Factores socioculturales y su relación con la lactancia materna en madres de los recién nacidos del servicio de neonatología del Hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna 2017 [Internet]. 2017 [citado 4 de septiembre de 2020]. Disponible en: [http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3409/82\\_2018\\_estela\\_mamani\\_bk\\_marin\\_veliz\\_ml\\_facs\\_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3409/82_2018_estela_mamani_bk_marin_veliz_ml_facs_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

29. Muñoz Bugarin C. Factores asociados al conocimiento de lactancia materna en puérperas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital “San José” Callao-Lima, Julio-Setiembre 2017. 2017.
30. Cruz Morales JJ. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres primigestas con niños lactantes menores de 6 meses en el Hospital Distrital de Jersusalen II-1 2017-2018. 2018.
31. Villodas Trujillo Y. Factores socioculturales y la lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, lima 2018. 2018.
32. Amado Herrera LD. Factores asociados a la práctica adecuada de la lactancia materna en el puerperio – Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima 2016. [Internet]. 2016 [citado 4 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11650/Amado\\_hl.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11650/Amado_hl.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
33. Quispe García LM. Conocimiento de las primíparas sobre lactancia materna exclusiva en el servicio de alojamiento conjunto Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2015 [Internet]. 2016 [citado 4 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/8307/Quispe\\_gl.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/8307/Quispe_gl.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
34. Granados Arias VY. Factores socioculturales y nivel de conocimientos sobre lactancia materna en Hospital La Caleta- Chimbote 2017 [Internet]. 2017 [citado 4 de septiembre de 2020]. Disponible en: [http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/9105/Tesis\\_60578.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/9105/Tesis_60578.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
35. Salas de la Paz J, Salas de la Paz J, Parra BA, Universidad NA de M. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en mujeres de puerperio inmediato en el área de alojamiento conjunto del HGZMF #11 en Ciudad Delicias Chihuahua. 2019.
36. Cascone D, Tomassoni D, Napolitano F, Di Giuseppe G. Evaluation of Knowledge, Attitudes, and Practices about Exclusive Breastfeeding among Women in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 14 de junio de 2019;16(12).
37. Nukpezah RN, Nuvor SV, Ninnoni J. Knowledge and practice of exclusive breastfeeding among mothers in the tamale metropolis of Ghana. *Reprod Health*. 22 de agosto de 2018;15(1):140.
38. Bunge M. La ciencia. Su método y su filosofía. :37.

39. Salazar Bondy A, Miró Quesada F. Introducción a la Filosofía y Lógica [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/109409381/Introduccion-a-la-Filosofia-y-Logica-Augusto-Salazar-Bondy-y-Francisco-Miro-Quesada-5to-de-secundaria>
40. Perez-Jara J. La filosofía de Bertrand Russell [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://www.academia.edu/31021090/La\\_filosof%C3%ADa\\_de\\_Bertrand\\_Russell](https://www.academia.edu/31021090/La_filosof%C3%ADa_de_Bertrand_Russell)
41. Asociación Española de Pediatría. Guía de Lactancia Materna [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2020]. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia\\_baleares\\_esp.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf)
42. Pérez LRM. Lactancia Materna. Generalidades y Aplicación Práctica en Pediatría. 2011;43.
43. Ministerio de Salud (MINSA). Guía Técnica de Lactancia Materna [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4929.pdf>
44. Asociación Española de Pediatría. Técnicas de Lactancia Materna [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/>
45. Real Academia de la Lengua Española [Internet]. Real Academia Española. [citado 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.rae.es/inicio>

## ANEXOS

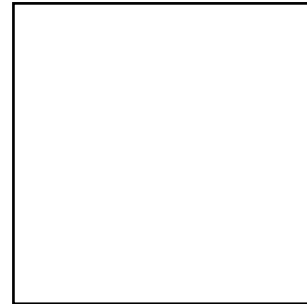
### ANEXO 1

#### *FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO*

YO....., con DNI N°....., habiendo sido informada de los objetivos, procedimientos, beneficios y responsabilidades de mi persona. Así también, como mis derechos para responder con una negativa. Dejando en claro de estar apoyando voluntariamente y no haber recibido ninguna coacción, para apoyar al campo de las investigaciones en salud. Acepto colaborar en el proyecto de investigación “RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA EN EL PERIODO ENERO – FEBRERO DEL AÑO 2021“ Ejecutado por Diana Luisa Choquesa Arce; con el fin de obtener su título de Médico-Cirujano; además de incrementar los conocimientos científicos en el área de la lactancia materna y promover la salud materna

---

Firma



Huella digital

## ANEXO 2

### *DATOS GENERALES:*

RELACIÓN DEL NIVEL ENTRE EL CONOCIMIENTO DE LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS  
EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA  
EN EL PERIODO ENERO – FEBRERO DEL AÑO 2021

CUESTIONARIO N°: \_\_\_\_\_

El presente cuestionario consta de 7 preguntas, poseen variables múltiples y deberá marcar con una equis (X) la respuesta que crea correcta. Es de carácter anónimo. Se agradece su colaboración.

#### FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

##### **1. Edad:**

- |               |                  |
|---------------|------------------|
| a) 14-18 años | b) 19-28 años    |
| c) 29-38 años | d) 39 a más años |

##### **2. Estado Civil:**

- |                |               |
|----------------|---------------|
| a) Soltera     | b) Casada     |
| c) Conviviente | d) Divorciada |
| e) Viuda       | f) Separada.  |

##### **3. Grado de Instrucción:**

- |                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| a) Primaria: Incompleta ( ) | Completa ( )   |
| b) Secundaria: Completa ( ) | Incompleta ( ) |
| c) Superior: Incompleto ( ) | Completo ( )   |
| d) Ilustrada.               |                |

**4. Ocupación:**

- |                |                  |
|----------------|------------------|
| a) Ama de casa | b) Estudiante    |
| c) Dependiente | d) Independiente |

**5. Religión:**

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| a) Católica       | b) Testigo de Jehová |
| c) Adventista     | d) Evangelista       |
| e) Atea/agnóstica | f) Otra religión     |

**6. Lugar de procedencia:**

- |           |          |
|-----------|----------|
| a) Urbana | b) Rural |
|-----------|----------|

**7. Número de hijos (contando el actual)**

- |                   |            |
|-------------------|------------|
| a) 1 hijo         | b) 2 hijos |
| c) 3 hijos        | d) 4 hijos |
| e) Más de 4 hijos |            |



## ANEXO 3

### CUESTIONARIO

RELACIÓN DEL NIVEL ENTRE EL CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PUÉRPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA EN EL PERIODO ENERO – FEBRERO DEL AÑO 2021

CUESTIONARIO N°: \_\_\_\_\_

El presente cuestionario consta de 19 preguntas y se divide en tres partes, poseen variables múltiples y deberá marcar con una equis (X) la respuesta que crea correcta. Es de carácter anónimo. Se agradece su colaboración.

DIMENSION I: CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

#### **1. ¿Con qué debe alimentarse su bebé los primeros meses de vida?**

- a) Lactancia materna exclusiva.
- b) Leche maternizada (ejemplo: NAN, SIMILAC, ENFAGROW, ENSURE, PEDIASURE, OTROS)
- c) Leche comercial (ejemplo: gloria, pura vida, otros)

#### **2. ¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna exclusiva su bebé?**

- a) A las 4 horas de nacido.
- b) Inmediatamente después del parto.
- c) A las 24 horas de nacido.

#### **3. ¿Hasta qué edad debe darle lactancia materna exclusiva a su bebé?**

- a) No sé.
- b) Hasta los seis meses de edad.
- c) Hasta los 12 meses.

**4. ¿Cuál es la razón principal por la que usted le daría lactancia materna exclusiva a su bebé?**

- a) Me ahorro dinero
- b) Le da los nutrientes necesarios.
- c) Me da más tiempo de pasar en compañía con mi bebé.

**5. ¿Qué es el calostro?**

- a) Es la costra de la cabeza con la que nacen muchos niños.
- b) Es un líquido amarillento y espeso que sale de la primera leche. es rico en proteínas y anticuerpos.
- c) Las primeras heces del bebé, que son más oscuras y muy pegajosas.

**6. Si su bebé llora de hambre o de sed durante el día y la noche ¿Qué haría usted?**

- a) Le da leche maternizada (ejemplo: NAN, SIMILAC, ENFAGROW, ENSURE, PEDIASURE, OTROS)
- b) Le da solo pecho.
- c) Le da leche materna más agüita.

**DIMENSION II: CONOCIMIENTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.**

**7. ¿Cuál considera un beneficio de la lactancia materna exclusiva para su bebé?**

- a) Lo protege de infecciones respiratorias y digestivas.
- b) Es más higiénica para él bebé.
- c) No sé.

**8. ¿Qué haría usted, si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea?**

- a) Le suspende la lactancia materna.
- b) Le da lactancia materna más suero oral.
- c) Le daría pecho con más frecuencia.

**9. ¿Cuál de estas acciones hacen que el pecho produzca más leche?**

- a) Tomar abundante líquido.
- b) Poner el bebé al pecho (que amamante).
- c) Alimentarse bien.

**10. ¿Cuál considera que es un beneficio de la lactancia materna exclusiva para usted?**

- a) Es más barata.
- b) Ayuda al útero a volver a su estado normal después del parto.
- c) No sé.

**11. ¿Cuál considera un beneficio económico en la lactancia materna?**

- a) Ahorro dinero y no pierdo tiempo en preparación de fórmula.
- b) Le proporciona al bebé una mejor nutrición.
- c) No sé.

**12. ¿Cuál considera un beneficio psicológico en la lactancia materna?**

- a) Es dar al bebé el mejor alimento con amor y calor de madre.
- b) Mientras lacto puedo distraerme en otros asuntos personales.
- c) No sé

**DIMENSIÓN III: CONOCIMIENTO SOBRE LAS TECNICAS DE LACTANCIA MATERNA**

**13. ¿Qué tiempo debe amamantar él niño y/o niña?**

- a) Cada 2 horas.
- b) Cada vez que el niño llore.
- c) Cada 6 horas.

**14. ¿Por cuál de las mamas empieza nuevamente a darle de lactar al niño y/o niña?**

- a) Empezara dar de lactar por cualquier seno.

- b) Iniciaré por la mama que no estuvo lactando anteriormente.
- c) No sé.

**15. ¿Cómo se coloca la mano para tomar el pecho cuando se amamanta?**

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

**16. ¿Qué hace usted para interrumpir la succión del bebé?**

- a) Jala el pezón para que él bebé suelte.
- b) Introduce el dedo en la boquita del bebé para que suelte el pezón.
- c) No sé.

**17. ¿Identifica los signos por los cuales el niño y/o niña no está satisfecho con la lactancia materna exclusiva?**

- a) Porque llora constantemente, tiene menos energía, está más flojo.
- b) Porque se enferma constantemente.
- c) No sé

**18. ¿Cuál es la gráfica donde se muestra la postura correcta como debe dar de lactar a su bebé?**

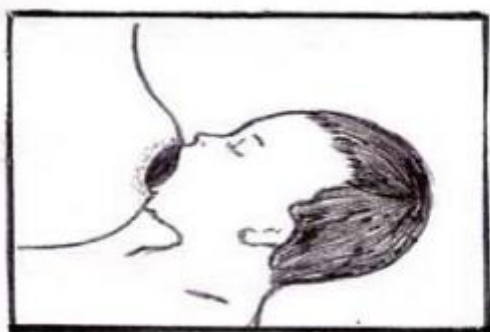


( )

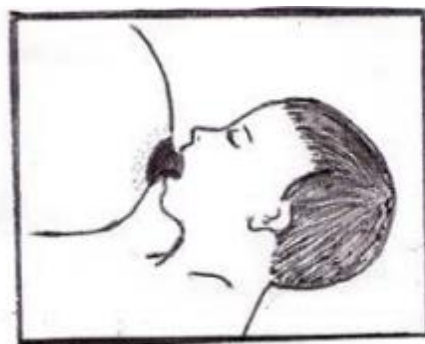


( )

19. ¿Cuál es la gráfica donde se muestra el agarre correcto de su bebé al pecho?



()



()

## ANEXO 4

**Tabla A: Distribución de la edad según el grado de instrucción en las púérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM en el periodo enero – febrero 2021.**

Edad	Grado de instrucción				Total	
	Hasta secundaria		Superior o más		n	%
	n	%	n	%		
<b>De 14 a 18 años</b>	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%
<b>De 19 a 28 años</b>	56	60,2%	37	39,8%	93	100,0%
<b>De 29 a 38 años</b>	50	64,9%	27	35,1%	77	100,0%
<b>De 39 a más</b>	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>66,5%</b>	<b>64</b>	<b>33,5%</b>	<b>191</b>	<b>100,0%</b>

De las madres que estudiaron hasta secundaria, fueron el 100% de las que tenían de 14 a 18 años y de 39 a más años, el 60,2% de las que tenían de 19 a 28 años, el 64,9% de las que tenían de 29 a 38 años; las que tienen un estudio superior fueron el 39,8% de las que estaban entre 19 a 28 años y el 35,1% de las que tenían de 29 a 38 años.

## ANEXO 5

**Tabla B: Distribución del número de hijos según el grado de instrucción en las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM en el periodo enero – febrero 2021.**

Número de hijos	Grado de instrucción				Total	
	Hasta secundaria		Superior o más		n	%
	n	%	n	%		
<b>Un hijo</b>	16	40,0%	24	60,0%	40	100,0%
<b>Dos hijos</b>	27	44,3%	34	55,7%	61	100,0%
<b>Tres hijos</b>	47	94,0%	3	6,0%	50	100,0%
<b>Cuatro o más hijos</b>	37	92,5%	3	7,5%	40	100,0%
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>66,5%</b>	<b>64</b>	<b>33,5%</b>	<b>191</b>	<b>100,0%</b>

De las madres que estudiaron hasta secundaria el 40% tenían un hijo, el 44,3% dos hijos, el 94% tres hijos y el 92,5% cuatro o más hijos; las madres que tenían estudios superiores corresponden al 60% con un hijo, el 55,7% con dos hijos, el 6% con tres hijos y el 7,5% con cuatro o más hijos.

## ANEXO 6

**Tabla C: Distribución del número de hijos según el lugar de procedencia en las puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del HRM en el periodo enero – febrero 2021.**

Número de hijos	Procedencia				Total	
	Urbana		Rural		n	%
	n	%	n	%		
<b>Un hijo</b>	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
<b>Dos hijos</b>	52	85,2%	9	14,8%	61	100,0%
<b>Tres hijos</b>	41	82,0%	9	18,0%	50	100,0%
<b>Cuatro o más hijos</b>	12	30,0%	28	70,0%	40	100,0%
<b>Total</b>	<b>145</b>	<b>75,9%</b>	<b>46</b>	<b>24,1%</b>	<b>191</b>	<b>100,0%</b>

De la zona urbana, el 100% eran madres con un hijo, el 85,2% con dos hijos, el 82% con tres hijos y el 30,0% con cuatro a más hijos; de la zona rural el 14,8% eran madres con dos hijos, el 18% con tres hijos y el 70,0% con cuatro o más hijos.