

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES
PUÉRPERAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN EL
RECIÉN NACIDO INMEDIATO EN EL CENTRO DE SALUD
PAUCARTAMBO – PASCO, 2018**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

TESISTAS:

Bach. Karina Soledad, Carbajal Rojas.

Bach. Pamela Sholange Harumi, Quispe Mamani.

Asesor: Mg. William Fermín Estrella Ureta

Cerro de Pasco - Perú 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUÉRPERAS SOBRE
LA LACTANCIA MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO INMEDIATO EN
EL CENTRO DE SALUD PAUCARTAMBO – PASCO, 2018**

TESISTAS:

Bach. Karina Soledad, Carbajal Rojas
Bach. Pamela Sholange Harumi, Quispe Mamani

SUSTENTADO Y APROBADO ANTE LA COMISIÓN DE JURADOS:

**Mg. César Ivon Tarazona Mejorada
PRESIDENTE**

**Mg. Raquel F. Tumialan Hilario
MIEMBRO**

**Mg. Lola Chirre Inocente
MIEMBRO**

Dedicamos esta investigación con amor y gratitud a nuestros padres. Por su apoyo constante, para obtener nuevos conocimientos en nuestra formación profesional.

RECONOCIMIENTO

A Dios Nuestro Señor; por darnos la vida y todo cuanto hemos logrado hasta hoy.

A la universidad nacional Daniel Alcides Carrión, por brindarme la oportunidad de desarrollar capacidades, competencias y optar el grado académico de obstetra.

A los docentes por su vocación de servicio al trabajo educativo, por brindarnos todos los conocimientos adquiridos.

RESUMEN

No cabe duda de que la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de muchas mujeres. Sin embargo, durante los primeros días, las madres, especialmente si son primerizas, suelen experimentar cierta ansiedad y sentimientos encontrados. Es algo absolutamente natural, no sólo por la carencia de experiencia, sino por el cambio y la necesidad de adaptación entre la madre y el bebé.

El puerperio es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (normalmente 6-8 semanas, o 40 días) para que el cuerpo materno incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pre gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 24 horas después del parto, el posparto inmediato.

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre esté saludable y en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna, su salud reproductiva, planificación familiar y los ajustes relacionados a su vida.

Durante este período de transición biológica, el recién nacido pasa a su vez por un estado de adaptación extrauterina, una de las transiciones fisiológicas de mayor repercusión hasta la muerte.

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) señalan asimismo que la lactancia «es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños».

La OMS y el Unicef recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos propios para su edad complementarios, hasta un mínimo de dos años. La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. El Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y Unicef.

Cuando hay desnutrición infantil no sólo se detiene el crecimiento cerebral, sino que además hay una atrofia del cerebro y el espacio es ocupado por líquido cefalorraquídeo. Asimismo, la suerte del sistema nervioso central está determinada en los primeros años de edad, más exactamente en los primeros 18 meses. Si durante este tiempo no recibe una adecuada ingesta de nutrientes el niño se enfrentará a un debilitamiento mental y en el futuro poco podrá hacerse para revertir esta situación.

Este daño no sólo afecta al individuo sino a la sociedad entera, ya que la principal riqueza de un país reside en su capital humano, y si éste se encuentra dañado, se diluye la posibilidad de crecer en un futuro cercano.

De allí, que el éxito en la recuperación de la desnutrición grave deba hacerse en la infancia, pues más adelante la recuperación de las capacidades mentales y posibilidades de desarrollo mental del niño se torna más difícil, casi imposible. El crecimiento es una de las primeras expresiones físicas de fallos físicos en los menores, razón por la cual, su seguimiento y vigilancia se convierte en un instrumento valioso para la detección temprana de problemas de salud en niños(as) que pueden estar asintomáticos. En otras palabras, si un(a) niños(a) crece, está bien alimentado y está sano, si no crece, es porque hay una interferencia que, en la mayoría de los casos, es un problema por insuficiente alimentación y/o de infección, entendiendo también con ello, que la conducta alimentaria y la relación del menor con la comida es una expresión de lo que el menor vive en su entorno y ambiente familiar. El objetivo fue Determinar el grado de conocimiento de las madres púerperas sobre la lactancia materna en el recién nacido inmediato en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco. Fue de tipo Explicativa ya que trata de uno de los tipos de investigación más frecuentes y en los que la ciencia se centra. Es el tipo de investigación que se utiliza con el fin de intentar determinar las causas y consecuencias de un fenómeno concreto. Se busca no solo el qué sino el porqué de las cosas, y cómo han llegado al estado en cuestión. Y el Nivel de Investigación fue Correlacional porque tuvo como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables.

Palabras claves: Puerperio, Lactancia Materna, Recién Nacido.

SUMMARY

There is no doubt that motherhood is one of the most important events in the lives of many women. However, during the first days, mothers, especially if they are new, often experience some anxiety and mixed feelings. It is something absolutely natural, not only because of the lack of experience, but because of the change and the need for adaptation between mother and baby.

The puerperium is the period that immediately follows the delivery and that extends the necessary time (normally 6-8 weeks, or 40 days) so that the maternal body - including the hormones and the female reproductive system - return to the pre-pregnancy conditions, decreasing the characteristics acquired during pregnancy. In the puerperium, the period of the first 24 hours after delivery, the immediate postpartum period, is also included.

The main focus of care during the puerperium is to ensure that the mother is healthy and able to care for her newborn, equipped with the information required for breastfeeding, her reproductive health, family planning and adjustments related to her life.

During this period of biological transition, the newborn passes through a state of extrauterine adaptation, one of the physiological transitions of greater repercussion until death.

Breastfeeding is breastfeeding with milk. The World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) also point out that breastfeeding "is an unparalleled way to provide the ideal food for the growth and proper development of children."

The OMS and Unicef recommend that exclusive breastfeeding be essential during the first six months of the newborn. They also recommend continuing to breastfeed after six months, at the same time that the baby is offered other complementary foods for their age, up to a minimum of two years. The American Academy of Pediatrics recommends maintaining breastfeeding at least during the first year.³ The Breastfeeding Committee of the Spanish Pediatric Association agrees in its recommendations with WHO and Unicef. When there is malnutrition in children, not only does brain growth stop, but there is also atrophy of the brain and space is occupied by cerebrospinal fluid. Also the fate of the central nervous system is determined in the first years of age, more exactly in the first 18 months. If during this time he does not receive adequate nutrient intake the child will face a mental weakening and in the future little can be done to reverse this situation.

This damage not only affects the individual but the entire society, since the main wealth of a country lies in its human capital, and if it is damaged, the possibility of growing in the near future is diluted. Hence, success in the recovery of severe malnutrition must be made in childhood, because later the recovery of mental abilities and possibilities of mental development of the child becomes more difficult, almost impossible. Growth is one of the first physical expressions of physical failures in children, which is why its monitoring and surveillance becomes a valuable instrument for the early detection of health problems in children who may be asymptomatic. In other words, if a child grows, is well nourished and is healthy, if it does not grow, it is because there is an interference that, in most cases, is a problem due

to insufficient food and / or infection, also understanding with it, that the alimentary behavior and the relation of the minor with the food is an expression of what the minor lives in his environment and family environment.

The objective was to determine the degree of knowledge of puerperal mothers about breastfeeding in the immediate newborn at the Paucartambo - Pasco Health Center. The Type of Research was Basic because it was concerned to collect information from reality to enrich the theoretical scientific knowledge of the importance of breastfeeding in the immediate newborn. And the Research Level was Correlational because its purpose was to measure the degree of relationship that exists between two or more concepts or variables.

Key words: Puerperio, Breastfeeding, Newborn

INDICE

DEDICATORIA

RECONOCIMIENTO

RESUMEN

SUMMARY

INDICE

INTRODUCCION

PRIMERA PARTE

ASPECTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO I

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y planteamiento del Problema.....	16
1.2 Delimitación de la Investigación.....	18
1.3 Formulación del Problema.....	19
1.4 Formulación de Objetivos.....	19
1.5 Justificación de la Investigación.....	20
1.6 Limitaciones de la Investigación.....	21

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio.....	22
2.2 Bases Teóricas – Científicas.....	27
2.3 Definición de términos.....	57
2.4 Formulación de Hipótesis.....	58
2.5 Identificación de Variables.....	58

2.6 Operacionalización de variables.....	58
--	----

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación.....	59
3.2 Método de Investigación.....	59
3.3 Diseño de Investigación.....	60
3.4 Población y muestra.....	60
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	60
3.6 Técnicas de procesamiento de análisis de datos.....	60
3.7 Selección y validación de los instrumentos de investigación.....	62

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Descripción del trabajo de campo.....	66
4.2 Presentación, análisis e interpretación de resultados obtenidos en el trabajo de campo.....	67
4.3 Prueba de Hipótesis.....	80
4.4 Discusión de Resultados	81

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍAS

ANEXO

INTRODUCCIÓN

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), En 2007 el lema de la Semana Mundial de la Lactancia Materna fue "Lactancia materna: la importancia de la primera hora". La iniciativa quería dar visibilidad al hecho de que no se puede apoyar adecuadamente a las madres que desean amamantar a sus hijos, sin tener en cuenta que para ello hay que humanizar toda la asistencia que rodea el momento del nacimiento, el parto, el contacto piel con piel, el respeto al vínculo madre-bebé y el inicio de la lactancia en las condiciones más óptimas. El inicio temprano de la lactancia, durante la primera hora después del parto y con el bebé mamando en posición correcta, contribuye al éxito de la lactancia materna ya que favorece la pronta instauración de la misma y reduce la posibilidad de succión incorrecta por parte del bebé. Por todo ello recomiendan que la lactancia materna se inicie lo antes posible tanto si se trata de un parto hospitalario como domiciliario.

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos: amamantando. Casi todas las sociedades tradicionales en África, Asia y América Latina han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra.

El famoso pediatra Paul Gyorgy dijo: «La leche de vaca es la mejor para los terneros y la leche humana es la mejor para los bebés humanos». Nadie puede negar lo cierta que es esa afirmación. Cada vez se reconoce

más ampliamente que toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo en la alternativa de recibir leche materna es un incumplimiento de estos derechos; aunque en la mayoría de los países haya muchos bebés que no reciben leche materna o que reciben leche materna durante un periodo relativamente corto.

Este trabajo de investigación es importante porque nos permitió vivenciar la problemática del inicio de la lactancia materna exclusiva que no es priorizado por las madres puérperas evitando así el inicio del contacto con el niño y afectando el vínculo maternal que le ayude al niño a tener seguridad y protección que requiere para su desarrollo.

PRIMERA PARTE
ASPECTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO I

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y planteamiento del Problema

No cabe duda de que la maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de muchas mujeres. Sin embargo, durante los primeros días, las madres, especialmente si son primerizas, suelen experimentar cierta ansiedad y sentimientos encontrados. Es algo absolutamente natural, no sólo por la carencia de experiencia, sino por el cambio y la necesidad de adaptación entre la madre y el bebé.

Los estragos que provoca la desnutrición infantil son los más lamentados por una sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se pueden producir alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles. El cerebro es el órgano que más rápidamente crece, en los primeros meses lo

hace a un ritmo de 2 mg. por minuto. Pesa 350 gr. cuando nace el ser humano y llega a los 900 gr. en 14 meses este peso equivale al 80% del peso del cerebro del adulto. Cuando hay desnutrición infantil no sólo se detiene el crecimiento cerebral, sino que además hay una atrofia del cerebro y el espacio es ocupado por líquido cefalorraquídeo. Asimismo, la suerte del sistema nervioso central está determinada en los primeros años de edad, más exactamente en los primeros 18 meses. Si durante este tiempo no recibe una adecuada ingesta de nutrientes el niño se enfrentará a un debilitamiento mental y en el futuro poco podrá hacerse para revertir esta situación.

Este daño no sólo afecta al individuo sino a la sociedad entera, ya que la principal riqueza de un país reside en su capital humano, y si éste se encuentra dañado, se diluye la posibilidad de crecer en un futuro cercano. De allí, que el éxito en la recuperación de la desnutrición grave deba hacerse en la infancia, pues más adelante la recuperación de las capacidades mentales y posibilidades de desarrollo mental del niño se torna más difícil, casi imposible. El crecimiento es una de las primeras expresiones físicas de fallos físicos en los menores, razón por la cual, su seguimiento y vigilancia se convierte en un instrumento valioso para la detección temprana de problemas de salud en niños(as) que pueden estar asintomáticos. En otras palabras, si un(a) niños(a) crece, está bien alimentado y está sano, si no crece, es porque hay una interferencia que, en la

mayoría de los casos, es un problema por insuficiente alimentación y/o de infección, entendiendo también con ello, que la conducta alimentaria y la relación del menor con la comida es una expresión de lo que el menor vive en su entorno y ambiente familiar.

En el Centro de Salud de Paucartambo en el servicio de obstetricia se observó que existe madres que no inician la lactancia materna en la primera hora de vida en neonatos sanos, manifestando: "no tengo leche, calostro", "tengo mucho dolor, me duele las mamas", prefiriendo dar la leche artificial, sabiendo los beneficios que tiene la leche materna para el niño. Es por ello la necesidad de realizar el presente estudio.

1.2 Delimitación de la Investigación

Por la naturaleza de la investigación es oportuno mencionar algunos criterios sobre conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna en el recién nacido, recabando información sobre el desarrollo del mismo enmarcados a la base de la población femenina puérpera en el lugar del Valle Hidro energético del Páucar.

El trabajo de investigación se desarrollará en el Centro de Salud Paucartambo, es uno de los trece que conforman la provincia y departamento de Pasco. Ubicado a 2880 m.s.n.m. Conocido en estos últimos tiempos como el valle agrícola e hidro energético, se encuentra ubicado en la parte Oriental de la provincia de Pasco, en las regiones Yunga, Quechua, Suni y Puna (jalca). Su capital Paucartambo, se encuentra a 96 km de Cerro de Pasco.

1.3 Formulación del Problema

1.3.1 Problema General

- ¿Cuál es el grado de conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna en el recién nacido inmediato en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco?

1.3.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el inicio de la lactancia materna en el recién nacido inmediato?
- ¿Cuánto será el tiempo de inicio en el proceso de calostro, presencia de dolor y otros factores?
- ¿Cuál será la técnica de la lactancia materna de las puérperas en el recién nacido inmediato?

1.4 Formulación de Objetivos

1.4.1 Objetivo General

- Determinar el grado de conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna en el recién nacido inmediato en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar los indicadores de Salud (edad, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico)
- Identificar el grado de conocimiento de las madres sobre el inicio de la lactancia materna en el recién nacido inmediato.
- Determinar el tiempo de inicio en el proceso de calostro, presencia de dolor y otros factores.

- Observar la técnica de la lactancia materna de las puérperas en el recién nacido inmediato.

1.5 Justificación de la Investigación

El presente trabajo de investigación es importante porque nos permitió vivenciar la problemática del inicio de la lactancia materna exclusiva que no es priorizado por las madres puérperas evitando así el inicio del contacto con el niño y afectando el vínculo maternal que le ayude al niño a tener seguridad y protección que requiere para su desarrollo.

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos: amamantando. Casi todas las sociedades tradicionales en África, Asia y América Latina han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) señalan asimismo que la lactancia «es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños».

La OMS y el Unicef recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos propios para su edad complementarios, hasta un mínimo de dos años.

La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año.³

El Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y Unicef.

El famoso pediatra Paul Gyorgy dijo: «La leche de vaca es la mejor para los terneros y la leche humana es la mejor para los bebés humanos». Nadie puede negar lo cierta que es esa afirmación. Cada vez se reconoce más ampliamente que toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo en la alternativa de recibir leche materna es un incumplimiento de estos derechos; aunque en la mayoría de los países haya muchos bebés que no reciben leche materna o que reciben leche materna durante un periodo relativamente corto.

1.6 Limitaciones de la Investigación

- El Centro de Salud de Paucartambo está integrada a la DIRESA PASCO para lo cual se tenía que pedir autorización.
- El proceso de disponibilidad del tiempo de las madres, ya que la mayoría se dedican a las labores de la casa y otros trabajos, por lo que era complicado ubicarlas. Se realizó diversas estrategias para la aplicabilidad de los instrumentos de investigación, los fines de semana.
- Por el factor climatológico de nuestra zona se tuvo inconvenientes en el trabajo de campo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

A. Bocanegra García, SA. "Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del Hospital Belén de Trujillo".

Resumen: Se investigó el nivel de conocimiento de cinco conductas óptimas de lactancia materna y su relación con algunos factores personales, educativos y socioeconómicos en 245 madres puérperas inmediatas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo. Se empleó el método no probabilístico accidental para la selección de las madres y un diseño prospectivo, no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo para estudiar el nivel de conocimiento y correlaciona! para estudiar la relación entre esta variable y los factores considerados; se desarrolló y aplicó a cada madre un cuestionario de preguntas sobre sus datos

personales, educativos y socioeconómicos y de 5 preguntas por cada conducta estudiada; en base a una escala de 0 a 1, se consideró un puntaje de 0,6 como nivel aceptable de conocimiento, para el análisis inferencial se empleó la correlación de Pearson, la prueba Chí cuadrado y el ANOVA, complementado con la prueba SNK. Se halló que el puntaje promedio de conocimiento de las conductas estudiadas fue 0,75 y que el 88,57% de las madres tuvo un nivel aceptable de conocimiento de las mismas; asimismo, que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las conductas estudiadas y la edad, procedencia, ocupación, estado civil, paridad (factores personales), fuente de información (factor educativo) y estrato (factor) socioeconómico de las madres, salvo entre la primera variable y el grado de instrucción (factor educativo) de las mismas.

Bocanegra García, SA. "Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en púerperas del Hospital Belén de Trujillo"..2012 (4):1-12.

B. Gutiérrez Gutiérrez, AE. "Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna".

Resumen: Se realizó un estudio retrospectivo con un universo de 192 embarazadas y ellas se tomó una muestra de 120, pertenecientes al área de Salud La Palma y en un período de 1 año (enero de 1998-99); dichas mujeres estuvieron ingresadas en el hogar Materno "La Palma" y en ellas se estudiaron: su conocimiento acerca de las ventajas de la lactancia materna, y la influencia positiva para la madre y el niño; posiciones correctas para lactar al niño y

otros detalles que forman una idea correcta de lo preparada o no que estaban esas embarazadas para desempeñar esa importante función con sus futuros hijos. Se comprobó que existe una relación directa entre el grado de escolaridad y el de conocimiento acerca del tema en cuestión, así como la vinculación de la ocupación y residencia de la madre y la duración de la lactancia.

Gutiérrez Gutiérrez, AE. "Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna". 2001 (17):1-4.

D. Martínez de Giordano D. "Relación entre Lactancia Materna y Estado Nutricional en el Niño. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología". Resumen: Estudios de investigación realizados en Córdoba, señalan una preocupante disminución de la lactancia materna exclusiva (LME). Hay sobrada evidencia científica conocida, de los beneficios que la LME ofrece al niño y a la madre. El presente estudio consideró la hipótesis: de que la LME influye positivamente en el estado nutricional del niño. Se basó en los siguientes objetivos: Principal: establecer el perfil de Lactancia Materna (LM) en niños que nacieron en el HUMN y su relación con el estado nutricional en el 1o, 2o, 3o y 4o mes de vida. Secundarios: evaluar diversos factores socioculturales maternos, registrar parámetros antropométricos en los niños al nacer y en los primeros 4 meses de vida, y su relación con el modo de alimentación, determinar las prácticas desfavorecedoras de la LM en el HUMN y efectuar recomendaciones para incrementar la LML. Diseño metodológico: la muestra incluyó 156 primíparas con parto natural y sus niños, en quienes se

estudiaron los parámetros antropométricos (peso, talla y perímetro cefálico) al nacer y en cada uno de los primeros cuatro meses de vida. Fueron incluidos recién nacidos normales, sin patología, de embarazo único, con peso igual o mayor a 2.500 g. El trabajo de campo fue realizado desde octubre de 1997 a diciembre de 1998 y desde octubre de 2002 a junio de 2003. Se evaluó el patrón de amamantamiento en cada uno de los meses mencionados, a través de una encuesta las madres durante la internación postparto y al 1º, 2º, 3º y 4º mes de vida de los niños. Resultados: todo el análisis estadístico fue realizado con el software SPSS 9.0 (SPSS Inc. 1999). De los 4 patrones de lactancia, el más frecuente fue Lactancia Natural completa (LNC) durante 4 meses (53, 2%), luego la LNC por 1,2, o 3 meses, (27.5%) seguido de la Lactancia Natural Parcial (LNP); luego la LNP (14%) durante 4 meses y finalmente la L. Artificial (5.2%). Las madres que no tuvieron una LNC fueron significativamente ($P < 0.05$): de menor edad promedio: sin pareja estable; trabajaban fuera de la casa, no participaron de ningún caso de preparación para la maternidad y pertenecían a la cohorte de 1997-1998. La falta de pareja establece por si sola aumentaría 2.5 veces la probabilidad de no adherencia a una LNC ininterrumpida. El sexo de los recién nacidos fue: masculino en el 42,3% y femenino en el restante 57,7; con un peso promedio al nacer de 3.251 y un desvío estándar (DS) de 415: una talla promedio de 48, 8 cm y DS de 2.0 y un perímetro cefálico medio de 34, 0 cm con un DS de 1,4.

Martínez de Giordano D. "Relación entre Lactancia Materna y Estado Nutricional en el Niño. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología 2004 (17):1-2.

E. Trudeau Morelia, L. "Tormento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño". Resumen: La lactancia materna juega un rol fundamental en el crecimiento y desarrollo del niño durante los primeros meses de vida, efecto que en la relación del binomio madre-hijo puede ser de largo alcance. En Chile a fines de la década del 70 la lactancia exclusiva no superaba el 5%, lo cual significó un impulso para adherir al Programa de Fomento Mundial de la Lactancia Materna de UNICEF, denominado "Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre"(IHANM) a partir del año 1992. Objetivo: Implementar y evaluar el Programa de UNICEF "IHANM" en un hospital de la zona sur de la Región Metropolitana. Material y Método: Con este fin se implementaron los siguientes mecanismos de intervención: a) diagnóstico de las prácticas de lactancia en los tres niveles de atención, b) capacitación del personal (20 horas teórico-prácticas), por equipo previamente adiestrado, c) cambios administrativos y técnicos en atención del parto y RN, que contempla redistribución de recursos humanos, atención de parto con contacto precoz madre hijo y la incorporación del progenitor a la sala de partos. Se define como indicadores de seguimiento el registro del número de atenciones con contacto precoz (Apego), número de fórmulas lácteas distribuidas en la maternidad, hospitalizaciones al RN por ictericia, cálculo de gastos en atención neonatal por

preparación de fórmulas lácteas y hospitalización por fototerapia y prevalencia de lactancia exclusiva en los menores de seis meses en los consultorios de atención primaria de SSMS. Resultados: La variable independiente Apego se correlacionó significativamente con la disminución del uso de fórmulas lácteas ($r = -0,94$), disminución de hospitalizaciones por fototerapia ($r = -0,91$). Se observa un aumento significativo de lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida, de 47% en el año 1994 a 65% en el año 1997 ($p < 0.011$). Estos resultados permiten concluir que este programa de fomento de lactancia, que facilita el encuentro madre-hijo precoz, previene la hospitalización por fototerapia, disminuye los costos de atención del RN y facilita una mejor prevalencia de lactancia exclusiva al sexto mes de vida.

Trudeau Morelia, L. "Tormento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño 2000 (1):1-4.

2.2. Bases Teóricas – Científicas

2.2.1 Conocimiento:

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

El diccionario define conocimiento como: "El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia". El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la

detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes). Esto hace que sea casi imposible observarlos.

Para Muñoz Seca y Riverola (1997)¹ el “conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada”.

El Conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.

Como vemos existen múltiples definiciones de conocimiento, desde las clásicas y fundamentales como una creencia cierta y justificada, a otras más recientes y pragmáticas como una mezcla de experiencia, valores, información y “saber hacer” que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción (Davenport y Prusak, 1998).²

Características del Conocimiento: Para Andreu y Sieber (2000)³, lo fundamental son básicamente tres características:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”.
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también “evaluarlos” en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento; y
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

Estas características convierten al conocimiento, cuando en él se basa la oferta de una empresa en el mercado, en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas. En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficientemente.

Tipos de conocimiento: Los diferentes tipos de conocimiento son adaptables a cualquier entorno y para cada persona. El “Know what” la cual se refiere a solo guarda formación, no está ligada a la práctica por lo tanto se vuelve en un disco duro, aquí este conocimiento no es de todo experimentación; pero en cambio “Know how” se utiliza mucho en la información que se identifica con la práctica (técnicas) donde se aprende haciendo e interactuando. Así cada conocimiento tiene su característica cita de transmisión -sensible o no a los demás-, como explícita o flexible que también puede conformarse en conocimientos a través de la formalidad (técnicas de abstracción y retroalimentación).

A) Conocimiento codificado o explícito: El conocimiento codificado o explícito es el conocimiento que puede ser expresado más formalmente de acuerdo con un código, y puede ser fácilmente y menos costosamente comunicado.

Se trata de un tipo de conocimiento que es transmisible en lenguaje formal y sistemático

B) Tácito: El conocimiento tácito es el que puede ser usado por los individuos y organizaciones para alcanzar algún propósito práctico, pero que no puede ser fácilmente explicado o comunicado

C) Técnico: La experiencia hizo el conocimiento técnico. Se origina, cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.

D) Cotidiano: El conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza diariamente, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia.

- Tiene lugar en las experiencias cotidianas.
- Es y ha sido respuesta a necesidades vitales.
- Ofrece resultados prácticos y útiles.
- Se transmite de generación en generación.

E) Local y global: Cuando se cruza la cultura con la localidad espacial y lo ecológico, hablamos de conocimiento local, es decir, un conocimiento desarrollado alrededor de un área geográfica definida. En cambio, el conocimiento global es el que se ha formado mediante redes o comunidades, pertenecientes a lugares geográficos dispares.

F) Conocimiento Vulgar: Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente las cosas o personas que nos rodean. Esa que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmite de generación en generación.

Características:

- Sensitivo
- Superficial
- Subjetivo

- Dogmático
- Estático
- Particular
- Asistemático
- Inexacto

G) Tecnológico: El conocimiento tecnológico, se conforma por nuevos procedimientos para alcanzar ciertos fines prácticos; pueden considerarse como el conocimiento de procedimientos probados por los que se logran objetivos predeterminados.

H) Intelectual: Es la apropiación de los objetos que no pueden ser nos presentados por los sentidos, a los cuales no pueden estimular. Estos objetos son los modos de ser de las cosas y sus relaciones, qué son, qué valen, porqué y paraqué son, etc.

I) Empírico: También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de innúmeras tentativas. Es metódico y asistemático.

El conocimiento común o popular está basado fundamentalmente en la experiencia, puede ser verdadero, falso o probable, teniendo las siguientes características:

- Es sistemático porque carece de métodos y técnicas.
- Es superficial porque se forma con lo aparente.
- Es sensitivo porque es percibido por los sentidos.
- Es poco preciso porque es ingenuo e intuitivo.

2.2.2 Lactancia materna:

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal, natural y sin aspavientos: amamantando. Casi todas las sociedades tradicionales en África, Asia y América Latina han tenido un excelente conocimiento local sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra.

El famoso pediatra Paul Gyorgy ⁴dijo: «La leche de vaca es la mejor para los temerosos y la leche humana es la mejor para los bebés humanos». Nadie puede negar lo cierta que es esa afirmación. Cada vez se reconoce más ampliamente que toda madre tiene el derecho de amamantar a su bebé y que cada niño tiene el derecho de recibir leche materna. Cualquier obstáculo en la alternativa de recibir leche materna es un incumplimiento de estos derechos; aunque en la mayoría de los países haya muchos bebés que no reciben leche materna o que reciben leche materna durante un periodo relativamente corto.

En los últimos años el interés en la lactancia ha crecido. Parte del motivo es la controversia tan publicitada de reemplazar la leche materna por biberones y la promoción activa de los sustitutos de la leche materna por parte de compañías multinacionales. El arte femenino de amamantar en los últimos años ha sido redescubierto

en Europa y en menor proporción en América del Norte. Desgraciadamente, el uso de los biberones continúa en muchos países industrializados del sur. Las consecuencias más serias de este cambio del pecho al biberón se observan entre las familias pobres de África, Asia y América Latina.

Ventajas de la lactancia natural: Durante los últimos 50 años, y especialmente en la última década, se han publicado extensos estudios que comparan la composición y beneficios relativos de la leche humana y de sus sustitutos. La mayor parte de la investigación reciente apoya las innumerables ventajas de la lactancia sobre otros métodos de alimentación infantil. Un amplio conjunto de investigaciones de nivel mundial, respalda la recomendación que los niños deben recibir sólo leche materna durante los primeros seis meses de vida. Ciertamente, en los países en desarrollo, donde los riesgos de la alimentación complementaria por lo general sobrepasan cualquier posible ventaja, es aconsejable exclusivamente la leche materna hasta los seis meses de edad.

Las ventajas de la lactancia respecto a la alimentación con biberón y los motivos por los que se recomienda tan ampliamente, se resumen a continuación:

- La lactancia es conveniente, el alimento tiene una disponibilidad fácil para el niño y no requiere preparación o equipo especial;
- La leche materna suministra un adecuado balance y una cantidad de nutrientes que son ideales para el niño lactante;

- El calostro y la leche materna tienen elementos anti infecciosos que ayudan a limitar las infecciones;
- La alimentación con biberón aumenta el riesgo de infecciones por contaminación con organismos patógenos en la leche, la fórmula láctea y el agua que se usa en la preparación, así como los biberones, chupetes y otros artículos utilizados para la alimentación del niño;
- La lactancia es más económica que la alimentación con biberón, que comprende los costos de la fórmula, o la leche de vaca, los biberones y los chupetes al igual que el combustible necesario para la esterilización;
- La lactancia prolonga la duración de la anovulación postparto y ayuda a las madres a espaciar los embarazos;
- La lactancia promueve un mayor vínculo y relación entre la madre y el niño;
- Aparentemente se observa un menor riesgo de alergias, obesidad y ciertos problemas de salud en niños amamantados con leche materna en comparación con los que se alimentan en forma artificial.

Existe ahora una evidencia decisiva sobre las ventajas de la lactancia natural para la salud, por ejemplo una menor morbilidad y mortalidad infantil, con respecto a los niños alimentados con biberón. Las ventajas favorecen en especial modo a las dos terceras partes de la población mundial que vive en la pobreza, aunque algunos

estudios han demostrado tasas menores de diarrea y otras infecciones y menos hospitalizaciones en niños alimentados con leche materna de comunidades ricas. Se tiene también evidencia que las mujeres que lactan a sus niños presentan un riesgo menor de cáncer de pecho, y quizá de cáncer uterino, en comparación con las mujeres que no lo hacen.

2.2.3 Malnutrición: La alimentación artificial puede contribuir de dos maneras importantes a la malnutrición proteinoenergética (MPE), incluyendo el marasmo nutricional. Primero, como ya se mencionó, los niños alimentados con una fórmula láctea tienen más probabilidad de sufrir infecciones, incluyendo la diarrea, que contribuyen a deficiencias en el crecimiento y a la MPE en la infancia y en la edad preescolar. Segundo, las madres de familias pobres a menudo diluyen excesivamente la fórmula. Debido al alto costo de los sustitutos de leche materna, la familia compra muy poca cantidad y trata de estirarlos usando menos cantidad de fórmula en polvo, que la recomendada para cada comida. El niño quizá recibe el número correcto de comidas y el volumen de líquido recomendado, pero cada comida se encuentra tan diluida que puede ser muy bajo su contenido de energía y otros nutrientes para lograr el crecimiento óptimo. El resultado es: falta de crecimiento y tal vez desarrollo lento de marasmo nutricional.

3.2.3.3 Problemas económicos: Una desventaja muy importante de la alimentación con fórmulas lácteas es el costo para la familia y para

la nación. La leche materna se produce en todos los países, pero la fórmula láctea no. La fórmula láctea es un alimento muy costoso, y si los países la importan, tienen que gastar innecesariamente divisas externas. La elección de la lactancia materna en vez de la alimentación con biberón, por lo tanto, aporta una importante ventaja económica para las familias y para los países pobres.

La fórmula láctea es un producto mejor para un niño de un mes de edad que la leche de vaca fresca o la leche entera en polvo. La leche descremada en polvo y la leche condensada azucarada están contraindicadas. Sin embargo, la fórmula infantil es sumamente costosa en relación con los ingresos de las familias pobres de los países en desarrollo. En la India, Indonesia y Kenya le costaría a una familia el 70 por ciento o más del salario promedio del trabajador para comprar cantidades adecuadas de la fórmula infantil para un bebé de cuatro meses de edad. La compra de una fórmula como sustituto de la leche materna desvía los escasos recursos monetarios de la familia y aumenta la pobreza.

Un bebé de tres a cuatro meses de edad necesita alrededor de 800 ml de leche por día o quizá 150 litros en los primeros seis a siete meses de vida. En los primeros cuatro meses de vida de un bebé de peso promedio necesitaría aproximadamente 22 kilos o 44 latas de medio kilo de fórmula en polvo. Los trabajadores de la salud y quienes dan asesoría sobre alimentación infantil en cualquier país, deben ir a los almacenes locales, averiguar el precio de los sustitutos

de leche materna disponibles en el lugar y estimar el costo que comportaría suministrar ese producto, en cantidades adecuadas para un período determinado, por ejemplo, de uno a seis meses. Esta información se debe publicar y poner a disposición de los funcionarios gubernamentales y de los padres, y utilizarse tanto como sea posible para ilustrar las implicaciones económicas en las madres pobres que no lactan.

Para muchos países que no fabrican fórmula infantil, la disminución de la lactancia natural significa un aumento en la importación de sustitutos manufacturados de leche materna y todo lo necesario para la alimentación con biberón. Estas importaciones pueden llevar a un empeoramiento de los problemas de deuda externa que ya son graves para muchos países en desarrollo. Incluso donde la fórmula infantil se produce localmente, la fabricación con frecuencia la controla una compañía multinacional, y las utilidades se exportan. Por lo tanto, la preservación de la lactancia materna o la reducción de la alimentación artificial son de interés económico para la mayoría de los países en desarrollo. Los economistas y los políticos pueden estar más inclinados a apoyar programas para promover la lactancia materna cuando aprecien que dichas medidas ahorrarán divisas extranjeras. Las implicaciones económicas son casi siempre de mayor interés para ellos que los argumentos sobre las ventajas de la lactancia para la salud.

2.2.4 Cómo se produce la leche materna:

La leche en los pechos se produce en un gran número de estructuras tipo bolsas denominadas los alvéolos y luego los canales lácteos la llevan al pezón. El pezón tiene nervios y es sensible al estímulo. Alrededor del pezón existe un área circular pigmentada que se denomina la areola, debajo de la cual se encuentran las glándulas que producen aceite para mantener sanos la superficie del pezón y la areola. La producción de leche es influenciada por hormonas, en particular la prolactina y la oxitocina, y por reflejosa succión del pezón por el niño estimula la glándula pituitaria anterior en el cerebro para producir prolactina, que influye sobre los alvéolos para secretar leche. Este mecanismo algunas veces se denomina «reflejo de secreción de leche».

La succión también estimula a la glándula pituitaria posterior para liberar en la sangre la hormona oxitocina. Ésta se desplaza a los pechos y causa contracciones en los alvéolos y los canales para permitir la salida de la leche. Este efecto de la oxitocina con frecuencia se llama «reflejo de descarga». La oxitocina también tiene otra acción estimulante sobre el músculo uterino para que se contraiga inmediatamente después del parto. Estas contracciones uterinas sirven para reducir la hemorragia. También ayudan a devolver el tono muscular, eliminan el aspecto de embarazo y brindan de nuevo a la madre la forma que no había observado durante tanto tiempo.

Conducción de la lactancia:

Si es posible, la lactancia se debe iniciar unos minutos después del parto (o ciertamente dentro de un término de una hora). Esta succión temprana tiene ventajas fisiológicas debido a que eleva los niveles de la hormona oxitocina secretada en la sangre de la madre. Como se describió antes, la oxitocina estimula las contracciones uterinas que primero ayudan a expeler la placenta y en segundo lugar tienen una importante función en la reducción de la pérdida sanguínea.

Después del parto la madre y su bebé deben estar juntos en cama, en casa o en la sala del hospital. En el pasado se consideraba normal en los hospitales modernos llevar al bebé a una sala especial para los niños y a la madre a una sala de maternidad, pero esta práctica es altamente indeseable. Si la práctica habitual del hospital de «colocarlos juntos» no se realiza es necesario cambiar los procedimientos. Es absolutamente seguro para el bebé dormir en la misma cama con la madre. Hay muy pocas contraindicaciones (salvo grave enfermedad de la madre o del niño) para que puedan estar juntos en la habitación o el niño pueda ser amamantado.

La alimentación de acuerdo con la demanda estimula el pezón y promueve la producción de leche y ayuda a evitar la congestión de los pechos.

La duración de la alimentación variará y en general no se debe limitar. Por lo general un bebé se alimenta de 8 a 12 minutos, pero algunos comen más rápido o más despacio, y ambos tipos casi

siempre reciben una cantidad adecuada de leche. Algunas madres creen que la leche del pecho izquierdo es diferente de la del derecho, pero esto no es así; el niño se debe alimentar de ambos pechos, más o menos en forma igual.

En los primeros días de vida, los bebés casi siempre pierden peso, de manera que un bebé que nació con 3 kilos puede pesar 2,75 kg a los cinco días de edad. Una pérdida de hasta un 10 por ciento no es rara, pero alrededor de los siete a diez días el bebé debe recuperar o superar el peso con que nació.

Casi todos los expertos ahora están de acuerdo en que se debe amamantar al niño exclusivamente durante los primeros cuatro a seis meses. Un aumento adecuado de peso es la mejor forma de juzgar lo correcto de la dieta. No se necesita agua, jugos u otros líquidos para un bebé que recibe leche materna adecuada, inclusive en las áreas calientes, húmedas o áridas, de los trópicos; el bebé simplemente se alimentará con más frecuencia si tiene sed. Si el bebé tiene diarrea se debe continuar la lactancia, pero se pueden necesitar otros líquidos como soluciones de rehidratación oral o preparaciones locales.

La experiencia en los países de África oriental, Asia y América Latina, sugiere que casi todas las madres que viven en familias grandes y en sociedades tradicionales son muy exitosas, con frecuencia muy expertas lactantes, y no es común el fracaso en la

lactancia. La vida en la familia tradicional es sin duda de gran importancia para la lactante principiante. Otras mujeres de la familia le brindan el apoyo y comodidad - sobre todo si hay dificultades - por el contrario, las madres en Europa y América del Norte tienen que buscar organizaciones como la Liga de la leche.

La lactancia no debe ser un procedimiento complicado y difícil. Debe ser algo agradable para ambos, madre e hijo, y puede llegar a serlo si se dan las circunstancias correctas de seguridad, apoyo y aliento. En todas las sociedades algunas mujeres tienen problemas con la lactancia, pero muchos de esos problemas se pueden solucionar o disminuir. Es importante que las madres tengan un fácil acceso a una buena asesoría y apoyo. Muchos libros que tratan sobre la lactancia y problemas relacionados con ella, se encuentran disponibles, y se deben consultar.

Los problemas frecuentes de la lactancia incluyen:

- Pezones invertidos o cortos, o pezones que no parecen ser muy protráctiles;
- Pezones que son tan largos que interfieren con la alimentación, porque algunos bebés succionan únicamente el pezón y no la areola;
- Rechazo a la alimentación, que necesita ser verificado en caso de un bebé enfermo, o que tenga un problema en la boca, como paladar hendido,

- Inflamación de los pechos, que se puede deber a pezones agrietados, por mastitis o por abscesos que exigen antibióticos y un buen cuidado médico;
- La denominada insuficiencia de leche, que se trata a continuación;
- Goteo de los pechos, que, aunque puede causar vergüenza y es generalmente limitada, se puede controlar si se extrae la leche y se usa un paño absorbente para evitar que se moje la ropa.

Propiedades y valor de la leche materna:

Inmediatamente después de dar a luz al bebé, la madre produce calostro por ambos pechos. En pocos días, la leche «llega» y aumenta en cantidad para suplir las necesidades del niño. La producción de leche de una madre está influenciada sobre todo por las exigencias de su bebé, cuya succión estimula la secreción de la leche. Mientras más succiona el bebé, mayor cantidad de leche producirá la madre. La cantidad con frecuencia aumenta de alrededor de 100 a 200 ml al tercer día del nacimiento a 400-500 ml en el momento en que el bebé tiene diez días de edad.

La producción puede continuar aumentando hasta 1 000 ó 1 200 ml por día. Un niño sano de cuatro meses de edad, de peso promedio y que crece normalmente, si se alimenta al pecho exclusivamente, recibirá de 700 a 850 ml de leche materna en un período de 24 horas. Al considerar que los bebés pueden comer tanto cuanto deseen, siempre tendrán suficiente leche. Esta es probablemente la única

oportunidad en la vida en que una persona puede comer tanto cuanto desee y siempre que lo desee. La alimentación de acuerdo con la demanda - en cualquier momento, día o noche - es el método de lactancia que se practica tradicionalmente. Se logra mejor si la madre está feliz, relajada, confiada y libre para estar con su bebé todo el tiempo. En estas circunstancias, la madre y el niño forman lo que se ha denominado una unidad bivalente - una pareja especial. Un litro de leche materna produce cerca de 750 kcal. La leche de vaca suministra más o menos tres veces más proteína y cuatro veces más calcio, pero tan sólo alrededor de 60 por ciento de los carbohidratos presentes en la leche materna humana.

Casi todos los estudios indican con claridad que los nutrientes que hay en la leche de una madre sana y bien nutrida, satisfacen todas las necesidades nutricionales del niño si consume suficiente leche. Aunque el contenido de hierro de la leche materna es bajo, es suficiente y bien absorbido lo que evita la anemia durante los primeros cuatro a seis meses de vida. La leche de vaca tiene inclusive menor contenido de hierro y el bebé no lo absorbe muy bien, por lo tanto, los niños alimentados con leche de vaca quizá desarrollen anemia por carencia de hierro.

La leche materna varía poco entre personas y quizá en menor grado en varias partes del mundo. La denominada primera leche es más diluida y contiene menos grasa, en comparación con la leche de la última parte de la comida, que es algo más espesa y de apariencia

más blanca y con mayor densidad de energía debido a que contiene más grasa.

De particular importancia es la presencia en el calostro y en la leche materna de factores anti infecciosa (que no se encuentran presentes en la fórmula para bebés). Estos incluyen:

- Algunos anticuerpos e inmunoglobulinas que actúan en el intestino del niño y atacan a los organismos que causan enfermedades, y evitan así una infección en el bebé;
- Células vivas, sobre todo glóbulos blancos, que pueden producir sustancias importantes como interferón (que pueden combatir los virus), inmunoglobulina A, lactoferrina y lisosomas;
- Otros factores, como el factor bífido que ayuda a ciertas bacterias amigas, como los lactobacilos. a crecer y proliferar en el intestino del niño, donde ayudan a garantizar un entorno ácido (por el ácido láctico) que es desfavorable para el crecimiento de organismos patógenos.

En términos simples, la leche materna contribuye a que el intestino del bebé sea un medio adverso y hostil para los organismos causantes de enfermedad. Las heces de un niño amamantado difieren en su aspecto de las de un niño que se alimenta con fórmula.

La ciencia y la industria se han unido para producir sustitutos de la leche humana con la intención de imitarla en términos de la cantidad de nutrientes que hay en la leche materna. Estos productos, que con frecuencia se denominan fórmulas infantiles, son la mejor alternativa de

la leche materna para los bebés que no pueden ser amamantados. Todas las fórmulas para bebés se basan en leche de mamíferos, por lo general leche de vaca. Aunque las fórmulas infantiles pueden ser la mejor alternativa para la leche humana, no son lo mismo. Incluyen los nutrientes conocidos que el niño necesita, pero quizá no tiene los nutrientes que aún no han sido identificados: en este caso, no es posible saber qué le falta al niño que recibe biberón. En efecto, en algunos aspectos las fórmulas infantiles son tan distintas de la leche humana, que pueden ser no aptas y peor aún, peligrosas. Las leches manufacturadas no tienen las propiedades anti infecciosas y las células vivas que se encuentran en la leche humana. Los productos manufacturados pueden ocasionarle al niño problemas de salud que nunca serían causados por la leche humana.

La leche materna, particularmente debido a la inmunoglobulina que contiene, parece proteger a los bebés contra las alergias. En contraste, la leche no humana y las proteínas de vaca presentes en los sustitutos de la leche materna, al igual que otras sustancias que contienen las fórmulas infantiles durante su fabricación, pueden provocar alergias. La consecuencia más grave en niños alimentados con fórmula es una mayor tasa de eczema, otras alergias, cólicos y el síndrome de muerte infantil repentina (SMIR), con respecto a niños que reciben leche materna.

Asimismo, además de todo lo anterior, los productos manufacturados son muy costosos.

Producción insuficiente de leche:

Mucho más común que la falla de la lactancia, es la creencia de una madre que ella no puede producir suficiente cantidad de leche para satisfacer a su bebé. Las madres en los países industrializados con frecuencia informan que no tienen bastante leche; quizá el bebé llora mucho o la madre opina que no crece en forma adecuada, o puede haber muchos otros motivos. En medicina esta condición se denomina «síndrome de leche insuficiente». Al comienzo, no es raro que sea una preocupación psicológica y no una condición seria, pero puede llevar con rapidez a un verdadero problema de producción de leche. Muy a menudo los médicos, enfermeras y amigos de la madre preocupada, le dan un consejo equivocado sobre su producción de leche.

En muchos estudios, sobre todo de países industrializados, se cita «leche insuficiente» como la razón más común de las madres para terminar de manera precoz la lactancia o para iniciar una rápida suplementación con otros alimentos, en especial fórmula láctea. Es muy fácil suponer que muchas mujeres son incapaces de producir leche en buena cantidad para alimentar a sus niños pequeños. La respuesta de un médico, cuando una madre se queja de no tener leche suficiente, es a menudo la de aconsejarle suplementar la leche materna con biberón. Este es el consejo equivocado que no se debe dar.

La succión del pecho estimula la liberación de prolactina. El mantenimiento de la lactancia depende de la adecuada estimulación del pezón por el niño que succiona. Es ahora indudable que la

disminución de la producción de leche materna resulta de la poca estimulación del pezón. Por lo tanto, la causa de leche insuficiente puede ser que la alimentación alternativa reemplaza con frecuencia la lactancia en diferentes grados. En consecuencia, el consejo de suministrar o aumentar el suplemento casi siempre contribuye a reducir la producción de leche materna; la alimentación suplementaria con biberón se utiliza como una cura para la leche insuficiente, cuando en realidad es la causa.

El tratamiento más apropiado para el síndrome de leche insuficiente, en una madre que desea amamantar, es aconsejarle que trate de aumentar la producción de leche si pone al niño al pecho con más frecuencia, para aumentar así el estímulo de los pezones. El consejo médico común, de dar más comidas con biberón, probablemente empeora la situación, pues genera una ulterior disminución en la producción de leche y la eventual interrupción de la lactancia. Esto no es condenar la alimentación suplementaria, sobre todo después de los seis meses de edad, pero debe ser claro que su uso casi inevitablemente contribuirá a declinar la producción de leche.

El trabajo materno lejos de casa se cita a menudo como el motivo más importante para la declinación de la lactancia. Los estudios publicados, sin embargo, rara vez citan el trabajo como un motivo serio para no iniciar la lactancia o para el destete precoz. Con claridad, el empleo fuera de casa por más de unas cuantas horas al día implica restricciones a la oportunidad de amamantar y da una razón para la

alimentación suplementaria. Puede, por lo tanto, contribuir a la producción insuficiente de leche.

Las madres que trabajan pueden continuar alimentando al pecho con éxito y mantener buenos niveles de lactación. La estimulación del pezón por medio de una succión adecuada durante el tiempo que pasan con el niño es particularmente importante. Se requieren leyes laborales y condiciones de trabajo que reconozcan las necesidades especiales de las madres lactantes en la fuerza laboral. Si la lactancia se acepta por los gobiernos y empleadores como una práctica usual y necesaria, se harán arreglos para que la madre pueda tener a su bebé cerca de ella durante los primeros seis meses de vida.

La actitud de los profesionales de la salud respecto a la lactancia ha mejorado en las últimas dos décadas. Sin embargo, hay todavía gran ignorancia, y como resultado, la profesión médica y de la salud es a menudo factor negativo de la lactancia. La primera necesidad entonces es educar a los futuros trabajadores de la salud sobre la lactancia y reeducar a los profesionales actuales. Se requiere mejorar la capacitación de los médicos, enfermeras, parteras y otros profesionales de la salud. En algunos países se realizan en la actualidad importantes esfuerzos en este campo, por medio de seminarios y cursos para educar a los trabajadores de la salud sobre prácticas adecuadas de alimentación infantil.

Calostro:

El calostro es el líquido amarillo o color paja que producen los pechos en los días posteriores al nacimiento del bebé. El calostro es altamente nutritivo y rico en propiedades anti anticuerpos infecciosas. Podría decirse que las células vivas, inmunoglobulinas y del calostro constituyen la primera inmunización para el niño.

En casi todas las sociedades, el calostro se considera distinto de la leche materna debido a su color y a su consistencia cremosa, pero no siempre se reconoce el enorme valor para el niño. En muchas partes del mundo las madres no lactan el calostro a sus bebés; esperan hasta que los pechos secreten la leche blanca. Algunas madres (y abuelas) creen que en los primeros días después del parto el niño recién nacido debe recibir otros líquidos o alimentos, por ejemplo, té en la India y agua con azúcar o glucosa en muchos hospitales occidentales. Estos alimentos no son necesarios y en realidad están contraindicados. El niño al nacer tiene una cantidad adecuada de agua y líquidos corporales y suficientes nutrientes, de manera que la única alimentación requerida es el calostro y luego la leche materna durante los primeros cuatro a seis meses de vida.

2.2.5 La Iniciativa del Hospital Amigo de Bebé (IHAB):

En 1992, UNICEF y la OMS⁵ lanzaron una iniciativa para ayudar a proteger, apoyar y promover la lactancia, mediante el enfoque de problemas en los hospitales, tales como prácticas que no apoyaban la

⁵ La OMS y el UNICEF lanzaron en 1992 la iniciativa Hospitales amigos de los niños con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades.

lactancia (por ejemplo, separar a las madres de sus bebés) y otras que influían directamente en las madres para alimentar al niño con fórmulas lácteas (por ejemplo, presentación a las madres de paquetes gratuitos). Los dos principales objetivos del IHAB fueron terminar la distribución de muestras gratuitas o de bajo costo de sucedáneos de leche materna; y garantizar que las prácticas de los hospitales apoyaran la lactancia. La IHAB puede ser menos importante en países y comunidades donde la mayoría de los bebés nacen fuera del hospital. Puede también tener menor influencia en los hospitales de maternidad de las grandes ciudades en países en desarrollo, donde se da de alta a los bebés en un término de 24 a 36 horas después del parto.

Lactancia y legislación laboral: Varios países facilitan a las mujeres trabajadoras la lactancia de sus niños, y algunos empleadores de mano de obra femenina apoyan la lactancia materna. Sin embargo, éstas son excepciones, cuando deberían ser la norma. La Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN) realizada por la FAO/OMS en Roma en 1992, reconoció «el derecho de los niños y las madres a la lactancia exclusiva». El Plan de Acción para la Nutrición adoptado por la Conferencia define que los gobiernos y otros deben «apoyar y alentar a las madres para que amamenten y cuiden adecuadamente a sus hijos, tanto si tienen un trabajo fijo como si trabajan ocasionalmente si realizan un trabajo no pagado. Los convenios y reglamentos de la OMS sobre este tema pueden ser utilizados como punto de partida...»

La Convención de Protección a la Maternidad adoptada por la OIT reconoce que las mujeres tienen derecho a licencia por maternidad y a amamantar a sus niños. Sin embargo, en muchos países hay serios obstáculos para que las madres puedan ejercer sus derechos a la lactancia. Entre los obstáculos principales se encuentran, licencia de maternidad muy corta o rechazo de la licencia de maternidad a las empleadas temporales o provisionales, despido del trabajo a quienes toman licencia de maternidad; falta de instalaciones para la atención de los niños las cuales deberían estar disponibles en los lugares donde gran número de mujeres están empleadas; falta de períodos de descanso para que las madres puedan amamantar a sus hijos durante una larga jornada de trabajo; y utilización de las madres trabajadoras como objetivo de las compañías fabricantes de sucedáneos para persuadirlas de alimentar a sus niños con la fórmula en vez de amamantarlos.

2.2.6 Diez pasos para una lactancia exitosa: La declaración conjunta OMS/UNICEF Protección, promoción y apoyo de la lactancia: función especial de los servicios de maternidad (OMS/UNICEF, 1989)⁶ estableció las prácticas siguientes que se denominan: «Diez pasos para una lactancia exitosa», las que se espera sean tomadas en cuenta por todos los hospitales y servicios de maternidad y cuidados del recién nacido, por ser considerados favorables para el bebé.

⁶ La OMS y el UNICEF han preparado conjuntamente la estrategia mundial para la alimentación Declaración conjunta **OMS/UNICEF**, Ginebra, OMS, 1989.

1. Tener una política escrita sobre la lactancia, que se comunique de rutina a todo el personal responsable del cuidado de la salud
2. Capacitar a todo el personal de salud en las técnicas necesarias para llevar a cabo esta política,
3. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y sobre el manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar a amamantar a la media hora del nacimiento.
5. Mostrar a las madres cómo se amamanta y cómo se mantiene la lactación, aunque estén separadas de sus niños.
6. No suministrar a los recién nacidos alimentos o bebidas diferentes a la leche materna, a menos que los indique el médico.
7. Practicar alojamiento conjunto - permitir que las madres y los niños permanezcan en la misma habitación - durante 24 horas al día.
8. Alentar a que se practique la lactancia de acuerdo con la demanda.
9. No suministrar tetas artificiales o chupetes (también llamados chupetes o tranquilizadores) a aquellos niños que se están amamantando.
10. Promover la conformación de grupos de apoyo a la lactancia y referirles a las madres cuando salgan del hospital o servicio de salud.

2.2.7 La lactancia materna en la primera hora después del nacimiento puede reducir la mortalidad infantil:

La leche materna administrada a los bebés inmediatamente después del nacimiento puede reducir considerablemente la mortalidad neonatal en los países en desarrollo, dijo hoy UNICEF al inicio de la Semana Mundial de la Lactancia Materna.

"Más de una tercera parte de las muertes infantiles se producen durante el primer mes de vida, una etapa muy delicada", dijo la Directora Ejecutiva de UNICEF. Ann M. Veneman "El amamantamiento temprano proporciona nutrientes fundamentales, protege a los recién nacidos contra enfermedades mortales y fomenta el crecimiento y el desarrollo".

El tema es especialmente pertinente en África subsahariana, donde se registra la tasa más elevada de mortalidad infantil del mundo. Alrededor del 10% de todos los bebés mueren antes de cumplir un año y la mayoría de las muertes neonatales se producen en el hogar. Aunque la tasa de la lactancia materna exclusiva hasta la edad de seis meses ha aumentado en más del doble en la región desde 1990 - hasta un 30%- todavía hay cientos de miles de niños y niñas vulnerables a las enfermedades y a la muerte.

UNICEF calcula que la lactancia materna exclusiva hasta la edad de seis meses puede evitar anualmente la muerte de 1,3 millones de niños y niñas menores de cinco años.

"Es fundamental llegar a las mujeres en sus hogares y sus comunidades", dijo Veneman. El apoyo de UNICEF en favor de una atención de la salud integrada y basado en la comunidad incluye la promoción de la lactancia materna exclusiva. La organización colabora con aliados, gobiernos y comunidades para apoyar una legislación nacional sobre la alimentación infantil, mejorar la atención prenatal y posnatal e impulsar recursos para las madres primerizas a nivel comunitario.

El inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento está considerado como el primer y más vital paso para reducir rotundamente la mortalidad neonatal, y por ende la mortalidad de niños y niñas menores de cinco años, también denominada la mortalidad infantil, tal como se plantea en los Objetivos de Desarrollo del Milenio

La promoción de la lactancia temprana y de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida fueron los mensajes claves que nos dejó el año 2010 la conmemoración de la Semana Mundial de la Lactancia Materna, que tenía como primer objetivo la movilización mundial alrededor del potencial de salvar a un millón de recién nacidos con la simple acción de permitirles que inicien la lactancia materna en su primera hora de vida.

En el país las actividades de la Semana Mundial de la Lactancia Materna 2010 centralizaron la atención de los medios en un acto celebrado con la participación de 77 madres, quienes durante un

minuto lactaron simultáneamente a sus bebés, uniéndose a la cadena mundial de Lactancia Sincronizada, que se hizo a lo largo del planeta el 8 de agosto.

Yanet Olivares, la presidenta de Liga de la Leche, destacó que “la lactancia materna no discrimina. La misma es de beneficio para todos los bebés sin importar su raza, religión, origen étnico, condición económica, etc. Esto es un asunto de todos y todas”.

A pesar de los múltiples estudios realizados sobre los beneficios de la lactancia materna, apenas se está descubriendo la importancia de brindarles a la madre y a su pequeño bebé la oportunidad de vivir ese primer contacto.

Los investigadores han evaluado el efecto del cálculo de tiempos de la primera lactancia materna sobre la mortalidad de recién nacidos, demostrando que se puede reducir la mortalidad si los lactantes empiezan a amamantar en esa primera hora “Más de una tercera parte de las muertes infantiles se producen durante el primer mes de vida, una etapa muy delicada, dijo la Directora Ejecutiva de UNICEF, AnnM. Veneman. “El amamantamiento temprano proporciona nutrientes fundamentales, protege a los recién nacidos contra enfermedades mortales y fomenta el crecimiento y el desarrollo.

Un estudio realizado en Ghana y publicado en la revista médica *Pediatrics* indica que es posible evitar el 16% de las muertes neonatales mediante la lactancia materna desde el primer día de vida

de los lactantes, una cifra que puede aumentar al 22% si la lactancia materna comienza durante la primera hora después del nacimiento.

En general, el contacto piel-con-piel y las tomas tempranas de calostro están asociadas a una disminución en la mortalidad durante el primer mes de vida.

Asimismo, se asocian a un aumento en la lactancia materna exclusiva y una mayor duración de la lactancia en los meses siguientes. Sin embargo, tener esta información no será nunca suficiente si las madres no reciben constantemente apoyo, tanto de su familia, como de su comunidad.

2.2 Definición de términos

- **Conocimiento:** Hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad.
- **Lactancia Materna Exclusiva:** Es la alimentación con la leche de la madre. Se trata de un alimento único que transmite las defensas de la madre al hijo mientras fortalece el vínculo materno-filial.
- **Lactancia Materna En la Primera Hora de Vida:** Es el inicio temprano de la lactancia, durante la primera hora después del parto
- **Niño sano:** Dícese del niño que acaba de nacer sin ninguna patología. El

período de recién nacido se extiende desde el parto hasta la caída del cordón umbilical o desde el parto hasta los 28 días después.

- **Puérpera:** El puerperio abarca desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan la normalidad y aparecen la primera menstruación.
- **Madres:** Hembra o mujer que ha parido.
- **Técnica de amamantamiento:** Proceso por el cual la madre opta una ubicación adecuada para que el recién nacido pueda alimentarse en una posición correcta.

2.4 Formulación de Hipótesis

2.4.1 Hipótesis General

- Existe una relación significativa entre el grado de conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna en el recién nacido inmediato en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco. 2018

2.5 Identificación de Variables

- **Variables Independientes:**
Conocimiento de las madres puérperas.
- **Variables Dependientes:**
Lactancia Materna en el Recién Nacido Inmediato

2.6 Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
X.1. GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUÉRPERAS	NIVEL DE CONOCIMIENTO ALTO NIVEL DE CONOCIMIENTO MEDIO NIVEL DE CONOCIMIENTO BAJO	Edad de la madre Ocupación Grado de instrucción Ingreso económico Numero integrantes de la familia Lugar de procedencia
Y.1.LACTANCIA MATERNA EN EL RECIÉN NACIDO INMEDIATO	R.N. NORMAL R.N. PATOLOGICO	Lactancia materna. Estado nutricional del niño. Enfermedades.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de Investigación

Fue de tipo Explicativa ya que trata de uno de los tipos de investigación más frecuentes y en los que la ciencia se centra. Es el tipo de investigación que se utiliza con el fin de intentar determinar las causas y consecuencias de un fenómeno concreto. Se busca no solo el qué sino el porqué de las cosas, y cómo han llegado al estado en cuestión.

3.2 Método de Investigación

En el presente trabajo de investigación se utilizó el método Correlacional porque se examinó el grado de relación entre las variables.

.3.3 Diseño de Investigación

El Diseño fue el Cuasi experimental puesto que se manipulará la variable independiente para ver su efecto y relación con una o más variables dependientes.

3.4 Población y muestra

La población muestral estuvo constituida por 20 madres que acudieron para alumbramiento al Centro de Salud Paucartambo – Pasco, julio – diciembre 2017.

3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Se empleó la técnica de la encuesta y la observación, el instrumento se diseñó teniendo en cuenta los objetivos del estudio.

Los instrumentos para obtener la información básica a fin de cumplir con los objetivos propuestos y para probar las hipótesis planteadas, se utilizó los siguientes: Cuestionarios, fichas o formularios.

3.6 Técnicas de procesamiento de análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se utilizó los modelos estadísticos y gráficos de tipo descriptivo, de análisis e interpretación de datos estadísticos obtenidos después de aplicados los instrumentos, elaboración del cuadro general de seguimiento y tabulación de datos cuantitativos y porcentuales.

Métodos de análisis de datos

Método estadístico, con el uso del programa de Excel.

TABLA N° 1

Fórmulas Estadísticas a usar.

Nº	Estadígrafos	Formulas Estadísticas	Símbolos
1	Media aritmética de datos agrupados	$\bar{X} = \frac{\sum f \cdot x}{n}$	\bar{X} = Media aritmética X = Valor central o punto medio de cada clase. f = Frecuencia en cada clase. $\sum f \cdot X$ = Sumatoria de los productos de las frecuencias en cada clase multiplicada por el punto medio de ésta. n = Número total de frecuencias.
2	Desviación estándar muestral para datos agrupados	$s = \sqrt{\frac{\sum fX^2 - \frac{(\sum fX)^2}{n}}{n-1}}$	s = Desviación estándar muestral X = Punto medio de una clase f = Frecuencia de clase n = Número total de observaciones en la muestra.

Para la Validación Estadística se aplicó la PRUEBA DE KARL PEARSON con la Fórmula siguiente para el cálculo de la correlación. Y LA DISTRIBUCIÓN DE JI CUADRADO.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE KARL PEARSON

$$r = \frac{(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n(\sum X^2) - (\sum X)^2][n(\sum Y^2) - (\sum Y)^2]}}$$

PARA LOS CÁLCULOS DE JI CUADRADO, se emplea la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \sum \frac{[fo - fe]^2}{fe}$$

Dónde:

fo = es la frecuencia observada en una categoría específica.

f_e = es la frecuencia esperada en una categoría específica.

3.7 Selección y validación de los instrumentos de investigación

VALIDEZ

Con la finalidad de dar consistencia a la investigación de carácter científico, los instrumentos propuestos deben ser confiables y válidos, por ello la validez es una forma de dar seguridad por ello debe ser sometido a evaluación.

Bajo los fundamentos de validez de Shadish, Cook y Campbell (2001), (51) quienes fundamentan que todo instrumento antes de aplicarlos debe ser sometidos a un proceso de validación, asimismo mencionan que la validez es un concepto unitario y propone que deben reunirse distintas evidencias para construirlo y describen una serie de amenazas potenciales a las conclusiones de la investigación; amenazas que permiten especificar los criterios de inclusión en estos apartados fundamentales. Las partes iniciales del informe, propias del nivel teórico-conceptual, vendrán marcadas fundamentalmente por la validez de constructo, esto es, las razones por las que pueden ser incorrectas las inferencias sobre los constructos que caracterizan las operaciones del estudio.

Así la investigación encontró la validez en los siguientes procedimientos:

- a. Validación de constructo: los instrumentos responden a los procedimientos de operacionalización de las variables desagregadas en dimensiones, indicadores y los reactivos correspondientes.

- b. Los instrumentos responden al objetivo de la investigación dado que este busca Determinar el grado de conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna en el recién nacido inmediato en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco.
- c. Validación de expertos. En este procedimiento se citó a docentes expertos de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.
- d. Las observaciones que se emitieron los expertos facilitaron el mejoramiento de las dimensiones, indicadores e ítems para la construcción final de los instrumentos.
- e. Las calificaciones indican una alta consistencia y se puede catalogar como bueno y muy bueno con lo que se considera aplicable para la investigación, quedando incluidos en el cuestionario los ítems donde hubo el 100% de coincidencia favorable entre los expertos, así como se eliminaron los ítems donde hubo el 100% de coincidencia desfavorable

CONFIABILIDAD.

Para Montero y León (2002) (52) la confiabilidad es la capacidad del instrumento para producir resultados consistentes cuando las características que se miden no cambian, y estos tienen la posibilidad de medir algo en forma consistente o confiable, de un test para demostrar consistencia y estabilidad en las puntuaciones, de manera que la comprensión del fenómeno se va haciendo más precisa y

comienzan a emerger los datos resaltantes de la situación, y la teoría comienza a ser fundamentada.

Para lograr, la validez el instrumento se sometió a una prueba piloto, a un conjunto de madres puérperas sobre conocimiento de lactancia materna en el recién nacido inmediato en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco , estos datos se tabularon y se procesaron mediante la aplicación de los procedimientos estadísticos.

SEGUNDA PARTE

DEL TRABAJO DE CAMPO O PRACTICO

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Descripción del trabajo de campo

El trabajo de investigación se desarrolló en el Centro de Salud Paucartambo. Ubicado a 2880 m.s.n.m. Conocido en estos últimos tiempos como el valle agrícola e hidroenergético, se encuentra ubicado en la parte Oriental de la provincia de Pasco, en las regiones Yunga, Quechua, Suni y Puna (jalca). Su capital Paucartambo, se encuentra a 96 km de Cerro de Pasco.

4.2 Presentación, análisis e interpretación de resultados obtenidos en el trabajo de campo

Cuadro N° 01

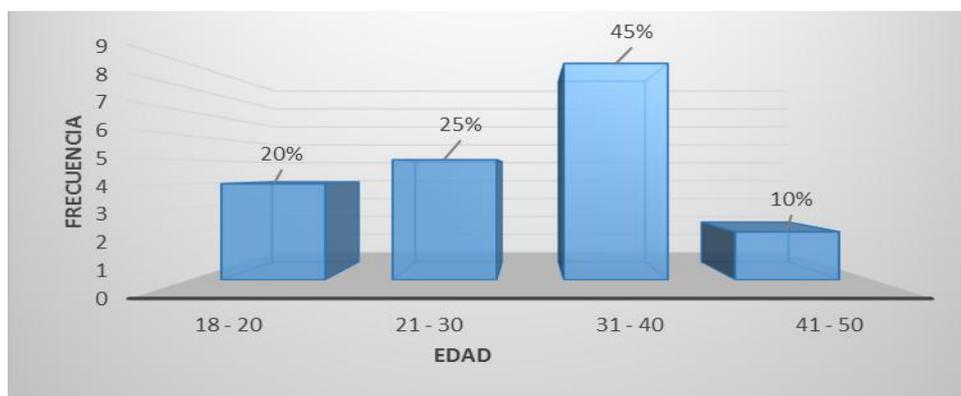
GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUERPERAS SOBRE LACTANCIA MATERNA SEGÚN EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 – 20	4	20,0
21 – 30	5	25,0
31 – 40	9	45,0
41 – 50	2	10,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 01

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUERPERAS SOBRE LACTANCIA MATERNA SEGÚN EDAD



Fuente: Ficha del Cuestionario

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que de un total de 20 madres puerperas encuestadas el 45,0% (9) tienen de 31 a 40 años, el 25,0% (5) del total de la muestra mencionan que tienen de 21 a 30 años, el 20% (4) se encuentran entre las edades de 18 a 20 años, y el 10,0% (2) tienen de 41 a 50 años.

Podemos mencionar que las madres puérperas a menor edad su conocimiento sobre su lactancia materna es relativo y a mayor edad el conocimiento es mayor sobre la lactancia materna.

Cuadro N° 02

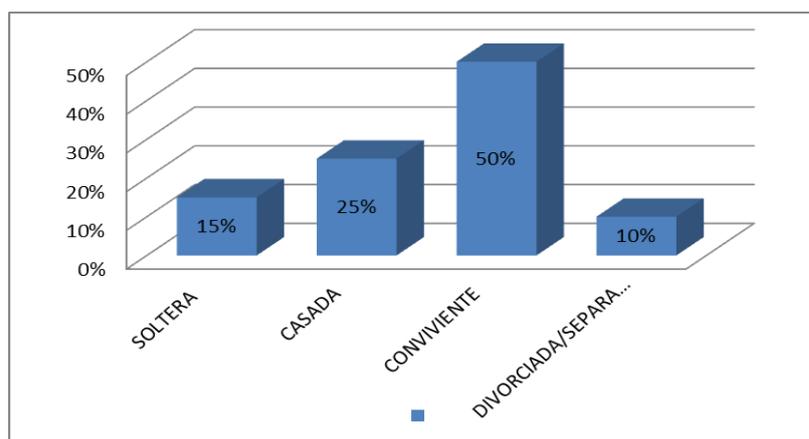
**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUERPERAS SOBRE
LACTANCIA MATERNA SEGÚN ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	3	15,0
CASADA	5	25,0
CONVIVIENTE	10	50,0
DIVORCIADA/SEPARADA	2	10,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 02

**GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUERPERAS SOBRE
LACTANCIA MATERNA SEGÚN ESTADO CIVIL**



Fuente: Ficha del Cuestionario

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, encontramos que de un total de 20 madres puérperas encuestadas que en su mayoría, el 50,0% (10) son convivientes, el 25,0% (5) del total de la muestra mencionan que son casadas, el 15% (3) son solteras y solo el 10,0% (2) son divorciadas o separadas.

En relación al estado civil el grado de conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna podemos mencionar no es determinante.

Cuadro N° 03

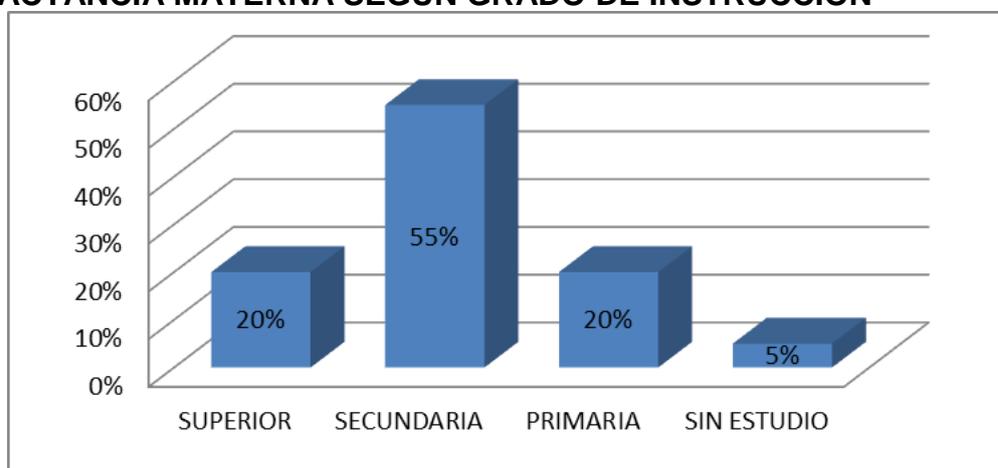
GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUERPERAS SOBRE LACTANCIA MATERNA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SUPERIOR	4	20,0
SECUNDARIA	11	55,0
PRIMARIA	4	20,0
SIN ESTUDIO	1	5,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 03

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUERPERAS SOBRE LACTANCIA MATERNA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION



Fuente: Ficha del Cuestionario

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que de un total de 20 madres puérperas encuestadas, el 55,0% (11) del total de la muestra mencionan que tienen estudios de secundaria, el 20% (4) cuentan con estudios superiores también el 20,0% (4) tienen estudios de primaria y sólo el 5,0% (1) no tiene estudio.

El grado de educación influye en el proceso de hábitos prácticos en el conocimiento de las madres puérperas sobre lactancia materna.

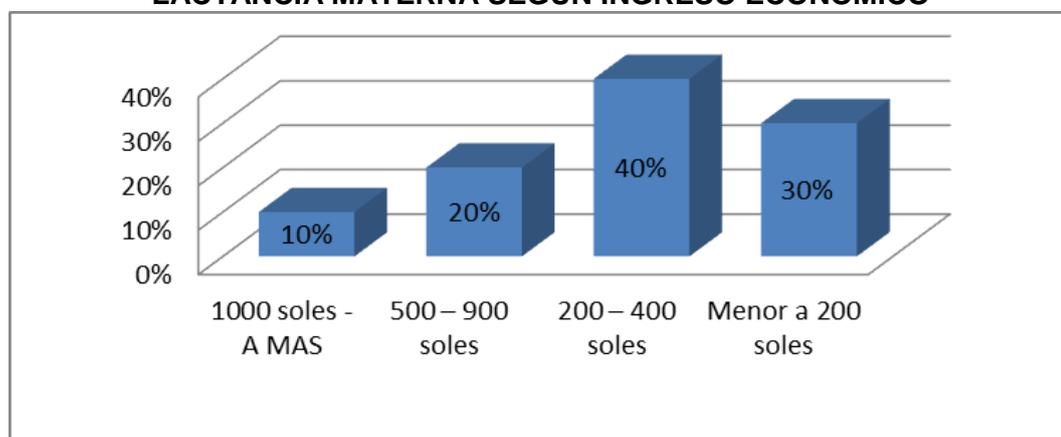
Cuadro N° 04
GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUERPERAS SOBRE
LACTANCIA MATERNA SEGÚN INGRESO ECONÓMICO

INGRESO ECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1000 soles - A MAS	2	10,0
500 – 900 soles	4	20,0
200 – 400 soles	8	40,0
Menor a 200 soles	6	30,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 04

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUERPERAS SOBRE
LACTANCIA MATERNA SEGÚN INGRESO ECONÓMICO



Fuente: Ficha del Cuestionario

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que de un total de 20 madres puérperas encuestadas, el 40,0% (8) tienen ingreso de 200 a 400 soles, el 30,0% (6) tienen un ingreso mínimo de 200 soles cada mes, el 20,0% (4) del total de la muestra mencionan que tienen un ingreso entre 500 a 900 soles mensuales y sólo el 10% (2) perciben un ingreso de 1000 soles a más.

El soporte económico en la base familiar es importante porque permite tener algunas virtudes de prácticas adecuadas de acuerdo a la realidad económica, social y cultural de la sociedad.

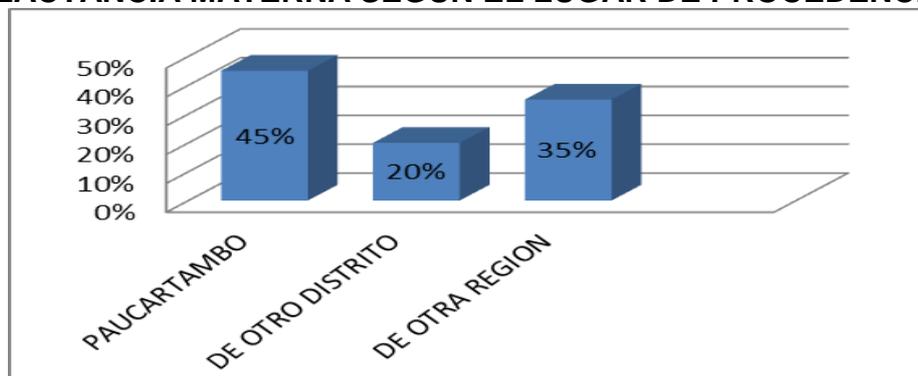
Cuadro N° 05
GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUERPERAS SOBRE LACTANCIA MATERNA SEGÚN EL LUGAR DE PROCEDENCIA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PAUCARTAMBO	9	45,0
DE OTRO DISTRITO	4	20,0
DE OTRA REGION	7	35,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 05

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUERPERAS SOBRE LACTANCIA MATERNA SEGÚN EL LUGAR DE PROCEDENCIA



Fuente: Ficha del Cuestionario

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que de un total de 20 madres puérperas encuestadas, el 45% (9) proceden de Paucartambo, el 35,0% (7) proceden de otras regiones y el 20,0% (4) del total de la muestra mencionan que proceden de otros distritos de la región Pasco.

En relación al lugar de procedencia el grado de conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna podemos mencionar no es determinante.

Cuadro N°06

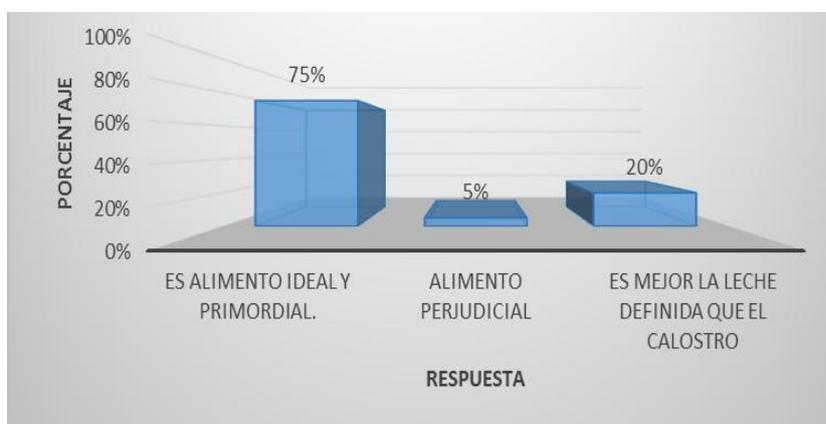
IMPORTANCIA DEL CALOSTRO PARA LA SUPERVIVENCIA DEL RECIÉN NACIDO

IMPORTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Es alimento ideal y primordial.	15	75,0
Alimento perjudicial	1	5,0
Es mejor la leche definida que el calostro	4	20,0
Total	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 06

IMPORTANCIA DEL CALOSTRO PARA LA SUPERVIVENCIA DEL RECIÉN NACIDO



Fuente: Ficha del Cuestionario

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, encontramos que de un total de 20 madres puérperas encuestadas, el 75,0% (15) del total de la muestra mencionan que es alimento ideal y primordial, el 20,0% (4) que es mejor la leche definida que el calostro y el 5,0% (1) que es alimento perjudicial.

El calostro es la primera sustancia alimenticia que requiere el recién nacido porque cumple factores importantes que beneficia al desarrollo normal del recién nacido.

Cuadro N° 07

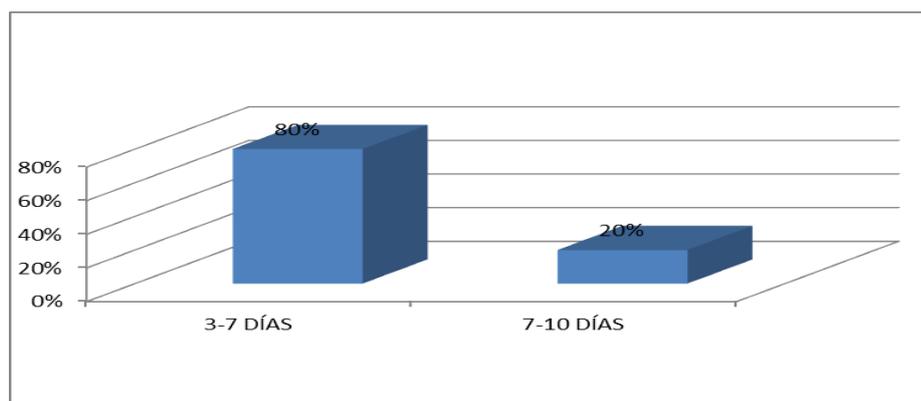
TIEMPO DE LA DURACION DE LA PRODUCCIÓN DEL CALOSTRO EN MADRES PUÉRPERAS

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3-7 DÍAS	16	80,0
7-10 DÍAS	4	20,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Grafico N ° 08

TIEMPO DE DURACION DE LA PRODUCCIÓN DEL CALOSTRO EN MADRES PUÉRPERAS



Fuente: Ficha del Cuestionario

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, encontramos que de un total de 20 madres puérperas encuestadas, el 80,0% (16) del total de la muestra mencionan que de 3 - 7 días y el 20,0% (4) mencionan que de 7- 10 días.

La permanencia de la duración de la producción de las madres puérperas se debe al proceso fisiológico de la mujer que responde a algunos factores determinantes de los genes del proceso de embarazo.

Cuadro N° 09

BENEFICIOS DEL USO DE CALOSTRO PARA EL RECIÉN NACIDO

Fuente: Ficha del cuestionario.

BENEFICIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Especial protector	13	65,0
Estimula la primera deposición	4	20,0
Calostro no aporta beneficio	3	15,0
Total	20	100,0

Grafico N ° 09

BENEFICIOS DEL USO DE CALOSTRO PARA EL RECIÉN NACIDO



Fuente: Ficha del cuestionario.

INTERPRETACION:

En el presente cuadro, encontramos que de un total de 20 madres puérperas encuestadas, el 65,0% (13) del total de la muestra mencionan que aporta un especial protector contra las enfermedades, el 20,0% (4) mencionan que el calostro estimula la primera deposición llamada meconio y el 15,0% (3) mencionan que el calostro no aporta ningún beneficio para el crecimiento del niño.

El calostro por ser una sustancia protectora al recién nacido beneficia en su proceso fisiológico evolutivo del recién nacido.

Cuadro N° 10

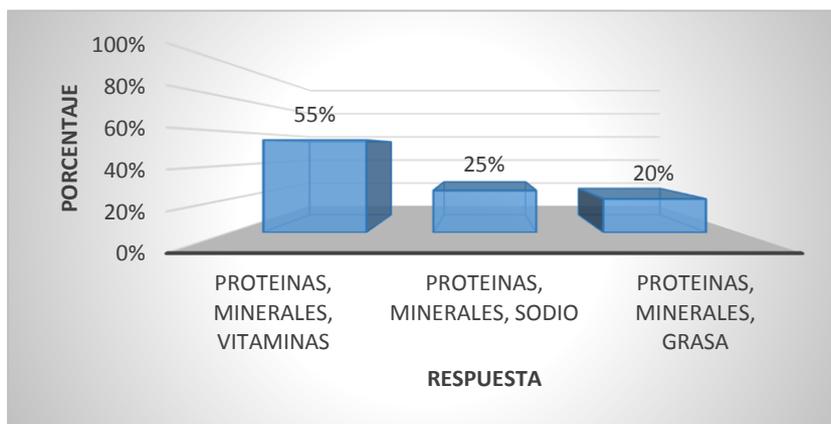
COMPOSICIÓN NUTRICIONAL DEL CALOSTRO EN LA PRIMERA HORA DE VIDA HASTA LA FORMACION DE LA LECHE MATERNA

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Proteínas, minerales, vitaminas	11	55,0
Proteínas, minerales, sodio	5	25,0
Proteínas, minerales, grasa	4	20,0
Total	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario.

Gráfico N° 10

COMPOSICIÓN NUTRICIONAL DEL CALOSTRO EN LA PRIMERA HORA DE VIDA HASTA LA FORMACION DE LA LECHE MATERNA



Fuente: Ficha del cuestionario.

INTERPRETACION:

En el presente cuadro, encontramos que de un total de 20 madres puérperas encuestadas, el 55,0% (11) del total de la muestra mencionan que está formado por proteínas, minerales, vitaminas A, E y los carotenoides, sodio, potasio, grasa, lactosa, el 25,0% (5) mencionan que está formado por proteínas, minerales, sodio y potasio y el 20,0% (4) mencionan que está formado por proteínas, minerales, vitamina, grasa.

Cuadro N° 11

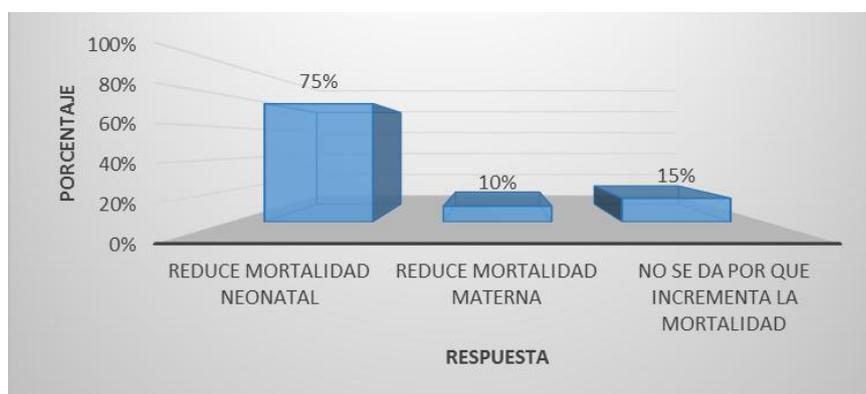
IMPORTANCIA DE LA PRIMERA LACTANCIA DE LOS RECIEN NACIDOS

IMPORTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Reduce mortalidad neonatal	15	75,0
Reduce mortalidad materna	2	10,0
No se da por que incrementa la mortalidad	3	15,0
Total	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 11

IMPORTANCIA DE LA PRIMERA LACTANCIA DE LOS RECIEN NACIDOS



Fuente: Ficha del cuestionario.

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, encontramos que de un total de 20 madres puerperas encuestadas, el 75,0% (15) del total de la muestra mencionan que reduce las excesivas tasas de mortalidad neonatal, el 15,0% (3) mencionan que no se da porque incrementa las tasas de mortalidad y el 10,0% (2) mencionan que reduce las tasa de morbilidad materna.

Cuadro N° 12

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUERPERAS SOBRE EL INICIO DE LACTANCIA MATERNA EN EL RECIEN NACIDO INMEDIATO

INICIO DE LACTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cada 3 horas	1	5,0
Libre demanda	15	75,0
Cada vez que el recién nacido despierte	4	20,0
Total	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 12

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES PUERPERAS SOBRE EL INICIO DE LACTANCIA MATERNA EN EL RECIEN NACIDO INMEDIATO



Fuente: Ficha del cuestionario.

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, encontramos que de un total de 20 madres puérperas encuestadas, el 75% (15) mencionan a libre demanda, el 20,0% (4) manifiesta cada vez que el recién nacido despierte y el 5,0% del total de la muestra mencionan que es cada tres horas el inicio de la lactancia materna.

Cuadro N° 13

BENEFICIO DEL VÍNCULO MADRE PUÉRPERA AL RECIEN NACIDO

BENEFICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lazo afectivo intenso	16	80,0
Protección para el recién nacido	2	10,0
Protección y amor	2	10,0
Total	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 13

BENEFICIO DEL VÍNCULO MADRE PUÉRPERA AL RECIEN NACIDO



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, encontramos que de un total de 20 madres puérperas encuestadas, el 80,0% (16) del total de la muestra manifiesta que beneficia en desarrollar un lazo afectivo intenso que ayuda a su

adaptación en el medio externo, el 10,0% (2) manifiesta que beneficia en desarrollar un lazo afectivo protección para el recién nacido y también el 10,0% (2) manifiesta que beneficia en desarrollar protección y amor para el recién nacido.

Cuadro N° 14

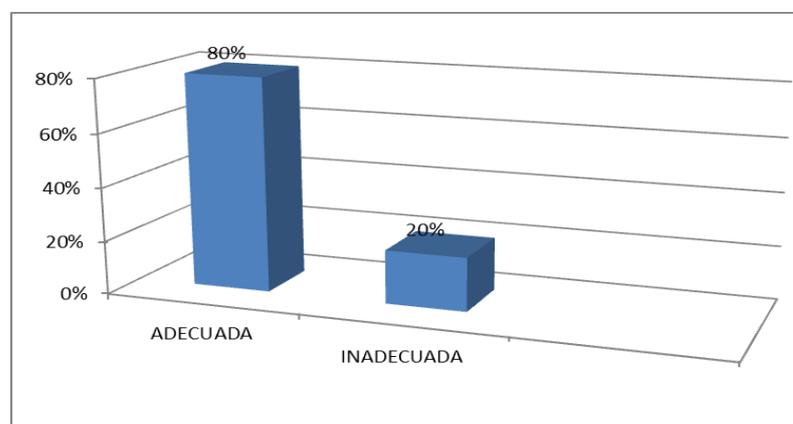
TÉCNICAS DE LAS MADRES PUÉRPERAS EN EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL RECIEN NACIDO INMEDIATO

TECNICAS	FRECUENCIAS	%
ADECUADA	16	80,0
INADECUADA	4	20,0
TOTAL	20	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 13

TÉCNICAS DE LAS MADRES PUÉRPERAS EN EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL RECIEN NACIDO INMEDIATO



Fuente: Ficha del cuestionario.

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro se observa que de las 20 (100%) madres puérperas, el 80% (16) de ellas emplean técnicas adecuadas en el inicio de la lactancia materna al recién nacido inmediato y 20% (4) madres emplean técnicas inadecuadas en el inicio de la lactancia materna.

4.3 Prueba de Hipótesis

Hipótesis

H = Existe una relación significativa entre el grado de conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna en el recién nacido inmediato en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco. 2018

.Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	G I	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,275 ^a	1	,600		
Corrección por continuidad ^b	,043	1	,835		
Razón de verosimilitudes	,267	1	,605		
Estadístico exacto de Fisher				,752	,406
Asociación lineal por lineal	,272	1	,602		
N de casos válidos	82				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,17.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

Estadística de prueba: chi cuadrado

$$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$$

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,058	,600
	V de Cramer	,058	,600
N de casos válidos		82	

Medidas simétricas

El coeficiente Phi nos permite evaluar el grado de asociación entre dos variables, oscila entre 0 y 1.

La V de Cramer oscila entre 0 y 1 (valores cercanos a 0 indican no asociación y los próximos a 1 fuerte asociación).

INTERPRETACIÓN:

En el Cuadro, se presenta la prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre el grado de conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna en el recién nacido inmediato en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco. La prueba resultó ser significativa ($p < 0.05$). Por lo que se sostiene que hay Relación entre dichas variables.

4.4 Discusión de Resultados

- a. Según, Bibeau y cols. 1985. Menciona que La salud es la resultante de múltiples factores condicionantes y determinantes. Aun cuando hay distintas definiciones de salud, existen múltiples elementos que son comunes a ellas. Es así que en el consenso, Salud puede ser definida, tanto en lo individual como en lo colectivo, como el resultado de complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad, o sea, es el producto de las relaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en que vive. Pero estos factores no sólo son importantes para la comprensión de la aparición de problemas de salud, sino también para la configuración del conjunto de acciones que llevan a cabo los individuos para resolver la presentación de tales problemas.

Algunos autores han propuesto el término de “estilos de vida” para describir el comportamiento individual sostenido -el cual está vinculado con los patrones sociales y culturales de residencia- que

en definitiva explica un proceso de salud enfermedad determinado. Estos comportamientos pueden ser de dos tipos: aquellos que contribuyen al mantenimiento de la salud y retardan la muerte y aquellos otros que limitan o resultan dañinos para la salud y aceleran la muerte como resultado. Desde una perspectiva más amplia se puede considerar a los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. Y en el trabajo de investigación se encontró que de un total de 20 madres puérperas encuestadas el 45,0% (9) tienen de 31 a 40 años, el 25,0% (5) tienen de 21 a 30 años, el 20% (4) se encuentran entre las edades de 18 a 20 años, y el 10,0% (2) tienen de 41 a 50 años. el 50,0% (10) son convivientes, el 25,0% (5) del total de la muestra mencionan que son casadas, el 15% (3) son solteras y solo el 10,0% (2) son divorciadas o separadas. El 55,0% (11) del total de la muestra mencionan que tienen estudios de secundaria, el 20% (4) cuentan con estudios superiores también el 20,0% (4) tienen estudios de primaria y sólo el 5,0% (1) no tiene estudio. El 40,0% (8) tienen ingreso de 200 a 400 soles, el 30,0% (6) tienen un ingreso mínimo de 200 soles cada mes, el 20,0% (4) tienen un ingreso entre 500 a 900 soles mensuales y sólo el 10% (2) perciben un ingreso de 1000 soles a más. el 45% (9) proceden de Paucartambo, el 35,0% (7) proceden de otras regiones y el 20,0% (4) del total de la muestra mencionan que proceden de otros distritos de la región Pasco.

- b. De igual manera se analizó el conocimiento que para Andreu y Sieber (2000), lo clasifica en un conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico-espontáneo, se obtiene básicamente por la práctica que el hombre realiza diariamente, lo cual ha permitido a la humanidad acumular valiosas y variadas experiencias a lo largo de su historia este marco teórico se relacionó con el resultado de la investigación, sobre la importancia de la primera lactancia materna en el recién nacido inmediato y se tiene que, se encontró que las madres puérperas tienen altos conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y cómo influye en el desarrollo del recién nacido inmediato. De un total de 20 madres puérperas encuestadas, el 75,0% (15) del total de la muestra mencionan que es alimento ideal y primordial, el 20,0% (4) que es mejor la leche definida que el calostro y el 5,0% (1) que es alimento perjudicial. El 75,0% (15) del total de la muestra mencionan que reduce las excesivas tasas de mortalidad neonatal, el 15,0% (3) mencionan que no se da porque incrementa las tasas de mortalidad y el 10,0% (2) mencionan que reduce las tasa de morbilidad materna.
- c. Al analizar el tiempo de inicio en el proceso de calostro y según la teoría refiere que es el líquido amarillo o color paja que producen los pechos en los días posteriores al nacimiento del bebé. El calostro es altamente nutritivo y rico en propiedades anti anticuerpos infecciosas. Podría decirse que las células vivas, inmunoglobulinas

y del calostro constituyen la primera inmunización para el niño y en el presente trabajo de investigación, se encontró que de las 20 madres puérperas, el 75% (15) mencionan a libre demanda, el 20,0% (4) manifiesta cada vez que el recién nacido despierte y el 5,0% del total de la muestra mencionan que es cada tres horas el inicio de la lactancia materna.

- d. Según **Gutiérrez Gutiérrez, AE**. "Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna realizó un estudio retrospectivo (enero de 1998-99); en mujeres que estuvieron ingresadas en el hogar Materno "La Palma" y en ellas se estudiaron: su conocimiento acerca de las ventajas de la lactancia materna, y la influencia positiva para la madre y el niño; posiciones correctas para lactar al niño y otros detalles que forman una idea correcta de lo preparada o no que estaban esas embarazadas para desempeñar esa importante función con sus futuros hijos. Se comprobó que existe una relación directa entre el grado de escolaridad y el de conocimiento acerca del tema en cuestión y relacionando con el presente trabajo de investigación sobre los resultados de la técnica de lactancia materna, que de las 20 (100%) madres puérperas, el 80% (16) de ellas emplean técnicas adecuadas en el inicio de la lactancia materna al recién nacido inmediato y 20% (4) madres emplean técnicas inadecuadas en el inicio de la lactancia materna. Existe una relación significativa.

CONCLUSIONES

- De acuerdo a los análisis estadísticos practicados en la presente investigación sobre el grado de conocimiento y de aplicación del inicio de lactancia materna exclusiva en el recién nacido inmediato de las madres puérperas presenta validez y confiabilidad.
- Los resultados indican que el grado de conocimiento si guarda relación significativa con el inicio de lactancia materna exclusiva en el recién nacido inmediato en las madres puérperas en el Centro de Salud de Paucartambo.
- Una deducción valida a partir de los resultados obtenidos es que las madres puérperas tienen conocimientos altos.
- En términos generales, los resultados obtenidos justifican la aceptación de la Hipótesis General de Investigación, esto es: Existe una relación significativa entre el grado de conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna en el recién nacido inmediato en el Centro de Salud de Paucartambo.
- La lactancia materna exclusiva en la primera hora de vida es considerada como la mejor practica de alimentación, cubre todas las necesidades nutricionales, energéticas, inmunológicas que requiere el recién nacido inmediato, estableciendo un vínculo afectivo de seguridad, confianza y amor entre el niño y su madre que se evidenciara favorablemente durante toda la vida del ser humano.

RECOMENDACIONES

- 1.** En las actividades intramurales el personal de Obstetricia debe sensibilizar a las madres sobre la importancia de cumplir con la Lactancia Materna Exclusiva a sus bebés recién nacidos hasta los 2 años y participar en la evaluación de CRED de los niños.
- 2.** Crear programas educativos de prevención y promoción de la salud sobre la importancia de Lactancia Materna.
- 3.** Que la obstetricia debería organizarse en forma estructurada siendo eficaz y cumplir la atención según la normatividad.
- 4.** La DIRESA PASCO debe dotar personal calificado y eficaz a los establecimientos de salud para que cumplan actividades preventivas promocionales disminuyendo la incidencia de morbi mortalidad de la población.

BIBLIOGRAFIA

1. LACTAMOR, Asociación de apoyo a la lactancia materna
OMS. La Importancia de la primera hora, 2007.
2. MOSBY Enciclopedia de medicina y enfermería, Edición
OCEANO/CENTROUM, Edición 2005 Tomo I.
3. ELLEN BAYLY Y OTROS Consultor de Enfermería Clínica
edición OCEANO CENTROUM edición 2006 volumen 3
4. DONNA L. WONG Enfermería Pediátrica cuarta edición,
editorial Diorki, España
5. GUYTON Y HALL , Fisiología humana décimo segunda edición.
España 2012
6. VALDERRAMA MENDOZA, Santiago” Pasos Para Elaborar
Proyectos Y Tesis De Investigación Científica” . Lima. Perú. Editorial
San Marcos. pág. 87

HEMEROGRAFIA:

1. MINSA Casi el 50% de niños no son alimentados con leche
materna en su primera hora de vida publicado el 2011.
2. ENDES, INS, Encuesta demográfica y familiar 2009, Informe en
mayo 2007.
3. UNICEF, Primera hora salva a un millón de bebés REPUBLICA
DOMINICANA F:\UNICEF dominicana Republica.
4. Centro de prensa FAOMS La lactancia materna respuesta vital
en emergencias.

INFORMACION VIRTUAL:

- 1 Europa press. El mundo es salud, ops Fomenta la lactancia materna 2007, La Organización Panamericana de la Salud fomenta la lactancia materna el mundo es salud.mht.
- 2 Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del El Hospital Belén de Trujillo Bocanegra García Sylvia M, Médico Cirujano. Facultad de Medicina. Universidad Privada Antenor Orrego.
Trujillo.Disponible en:
http://revistas.concytecgob.pe/scielophp?pid=S18172075200070002000038scnpt_sci3rttext
3. Revista Cubana de Enfermería Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna Lie. Antonia E. Gutiérrez GutiérrezXic. Dianelys Barbosa Rodríguez, Enf. Roxana González Lima y Enf. Orayda Martínez Figueroa Ciudad de la Habana ene- abr. 2001. Disponible en:
http://sdelo.sld.cu/sdelo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192001000100007
4. Revista chilena de pediatría versión impresa ISSN 0370-41 O Rev.chil. pediatra. v.71 n.2 Santiago mar. 2000 Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre en Hospital Barros Luco Trudeau Morelia Ossandón M.y Juan Ilabaca M., Cecilia Gajardo O. Nelly Castillo B. Lucrecia

Namur R.

2000. Disponible en:

http://www.scielo.d/sdelo.php?script-sd_arttext&p_id-S0370

5. Relación entre Lactancia Materna y Estado Nutricional en el Niño. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología. 2004. Autora: Dra Dora Martínez de Giordano Director de Tesis: Dr. Jorge A. Pronsato Santandreu.
<http://es.wikipedia.org/wiki/Conocimiento>
6. Definición de aplicación
<http://Definición de/ aplicación>
7. Definición de lactancia materna GA Resultados de la Búsqueda de imágenes de Google.
<http://definiciónde-wp-content-uploads-2008-10-lactanciamaterna lactanciamatemaJpg.htm>.
8. Reporte fotográfico "Importancia de la lactancia materna publicado el 2007 F:\Reportaje fotográfico la importancia de la primera hora_ Alba Lactancia Matema.mht
9. Doctísimo, Definición de recién nacido
<http://salud.doctissimo.es/diccionanamedico/red en- nacido.html>
10. Tipos de conocimiento
<http://edgarfresco.blogspot.com/20Q8/07/tiposdeconocimiento.html>
11. Definición de aplicación

<http://definidon.de/aplicacion>

12. Nutrición humana en el mundo en desarrollo Monografía de lactancia

materna. <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>

13. Bioética, web El Informe Belmont. Principios y Guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. (18-abril-1979) <http://www.bioeticaweb.com/content/view/1060/40>

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
CUESTIONARIO

I. Presentación:

Estimadas madres de familia el motivo del presente cuestionario es con el objetivo de determinar el grado de conocimiento de las madres puérperas sobre en el recién nacido inmediato, la información obtenida nos permitirá hacer propuestas para mejorar estos puntos. Es confidencial por lo que pido a usted que responda con la mayor tranquilidad y veracidad posible gracias.

II, Instrucciones:

Marque solo una respuesta

utilizando un aspa

III. Datos Generales:

1. EDAD

- a. 18- 20 años ()
- b. 21 – 30 años ()
- c. 31 -40 años ()
- d. 41- 50 años ()

2. ESTADO CIVIL

- a. soltera ()
- b. casada ()
- c. conviviente ()
- d. divorciada/separada ()

5. ESTUDIOS REALIZADOS:

Primaria () secundaria () superior () sin estudio ()

4. ¿Cuánto es su ingreso familiar mensual?

- a. 1000 soles a mas
- b. 500 – 900 soles
- c. 200 – 400 soles
- d. Menor a 200 soles

5. Lugar de procedencia:

- a. Paucartambo ()
- b. Otro distrito ()
- c. otra región ()

IV. Nivel de Conocimientos:

6. El calostro es un alimento importante para el recién nacido en la primera hora de vida por:

a) Es el alimento ideal y primordial para la nutrición del recién nacido en la primera hora de vida.	
b) Es un alimento que perjudica en la nutrición del recién nacido en la primera hora de vida.	
c) Es mejor la leche definida que el calostro en la nutrición del recién nacido en la primera hora de vida	

7. Tiempo de la duración de la producción del calostro:

a) 2-5 días	
b) 3-7 días	
c) 7-10 días	

8. El calostro beneficia recién nacido en la primera hora de vida en:

a) Aporta una especial protector contra las enfermedades	
b) El calostro estimula la primera deposición llamada meconio	
c) El calostro no aporta ningún beneficio para el crecimiento del	

9. La composición nutricional del calostro en la primera hora de vida hasta formar

la leche madura está formado por:

- a) Proteínas, minerales, vitaminas A ,E y los caratonoides, sodio, potasio , grasa, lactosa
- b) Proteínas, minerales sodio y potasio
- c) Proteínas, minerales, vitamina A, E, grasa

10. Porqué la primera hora de lactancia es tan importante.

a) Reduce las excesivas tasas de mortalidad neonatal.	
b) Reduce las tasas morbilidad materna	
c) No se da por que incrementa las tasas de mortalidad	

11. De acuerdo cómo mantener la lactancia desde el inicio en la primera hora de vida, la madre debe ofrecer pecho:

a) Cada tres horas	
b) Libre demanda	
c) Cada vez que el recién nacido despierte	

12. El vínculo madre- recién nacido en la primera hora de vida beneficia en:

a) Desarrollar un lazo afectivo intenso que ayuda q su adaptación	
b) Desarrolla un lazo afectivo, protección para el recién nacido	
c) Desarrolla protección y amor para el recién nacido.	

13. Técnicas que utilizo en el inicio de la lactancia materna

- a. adecuada ()
- b. inadecuada ()

Gracias por el apoyo brindado

FICHA FAMILIAR N°

I. DATOS GENERALES		FAMILIA:												
IGSS/DIRESA/ GERESA	MR de Salud	Niños y Niños de la familia	Adolescentes	Jóvenes	Adultos	Adultos mayores	TOTAL							
RED	E.E.S.S.													
II. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA Y DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS														
Provincia:	Tiempo que demora en llegar al E.E.S.S.:													
Localidad:	Medio de transporte de mayor uso:													
Distrito:	Tiempo de residencia en el domicilio actual:													
Sector:	Residencias anteriores:													
Área de residencia:	Disponibilidad para prox. visitas:													
Teléfono o celular:	Correo electrónico:													
Dirección de la Vivienda:														
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA(S) O LOS(S) INFORMANTE(S):														
IV. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA														
Etnia / Raza:		Idioma predominante de la familia:		Religión:										
N°	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)	EDAD Y SEXO		D.N.I. / Carnet de extranjería	FECHA NACIMIENTO	(a) PARENTESCO	(b) ESTADO CIVIL	(c) GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	SEGURO DE SALUD			
			M	F							SIS	ESSALUD/FFAA / PNP	Privado	Sin seguro
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														



(a) PARENTESCO: Padre (P), Madre (M), Hijo(a) (H), Hijo(a) Adoptivo(a) (HA), Abuelo(a) (A), Tío(a) (T), Nieto(a) (NI), Padrastro (PA), Madrastra (MA), Sobrino(a) (S), Primalo (PR), Bis-abuelo(a) (BA), Amiguito (AMG), Hermano(a) (HM), Yerno (Y), Nuera (N) (b) ESTADO CIVIL: Soltero (S), Conviene(n) (CO), Casado(a) (C), Separado(a) (SP), Divorciado(a) (D), Viudo(a) (V), Otros (O), (c) GRADO DE INSTRUCCIÓN: Sin Instrucción (SI), Inicial (I), Primaria Completa (PC), Primaria Incompleta (PI), Secundaria Completa (SC), Secundaria Incompleta (SI) y Superior Completo (SUC), Superior Incompleto (SUI), (d) CONDICIÓN DE LA OCUPACIÓN: Trabajadora Estable (S), Eventual (E), Sin ocupación (SO) Jubilado(a) (J), Estudiante (E).

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: I. Grado de conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna en el recién nacido inmediato en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN
<p>1.1.1.1. Problema General: - ¿Cuál es el grado de conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna en el recién nacido inmediato en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco?</p> <p>1.1.1.2. Problemas Específicos: - ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre el inicio de la lactancia materna en el recién nacido inmediato? - ¿Cuánto será el tiempo de inicio en el proceso de calostro, presencia de dolor y otros factores? - ¿Cuál será la técnica de la lactancia materna de las puérperas en el recién nacido inmediato?</p>	<p>Objetivo General: - Determinar el grado de conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna en el recién nacido inmediato en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco 2018.</p> <p>Objetivos Específicos: - Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre el inicio de la lactancia materna en el recién nacido inmediato. - Determinar el tiempo de inicio en el proceso de calostro, presencia de dolor y otros factores. - Observar la técnica de la lactancia materna de las puérperas en el recién nacido inmediato.</p>	<p>Hipótesis General: Existe una relación significativa entre el grado de conocimiento de las madres puérperas sobre la lactancia materna en el recién nacido inmediato en el Centro de Salud Paucartambo – Pasco. 2018</p>	<p>X1: Variable Independientes: - Conocimiento de las madres puérperas. Y1: Variable Dependiente: -Lactancia Materna en el Recién Nacido Inmediato</p>	<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO ALTO</p> <p>NIVEL DE CONOCIMIENTO MEDIO</p> <p>NIVEL DE CONOCIMIENTO BAJO</p> <p>Y1.R.N. NORMAL</p> <p>R.N. PATOLOGICO</p>	<p>X1.Edad de la madre Ocupación Grado de instrucción Ingreso económico Numero integrantes de la familia Lugar de procedencia</p> <p>Y1: Lactancia materna. Estado nutricional del niño. Enfermedades.</p>	<p>Tipo de Investigación: Explicativa ya que trata de uno de los tipos de investigación más frecuentes y en los que la ciencia se centra. Es el tipo de investigación que se utiliza con el fin de intentar determinar las causas y consecuencias de un fenómeno concreto. Se busca no solo el qué sino el porqué de las cosas, y cómo han llegado al estado en cuestión</p> <p>Nivel de Investigación: será Correlacional por que se examinará el grado de relación entre las variables</p>