

Universidad de Huánuco

Facultad de Ciencias de la Salud
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

TESIS

CONDUCTAS PROMOTORAS DE LACTANCIA MATERNA EN
MADRES USUARIAS DE UN ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL
DE NIVEL II ESSALUD - HUÁNUCO 2015.

Para Optar el Título Profesional de :
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TESISTA

ROMÁN BONILLA, Delia

ASESOR

Lic. Enf. BORNEO CANTALICIO, Eler

Huánuco - Perú

2017



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 3:00 horas del día 30 del mes de noviembre del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | |
|---|-------------------|
| • Dra. Gladys Liliana Rodríguez De Lombardi | Presidenta |
| • Mg. Karen Georgina Tarazona Herrera | Secretaria |
| • Lic. Enf. Alicia Mercedes Carnero Tineo | Vocal |

Nombrados mediante Resolución N°2145-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: "CONDUCTAS PROMOTORAS DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES USUARIAS DE UN ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE NIVEL II ESSALUD - HUÁNUCO 2015", presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. Delia ROMÁN BONILLA, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobada por unanimidad con el calificativo cuantitativo de dieciséis y cualitativo de bueno.

Siendo las 16:20 horas del día 30 del mes de noviembre del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


PRESIDENTA


SECRETARIA


VOCAL

INDICE

Pág.

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	v

CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del Problema	05
1.3. Objetivo general	06
1.4. Objetivos específicos	06
1.5. Justificación de la investigación	07
1.6. Limitaciones de la investigación	08
1.7. Viabilidad de la investigación	08

CAPÍTULO II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación	09
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Definiciones conceptuales	23
2.4. Hipótesis	30
2.5. Variables	31
2.5.1. Variable dependiente	31

2.5.2. Variable independiente	31
2.6. Operacionalización de variables (Dimensiones e indicadores)	32

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación	33
3.1.1. Enfoque	33
3.1.2. Alcance o nivel	33
3.1.3. Diseño	33
3.2. Población y muestra	33
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	35
3.3.1. Para la recolección de datos	35
3.3.2. Para presentación de datos	37
3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos	38

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos	39
4.2. Contratación de hipótesis y prueba de hipótesis	51

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Contratación de los resultados del trabajo de investigación	56
--	----

CONCLUSIONES	59
---------------------	----

RECOMENDACIONES	60
------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
-----------------------------------	----

ANEXOS	
---------------	--

DEDICATORIA

A mis familiares por brindarme su apoyo incondicional quienes contribuyeron con mi formación profesional.

A mi esposo quien estuvo a mi lado en toda la adversidad dándome palabras de fortaleza para no caer en el desánimo y en la parte económica.

A mis hijas por brindarme su apoyo incondicional en todo momento para seguir mis estudios y así cumplir con mis objetivos y metas haciendo de mí una mejor persona.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por darme la vida, salud por encaminar mis pasos día a día durante mis estudios superiores.

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi amado esposo Juan Gora Bustamante, por su sacrificio esfuerzo en mi carrera profesional.

Al Lic. Enf. Eler Borneo Cantalicio como asesor del presente estudio de investigación por sus recomendaciones aportes y sugerencias brindadas durante la investigación.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las conductas promotoras de la lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto. **MÉTODOS:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo simple con 120 madres del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD – Huánuco, 2016. En la recolección de datos se utilizó un cuestionario sobre conductas promotoras de lactancia materna. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de bondad de ajuste. **RESULTADOS:** En general, 95,0% (114 madres) presentaron conductas promotoras de la lactancia materna, asimismo, 96,7% (116 madres) conductas previas sobre lactancia materna; 94,2% (113 madres) percepción positiva de beneficios de la lactancia materna; 90,8% (109 madres) autoeficacia percibida sobre lactancia materna y 93,3% (112 madres) percepción de la relación afecto sobre lactancia materna. Mediante la prueba Chi cuadrada se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p \leq 0,000$). **CONCLUSIONES:** Existió predominio de conductas promotoras como conductas previas, percepción de beneficios, autoeficacia y relación afecto de la lactancia materna. Entonces rechazado la Hipótesis Nula y aceptado la Hipótesis Alterna.

Palabras clave: *conductas promotoras, autoeficacia, lactancia materna, madres.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the breastfeeding promoting behaviors in mothers using joint accommodation. **METHODS:** A simple descriptive study was carried out with 120 mothers of the neonatology department of ESSALUD Level II Hospital - Huánuco, 2016. A questionnaire on breastfeeding promoting behaviors was used in the data collection. For the inferential analysis of the results we used the Chi square test of goodness of fit. **RESULTS:** In general, 95.0% (114 mothers) presented breastfeeding promoting behaviors, also 96.7% (116 mothers) had previous behaviors on breastfeeding; 94.2% (113 mothers) positive perception of benefits of breastfeeding; 90.8% (109 mothers) perceived self-efficacy on breastfeeding and 93.3% (112 mothers) perceived affection relationship on breastfeeding. Chi square test found statistically significant differences between these frequencies ($p \leq 0,000$). **CONCLUSIONS:** There was a predominance of promoting behaviors such as previous behaviors, perception of benefits, self-efficacy and affection relationship of breastfeeding.

Keywords: *Self-efficacy, breastfeeding, mothers.*

INTRODUCCION

La lactancia materna se compone en una práctica tradicional, que en los últimos años se torna afectada por la secuela de los cambios sociales en el círculo familiar y en las prácticas de crianza de los niños (1).

Según Berman, Kliegman, Harbin y Nelson (2) mencionan para que la alimentación del niño lactante llegue a establecerse como un éxito, es imprescindible la colaboración entre la madre y su hijo, iniciando con la práctica alimentaria inicial y prosiguiendo con la etapa infantil de dependencia.

Es sabido que la práctica de la lactancia materna posee un sin número de efectos positivos en el binomio madre-hijo. Así, sobre la madre beneficia el espaciamiento entre nacimientos, contribuye a reducir el peso corporal y a prevenir el cáncer de mama y de ovario (3); en el lactante la leche materna reduce el riesgo de diarrea, infecciones respiratorias, otitis media (4), suministra los nutrientes necesarios para un óptimo crecimiento y desarrollo (5) y previene el progreso de enfermedades crónicas, entre otros muchos beneficios biológicos y psicológicos. Igualmente, la práctica de la lactancia también crea beneficios económicos a las familias y la sociedad, debido al bajo gasto en alimentación y en servicios de salud del niño (6).

Siendo muy conocido de los múltiples beneficios de la lactancia exclusiva hasta el periodo de los 6 meses y de manera complementaria hasta los 24 meses, así como de las recomendaciones de la Organización

Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el porcentaje de niños recibiendo lactancia materna en sus primeros seis meses de vida es muy baja (7).

Asimismo, en función con las ventajas de la lactancia materna es considerable la disminución progresiva de su práctica en países en desarrollo, tanto en el ámbito urbano como en la rural. Los factores que se han relacionado con su abandono son varios y se diferencian en función con el sitio de residencia, las características socioeconómicas y culturales. En América Latina, es evidente que un mayor nivel socioeconómico, una escolaridad materna alta y el trabajo fuera del hogar se relacionan con proporciones mayores de abandono temprano de esta práctica (8).

En este contexto, el objetivo que persigue el estudio es determinar las conductas promotoras de la lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco, durante el periodo 2016.

De esta forma, la investigación se organiza en cinco capítulos. En el primero se describe el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación e importancia del estudio.

El segundo capítulo se compone por el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales.

En el tercer capítulo se describen la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, diseño,

población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas.

Asimismo, en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación, compuestos por los resultados descriptivos y los resultados inferenciales.

Por último, en el quinto capítulo se enfoca la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

La lactancia materna corresponde a una medida clave en la salud pública, dado que entrega reconocidos y bien documentados beneficios para la salud de la madre y el niño (9).

Asimismo, Rodicio, Abadi, Silveira, Rodríguez, Andrés y Vázquez (10) mencionan que la lactancia materna es la forma de alimentación más segura para el ser humano en toda su historia. Esta leche es la única que asegura al niño pequeño una alimentación adecuada y le protege de las infecciones, a la vez que le proporciona la oportunidad para la formación de los lazos afectivos con su madre, lo que constituye la base de la seguridad e independencia futuras del niño.

Además, se sabe que la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida puede evitar, anualmente, más de 1,3 millones de muertes de niños menores de cinco años en los países en desarrollo. Reconocida como el primer derecho del niño después del nacimiento, el amamantamiento puede reducir en 22% la mortalidad neonatal (11).

Según cálculos realizados por El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia o Unicef, en la actualidad en los países económicamente en desventaja, mueren aproximadamente 1 500 000 lactantes al año por falta de una adecuada lactancia materna, por haber recibido alimentación con productos sustitutos de la leche materna. Las tasas de mortalidad infantil varían de un país a otro. En general las naciones pobres tienen cifras mucho

más altas que las desarrolladas. La mayoría de las muertes relacionadas con la alimentación artificial se manifiestan por enfermedades diarreicas. Solo en Latinoamérica hay más de 500 000 muertes anualmente en menores de 5 años como resultantes de infecciones intestinales (12).

En un estudio realizado por el Ministerio de la Salud en todas las capitales brasileñas y en el Distrito Federal, sumando informaciones de cerca de 34.366 niños, fue constatado que el tiempo medio de lactancia materna aumentó en las capitales y en el Distrito Federal, pasando de 296 días, en 1999, para 342 días, en 2008. En el mismo período y locales, la duración mediana del tiempo de lactancia materna exclusiva alcanzó 51,1 días (1,8 meses), mientras que la misma práctica complementada por otros alimentos fue de 341,6 días (11,2 meses) (13).

En el Perú, la prevalencia de la LME en menores de seis meses se incrementó de 52,7% en 1996 a 72,3% en el año 2013, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2013). La duración mediana a nivel nacional de la lactancia exclusiva es de 4,4 meses y para el departamento de Lima, de 3,6 meses (14).

Según la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística (OITE) (15) de la Dirección Regional de Salud de Huánuco, para el periodo 2013, a nivel del departamento de Huánuco el 68,4% de niños tuvieron lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad.

Por otra parte, a lactancia materna es inicialmente implementada en la primera hora del nacimiento e incentivada durante el período puerperal, pero en muchas situaciones, le causa miedo, inseguridad, conflictos, ansiedad, incomodidad física y hasta depresión a la mujer que está amamantando, lo

que puede llevar a la adopción de la lactancia materna artificial, perjudicando el proceso de amamantamiento (16).

Entonces, el inicio y sustento del amamantamiento materno exclusivo están influenciados por diversos factores de orden biológica, ambiental, sociocultural, psicológica, entre otros. Entre los factores psicosociales, se destaca la autoeficacia materna para amamantar, la cual ha sido identificada como un importante concepto de promoción de la salud capaz de revelar la expectativa y la confianza de la mujer para amamantar a su hijo. Autoeficacia representa el grado de confianza que la mujer tiene en sí misma para superar las situaciones desafiadoras para alcanzar los objetivos deseados relacionados a un comportamiento saludable, en este caso la lactancia materna (17).

En Latinoamérica existe una generalización de prácticas sub-óptimas de lactancia materna, principalmente el inicio tardío de ella, uso de leches artificiales y líquidos para el recién nacido, duración reducida de la lactancia, empleo de biberones e inadecuada elección del momento de introducción de los alimentos complementarios (18).

Algunos estudios han demostrado un efecto mayor en la duración de la lactancia materna cuando las acciones de promoción de la misma se realizan, tanto durante el control prenatal, como durante el parto y en las consultas subsecuentes. Además, es necesario un mayor apoyo para la lactancia materna durante el control prenatal, ya que la decisión sobre la duración de ésta es tomada por la madre durante el embarazo (19).

Investigadores como, Lemos, Araújo, Silva, Batista, Barbosa y De Almeida (20) en su estudio que consistió en analizar las medias de los

escores de la escala de autoeficacia del amamantamiento – versión abreviada según las variables sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricas, refuerza las evidencias de factores que influyen en la autoeficacia al amamantar, así como constata la relevancia del papel del enfermero de la atención básica, que puede, a partir de la aplicación de la mencionada escala, elaborar estrategias educativas para aproximar la temática de la lactancia, no solo a las madres, sino también a todo el contexto familiar, tentando discutir soluciones y medios de enfrentamiento ante las dificultades.

Peña y Alonso (21) concluyeron que cuando van unidos los conceptos Autoeficacia Percibida y Afecto Relacionado (afecto positivo), se tiene mayor probabilidad de incrementar la práctica de una conducta promotora de salud, como lo es en este caso la Lactancia Materna.

En este contexto, frente a la necesidad de valorar a las madres en el escenario de la promoción de la lactancia materna, se decidió llevar a cabo una investigación con el objetivo de determinar las conductas promotoras de la lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud - Huánuco.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general:

Se propuso la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las conductas promotoras de la lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015?

1.2.2. Problemas específicos:

- ¿Cuáles son las conductas promotoras de la lactancia materna sobre conductas previas en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015?
- ¿Cuáles son las conductas promotoras de la lactancia materna sobre la percepción de beneficios en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015?
- ¿Cuáles son las conductas promotoras de la lactancia materna sobre la autoeficacia percibida en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015?
- ¿Cuáles son las conductas promotoras de la lactancia materna sobre la percepción de la relación afecto en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015?

1.3. Objetivo General

- Determinar las conductas promotoras de la lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015.

1.4. Objetivos Específicos:

- Establecer las conductas promotoras de la lactancia materna sobre conductas previas en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital en estudio.
- Evaluar las conductas promotoras de la lactancia materna sobre la percepción de beneficios en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital en estudio.
- Valorar las conductas promotoras de la lactancia materna sobre la autoeficacia percibida en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital en estudio.
- Medir las conductas promotoras de la lactancia materna sobre la percepción de la relación afecto en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital en estudio.

1.5. Justificación de la investigación

1.5.1. A nivel teórico

El estudio tiene su justificación en el contexto teórico porque se aplica los conceptos básicos del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender; así como también con la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales: Madeline Leininger y la teoría de la Enfermería de Mercer - Adopción del rol maternal, con el propósito de buscar respuestas de las conductas promotoras que tienen las madres hacia la práctica al amamantamiento.

De igual modo, nuestros resultados sirven para revisar, desarrollar o apoyar conceptos en futuros estudios.

1.5.2. A nivel práctico

Igualmente la investigación se justifica en el contexto práctico porque pretende lograr en las madres cambio de conductas hacia la práctica de la lactancia materna con el propósito de que les ofrezcan a sus hijos el alimento natural durante los 6 meses exclusivamente y con alimentación complementaria hasta los dos años, de tal manera que esto beneficiará a su hijo y también a ella.

1.5.3. A nivel metodológico

Metodológicamente se justifica porque se utilizan métodos y técnicas científicas para diseñar el instrumento con el cual se medirá la variable en estudio y de esa forma obtener una aproximación de la realidad, para dar respuesta confiable a los objetivos propuestos.

1.6. Limitaciones de la investigación

En función a lo planteado, nuestra investigación no presentó problemas de índole metodológica tanto de diseño, muestreo ni de instrumentos de investigación.

1.7. Viabilidad de la investigación

Nuestra investigación fue viable, ya que se dispuso de recursos propios para financiarlo, dotando de recursos, económicos y materiales suficientes para la ejecución.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Dentro de los antecedentes de investigación relacionados al tema en estudio, se consideraron los siguientes:

A nivel internacional

En Brasil, durante el periodo 2014; Lemos, Araújo, Silva, Batista, Barbosa y De Almeida (22) analizaron la asociación de las medias de los scores de la escala de autoeficacia del amamantamiento – versión abreviada (BSEF-SF) con variables sociodemográficas y obstétricas. El estudio fue cuantitativo, longitudinal del tipo panel, desarrollado en seis Unidades Básicas de Salud de la Familia del municipio de Pacatuba-CE, con 50 mujeres. Se utilizó la BSES-SF y los formularios sobre el prenatal y el puerperio. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial, con pruebas de comparación de medias (t de Student/test de Wilcoxon). Y, en sus resultados hubo significancia estadística entre la mayoría de las variables sociodemográficas y las medias de los scores de la BSES-SF en el prenatal y en el post-parto ($p < 0,05$) y se puede encontrar una diferencia estadística con las medias de los scores de la BSES-SF en el prenatal y en el post-parto ($p < 0,05$).

También, en Brasil, Herdy, Pereira, Corrêa, Gomes, Riker y Mitrano (23) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de analizar la dimensión axiológica de los enfermeros acerca del amamantamiento y sus reflejos junto a las mujeres que amamantan, en el proceso de transmisión de

conocimiento. El estudio fue descriptivo, cualitativo, del que participaron once enfermeros de la Iniciativa Unidad Básica Amiga del Amamantamiento de Rio de Janeiro. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semi estructurada, entre enero/marzo de 2010, generando categorías articuladas con la Teoría de los Valores de Max Scheler. Y, dentro de sus resultados encontraron que emergieron las categorías: el vínculo afectivo como valor para el suceso del amamantamiento; el amamantamiento como valor nutricional y de protección para el niño.

En Cuba, Broche, Sánchez, Rodríguez y Pérez (24) efectuaron un estudio con el objetivo de determinar el comportamiento de los principales factores socioculturales y psicológicos vinculados a la práctica y abandono de la lactancia materna exclusiva y su repercusión en el estado de salud de los lactantes. Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, en el municipio Diego Ibarra, Estado de Carabobo, en el año 2008. La muestra estuvo conformada por 96 lactantes cuyas madres dieron su consentimiento informado para participar en este. Y, como resultado encontraron que al nacimiento predominó la lactancia materna mixta, con una tendencia progresiva al uso de la lactancia artificial a partir del cuarto mes. Se encontró mayor frecuencia de madres con conocimientos deficientes sobre la lactancia materna, y fueron estas las que lactaron a sus bebés por menor tiempo. Más de las tres cuartas partes de las mujeres refirieron como causa de abandono de la lactancia materna exclusiva, que el niño se quedaba con hambre y la insuficiente disponibilidad de leche en las mamas.

En España, en el año 2006, Peña y Alonso (25) desarrollaron un estudio con el objetivo de valorar de qué manera los factores personales de

tipos biológicos y socioculturales, la autoeficacia percibida y el afecto relacionado a la actividad afectan la práctica de la lactancia materna. El diseño del estudio fue descriptivo, explicativo y correlacional, el tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio, con límite de error de estimación de .05 y nivel de confianza del 95 por ciento, el tamaño de la muestra estuvo conformado por 130 mujeres que amamantarán o no en forma exclusiva. Para la obtención de los datos se aplicaron dos instrumentos elaborados por la autora y dos estandarizados. Los instrumentos mostraron una consistencia interna aceptable. Se encontró efecto significativo de la Autoeficacia Percibida y el Afecto relacionado con la práctica de la Lactancia Materna siendo significativo con una $p = .001$. Los factores personales de tipo biológico y socioculturales no mostraron efecto significativo sobre la práctica de la Lactancia Materna. La autoeficacia percibida y el afecto positivo en el modelo de regresión logística aumentan la probabilidad de que las madres amamanten a su hijo con leche materna (81.54%) y que están dispuestas a seguir amamantando con leche materna exclusiva (84.62%)

En el año 2004, Delgado y Orellana (26) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de explorar los conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia materna en las madres en puerperio en el Seguro Social de Popayán, Colombia. El estudio fue descriptivo, realizado en el centro asistencial de segundo nivel de atención de la seguridad social colombiana, para ello participaron 104 madres entrevistadas consecutivamente en el periodo del puerperio. Se desarrolló un cuestionario para establecer los conocimientos de la lactancia de las madres puérperas a partir de las cinco conductas óptimas de lactancia promovidas por la

Wellstart, una organización promotora de la lactancia materna, conductas construidas por medio de estudios cualitativos. Y, en cuanto a sus resultados, el 20,2% de la muestra estuvo por debajo del puntaje considerado como aceptable. El puntaje promedio de conocimientos fue $0,73 \pm 0,176$ (1DE). El puntaje inferior se presentó en la cuarta conducta óptima (complementación gradual), promedio: $0,68 \pm 0,17$ (1DE) y el superior en la primera (lactancia inmediata después del nacimiento), promedio: $0,80 \pm 0,19$ (1DE). El grado de conocimiento materno tiene una tendencia significativa según los perfiles (Wilcoxon trend test valor $p < 0,0001$).

A nivel nacional

Por otra parte, en Lima-Perú, Basadre, Bello, Benavides, Bravo y Carranza (27) desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar la autoeficacia de las puérperas en amamantar a sus hijos menores de 48 horas y construir el perfil sociodemográfico y obstétrico de las madres. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, realizado con 100 puérperas del Hospital de Apoyo María Auxiliadora, entre el 9 y el 14 de Noviembre de 2010. Los datos sociodemográficos y obstétricos fueron recolectados de la historia clínica de la madre y se aplicó la escala de autoeficacia del amamantamiento – versión abreviada (BSES-SF). 72 (72%) mostraron un elevado nivel de autoeficacia para la lactancia materna, 26 (26%) un nivel medio y 2 (2%) un nivel bajo. Hubo asociación estadísticamente significativa entre la edad, estado civil, paridad, control prenatal y el puntaje de autoeficacia para la lactancia materna ($p < 0.05$).

Ferro y Flores (28), en el Perú, durante octubre a diciembre del 2005 realizaron un estudio prospectivo, transversal y descriptivo, en el Instituto Especializado Materno Perinatal con total de 372 puérperas que cumplieron los criterios de inclusión, a quienes se les aplicó una encuesta estructurada. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores Socio-culturales. Dentro de los resultados hallaron que el nivel de conocimiento inadecuado predominó entre de regular a malo en un 70 %. El grupo de adolescentes son las que tienen mayor riesgo a tener un conocimiento inadecuado de lactancia materna; del mismo modo que las mujeres que son solteras, con grado de instrucción de primaria, las empleadas, las primíparas. La ocupación materna no tuvo relación con el nivel de conocimiento en el presente estudio.

Cairo y Livia (29) en Lima en el año 2000, realizaron un estudio descriptivo de seguimiento, con el objetivo de determinar si existió relación entre características maternas, prácticas hospitalarias y pérdida de peso neonatal con el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (LME) hasta 6 meses en los niños nacidos sanos en el Centro Médico Naval. Se revisó las historias clínicas de los niños nacidos en 1998. Dentro de los resultados se hallaron que brindaron LME hasta los 6 meses al 36,7% de la muestra estudiada (40 de 109). Los factores asociados fueron la jerarquía militar y el consumo de fórmula durante el periodo neonatal.

A nivel local

En Huánuco, De la cruz (30) llevo a cabo un estudio con el objetivo de determinar los factores que intervienen en el abandono de la lactancia

materna. Se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional con 228 madres con niños de 6 meses de edad atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano-Huánuco 2014. En la recolección de datos se utilizó una guía de entrevista. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de independencia. Y, como resultado encontró que el 48,7% (111 madres) presentaron abandono de la lactancia materna exclusiva. Por otro lado, encontró que los factores de nivel individual que intervienen en el abandono de lactancia materna exclusiva fueron la producción de poca leche ($X^2=13,87$; $P\leq 0,000$) y el crecimiento de los senos ($X^2=7,84$; $P\leq 0,005$). En el nivel de relaciones y comunitario fue el reinicio de labores en el centro de trabajo ($X^2=24,81$; $P\leq 0,000$) y de nivel social y cultural fue la creencia de que la fórmula alimenta igual o mejor que la leche materna ($X^2=19,40$; $P\leq 0,000$).

Y, en el año 2008, en la ciudad de Huánuco, Arellano (31), realizó un estudio observacional, prospectivo, analítico, longitudinal de cohortes, con el objetivo de determinar la prevalencia de lactancia materna y los factores predictores de la discontinuación temprana. La muestra lo conformaron 753 madres seleccionados por muestreo. Se obtuvo el siguiente resultado: la prevalencia inicial de LME fue 94.5%; a las 2, 8, 16 y 25 semanas fue de 81.5%, 70%, 60% y 50%; respectivamente. Los factores predisponentes de mayor riesgo de suspensión de la LME en las dos primeras semanas fueron la percepción de insuficiente producción de leche ($\text{Chi}^2=322.5$, $p<0.01$ y RR 11.436), los problemas relacionados al niño ($\text{Chi}^2=7.794$, $p<0.05$ y RR 1.5) y problemas de salud del niño que requieren intervención médica ($\text{Chi}^2=8.85$, $p<0.05$ y RR 5.482); a las 8 semanas, fueron la percepción de insuficiente

producción de leche ($\text{Chi}^2 = 125.19$, $p < 0.01$ y RR 6.685) y problemas de salud del niño que requieren intervención médica ($\text{Chi}^2 = 11.223$, $p < 0.01$ y RR 5.083); y, a las 16 y 25 semanas solo la percepción de insuficiente producción de leche fue de mayor riesgo ($\text{Chi}^2 = 54.553$, $p < 0.01$ y RR 4.15).

2.2. Bases teóricas

En relación a las bases teóricas que sustenta el tema en estudio, se tuvo en cuenta las siguientes teorías de Enfermería:

Teoría de la enfermería de pender - modelo de promoción de la salud

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. El modelo de promoción de la salud tiene una competencia o un centro orientado al enfoque. La promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano. En su primer libro Pender afirma que existe procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud. En su cuarta edición aparecen 14 afirmaciones teóricas derivadas del modelo (32):

- 1: la conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
- 2: las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipa los beneficios derivados valorados de forma personal.
- 3: las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
- 4: la competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
- 5: la eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.

- 6: el afecto positivo hacia una conducta lleva a una eficacia de uno mismo más percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
- 7: cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
- 8: es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modelan su conducta esperan que se produzcan la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
- 9: las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud.
- 10: las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumenta o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud.
- 11: cuando mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.
- 12: el compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.
- 13: es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.

- 14: las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.

Asumimos en nuestro estudio esta teoría sobre todo porque nos permiten evaluar las conductas promotoras de salud de la lactancia materna de forma real.

**Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales:
Madeline Leininger**

Madeleine M. Leininger, nació en Sutton Nebraska, fundadora y líder de la enfermería transcultural. Su teoría nace de la inquietud durante los años 50, cuando (33) percibió por parte del personal en un centro de orientación infantil la falta de comprensión de los factores culturales que influían en el comportamiento de los niños; hecho que la motivó a trasladarse y estudiar las culturas, escogiendo el Este de Nueva Guinea (Pueblo Gadsup) donde el resultado de sus trabajos le permitieron identificar la importancia para el cuidado de enfermería de la influencia de las diferencias culturales en el cuidado de la salud y las prácticas para el bienestar. De esta experiencia se origina su teoría de la Diversidad y universalidad de los cuidados culturales que tiene como fin impulsar al profesional de enfermería a entender las diferencias culturales existentes en los cuidados humanos, la salud y la enfermedad (34).

Con esta mirada de enfermería, la lactancia materna es una práctica natural, transmitida de generación en generación, que refleja la adopción de prácticas de cuidado para la misma por las madres con el apoyo de su familia, las cuales surgen de la experiencia de la persona, grupo familiar y

comunidad; luego lo que más desea una madre y su familia cuando acuden a los cuidados de enfermería en el programa de lactancia materna es encontrar calidad, que se consigue cuando se tienen en cuenta los conocimientos sobre las prácticas, creencias y valores de los cuidados culturales, puesto que éstos están arraigados e influenciados por los contextos del punto de vista del mundo, lengua, formas de pensamiento, religión o espiritualidad, parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología, etnohistoria, y entorno de la cultura . En consecuencia los cuidados enfermeros basados en la cultura, son beneficiosos, saludables y satisfactorios contribuyendo al bienestar de madres, niños, niñas, familia, grupos y comunidades dentro del entorno y sus contextos. Si el profesional de enfermería, ignora el conocimiento propio de madres y familia (conocimiento genérico) alrededor de la lactancia materna, tendiendo a reconocer su propio conocimiento (profesional o ético) como único y verdadero, genera conflictos culturales, prácticas de imposición cultural, dolor, estrés e insensibilidad en el cuidado (35).

Avanzando en los conceptos, se encontró que Leininger define la enfermería como la disciplina humanística y científica que se centran en los fenómenos y las actividades de los cuidados para ayudar, apoyar, facilitar y capacitar a las personas o grupos a que conserven o recuperen su bienestar o salud el cual se define y valora desde la práctica cultural (36); es decir que el cuidado debe tener una base cultural, una conceptualización y una planificación basada en la cultura, como una manera amplia de entender y ser eficaz para las personas (37); entonces, el profesional de enfermería debe implementar actividades creativas de asistencia, apoyo, facilitación y

capacitación que ayuden a personas de una cultura determinada a adaptarse o llegar a un acuerdo con otras culturas con el fin de obtener resultados beneficiosos y satisfactorios en la relación enfermera (o), madres, niños, niñas, y familia de apoyo (38).

Con base en lo anterior, los aspectos culturales juegan un papel importante en las prácticas de cuidado que la madre y su familia aplican en su diario vivir, las cuales nacen del conocimiento generacional sólido, en un sistema de creencias y tradiciones culturales que impiden que las personas cambien fácilmente (39), es por esto que la enfermera (o) le es preciso combinar el conocimiento empírico y estético para promover el autocuidado durante la lactancia materna respetando los modos de vida de cada persona y su contexto. Los cuidados de enfermería, se pueden ofrecer según Leninger con tres enfoques (40):

- Conservando o manteniendo los cuidados culturales: Acciones de apoyo, asistencia, facilitación y capacitación que ayudan a las madres y sus familias a recuperar y conservar cuidados genéricos para su bienestar, mantenimiento de la lactancia materna y enfrentar requerimientos físicos, mentales o sociales que pueden interferir en la lactancia.
- Adaptación o negociación de los cuidados culturales: Acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a madres y familias a adaptarse o llegar a acuerdos con los profesionales de enfermería para obtener resultados beneficiosos y satisfactorios.

- Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales: Acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a madres y familias a reorganizar, cambiar, y modificar prácticas y modos de vida para obtener nuevos resultados, diferentes y beneficiosos.

Tomamos en cuenta esta teoría porque el profesional de enfermería debe de utilizar explícitamente el cuidado y su conocimiento profesional teniendo en cuenta la cultura de madres y familias de forma sensible, creativa y significativa, que se adapte a las formas de vida, necesidades generales de ellos para alcanzar el bienestar y la preferencia por la lactancia materna con beneficio para las madres, niños, niñas, familia, comunidad e instituciones de salud.

La Teoría de la Enfermería de Mercer - Adopción del rol maternal

Mercer en su teoría se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo. Define el microsistema es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El niño está incluido en el sistema familiar. La familia se considera como un sistema semicerrado que mantienen los límites y el control sobre el intercambio del sistema familiar. El microsistema es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño (41).

El mesosistema incluye, interactúa y agrupa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema influyen en lo que ocurre con el rol materno en desarrollo y el niño; en este se incluyen la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad. El macrosistema se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales. El macrosistema lo origina el entorno del cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal, las leyes nacionales respecto a las mujeres y niños y las prioridades del rol materno en la adopción del rol materno (42).

La adopción del rol sigue cuatro estadios de adquisición del rol que son los siguientes:

- Anticipación.
- Informal.
- Personal

Estos estadios se ven modificados por el desarrollo del niño, estos se ven influidos por el apoyo social, estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre la madre, el padre o algún otro familiar (43).

Esta teoría nos ayuda a comprender el papel que cumple la madre en la interrelación con su hijo, sobre todo bajo el enfoque de una práctica natural de la lactancia materna.

2.3. Definiciones conceptuales

2.3.1. Lactancia materna

2.3.1.1. Definiciones

La lactancia materna es una relación personal que se genera entre la madre y su hijo a través de la lactancia exitosa. Este tipo de relación es única e irrepetible. Amamantar es una forma ideal de relacionarse, comunicarse, amar y proteger a este nuevo ser (44).

Dueñas, Mesa, Domínguez y Moreno (45) informa que la lactancia materna es un acto natural y fisiológico que comienza con el surgimiento de la especie humana; constituye el alimento natural, exclusivo, más eficaz de los recién nacidos y se emplea como complementario de otros nutrientes durante los primeros años de vida.

Atalah (46) define a la lactancia materna como la forma óptima de alimentación del lactante durante los primeros seis meses de vida, debido a los múltiples beneficios que aporta al binomio madre-hijo.

Cáceres, Reyes, Malpica, Álvarez y Solís (47) señalan que la lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno.

La Organización Mundial de la Salud (48) define lactancia materna como lactancia al seno materno sin líquidos suplementarios o alimentos sólidos, aunque admite la ingestión de vitaminas y medicamentos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la lactancia materna implica que “no se dará al infante ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto la leche materna, aunque se permite que reciba gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicinas)” (49).

En el Perú, el ministerio de salud junto a la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (50) ejecutan una labor importante fomentando la práctica de la lactancia materna exclusiva promoviendo el cumplimiento de los 10 pasos de la lactancia materna, que consiste en:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén medicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho, chupadores o chupetes artificiales (chupones).

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o la clínica.

2.3.2. Conductas promotoras de lactancia materna

2.3.2.1. Conceptualización

La conducta promotora de salud, de acuerdo con Pender (51) es “el punto de mira o el resultado de la acción dirigida a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva”. La adopción de conductas promotoras de salud van a estar o están favorecidos por los beneficios comprobados de las acciones ejecutadas, de modo que las madres al ver los efectos de la lactancia natural en sus hijos estarán más motivadas para amamantarlos.

En la práctica profesional de enfermería la enfermera(o) ejecuta actividades dirigidas a promover la salud, cuidar la enfermedad, mantener y aumentar el estado de salud en el ser humano, por lo tanto, debe sensibilizarlo sobre su responsabilidad para mantenerla. En tal sentido, debe ofrecerle una orientación relacionada con aspectos de salud que generen cambios favorables para lograr un nivel funcional óptimo. En lo que respecta a la promoción de la lactancia materna, la profesional debe realizar actividades dirigidas a las madres sustentadas en el modelo de promoción de la salud de Nola Pender, con relación a esto, Marriner y Raile (52) plantean: "...el modelo de promoción de la salud se basa en la teoría de aprendizaje social de Alberto Bandura que defiende la importancia de los procesos cognoscitivos en la modificación del comportamiento”.

Como puede notarse el modelo de promoción de la salud defiende la importancia de conocer de una manera general aspectos que conducen a mejorar el comportamiento del individuo hacia la salud, por lo tanto la enfermera debe identificar en las madres de los neonatos las conductas que favorecen la práctica del amamantamiento, en este sentido es importante que se valore la capacidad que tiene cada una de las madres para contribuir con la salud de su hijo, por ello es necesario que esté convencida de los beneficios de proporcionarle la lactancia materna a sus hijos.

Sobre este particular conviene decir que el modelo de promoción de la salud identifica los factores cognitivos, perceptivos del individuo que pueden ser modificados por las características situacionales o personales, los cuales se traducen en la participación de este en conductas que favorezcan la salud, por lo tanto se deduce que los procesos cognitivos influyen en los cambios de comportamiento, es por esto que la enfermera(o) mediante acciones educativas debe ofrecer información a las madres sobre aspectos relacionados con la lactancia materna, con la finalidad de lograr que dichas madres proporcionen la leche materna a sus hijos, del mismo modo debe identificar en ellas los factores que puedan generar conductas que les impida amamantar a sus hijos.

De allí pues, que la dimensión conductas promotoras de la lactancia natural se define operacionalmente como acciones educativas de enfermería sustentadas en la teoría de promoción de la salud realizadas con las madres, reconociendo conductas previas sobre la lactancia materna, percepción de barreras, percepción de beneficios y percepción de la relación–afecto hacia la lactancia materna.

2.3.2.2. Dimensiones

a. Conductas previas sobre lactancia materna

El desempeño de la enfermera(o) debe estar reflejado en su capacidad técnica para identificar en las madres de los neonatos hospitalizados las necesidades de aprendizaje, considerando que la promoción de la salud es un medio con el cual se busca cambiar comportamientos. Debe señalarse, que es necesario que la enfermera(o) reconozca en ellas conductas previas sobre la lactancia natural. Con respecto a la conducta previa, Pender, N., citada por Marriner y Raile (53), señala: La conducta correspondiente previa es un factor que tiene efectos directos e indirectos. El hecho de que el comportamiento futuro se vea influido por el éxito o el fracaso de intentos precedentes de ejercer actos similares es coherente con la importancia dada a la percepción de la propia eficacia.

La cita anterior permite argumentar, que las conductas previas pueden tener efectos directos o indirectos, de allí la importancia de identificar en las madres de los aspectos cognoscitivos relacionados con la lactancia materna con la finalidad de influir positivamente en los cambios futuros que se esperan lograr en ella, a través de prácticas educativas donde tengan más participación activa, lo que permite identificar las posibilidades del éxito.

b. Percepción de beneficios de la lactancia materna

En cuanto a los beneficios percibidos de las conductas, Nola Pender, citada por Marriner y Raile (54), señala: "... las personas pueden sentirse más inclinadas a iniciar o continuar una conducta favorecedora de la salud

cuando consideran que los beneficios que pueden obtenerse de ellas son importantes”.

De acuerdo a lo citado cabe destacar que las conductas adaptadas por las personas en algún momento o situación están influidas por el deseo de conseguir el bienestar a nivel biopsicosocial, de aquí que la enfermera (o) brinde información a la madre con respecto a los beneficios que le ofrece la lactancia natural a ella y a su hijo, relacionados con inmunidad, desarrollo emocional, aporte nutricional, crecimiento, protección de cáncer y mejor recuperación postparto.

Del mismo modo, la enfermera(o) debe identificar la información que tienen las madres relacionada con las ventajas de la lactancia materna, tanto para el niño como para ella.

c. Autoeficacia percibida

En la promoción de la lactancia natural cabe destacar que la enfermera debe desarrollar actividades educativas que conlleven a capacitar a las madres con relación a las técnicas de amamantamiento a fin de lograr una Autoeficacia Percibida, que es definida por Sakraida (55), como: “el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud”, en concordancia con esta definición, se puede decir que la autoeficacia percibida permite a la enfermera evaluar en la madre su aprendizaje con respecto a las orientaciones sobre la lactancia natural que le está ofreciendo y de esa forma verificar su desempeño en el momento de amamantar al niño / niña.

Desde esta perspectiva la autoeficacia percibida en este estudio es definida operacionalmente como la capacidad de la madre para entender y

ejecutar las técnicas de amamantamiento con su recién nacido incluyendo posición, frecuencia, cantidad y agarre del seno.

d. Percepción de la relación afecto – lactancia materna

En cuanto a la relación afecto – actividad, Nola Pender, citada por Marriner y Raile (56), señala: "...se establece cuando se asocian subjetivamente a una determinada conducta y sentimientos positivos o negativos que ejercen una influencia directa en el cumplimiento de dicha conducta, e indirecta en la potenciación de la propia eficacia".

La cita anterior permite argumentar, que en la percepción relación afecto–lactancia natural se determinan emociones positivas que ejerce la madre a la hora de alimentar a su hijo. La enfermera(o) debe fomentar en la madre la relación temprana y el contacto físico con el niño mediante la lactancia natural, orientándola sobre las técnicas de amamantamiento.

Según Mosteiro, Fernández, Morán, Pellico y Díaz (57), con relación al vínculo madre – hijo: "...la primera toma satisfactoria es clave y refuerza la unión psicofectiva madre–hijo, los sentimientos hacia el bebé y la continuidad a corto y largo plazo de la lactancia". De la cita expuesta, se considera el vínculo entre la madre y el hijo como el acontecimiento más importante del proceso de la lactancia en donde surgen los instintos amorosos y de pertenencia entre ambos, que van a fortalecer la motivación y responsabilidad de la madre para lograr el éxito en la lactancia. Inicialmente la enfermera(o) debe observar y analizar la actitud de la madre ante el primer contacto con su hijo, de allí planifica la estrategia a seguir para lograr el bienestar de la relación madre–hijo.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general:

Como esta investigación corresponde a un diseño descriptivo de tipo transversal, carece de hipótesis general, pero puede generar hipótesis descriptivas que conduzcan a estudios de otro nivel.

2.4.2. Hipótesis descriptivas:

Ho₁: No predominan las conductas previas sobre lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital en estudio.

Ha₁: Predominan las conductas previas sobre lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital en estudio.

Ho₂: No prevalece la percepción de beneficios de la lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital en estudio.

Ha₂: Prevalece la percepción de beneficios de la lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital en estudio.

Ho₃: No prevalece la percepción de beneficios de la lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital en estudio.

Ha₃: Prevalece la autoeficacia percibida sobre lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital en estudio.

Ho₄: No prevalece la percepción de la relación afecto sobre lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital en estudio.

Ha₄: Prevalece la percepción de la relación afecto sobre lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital en estudio.

2.5. Variables

2.5.1. Variable dependiente:

Conductas promotoras de la lactancia materna

2.5.2. Variable independiente:

Ninguna.

2.6. Operacionalización de las variables (Dimensiones e indicadores)

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE:				
Conductas promotoras de la lactancia materna	Conductas previas sobre lactancia materna	- Lactancia materna. Concepto - Ventajas de la lactancia materna - Fisiología de la glándula mamaria	SI NO	Nominal
	Percepción de beneficios de la lactancia materna	- Beneficio para el lactante - Beneficio para la madre	SI NO	Nominal
	Autoeficacia percibida sobre lactancia materna	- Posición - Frecuencia - Cantidad - Agarre del seno	SI NO	Nominal
	Percepción de la relación afecto sobre lactancia materna	- Vínculo madre - hijo - Amor - Seguridad	SI NO	Nominal
VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN:				
Caracterización de la muestra	Características socio demográficas	Edad	Años	De razón
		Estado civil	Casada Separada Conviviente Soltera	Nominal
		Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior	Ordinal
		Ocupación	Ama de casa Profesional Comerciante Otros	Nominal
	Características obstétricos	Primípara	SI NO	Nominal
		Número de hijos	0 1 a 2 3 a más	Ordinal
		Tipo de parto	Vaginal Cesárea	Nominal

CAPÍTULO III

METODOLÓGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Tipo de investigación

3.1.1. Enfoque

El enfoque correspondió a un estudio cuantitativo, debido a que se tuvieron en cuenta en el análisis de los resultados la estadística.

3.1.2. Alcance o nivel

El estudio de investigación perteneció al nivel descriptivo, debido a que se contó con una sola variable de investigación.

3.1.3. Diseño

Para efecto de la investigación se consideró el diseño descriptivo simple, como se muestra a continuación:

M ----- O

M = Muestra

O = Observación de la variable en estudio

3.2. Población y muestra

La población estuvo conformada por todas las madres de alojamiento conjunto que fueron atendidas en el segundo semestre del 2015, que en total fueron 607 madres.

3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio:

- Madres que pasen a alojamiento conjunto.
- Madres con recién nacido vivo.
- Madres que acepten el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: se excluyeron del estudio:

- Madres con problemas de salud mental.
- Madres que no saben leer o escribir.

Criterios de eliminación:

- Madres que presentan alguna patología complicada.
- Madres con referencia a otro hospital.

3.2.2. Ubicación de la población en espacio y tiempo

El estudio se llevó a cabo en alojamiento conjunto del Hospital ESSALUD Huánuco, ubicado en el distrito de Amarilis, provincia y departamento de Huánuco. La duración del estudio estuvo comprendida entre los meses de enero a julio del 2016.

3.2.3. Muestra y muestreo

3.2.3.1. Unidad de análisis: Cada madres.

3.2.3.2. Unidad de muestreo: Lo conformaron las mismas madres.

3.2.3.3. Marco muestral: Estuvo conformada por un padrón de madres.

3.2.3.4. Tamaño de muestra: En el cálculo del tamaño muestral se utilizó la fórmula de cálculo de muestras para estimación de proporciones de una sola población, siendo:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{}$$

$$e^2 (N-1) + Z^2 \times P \times Q$$

Dónde:

$Z^2 = 95\%$ confiabilidad

$P = 50\%$

$Q = 1-P$

$e =$ error de estimación en 8%

$N =$ Población

Cálculo:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50 \times 607}{(0,08)^2 (607-1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = \frac{582,9628}{4,8388}$$

$$n = 120$$

Por tanto, se trabajó con una muestra total de 120 mujeres.

3.2.3.5. Tipo de muestreo: Se tuvo en cuenta el muestro aleatorio simple.

3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos

3.3.1. Para la recolección de datos

3.3.1.1. Método

El método utilizado fue:

- La encuesta

3.3.1.2. Instrumentos

Asimismo, el instrumento de investigación fue:

a. Cuestionario sobre conductas promotoras de lactancia materna;

estuvo compuesto por tres partes, donde en el primer apartado lo conformaron preguntas sobre características sociodemográficas, en segundo lugar, lo conformaron preguntas sobre características obstétricas, y en tercer lugar las preguntas estuvieron referidas sobre las conductas promotoras de lactancia, las cuales estuvieron comprendidas por 31 preguntas con respuestas dicotómicas de SI/NO. La calificación fue en forma dicotómica con puntuaciones, es decir para respuesta positiva valdrá un punto y para respuestas negativas la puntuación fue cero (Anexo 01).

La calificación de la variable y sus dimensiones, fueron:

Conductas promotoras de la lactancia materna

SI 16 a 31

NO 0 a 15

Conductas previas sobre lactancia materna

SI 6 a 11

NO 0 a 5

Percepción de beneficios de la lactancia materna

SI 5 a 8

NO 0 a 4

Autoeficacia percibida sobre lactancia materna

SI 5 a 8

NO 0 a 4

Percepción de la relación afecto sobre lactancia materna

SI 3 a 4

NO 0 a 2

3.3.1.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos

Se tuvo en cuenta la validez de contenido mediante el juicio de expertos, las cuales fueron valoradas por cinco expertos todos con experiencia en el tema, y donde por unanimidad valoraron en forma satisfactoria.

Asimismo, en la medición de la confiabilidad se utilizó el coeficiente KR-20, donde el instrumento obtuvo un coeficiente de 0,915, siendo esta confiable.

3.3.1.4. Procedimientos de recolección de datos

Para el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Solicitud de permiso a la Dirección del Hospital en estudio.
- Se realizó previo a la recolección una validación de contenido y validación cuantitativa del instrumento en estudio.
- Luego, se capacitaron a encuestadores y supervisores para la recolección de la información propiamente dicha.
- Se solicitó el consentimiento de los participantes en estudio.
- Se aplicó los instrumentos para la toma de datos durante la investigación, en un tiempo promedio de 20 minutos.
- La recolección se realizó entre los meses de setiembre y octubre del 2016.

3.3.2. Para presentación de datos

Se consideraron las siguientes fases:

- Revisión de los datos, donde se tuvo en cuenta el control de calidad de los datos, con el fin de poder hacer las correcciones pertinentes.

- Codificación de los datos. Se transformó en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en el instrumento, según las variables del estudio.
- Clasificación de los datos, Se realizó de acuerdo al tipo de variables y sus escalas de medición.
- Presentación de datos. Se presentó los datos en tablas académicas y en gráficos según las variables en estudio.

3.3.3. Para el análisis e interpretación de datos

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

En la comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba de CHI CUADRADA de bondad de ajuste, con un nivel de significancia de 0,05. En todo el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos

4.1.1. Características sociodemográficas:

Tabla 01. Edad en años de madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Edad en años	Frecuencia	%
20 a 29	53	44,2
30 a 39	62	51,7
40 a 48	5	4,2
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

En cuanto a la edad en años de madres usuarias en estudio, se encontró que el 51,7% (62 madres) presentaron edades entre 30 a 39 años, asimismo, el 44,2% (53 madres) tuvieron edades entre 20 a 29 años y el 4,2% (5 madres) entre 40 a 48 años de edad.

Tabla 02. Estado civil de madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Estado civil	Frecuencia	%
Casada	60	50,0
Separada	6	5,0
Conviviente	52	43,3
Soltera	2	1,7
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

En razón al estado civil de madres usuarias en estudio, se encontró que el 50,0% (60 madres) pertenecieron a la condición de casada, el 43,3% (52 madres) fueron convivientes, el 5,0% (6 madres) se encontraban separadas y el 1,7% (2 madres) fueron solteras.

Tabla 03. Grado de instrucción de madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Primaria	3	2,5
Secundaria	50	41,7
Superior	67	55,8
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

Respecto al grado de instrucción de madres usuarias en estudio, se encontró que el 55,8% (67 madres) alcanzaron la educación superior, el 41,7% (50 madres) tuvieron un educación de secundaria y el 2,5% de las madres consiguieron la educación primaria.

Tabla 04. Ocupación de madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	44	36,7
Profesional	38	31,7
Comerciante	11	9,2
Otro	27	22,5
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

Concerniente a la ocupación de madres usuarias en estudio, se encontró que el 36,7% (44 madres) fueron amas de casa, por otro lado, el 31,7% (38 madres) fueron profesionales, el 9,2% (11 madres) fueron comerciantes y el 22,5% obtuvieron la ocupación de otros.

4.1.2. Características obstétricas:

Tabla 05. Primer hijo de madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Primer hijo	Frecuencia	%
SI	46	38,3
NO	74	61,7
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

En cuanto al primer hijo de madres usuarias en estudio, se encontró que el 38,3% (46 madres) tuvieron su primer hijo y en cambio, el 61,7% (74 madres) no tuvieron su primer hijo.

Tabla 06. Número de hijos vivos de madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Número de hijos vivos	Frecuencia	%
1	40	33,3
2	44	36,7
3	30	25,0
4	3	2,5
5	2	1,7
6	1	0,8
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

Referente al número de hijos vivos de madres usuarias en estudio, se encontró que el 36,7% (44 madres) tuvieron dos hijos, el 33,3% (40 madres) se encontraban con un hijo, el 25,0% (30 madres) con tres hijos y el 2,5%, 1,7% y 0,8% presentaron 4, 5 y 6 hijos, respectivamente.

Tabla 07. Tipo de parto del último hijo de madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2015

Tipo de parto del último hijo	Frecuencia	%
Vaginal	89	74,2
Cesárea	31	25,8
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

En lo que respecta al tipo de parto del último hijo de madres usuarias en estudio, se encontró que el 74,2% (89 madres) tuvieron parto vaginal y en cambio, el 25,8% (31 madres) el parto fue por cesárea.

4.1.3. Conductas promotoras de la lactancia materna:

Tabla 08. Conductas previas sobre lactancia materna de madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Conductas previas sobre lactancia materna	Frecuencia	%
SI	116	96,7
NO	4	3,3
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

En cuanto a las conductas previas sobre lactancia materna de madres usuarias en estudio, se encontró que la mayoría del 96,7% (116 madres) presentaron las conductas previas sobre lactancia materna y solo el 3,3% (4) manifestaron una respuesta negativa.

Tabla 09. Percepción de beneficios de la lactancia materna de madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Percepción de beneficios de la lactancia materna	Frecuencia	%
SI	113	94,2
NO	7	5,8
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

Respecto a la percepción de beneficios de la lactancia materna de madres usuarias en estudio, se encontró que la mayoría del 94,2% (113 madres) mostraron percepción de beneficios de la lactancia materna y solo el 5,8% (7 madres) declararon una respuesta negativa.

Tabla 10. Autoeficacia percibida sobre lactancia materna de madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2015

Autoeficacia percibida sobre lactancia materna	Frecuencia	%
SI	109	90,8
NO	11	9,2
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

Con respecto a la autoeficacia percibida sobre lactancia materna de madres usuarias en estudio, se encontró que la mayoría del 90,8% (109 madres) indicaron autoeficacia percibida sobre lactancia materna y solo el 9,2% (11 madres) aseguraron una respuesta negativa.

Tabla 11. Percepción de la relación afecto sobre lactancia materna de madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Percepción de la relación afecto sobre lactancia materna	Frecuencia	%
SI	112	93,3
NO	8	6,7
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

En cuanto a la percepción de la relación afecto sobre lactancia materna de madres usuarias en estudio, se encontró que la mayoría del 93,3% (112 madres) revelaron relación afecto sobre lactancia materna y solo el 6,7% (8 madres) manifestaron una respuesta negativa.

Tabla 12. Conductas promotoras de la lactancia materna de madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Conductas promotoras de la lactancia materna	Frecuencia	%
SI	114	95,0
NO	6	5,0
Total	120	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

En general, en cuanto a las conductas promotoras de la lactancia materna de madres usuarias en estudio, se encontró que la mayoría del 95,0% (114 madres) presentaron conductas promotoras de la lactancia materna y solo el 5,0% (6 madres) declararon una respuesta negativa.

4.2. Contrastación de hipótesis y prueba de hipótesis

Tabla 13. Comparación de frecuencias observadas de conductas previas sobre lactancia materna de madres usuarias en estudio mediante la Prueba Chi cuadrado. Servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Conductas previas sobre lactancia materna	Frecuencia	%	Frecuencia esperada	Prueba Chi cuadrada	Significancia
SI	116	96,7	60	104,53	0,000
NO	4	3,3	60		
Total	120	100,0			

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

En relación a las conductas previas sobre lactancia materna de madres usuarias en estudio, se evidenció que 96,7% de ellas realizaron dichas conductas y 3,3% demostraron falta de esta conducta. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p=0,000$); observando que predominan aquellas madres usuarias de un alojamiento conjunto con conductas previas sobre lactancia materna.

Tabla 14. Comparación de frecuencias observadas de percepción de beneficios de la lactancia materna de madres usuarias en estudio mediante la Prueba Chi cuadrado. Servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Percepción de beneficios de la lactancia materna	Frecuencia	%	Frecuencia esperada	Prueba Chi cuadrada	Significancia
SI	113	94,2	60	93,63	0,000
NO	7	5,8	60		
Total	120	100,0			

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

En razón a la percepción de beneficios de la lactancia materna de madres usuarias en estudio, se evidenció que 94,2% de ellas tuvieron dichas percepciones y 5,8% demostraron falta de esta percepción. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p=0,000$); observando que predominan aquellas madres usuarias de un alojamiento conjunto con percepción de beneficios de la lactancia materna.

Tabla 15. Comparación de frecuencias observadas de autoeficacia percibida sobre lactancia materna de madres usuarias en estudio mediante la Prueba Chi cuadrado. Servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Autoeficacia percibida sobre lactancia materna	Frecuencia	%	Frecuencia esperada	Prueba Chi cuadrada	Significancia
SI	109	90,8	60	80,03	0,000
NO	11	9,2	60		
Total	120	100,0			

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

Concerniente a la autoeficacia percibida sobre lactancia materna de madres usuarias en estudio, se evidenció que 90,8% de ellas tuvieron autoeficacia y 9,2% demostraron falta de autoeficacia. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p=0,000$); observando que predominan aquellas madres usuarias de un alojamiento conjunto con autoeficacia percibida sobre lactancia materna.

Tabla 16. Comparación de frecuencias observadas de percepción de la relación afecto sobre lactancia materna de madres usuarias en estudio mediante la Prueba Chi cuadrado. Servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Percepción de la relación afecto sobre lactancia materna	Frecuencia	%	Frecuencia esperada	Prueba Chi cuadrada	Significancia
SI	112	93,3	60	90,13	0,000
NO	8	6,7	60		
Total	120	100,0			

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

En relación a la percepción de la relación afecto sobre lactancia materna de madres usuarias en estudio, se evidenció que 93,3% de ellas tuvieron dicha percepción y 6,7% demostraron falta de esta percepción. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p=0,000$); observando que predominan aquellas madres usuarias de un alojamiento conjunto con percepción de la relación afecto sobre lactancia materna.

Tabla 17. Comparación de frecuencias observadas de conductas promotoras de la lactancia materna de madres usuarias en estudio mediante la Prueba Chi cuadrado. Servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud – Huánuco 2016

Conductas promotoras de la lactancia materna	Frecuencia	%	Frecuencia esperada	Prueba Chi cuadrada	Significancia
SI	114	95,0	60	97,20	0,000
NO	6	5,0	60		
Total	120	100,0			

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

Y, en relación a las conductas promotoras de la lactancia materna de madres usuarias en estudio, se evidenció que 95,0% de ellas realizaron dichas conductas y 5,0% demostraron falta de esta conducta. Al aplicar la prueba Chi cuadrada de comparación de frecuencias se halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ($p=0,000$); observando que predominan aquellas madres usuarias de un alojamiento conjunto con conductas promotoras de la lactancia materna.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. Contratación de los resultados del trabajo de investigación

La lactancia materna se considera un fenómeno biológico cultural por excelencia en los seres humanos debido a que además de biológico es influenciado por la cultura, sosteniendo que es el alimento óptimo para el crecimiento y desarrollo de los niños (58). Del mismo modo, la lactancia materna brinda ventajas al niño y a la madre (59).

Por otra parte, en nuestra investigación se encontró predominio de las conductas promotoras de la lactancia materna (95,0%) en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología, con significancia estadística de $p \leq 0,000$. Del mismo modo, predominan las conductas previas sobre lactancia materna (96,7%), percepción de beneficios de la lactancia materna (94,2%), autoeficacia percibida sobre lactancia materna (90,8%) y percepción de la relación afecto sobre lactancia materna (93,3%), todas con $p \leq 0,000$.

Nuestros resultados son coincidentes de acuerdo a los estudios de Absalon y Byer (60) quienes según sus resultados consintieron demostrar que el 72% de las madres de los niños en estudio poseen información con el concepto y ventajas de la lactancia materna y la fisiología de la glándula mamaria, el 81% aprecia los beneficios positivos de la lactancia para las madres y los niños, y conciben y efectúan las técnicas de amamantamiento; y el 94,4% percibe la relación y los sentimientos positivos hacia la lactancia materna.

Igualmente, González, Muñoz y Nessi (61) evidenciaron que el 89% de las embarazadas primigesta obtienen información con el concepto, en la lactancia materna, la lactancia exclusiva y la fisiología de la glándula mamaria, el 89% percibe los beneficios positivos de la lactancia exclusiva para la madre y el niños, y el 92% tiene conocimiento de la autoeficacia percibida y el 89% valora la relación y los sentimientos positivos hacia la lactancia exclusiva.

También, Monsalve DE, Sanhueza CD, Torres (62) encontraron que el 100% de las usuarias estudiadas refirieron haber amamantado a sus hijos, sin embargo sólo un 48% proporcionó lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida. Dicho resultado ratifica que las actuales decisiones nacionales o acciones locales desplegadas para ayudar la lactancia materna exclusiva no están siendo eficaces, creando una caída porcentual que aumenta con el pasar del tiempo.

En palabras de Vásquez (63) concluyó en su estudio que “un porcentaje considerable (56.7%) de madres tiene un conocimiento medio y bajo respecto a la lactancia materna relacionado a que no conoce como debe ser la alimentación de la madre que da de lactar, así como la utilización de la extracción de leche en situaciones de ausencia de la madre. La mayoría (70%) tienen una actitud medianamente favorable a desfavorable ya que considera que en los 6 primeros meses su bebe debe ser alimentado solo con leche materna desde para ser sano, fuerte e inteligente, transmitiendo amor seguridad y afecto. Las prácticas de un porcentaje considerable (60%) de madres es adecuada referido a que realiza el lavado de manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe, se acomoda adecuadamente en la silla

permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos y al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente”.

Por otro lado, Peña y Alonso (64) han demostrado que cuando se juntan los conceptos autoeficacia percibida y afecto relacionado, se asume mayor probabilidad de aumentar la práctica de una conducta promotora de salud, como lo es en este caso la lactancia materna.

Además, la lactancia materna es una de las pruebas de amor de la madre hacia el hijo, ya que procrea grandes sentimientos de placer (65). En esa misma línea de pensamiento, la lactancia debe ser considerada también como estrategia primordial para el desarrollo del apego entre la madre y el hijo (66).

Finalmente, nuestros resultados presentan limitaciones sobre todo en que los resultados solo pueden ser extrapolados a características propias de este tipo de ámbito; por lo que es pertinente continuar con la línea de investigación con estudios de mayor nivel de investigación.

CONCLUSIONES

Se llegan a las siguientes conclusiones:

- El 95,0% (114 madres) presentaron conductas promotoras de la lactancia materna, existiendo predominio de estas conductas, con significancia estadística de $p=0,000$. Rechazado la Hipótesis Nula y aceptado la Hipótesis Alterna.
- Del mismo modo, según sus dimensiones predominan las conductas con el 96,7% (116 madres) de conductas previas sobre lactancia materna, con significancia estadística de $p\leq 0,000$.
- También, el 94,2% (113 madres) expresaron percepción positiva de beneficios de la lactancia materna, con significancia estadística de $p\leq 0,000$.
- Asimismo, el 90,8% (109 madres) indicaron autoeficacia percibida sobre lactancia materna, con significancia estadística de $p\leq 0,000$.
- Y, 93,3% (112 madres) revelaron relación afecto sobre lactancia materna, con significancia estadística de $p\leq 0,000$.

RECOMENDACIONES

Se recomiendan:

- Considerar estudios de mayor nivel de investigación, con diseños analíticos.
- Promover una cultura de lactancia materna exclusiva a nivel intrahospitalario para que la totalidad de los implicados asuman esta responsabilidad social.
- Sensibilizar a través cursos de capacitación personalizados y frecuentes para promocionar en forma eficaz la lactancia materna exclusiva.
- Socializar la técnica materna propuesta por la Organización Mundial de la Salud mediante la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
- Fortalecer una educación continua tanto en las instituciones formadoras como en las instituciones prestadoras de salud sobre lactancia materna a la totalidad del personal de salud: Médicos, Enfermeras, Obstetrices y personal técnico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Sanabria M, Coronel J, Díaz C, Salinas C, Sartori J. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. Rev. Chilena de Pediatría 2005;76 (5); 530-535.
2. Berman RE, Kliegman RM, Harbin AM, Nelson WE. Nelson. Tratado de pediatría. Alimentación de los lactantes y de los niños pequeños. 15 ed. t1. Madrid: Mc Graw Hill; Interamericana; 1997.
3. León-Cava N. Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington, D.C.: OPS; 2002.
4. OMS. Equipo de Estudio Colaborativo sobre el Papel de la Lactancia Materna en la Prevención de la Mortalidad Infantil. Efecto de la lactancia materna sobre la mortalidad de lactantes y niños por enfermedades infecciosas en países menos desarrollados: Un análisis agrupado. Lancet 2000;355:451-455.
5. Onyango A, Esrey S, Kramer M. La lactancia materna continua y el crecimiento del niño en el segundo año de vida: Un estudio prospectivo de cohortes en el oeste de Kenia. Lancet 1999;354:2041-2045.
6. Ball T, Wright A. Costos de atención médica de la fórmula de alimentación en el primer año de vida. Pediatrics 1999;103(4):870- 876.
7. Schanler R. Lactancia 2001. Parte I: las pruebas para la lactancia materna. Pediatr Clin North Am 2001;48:273-546.
8. Flores-Huerta S, Cisneros-Silva I. Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva. Salud Publica Mex 1997;39(2):110-116.

9. Academia Americana de Pediatría. Grupo de Trabajo de Lactancia Materna. La lactancia materna y el uso de la leche materna. *Pediatrics* 1997;100(6):1035-9.
10. Rodicio MM, Abadi A, Silveira M, Rodríguez MJ, Andrés A, Vázquez M. Tendencia y evolución de la lactancia materna en el norte de Lugo. *Acta Pediatr Esp.* 2007;65:6-11.
11. Brasil. Ministerio de Salud. Ordenanza 1920 05 de septiembre 2013. Estrategia de Lactancia Materna y Alimentación en Brasil.
12. Paricio JM. Papel protector de la lactancia materna en las infecciones de la infancia: análisis crítico de la metodología de estudio. *Evid Pediatr.* 2007;3:61.
13. Ministerio de Salud. II Prevalencia de la lactancia materna en las capitales brasileñas y en el Distrito Federal. Brasilia: MS; 2009.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013 Lima.
15. Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística. Reporte mensual de actividades en atención integral de salud del niño. DIRESA Huánuco, 2013.
16. Lara ACL, Fernandes RAQ. Calidad de vida en el puerperio mediato: un estudio cuantitativo. *Online braz j nurs* [Internet]. 2010;9(1). Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2815>. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20102815>
17. Dennis CL. Fundamentos teóricos de la confianza de la lactancia materna: un marco autoeficacia. *Hum Lact.* 1999; 15(3):195-201.

18. UNICEF, ICBF, Ministerio de Salud. Plan Decenal para la promoción y apoyo a la lactancia materna. Santafé de Bogotá, Colombia; 1998.
19. Lomelí GLE, Medina CL, Rodríguez JMG. Influencia de la educación prenatal en la decisión de lactar al seno materno. Rev Med Inst Mex Seguro Soc Mex. 1996; 34: 473-6.
20. Lemos J, Araújo AL, Silva E, Batista MO, Barbosa L, De Almeida PC. Antecedentes sociodemográficos y obstétricos de la autoeficacia materna en el amamantamiento: estado en panel. Online Brazilian Journal of Nursing; 2014;13(4):1-14.
21. Peña MI, Alonso M. Factores promotores de salud y práctica de lactancia materna. Desarrollo Científ Enferm 2006 enero-febrero, 14(1):14-16.
22. Lemos J, Araújo AL, Silva E, Batista MO, Barbosa L, de Almeida PC. Op. Cit. P. 1.
23. Herdy V, Pereira D, Corrêa BA, Gomes BD, Riker MB, Mitrano A. Amamantamiento como práctica valorativa en el saber hacer: estudio descriptivo. Online Brazilian Journal of Nursing 2013;12(4):1-10.
24. Broche RC, Sánchez OL, Rodríguez D, Pérez LE. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. Rev Cubana Med Gen Integr abr.-jun. 2011;27(2):1-7.
25. Peña MI, Alonso M. Op. Cit. P. 14.
26. Delgado M, Orellana JJ. Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2004;55(1):9-17.

27. Basadre C, Bello H, Benavides JI, Bravo M, Carranza E. Lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. Horiz Med 2013;13(2):28-39.
28. Ferro MM, Flores HF. Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMO de octubre a diciembre del 2005. [Tesis para optar el título de licenciada en obstetricia] Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú; 2006.
29. Cairo J, Livia C. Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Seis Meses y Factores Asociados en Niños Nacidos Sanos. Anales de la Facultad de Medicina 2000; 61(3):193-200.
30. De la cruz JA. Factores que intervienen en el abandono de la lactancia materna en el Hospital Regional Hermilio Valdizan-Huanuco 2014. [Tesis de pregrado]. HUÁNUCO – PERÚ: UNIVERSIDAD DE HUANUCO; 2015.
31. Arellano W. Prevalencia y predictores de la lactancia materna en Huánuco 2008. [Tesis para optar el Grado de Maestría en Salud Pública y Gestión Sanitaria] Universidad Nacional Hermilio Valdizán Huánuco – Perú; 2010.
32. Raile M, Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España: Elsevier. 2011.
33. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en Enfermería. 6° ed. Editorial Elsevier- Mosby. Barcelona, España. 2007.
34. Ibid. P. 502.
35. Ibid. P. 482.

36. Ibid. P. 508-509.
37. Grupo de cuidado. Facultad de enfermería. C:2 el cuidado para la salud materno perinatal. Página 137.
38. Marriner A, Raile M. Op. Cit. P. 509.
39. Grupo de cuidado. Op. Cit. P. 138.
40. Marriner A, Raile M. Op. Cit. P. 480.
41. Marriner A, Alligood M. Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer. (Ed.), séptima. Modelos y teorías en enfermería. España: Editorial Elsevier. 2011.
42. Ibid. P. 59.
43. Ibid. P. 60.
44. Maraví P, Moromisato OM. Conocimientos que tienen las gestantes sobre las consecuencias del destete precoz en el desarrollo orofacial del bebé. [Tesis] Lima – Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2013.
45. Dueñas E, Mesa LA, Domínguez F, Moreno O. Pediatría. La Habana: Edición Pueblo y Educación; 2005:19-23.
46. Atalah E. Situación Actual de la Lactancia en Chile [internet]. [consultado: 2014 junio 15]. Disponible en <http://www.medwave.cl/cursos/pediatraynutricion06/1/1.act>.
47. Cáceres W, Reyes M, Malpica E, Álvarez L, Solís L. Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. Revista Cubana de Medicina General Integral 2013;29(3):245-252.

48. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna. Ginebra: OMS; 1991.
49. Organización Mundial de la Salud. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño [internet]. Serie OPS/FCH/CA/O5.05.E [consultado: 2014 junio 24]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-evidencias.pdf>
50. OMS/ UNICEF. Cumplamos los 10 pasos para una lactancia materna exitosa [internet]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/LM_Cartillavers02.pdf
51. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. (4ª ed.). Editorial Harcourt Brace. España. 1999.
52. Ibid. P. 530.
53. Ibid. P. 533.
54. Ibid. P. 533.
55. Sakraida T. El modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender (cap 33) 2003, del texto Modelos y Teorías en Enfermería de Ann Marriner Tomey y Martha Raile Alligood. Quinta Edición. Editorial Mosby. Madrid. España.
56. Marriner A, Raile M. Op. cit. P. 533.
57. Mosteiro M, Fernández A, Morán D, Pellico M y Díaz E. Prevalencia de trastornos depresivos puerperales durante la hospitalización en mujeres del entorno y su relación con determinados factores de riesgo. Rev. Clínica de Enfermería Vol. 11 N° 4. Editorial Doyma S.L. España. 2000.

58. Benavides N. Principales Causas del Abandono de la Lactancia materna Exclusiva (amamantar), Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición UANL Edición Especial N° 2. Cuba. 2002.
59. Osorno J. Hacia una Feliz Lactancia Materna, (Ventajas de la Lactancia Materna), Apoyo de la Lactancia Materna, Bogota, Colombia. 1996.
60. Absalon L, Byer S. Promoción de la lactancia natural enfocada en la teoría de nola pender dirigida a las madres de los neonatos hospitalizados en la unidad clínica de retén patológico del hospital pediátrico “Menca De Leoni” De San Félix, Estado Bolívar, en el segundo semestre del año 2004. [Tesis]. Ciudad Guayana: Universidad Central De Venezuela; 2005.
61. González J, Muñoz R, Nessi M. Promoción de la lactancia materna exclusiva en las embarazadas primigesta, en la consulta prenatal hospital docente “dr. Raúl Leoni” San Felix Estado Bolivar primer trimestre 2009. [Tesis]. Ciudad Guayana: Universidad Central De Venezuela; 2009.
62. Monsalve DE, Sanhueza CD, Torres NF. Valoración profesional y usuaria hacia las actividades promotoras de lactancia materna exclusiva en atención pública en salud. [Tesis]. Valdivia – Chile: Universidad Austral de Chile; 2012.
63. Vásquez RP. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2009. [Tesis]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2012.
64. Peña MI, Alonso M. Op. Cit. P. 14.

65. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Primer contacto piel-a-piel con las madres y sus recién nacidos sanos. Cochrane database syst rev(online). 2012[cited 2013 Dec 16](5):[about 100 p.]. Available from:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/pdf>
66. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde; 2008.

ANEXOS

CÓDIGO

FECHA: ----/----/----

ANEXO 01

CUESTIONARIO SOBRE CONDUCTAS PROMOTORAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

TÍTULO: Conductas promotoras de la lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud - Huánuco 2015.

INSTRUCCIONES: Por favor lea cada una de las preguntas, así como las posibles opciones e indique la respuesta que sea apropiada para usted. Tus respuestas serán anónimas y confidenciales.

I. Características sociodemográficas:

1. ¿Cuál es su edad?

2. ¿Cuál es su estado civil?

- | | |
|----------------|--------|
| a) Casada | () |
| b) Separada | () |
| c) Conviviente | () |
| d) Soltera | () |

3. ¿Cuál es su grado de instrucción?

- | | |
|---------------|--------|
| a) Primaria | () |
| b) Secundaria | () |
| c) Superior | () |

4. ¿Cuál es su ocupación?

- | | |
|----------------|--------|
| a) Ama de casa | () |
| b) Profesional | () |
| c) Comerciante | () |
| d) Otros..... | () |

II. Características obstétricos:

5. ¿Es su primer bebé?

- | | |
|-------|--------|
| a) Si | () |
| b) No | () |

6. ¿Cuántos hijos vivos tiene a la fecha, incluyendo al recién nacido?

- a) 0 ()
b) 1 a 2 ()
c) 3 a más ()

7. ¿Cuál fue el tipo de parto por la que nació su último bebé?

- d) Vaginal ()
b) Por cesárea ()

III. Conductas promotoras de lactancia:

A continuación, Ud. encontrará frases que se refieren a las conductas promotoras de la lactancia materna, para lo cual marque con una X, la respuesta que mejor se ajuste a su situación.

Frases	Respuesta	
1. La alimentación del niño, a través del seno de la madre, es lactancia materna.	SI	NO
2. La alimentación del niño, con leche de vaca, es lactancia materna.	SI	NO
3. La Lactancia con leche de vaca es más saludable para el niño que la lactancia materna.	SI	NO
4. La leche materna, constituye el mejor alimento que pueda darse a un niño o niña desde que nace.	SI	NO
5. La leche materna, constituye la mejor bebida que pueda darse a un niño o niña, desde que nace.	SI	NO
6. La leche materna, es fácil de digerir.	SI	NO
7. La leche materna le da inmunidad al niño o niña protegiéndolo de diversas enfermedades como alergias, sarampión, gripes y otras enfermedades virales.	SI	NO
8. La leche materna contiene sustancias que protegen al niño o niña contra las diarreas y estados gripales.	SI	NO
9. La leche materna está disponible las 24 horas del día.	SI	NO
10. El calostro es una leche amarillenta que expulsa la madre después del parto.	SI	NO
11. La succión frecuente y directa del niño o niña alimenta la producción de leche.	SI	NO
12. El niño o niña que es amamantado se siente seguro y feliz, porque recibe más amor y cariño de su madre.	SI	NO
13. El contacto temprano madre - hijo y la oportunidad de que el niño o niña mame en las	SI	NO

primeras horas de vida favorece la continuidad de la lactancia materna.		
14. La leche materna contiene adecuada cantidad de azúcares, grasas, proteínas, vitaminas y minerales que favorece el desarrollo y crecimiento del niño o niña.	SI	NO
15. La lactancia materna, contribuye al desarrollo de algunos músculos de la cara y a fortalecer la mandíbula del niño o niña.	SI	NO
16. La lactancia materna disminuye la posibilidad de que se desarrolle el cáncer de mama en la madre.	SI	NO
17. La lactancia materna ayuda a la madre a que el útero vuelva a su tamaño natural y reduce la posibilidad del cáncer uterino.	SI	NO
18. La lactancia materna ayuda a disminuir la hemorragia en las madres, después del parto.	SI	NO
19. La lactancia materna demora la llegada de la menstruación en la madre.	SI	NO
20. Para amamantar al niño, la madre debe adoptar una postura cómoda y segura con la espalda recta y apoyada.	SI	NO
21. Para amamantar al niño, la madre puede utilizar diferentes posiciones, que puede ser sentada y acostada.	SI	NO
22. La madre debe ofrecer la leche materna al niño o niña para que mame cuando la desee		
23. La madre debe amamantar al niño o niña sin ceñirse a horario estrictos.	SI	NO
24. El niño o niña debe mamar hasta que este satisfecho.	SI	NO
25. El niño o niña debe ser alimentado con leche materna durante el mayor tiempo posible.	SI	NO
26. La madre debe sostener el pecho por debajo con cuatro dedos y colocar el pulgar sobre el pezón formando una "C".	SI	NO
27. La madre debe sostener el pecho para mantener despejada la nariz del niño o niña, mientras mama.	SI	NO
28. La lactancia materna proporciona emociones positivas que ejerce la madre cuando alimenta a su hijo.	SI	NO
29. La lactancia materna favorece la relación de afecto entre la madre y el hijo.	SI	NO
30. La lactancia materna permite a la madre transmitir seguridad al niño o niña.	SI	NO
31. El contacto del niño con la madre, durante el amamantamiento lo ayuda a desarrollar una personalidad equilibrada.	SI	NO

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del Proyecto**

“Conductas promotoras de la lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de Neonatología del Hospital de Nivel II Essalud - Huánuco 2015”

- **Equipo de Investigadores (nombres, cargo en el proyecto, institución, teléfonos).**

ROMÁN BONILLA, DELIA, alumna de Enfermería de la Universidad de Huánuco.

- **Introducción / Propósito**

La lactancia materna es uno de los derechos del niño y su promoción es fundamental para cumplir con este derecho.

- **Participación**

Participaran madres de un alojamiento conjunto.

- **Procedimientos**

Se le aplicara un cuestionario en un tiempo aproximado de 30 minutos.

- **Riesgos / Incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de información oportuna y actualizada sobre la promoción de lactancia materna.

- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representara ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquier nueva información que puede afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia de quien patrocina el estudio. No se publicaran nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

- **Consentimiento / Participación Voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firma del participante o responsable legal**

Huella digital si el caso lo amerita

Firma del encuestado.....

Firma de la investigadora.....

Huánuco a las.....,, del 2016

ANEXO 03

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL INSTRUMENTO OBJETO DE EVALUACION

Yo, _____, con DNI N° _____,
de profesión _____, ejerciendo actualmente como
_____, en la Institución
_____.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de
validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
recomendaciones:

En Huánuco, a los _____ días del mes de _____ del _____.

Firma

ANEXO 04
MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTUDIO: “Conductas promotoras de la lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOS
PROBLEMA GENERAL: ¿Cuáles son las conductas promotoras de la lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015?	OBJETIVO GENERAL: Determinar las conductas promotoras de la lactancia materna en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015.	Como esta investigación corresponde a un diseño descriptivo de tipo transversal, carece de hipótesis general, pero puede generar hipótesis descriptivas que conduzcan a estudios de otro nivel.	Conductas promotoras de la lactancia materna	Tipo de estudio: Observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Diseño: Descriptivo simple. Población: 120 madres. Instrumento: Cuestionario sobre conductas promotoras de lactancia materna
PROBLEMA ESPECIFICO (1) ¿Cuáles son las conductas promotoras de la lactancia materna sobre conductas previas en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015?	OBJETIVO ESPECIFICO (1) Establecer las conductas promotoras de la lactancia materna sobre conductas previas en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015.	HIPOTESIS DESCRIPTIVA (1) La proporción de madres por conductas previas sobre lactancia materna (SI/NO) son diferentes.	Conductas previas sobre lactancia materna	
PROBLEMA ESPECIFICO (2) ¿Cuáles son las conductas promotoras de la lactancia materna sobre percepción de beneficios en madres usuarias de un alojamiento	OBJETIVO ESPECIFICO (2) Evaluar las conductas promotoras de la lactancia materna sobre percepción de beneficios en madres usuarias de un alojamiento	HIPOTESIS DESCRIPTIVA (2) La proporción de madres por percepción de beneficios sobre lactancia materna (SI/NO) son diferentes.	Percepción de beneficios sobre lactancia materna	

conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015?	conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015.			
PROBLEMA ESPECIFICO (3) ¿Cuáles son las conductas promotoras de la lactancia materna sobre autoeficacia percibida en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015?	OBJETIVO ESPECIFICO (3) Conocer las conductas promotoras de la lactancia materna sobre autoeficacia percibida en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015.	HIPOTESIS DESCRIPTIVA (3) La proporción de madres por autoeficacia percibida (SI/NO) son diferentes.	Autoeficacia percibida	
PROBLEMA ESPECIFICO (4) ¿Cuáles son las conductas promotoras de la lactancia materna sobre percepción de la relación afecto en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015?	OBJETIVO ESPECIFICO (4) Valorar las conductas promotoras de la lactancia materna sobre percepción de la relación afecto en madres usuarias de un alojamiento conjunto del servicio de neonatología del Hospital de Nivel II ESSALUD - Huánuco 2015.	HIPOTESIS DESCRIPTIVA (4) La proporción de madres por percepción de la relación afecto-lactancia materna (SI/NO) son diferentes.	Percepción de la relación afecto-lactancia materna	

