

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**“ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE PRÁCTICA DE LACTANCIA  
MATERNA EN EL CASERÍO LA UNIÓN Y DISTRITO  
DE LA BANDA DE SHILCAYO, PROVINCIA Y  
DEPARTAMENTO DE SAN MARTÍN 1996”**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
OBSTETRIZ**

**PRESENTADO POR:**

**Bach : ANITA AYDE VELA PAREDES**

**TARAPOTO - PERÚ**

**2001**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

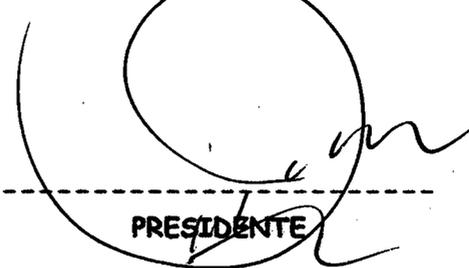
**"ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE PRACTICA DE  
LACTANCIA MATERNA EN EL CASERÍO LA UNIÓN Y EL  
DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO. PROVINCIA Y  
DEPARTAMENTO DE SAN MARTÍN. 1996"**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**  
**OBSTETRIZ**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. ANITA AYDE VELA PAREDES**

**JURADO CALIFICADOR**

  
-----  
**PRESIDENTE**

  
-----  
**MIEMBRO**

  
-----  
**MIEMBRO**

  
-----  
**ASESOR**

## **DEDICATORIA**

**A mi fiel amigo Cristo Jesús  
quien me inspira paz y luz  
interior.**

**A mis queridos padres, Luis y  
Enith y a mi hermano Falvi,  
quienes desde los primeros  
días de mi vida han sabido  
inculcarme al esfuerzo, la  
superación y la dignidad.**

**De igual manera a mi amado esposo  
que en todo momento me brindó el  
apoyo moral, y el afecto para así  
concluir mi profesión.**

**ANITA AYDE**

# **AGRADECIMIENTO**

A la señora Obstetriz, **Leocadia Salas Pillaca** por su valiosa colaboración, apoyo moral y académico en el desarrollo de la presente investigación.

Al Alcalde de la Banda de **Shilcayo** y Teniente Gobernador del Caserío **La Unión** por las facilidades prestadas para la realización de las encuestas.

A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín, por las sabias enseñanzas que supieron impartirme durante mis años de formación profesional.

**ANITA AYDE**

# INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.....	07
II. OBJETIVOS.....	11
III MARCO TEÓRICO.....	12
IV HIPÓTESIS.....	21
V. MATERIALES Y MÉTODOS.....	22
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	25
VII CONCLUSIONES.....	47
VIII RECOMENDACIONES.....	49
IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	53

## RESUMEN

El presente estudio de investigación es prospectivo aplicado, del tipo descriptivo de corte transversal y comparativo, fue realizado en el Caserío La Unión (zona rural) y el distrito de la Banda de Shilcayo (zona urbana), a través de observación directa, encuestas y entrevistas dirigidas con el fin de determinar si el lugar de residencia influye sobre la práctica de lactancia materna. La muestra estuvo conformada por 50 madres de la zona rural y 100 de la zona urbana.

Luego del análisis estadístico correspondiente, se encontró que las mujeres de la zona rural practican con mayor frecuencia y tiempo la lactancia materna; pero no emplean una técnica adecuada de amamantamiento; mientras que en la zona urbana las mujeres aplican una mejor técnica, pero lo practican con menor frecuencia y tiempo.

Las mujeres de la zona rural tienen muchas ideas y creencias erradas sobre la lactancia materna tales como:

- No amamantar cuando la madre está menstruando
- No amamantar cuando está expuesta demasiado tiempo al sol
- No amamantar cuando está lavando con detergente y lejía

La edad promedio de lactancia materna en la zona urbana es de 8,9  $\pm$  4,2, en la zona rural es de 11,72  $\pm$  3,6 meses, situación que

permite afirmar que existe una relación directa entre la práctica de la lactancia materna y la residencia en las zonas urbana y rural.

El tiempo promedio en que iniciaron la lactancia materna es de  $3,7 \pm 2,1$  horas en el grupo de la zona urbana y en la zona rural  $4,5 \pm 2,2$  horas.

Recomendamos desarrollar campañas de información y educación sobre lactancia materna en todo nivel y con el uso de metodologías activas, haciendo participar al cónyuge y el entorno familiar de la mujer.

# I. INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, la lactancia materna ha sido considerada como un fenómeno del pasado "una práctica de pueblos primitivos" y sobre todo una práctica que puede ser reemplazado con el uso de biberón; sin embargo la lactancia materna tiene una gran capacidad protectora y su promoción es la medida sanitaria de mayor impacto para disminuir la morbi-mortalidad infantil.

Sin duda, la lactancia materna constituye uno de los pilares fundamentales de la promoción de salud y de la prevención de numerosas enfermedades; no sólo en los países emergentes, sino también en los de mayor nivel de desarrollo socio-económico; se ha comprobado que la leche humana tiene un gran valor en la prevención de enfermedades, tanto en la niñez como en la vida adulta(1)

Sabemos bien que la leche materna es un fluido biológico complejo que se adapta completamente a las necesidades nutricionales del bebé para su óptimo crecimiento y desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4), la lactancia materna debe ser exclusiva hasta los seis meses de edad, por constituir parte importante de la alimentación durante el primer año de vida y teniendo en cuenta además que el amamantamiento contribuyen a los siguientes beneficios:

1. Reduce la morbi-mortalidad infantil
2. Disminuye las enfermedades infecciosas especialmente las diarreas.

3. Contribuye a la relación psicológica afectiva entre la madre y el niño (5).

Recientemente estamos empezando a entender la gran complejidad de la composición química de la leche materna y sus múltiples ventajas para la nutrición y maduración del lactante. Lo difícil de comprender, es cómo una práctica de tantas bondades y beneficios no es aprovechada por las madres, ya que muchas veces el niño es lamentablemente privado de la leche materna, debido a las creencias y costumbres de un gran sector de la población (2).

Uno de los factores que influye la manera como una madre alimenta a su bebé es su lugar de residencia, si habita en áreas rurales y urbanas. Su efecto es variable en diferentes partes del mundo.

En el Perú la alimentación artificial es más común en las ciudades y pueblos grandes. El equipo y la leche necesarios para la alimentación artificial solo puede llegar a los hogares que tienen buenos caminos y medios de transporte, por otra parte, muchas madres no pueden comprarlos. Sin embargo, cuando la gente empieza a ganar dinero pronto hacen su aparición los alimentos para el bebé. Es por ello importante contar con sistemas de asistencia tradicionales que sirvan para promover la alimentación al pecho, y en los nuevos sitios de residencia no cuentan con nada equivalente que pudiera reemplazarlos (18).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 1991 - 1992) (3), refiere que el 96 por ciento de los niños han lactado alguna vez y en el Departamento de San Martín la frecuencia de lactancia materna en niños menores de 03 años es de 16,9 por ciento (3). No se ha encontrado otros trabajos realizados que nos reporten más datos.

Por estas razones y teniendo en cuenta la importancia de trazar esquemas de orientación y educación a las madres y así promover, proteger e incentivar la práctica de lactancia materna considerando que la población de la Banda es de 10,238 habitantes y el caserío la Unión de 672; es que nos hemos planteado la siguiente interrogante: ¿En qué forma el lugar de residencia (rural o urbana) influye en la práctica de la lactancia materna en el Caserío la Unión y el distrito de la Banda de Shilcayo?

## **II. OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

- Determinar la influencia del lugar de residencia en la práctica de lactancia materna en el Caserío La Unión y el distrito de la Banda de Shilcayo, durante el período 1996.

### **ESPECÍFICOS:**

1. Determinar la influencia del lugar de residencia sobre la práctica de lactancia materna.
2. Determinar la edad promedio de duración de la lactancia materna en los lugares de estudio.
3. Determinar el tiempo promedio en que inician la Lactancia Materna.

### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **ANATOMÍA DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS**

##### **EMBRIOGÉNESIS DE LA MAMA:**

Las glándulas mamarias son el órgano que distingue a los mamíferos del resto de animales empieza a desarrollarse en el embrión de 6 semanas como una invaginación del ectodermo en el tejido mesodermal subyacente.

El mesodermo, acomodándose en forma concéntrica al ectodermo, formará el estroma de la glándula, conforme progresa el desarrollo fetal. El ectodermo se diferencia en pezón y areola en la superficie y en la profundidad del cojinete de grasa de la pared torácica, forma rudimentos de lo que serán los conductos mamarios. Después de las 32 semanas de embarazo, en cada proceso de células ectodérmicas se forma una luz y en el feto a término se distinguen ya de 15 a 25 ductos mamarios, al nacimiento del bebé y hasta las primeras dos semanas de vida extrauterino bajo la influencia de las hormonas maternas, los ductos están conformados por células alveolares que son capaces de producir secreción láctea, a la vez se le denomina "Leche de brujas". Una vez que se eliminan del cuerpo del bebé las hormonas maternas, la glándula regresa al rudimentario sistema de conductillos quedando en esta forma hasta la pubertad.

##### **Localización:**

La glándula mamaria está localizada en la fascia superficial en la pared torácica anterior, entre el segundo y sexto arco costal y límite

con la línea paraesternal en su porción medio y con la línea media axilar en su porción lateral, hay que remarcar que existe una prolongación de la glándula hacia la región axilar.

#### **Estructura de soporte:**

El estroma de la mama es conformado por tejido adiposo, y tejido conectivo denso el cual forma septos que separan cada uno de los lóbulos mamarios y emiten ramificaciones hacia la fascia profunda en la cara posterior, dando el soporte a las glándulas. Los vasos sanguíneos, linfáticos y nervios discurren por los septos mencionados.

#### **Glándula mamaria:**

El parénquima de la mama está conformado por 15 a 20 lóbulos mamarios que convergen en el pezón a través de los ductos y senos lactíferos. Cada uno de éstos lóbulos se dividen en 20 a 40 lobulillos que a su vez van a subdividirse progresivamente hasta la unidad funcional, es decir, los ductos alveolares y alvéolos existiendo hasta 100 alvéolos mamarios por cada lobulillo.

### **LACTANCIA MATERNA**

Función vital por la cual la madre otorga al recién nacido todos los requerimientos nutricionales y emocionales que le son imprescindibles para su desarrollo integral; es la mejor alimentación para el recién nacido y el niño en su primer año de vida, debe ser exclusiva durante los primeros 6 meses y constituir parte importante de la alimentación durante el primer año de vida. La O.M.S. (4) recomienda amamantar hasta los 2 años de vida en los países en vías de desarrollo.

## **FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA**

La lactancia materna tiene un control hormonal en el cual es necesario analizar cuatro aspectos importantes:

### **Mamogénesis**

Es el crecimiento mamario, tiene lugar durante la época puberal y gestacional. En estas etapas el estrógeno actúa a nivel de los conductos mientras que la progesterona a nivel alveolar.

En el embarazo se produce un aumento significativo de los niveles de estrógeno y progesterona por acción de la placenta; las dos hormonas estimulan el crecimiento de los conductos y alvéolos, preparando las mamas para la lactancia.

La somatomamotrofina o lactógeno placentario y la HCG son dos hormonas placentarias que favorecen el crecimiento mamario durante la gestación, los niveles de prolactina aumentan en el suero de la embarazada pero sus efectos se neutralizan por acción del estrógeno.

### **Galactogénesis.**

Reflejo de prolactina, es la iniciación de la secreción de leche como una respuesta de la mama a la acción de la prolactina, se inicia alrededor del cuarto día del parto. El mecanismo de succión ejerce un efecto importante en la iniciación de la lactancia, permite mantener elevados los niveles de prolactina en la primera semana post-parto.

Al finalizar el alumbramiento se desencadena una caída brusca de estrógeno y progesterona mientras que los niveles de prolactina

continúan aumentando favoreciendo así, la síntesis y la secreción de la leche.

El alvéolo es el componente básico de la mama lactante, se encuentra rodeada por una red capilar abundante y su integridad anatómica y funcional son necesarias para que la galactogénesis sea adecuada.

La prolactina es más importante para iniciar la lactancia que para mantenerla.

### **Galactopoyesis.**

Es el mecanismo de mantenimiento de la secreción de leche, la succión estimula el hipotálamo para que se efectúa la síntesis, transporte y liberación de la oxitocina a través del lóbulo posterior de la hipófisis. El sinergismo entre la oxitocina y la prolactina es indispensable para una adecuada expulsión y producción de leche. Después de la segunda semana y hasta el tercer mes la succión del complejo pezón-areola produce un gran estímulo sobre la secreción de prolactina incrementándose hasta 20 veces su nivel basal, lo cual es muy importante para el mantenimiento de la lactancia.

### **Eyección.**

Salida de la leche, esta etapa se produce principalmente por el reflejo neurogénico que estimula la liberación de oxitocina. Ciertos reflejos propioceptivos tales como el llanto del recién nacido, las caricias en la cuna pueden favorecer la eyección láctea por la liberación de oxitocina. La expulsión de la leche es inducida por la

oxitocina que es liberado por la glándula pituitaria en respuesta a la succión.

## **CALOSTRO**

Líquido amarillento segregado por la glándula mamaria durante el embarazo y los primeros días del parto, compuestas por sustancias inmunológicas, leucocitos, aguas, proteínas, grasa y carbohidratos.

La secreción de calostro continúa durante unos 5 días y se convierte gradualmente en leche. En su composición puede demostrarse fácilmente la presencia de anticuerpos. Su contenido en IgA le confiere al recién nacido un efecto inmunológico especialmente contra las infecciones virales y bacterianas.

En el neonato el calostro facilita la eliminación del meconio porque aumenta el peristaltismo.

Además de la inmunoglobulinas, en el calostro y en la leche humana existen otros factores de resistencia de huésped, como los macrófagos, los linfocitos, la lactoferrina, la lactoperoxidasa y la lisozima.

## **Ventajas de la Lactancia Materna**

La lactancia materna proporciona al binomio madre-niño y a la sociedad, importantes beneficios entre los que podemos destacar:

### **Nutrición óptima**

Ningún sustituto puede prever el aporte nutritivo de la leche humana ya que la cantidad, calidad y proporción de sus componentes le confiere máxima biodisponibilidad permitiendo al niño un adecuado

crecimiento y desarrollo (17), siendo el riesgo de desnutrición infantil menor en los niños amamantados; especialmente importante en los países en desarrollo es la condición de que la leche materna no puede ser diluida y está siempre fresca.

### **Protege la salud del niño.**

Los niños amamantados tienen menor riesgo de morir por enfermedades infecciosas; presentan menos incidencia y severidad de ellos; calidad rescatable sobre todo en países en desarrollo, donde la diarrea con sus secuelas de desnutrición y mortalidad en los latinoamericanos es frecuente en los niños con alimentación artificial. La incidencia de alergia e infección respiratoria aguda es menor en niños amamantados y previene la obesidad. (6)

### **Beneficia la Salud Materna.**

El amamantamiento contribuye a una adecuada retracción uterina en el post-parto disminuyendo la metrorragia. Se ha sugerido que la mujer que amamanta mejora su eficiencia metabólica permitiendo una oportuna utilización de los nutrientes. El menor riesgo de cáncer de ovario y mama están asociados a períodos prolongados de amamantamiento (7).

### **Favorece la relación madre-hijo.**

Para la mujer la lactancia exitosa significa satisfacción en su rol de madre lo que retroalimenta en forma positiva su relación con el niño motivándola a darle más afecto y nutrición a su vez desarrolla el efecto psico-social del niño al recibir éste la atención y el afecto que significa el contacto piel a piel con su madre cada vez que mama.

## Espaciamiento de los nacimientos.

La lactancia materna exclusiva es un método para obtener un adecuado espaciamiento de los embarazos. La amenorrea por lactancia exclusiva ofrece una protección durante los 6 primeros meses post-parto (5).

## Ahorro de recursos.

La lactancia constituye un importante ahorro de recursos a nivel familiar y nacional al ahorrar la compra de leche de vaca generalmente procesada, muy especialmente en fórmulas.

## COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

	Calostro Humano	Leche Humana
Agua, g	-----	88
Lactosa, g	5.3	6.8
Proteína, g	2.7	1.2
Relación caseína: lactalbúmina	--	1:2
Grasa, g	2.9	3.8
Ácido linoleico	--	8.3% de grasa
Sodio, mg	92	15
Potasio, mg	55	55
Cloruro, mg	117	43
Calcio, mg	31	33
Magnesio, mg	4	4
Fósforo, mg	14	15
Hierro, mg	*0.09	*0.15
Vitamina A, ug	89	53
Vitamina D, ug	--	*0.03
Tiamina, ug	15	16
Riboflavina, ug	30	43
Ácido nicotínico, ug	75	172
Ácido ascórbico, mg	+4.4	+4.3

\* Mala fuente

+ Apenas adecuado

## **SUSTANCIAS PROTECTORAS EN LA LECHE MATERNA**

La leche materna ofrece protección inmunológica específica contra las bacterias, virus y hongos. Aunque las madres usualmente no preguntan cuáles son éstas sustancias protectoras, los profesionales de la salud deben conocer esta información. Algunas de las sustancias encontradas en la leche materna son:

### **IgA.**

Esta inmunoglobulina no producida por los bebés en los primeros meses recubre el epitelio respiratorio e intestinal y protege la superficie de la mucosa contra la acción de bacterias y virus patógenos, así como de la entrada de proteínas extrañas y otras sustancias alergénicas.

### **Macrófagos**

Son grandes leucocitos móviles que rodean y destruyen las bacterias patógenas.

### **Lisozima**

Enzima anti-infecciosa con acción específica contra ciertos microorganismos tales como E. Coli, Salmonella tífica y algunos virus.

### **Lactoferrina.**

Proteína bacteriostática al fijar el hierro, que además, en combinación con la IgA, destruye cepas patógenas de la E. Coli.

## **TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO**

El Ministerio de Salud - 1996, ha considerado clasificar los siguientes puntos que deben tenerse en cuenta para una buena lactancia materna:

1. Posición de la madre y el bebé
2. Forma de que el bebé coja la areola
3. Suministro de leche adecuado
4. Importancia de alternar los senos
5. Retirando al bebé del seno
6. Eliminando el eructo
7. Higiene del seno

## **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**

Se considera a la acción de amamantar al bebé desde el nacimiento hasta los 4 - 6 meses de vida, exclusivamente con leche materna.

## **ABLACTANCIA**

Se considera a la ingesta desde una gota de agua, hasta la leche de vaca (o de tarro), o cualquier otra sustancia líquida o sólida.

## IV. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

### Hipótesis de Investigación:

Las mujeres de la zona rural (caserío La Unión) tendrán mayor práctica de lactancia materna que aquellas que residen en la zona urbana (Banda de Shilcayo).

### Hipótesis Estadística:

Hipótesis nula = niega

Hipótesis alternativa = afirma

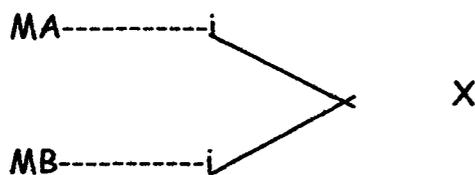
1. No hay diferencia significativa sobre la práctica de lactancia Materna en comparación con el lugar de residencia.
2. Si hay diferencia significativa sobre la práctica de Lactancia Materna en comparación con el lugar de residencia.

## V. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es un estudio prospectivo, descriptivo de corte transversal, que se realizó a través de la aplicación de encuestas - entrevistas y observación directa dirigidas en el Caserío la Unión y la Banda de Shilcayo.

Se encuestó y/o entrevistó a 50 madres (n=50) del caserío La Unión que correspondió al 100% de la población accesible conocida y 100 madres (n= 100) de la Banda de Shilcayo, las mismas que fueron seleccionadas al azar, según los criterios de inclusión establecidas para el estudio.

Se utilizó el diseño de contrastación "comparativo simple", cuyo diagrama es el siguiente:



Donde:

- MA = Madres que dan de lactar del Caserío La Unión
- MB = Madres que dan de lactar de la Banda de Shilcayo.
- i = Información relacionada sobre la práctica de lactancia materna.
- X = Comparación de resultados

**Criterios de inclusión:**

- Madres que tengan hijos, cuya edad es menor a dos años y mayor de 6 meses, que estén o no recibiendo lactancia materna.

- Tiempo de residencia mayor o igual a dos años, en el Caserío La Unión y la Banda de Shilcayo.

El formato de la encuesta fue elaborada con preguntas dicotómicas y de respuestas múltiples, y en algunos casos de observación directa. Para la validación del instrumento se realizó un estudio piloto con 5 mujeres de la zona rural y 10 mujeres de la zona urbana que no estén incluidos en la muestra; lo cual nos sirvió para modificar algunas preguntas confusas y ajustar criterios de entrevista; dicha encuesta - entrevista fueron aplicadas directamente por la investigadora.

Los datos fueron codificados, tabulados, analizados y procesados a través del paquete estadístico computarizado EPI-INFO 6.0, cuyos resultados fueron vaciados en los cuadros respectivos.

Para el análisis se usó la estadística descriptiva e inferencial aceptando un valor de significancia no mayor de 5% ( $P < 0.005$ ).

Con el fin de determinar la relación entre dos variables categóricas, se utilizó la prueba de contraste Chi-cuadrado ( $X^2$ ) y la prueba exacta de Fisher.

$$X^2 = \frac{(O1 - E1)^2}{E1}$$

Donde:

O1 = Frecuencias observadas, y

E1 = Frecuencias esperadas

Y para cuantificar la intensidad de la asociación significativa, se utilizó el coeficiente de contingencia C:

$$C = \frac{(\chi^2)}{\chi^2 + n}$$

Donde:

$\chi^2$  = Es el chi cuadrado calculado

n = Tamaño de la muestra.

## VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**CUADRO N° 01**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN**

FACTORES DEMOGRÁFICOS	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N = 100		N = 50		N = 150	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>EDAD MATERNA</b>						
16 - 19 años	11	11	07	14	18	12.0
20 - 24 años	35	35	15	30	50	33.3
25 - 29 años	29	29	08	16	37	24.7
30 - 34 años	22	22	09	18	31	20.7
35 - 39 años	03	3	11	22	14	09.3
<b>MEDIA RANGO</b>	M = 26 ± 4,9 R = 17 - 39		M = 27 ± 7.09 R = 16 - 39			
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Soltera	16	16	03	06	19	12.7
Casada	53	53	19	38	72	48.0
Viuda	01	01	00	00	01	00.7
Conviviente	29	29	28	56	57	38.0
Divorciada	01	01	00	00	01	0.7
<b>GRADO DE INSTRUC.</b>						
Analfabeto	02	02	06	12	08	05.3
Primaria Incompleta	01	01	18	36	19	12.7
Primaria Completa	13	13	20	40	33	22.0
Secundaria Incompleta	28	28	04	08	32	21.3
Secundaria Completa	53	53	02	04	55	36.7
Superior	03	03	00	00	03	02.0
<b>OCUPACIÓN</b>						
Ama de casa	36	36	29	58	65	43.3
Agricultora	02	02	13	26	15	10.0
Estudiante	04	04	00	00	04	02.7
Empleado público	32	32	01	02	33	22.0
Comerciante	22	22	01	02	23	15.3
Lavandera	02	02	03	06	05	03.3
Doméstica	02	02	03	06	05	03.3

En el cuadro N° 01 presentamos algunas características demográficas de las mujeres estudiadas, así encontramos que la edad promedio de las mujeres de la zona urbana es de 26 años  $\pm$  4,9 años y en la zona rural es de 27  $\pm$  7.09 años; esto nos da una idea que la edad en ambas localidades tiene muy ligeras variantes, lo que si cabe anotar es que las mujeres del caserío La Unión en un 22% tienen hijos a edad mayor de 35 - 39 años, mientras que en la zona urbana el porcentaje es mínimo (3%).

En cuanto al estado civil en la zona urbana existe un predominio del status casada (53.0%) seguido por la situación de convivencia (29%), mientras que en la zona rural predomina el estado civil de conviviente (56%). Cabe resaltar que en las zonas rurales, como es costumbre, casi siempre las parejas viven en estado de convivencia debido al poco interés que le toman a tener una vida conyugal bien formada, seguido por éste se encuentra el estado civil de casado en un 38%.

Sobre el grado de instrucción, en la zona urbana se encontró los mayores porcentajes de mujeres con secundaria y más años de estudio (56%), mientras que en la zona rural predominó el grado de instrucción primaria y con un elevado porcentaje de analfabetismo (12%), pues este es un factor que condiciona mucho al estado de salud y costumbres de la población.

De igual manera en cuanto a la ocupación en la zona urbana predominan las amas de casa con (36%) seguido por las empleadas públicas (32%), en cambio en la zona rural la ocupación predominante fue ama de casa con un 58% y agricultor con un 26,0%, esto tal vez se deba a las características de ubicación de la población.

## CUADRO N° 02

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL LUGAR DE PARTO Y LA ENSEÑANZA RECIBIDA SOBRE LACTANCIA MATERNA

LUGAR DE PARTO	URBANO		RURAL	
	EDUCACIÓN L.M.		EDUCACIÓN L.M.	
	SI	NO	SI	NO
Hospital MINSA	01	25	02	20
Centro de Salud MINSA	00	06	00	03
Posta Médica	00	01	00	00
Hospital IPSS	09	33	00	01
Policlínico IPSS	00	02	00	01
Consultorio Particular	00	14	00	03
Su Casa	00	09	01	19
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>90</b>	<b>03</b>	<b>47</b>

$X^2 = 37.34$      $P = 0.00000405$

En el cuadro N° 02 analizamos la variable lugar donde ocurrió el parto con la enseñanza sobre Lactancia Materna.

En cuanto al lugar de parto en la zona urbana ocurrió en un 42% (42 casos), en el Hospital del IPSS por el mismo hecho de que la mayoría es asegurada ya sea como activa o como cónyuge, mientras que en la zona rural el 44% (22 mujeres) acudió a un Hospital del Ministerio de Salud, seguido por el 40% (20 madres) dieron a luz en su domicilio, fenómeno que se atribuye a la idiosincrasia del poblador de la zona rural; el análisis estadístico (Chi cuadrado) nos demuestra que existe diferencia altamente significativa entre la residencia y lugar donde dieron a luz ( $X^2 = 37.34$      $P = 0.0000$ )

Se intentó medir el aspecto pedagógico a través de la enseñanza sobre lactancia materna para determinar si el hecho de dar a luz en un establecimiento de salud condiciona a un mayor

conocimiento sobre lactancia materna, pero sólo a un 8.6% (13 casos) le habían enseñado la importancia de la lactancia materna y las técnicas de amamantamiento, y de éstas el mayor porcentaje ocurrió en el hospital del IPSS, más no en el hospital del MINSA ni consultorios particulares. Más del 90% no recibió información, ni educación sobre lactancia materna por las instituciones donde ocurrió su parto, lo que podría ser catalogada como deficiente. Nuestros resultados coinciden con los estudios de LAZO (13) quien encontró que el 83.6% de las mujeres no conocían nada sobre lactancia materna, de igual manera ORBE (12), reporta que sólo del 12% de las mujeres de su estudio habían recibido educación al respecto.

Estos resultados nos llevan a pensar que una paciente que acude a un establecimiento de salud independientemente de su nivel de instrucción y de su lugar de residencia, debe ser atendida integralmente y captada para acciones de prevención y promoción de los programas de salud.

### CUADRO N° 03

#### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL CONTROL PRE-NATAL Y ORIENTACIÓN IMPARTIDA

CPN ( $\geq$ 4)	URBANO		RURAL	
	ORIENTACIÓN		ORIENTACIÓN	
	N°	%	N°	%
SI	94	94%	41	82%
NO	6	6%	9	18%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

En el cuadro N° 03 observamos que el 94% y 82% de nuestras madres de la zona urbana y rural respectivamente, fueron controladas durante su gestación. (CPN<sub>≥</sub>4) y recibieron algún tema de orientación.

En los reportes de la OMS (14) aparece que en Chile la zona urbana se presentó a su CPN en un 89.0% y la clase rural en un porcentaje casi similar 83.0%, resultado que presenta una gran similitud con lo hallado en el presente trabajo; mientras que en Guatemala la asistencia al CPN en la clase urbana fue de 56.0% y la rural de un 37.0%.

CUADRO N° 04

**TEMAS DE ORIENTACIÓN DURANTE  
EL CONTROL PRE-NATAL**

TEMAS	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N = 94		N = 41		N = 135	
	N°	%	N°	%	N°	%
Lactancia materna	14	15.9	10	24.4	24	17.7
Vacunas	18	19.1	03	7.3	21	15.6
Nutrición	25	26.6	09	21.9	34	25.2
Cuidados del recién nacido	08	8.5	00	00	08	5.9
Cuidados durante el embarazo	08	8.5	03	7.3	11	8.1
Ejercicios	02	2.1	00	00	02	1.5
Crecimiento y desarrollo	02	2.1	00	00	02	1.5
Anticoncepción	05	5.2	04	9.8	09	6.6
Importancia del calcio y hierro	01	1.05	00	00	01	0.7
Parto	06	6.3	04	9.8	10	7.1
No recuerdan	05	5.2	08	19.5	13	9.7

En el cuadro N° 04 observamos que el tema de orientación que recibieron las mujeres que acudieron al CPN, fue mayormente sobre nutrición (25.2%). Sólo a un 15.9% en la zona urbana y un 24.4% en la zona rural se ha abordado el tema de lactancia materna. Un 9.7% no recuerdan sobre que temas trataron. Esto refleja una vez más las oportunidades perdidas en el campo de la salud pública. Los hallazgos del presente trabajo coinciden con el de ORBE quien también reporta que a solo el 17% de las pacientes que acudieron a su CPN se les habló sobre lactancia materna.

Estas cifras implican que en los servicios de asistencia prenatal la educación sobre lactancia materna, está sumamente deficiente en relación a lo señalado por las normas del MINSA que promueven la lactancia, lo que obliga a las instituciones a trabajar mancomunadamente con salud para incrementar, mejorar y capacitar al personal de salud, coordinando asimismo con otras instituciones para lograr mayores objetivos en cuanto a reducción global de los índices de morbi-mortalidad infantil.

**CUADRO N° 05**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONOCIMIENTO**  
**DE CALOSTRO**

CONOCIMIENTO	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
NOMBRE DE LA PRIMERA LECHE: Calostro	49	49	21	42	70	46.7
No sabe	23	23	24	48	47	31.3
No recuerda	28	28	5	10	33	22.0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Cuando se preguntó a las madres de la zona urbana ¿Cómo se llama la primera leche materna?, el mayor porcentaje contestaron acertadamente (49%) CALOSTRO; mientras que en la zona rural contestaron acertadamente solo el 42%. LAZO (13), reporta cifras similares encontrando que el 47% de sus pacientes conocían sobre calostro; otros trabajos consultados presentan el análisis de esta variable que permite compararlos.

## CUADRO N° 06

### INICIO DE LACTANCIA MATERNA

INICIO DE LACTANCIA	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 1 hora	01	1	00	00	01	0.7
de 1 a 4 horas	58	58	20	40	78	52.0
de 5 a 12 horas	41	41	30	60	71	47.3
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	<b>150</b>	<b>150%</b>

X<sup>2</sup> = 18.42

X = 3.730

X = 4.500

p = 0.01827152

DST = 2,103

DST = 2,243

R = 20' - 8

R = 1 - 18

En el cuadro N° 06 encontramos que en la zona urbana el tiempo promedio en que inician la lactancia materna es de  $3,7 \pm 2,1$  horas con un rango de 20 minutos a 8 horas; en el grupo de la zona rural se inició con un promedio de  $4,5 \pm 2,2$  horas con un rango de 1 - 18 horas; en ambos grupos el mayor porcentaje estuvo concentrado entre 1 - 4 horas; cuando se preguntó a las pacientes el motivo por que iniciaron la lactancia materna tardíamente los de la zona rural manifestaron que la leche materna en las primeras horas hace daño al bebé y los de la zona urbana manifestaron por la demora que existe en la entrega del bebé a la madre de parte del personal responsable, por que los demoraron en sala de parto de los establecimientos de salud donde fueron atendidas.

## CUADRO N° 07

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN DURACIÓN LACTANCIA MATERNA

TIEMPO EN MESES	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N = 100		N = 50		N = 150	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 1 mes	03	3	00	00	03	2
1 - 3 meses	17	17	03	6	20	13.4
4 - 6 meses	20	20	03	6	23	15.3
7 - 12 meses	54	54	27	54	81	54
13 - 18 meses	06	6	13	26	19	12.7
19 a + meses	00	00	04	8	04	2.6

$X^2 = 29.00$      $P = 0.0000023$

En el presente cuadro se observa la edad promedio en que le daría de lactar a sus niños; en la zona urbana es de  $8,79 \pm 4,2$  con un rango de 1 a 14 meses; y para la zona rural de  $11,72 \pm 3,6$  con un rango de 1 - 20 meses; pues esto nos convence una vez más que la mujer rural da pecho por más tiempo a su bebé; se ratificó esta expresión con los resultados del análisis estadístico  $X^2 = 29.00$      $P = 0.0000023$ .

Los datos recogidos coinciden con lo de Guzmán (17) refiere que el 50% de los casos da de lactar por más de 12 meses; influenciado inversamente por el nivel educativo de la madre, y según la OMS (18), en Chile los bebés lactaron de 0 - 5 meses en un 9,0%, de 6 - 11 meses el 56,0% y de 12 a 18 meses el 35,0% mientras que en Guatemala se podía observar que de 0 - 5 lactarían el 30,0% de 6 - 11 meses el 64,0% y de 12 - 18 meses el 6,0%. La mayor parte de la población Guatemalteca vive en el campo.

## CUADRO N° 08

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN FRECUENCIA DE LACTANCIA MATERNA

NÚMERO DE VECES POR DÍA	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N = 100		N = 50		N = 150	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	07	7	00	00	07	4.7
De 1 a 4 veces	76	76	12	24	88	58.7
De 5 a 8 veces	15	15	26	52	41	27.3
De 9 a +	02	2	12	24	14	9.3

En el cuadro N° 08 se encuentra que el 76% de la zona urbana dan de lactar 1-4 veces al día, mientras que en la zona rural el 52% son las que dan de lactar de 5-8 veces, es decir que en la zona rural tienen mayor frecuencia de lactancia materna.

Esto puede deberse a que en la zona urbana una buena población de las madres son empleadas públicas y por tener que retornar a sus centros de trabajo disminuyen su frecuencia de tetadas, o en otros casos utilizan otras leches y por último no dan de lactar.

Cabe resaltar que LAZO (13) encontró en su estudio que el 63,2% de las madres dan de lactar cuando el niño lo solicita, el 24.5% de ellas fijan un horario establecido y sólo el 4.4% adopta un beneficio personal según su disposición.

## CUADRO N° 09

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE INICIO DE LA ABLACTANCIA

EDAD	ALIMENTACIÓN RECIBIDA			
	LECHE ARTIFICIAL	AGUA SOLA	LIQUIDO Jugo, té	PAPILLA SÓLIDA
<b>ZONA URBANA = 100</b>				
< de 1 mes	25	96	13	08
1 - 3 meses	59	03	10	21
4 - 6 meses	13	01	09	26
7 - 12 meses	01	00	38	42
No contestaron	02	00	30	03
<b>ZONA RURAL = 50</b>				
< de 1 mes	03	48	47	09
1 - 3 meses	09	02	03	24
4 - 6 meses	00	00	00	15
7 - 12 meses	00	00	00	02
No contestaron	38	00	00	00

$X^2 = 44.05$   
P = 0.0000

$X^2 = 0.06$   
P = 0.7406

$X^2 = 7.16$   
P = 0.2089

$X^2 = 25.43$   
P = 0.00131162

El cuadro N° 09 se observa que el uso de la leche artificial en la zona urbana es mucho más frecuente que en la zona rural con una diferencia altamente significativa ( $X^2 = 44.05$  P = 0.0000), pues en la zona rural hubo un 76% de mujeres que no usaron otras leches que no sea leche materna, mientras que en la zona urbana el 98,0% hicieron uso de otras leches.

En cuanto al agua, se utilizó profusamente en ambas zonas, antes del mes de nacidos. También se puede notar el uso de otros líquidos tales como jugos, té antes del mes de nacido en la zona rural; de igual manera las papillas u alimentos sólidos; todo esto nos lleva a mejorar la calidad de información y educación que se viene dando a la población.

**GUZMÁN (11)** afirma que la introducción temprana de agua, té y otras leches para suplir la leche materna puede tener un afecto negativo sobre la nutrición y salud del niño, aumentando el riesgo de diarrea.

También estos hallazgos coinciden con los de **LAZO (13)**, quien afirma que el 7,0% de las madres en Tarapoto proporcionan otros alimentos sus hijos antes de los 4 meses, si consideramos que la edad óptima para que el inicio de la ablactancia debe ser a los 4 meses.

Las razones que refieren las madres para iniciar la ablactancia son:

1. Al trabajo de la mujer en la zona urbana
2. Al desgaste físico que genera la lactancia materna (factor de adelgazamiento).
3. Propagandas televisivas sobre ventajas del uso de biberones y leches artificiales.

Resultados que son refrendados por **TORRES (19)** quien afirma que el poblado con mayor proximidad a la carretera presentó un consumo temprano y un mayor uso de leche artificial en la alimentación complementaria que en otros poblados.

**CUADRO N° 10A**

**PRÁCTICA ADECUADA DE LA TÉCNICA  
DE LACTANCIA MATERNA EN LA ZONA URBANA (Banda de  
Shilcayo)**

CARACTERÍSTICAS	URBANO	
	N = 100	
	N°	%
<b><u>POSICIÓN DE LA MADRE Y EL BEBÉ</u></b>		
Sentada	39	39
Acostada	58	58
Caminando	02	2
Sandía	01	1
<b><u>FORMA DE QUE EL BEBÉ COGE LA AREOLA</u></b>		
Coge la areola	99	99
Coge solo pezón	01	1
<b><u>SUMINISTRO DE LECHE</u></b>		
Alimentación a demanda	05	5
Alimentación por horario	95	95
<b><u>ALTERNA AMBOS SENOS</u></b>		
SI	76	76
NO	24	24
<b><u>FORMA DE RETIRAR AL BEBÉ DEL SENO</u></b>		
Coloca el dedo en el ángulo de la boca	82	82
Lo retira directamente	18	18
<b><u>ERUCTO</u></b>		
SI	61	61
NO	39	39
<b><u>HIGIENE DE LOS SENOS</u></b>		
SI	89	89
NO	11	11

**CUADRO N° 10B**

**PRÁCTICA ADECUADA DE LA TÉCNICA  
DE LACTANCIA MATERNA EN LA ZONA RURAL (La Unión)**

CARACTERÍSTICAS	RURAL	
	N = 50	
	N°	%
<b><u>POSICIÓN DE LA MADRE Y EL BEBÉ</u></b>		
Sentada	14	28
Acostada	11	22
Caminando	25	50
Sandía	00	00
<b><u>FORMA DE QUE EL BEBÉ COGE LA AREOLA</u></b>		
Coge la areola	46	92
Coge solo pezón	04	8
<b><u>SUMINISTRO DE LECHE</u></b>		
Alimentación a demanda	43	86
Alimentación por horario	07	14
<b><u>ALTERNA AMBOS SENOS</u></b>		
SI	42	84
NO	8	16
<b><u>FORMA DE RETIRAR AL BEBÉ DEL SENO</u></b>		
Coloca el dedo en el ángulo de la boca	02	4
Lo retira directamente	48	96
<b><u>ERUCTO</u></b>		
SI	9	18
NO	41	82
<b><u>HIGIENE DE LOS SENOS</u></b>		
SI	09	18
NO	41	82

En el cuadro N° 10A y 10B observamos que de acuerdo a la práctica adecuada de la técnica de lactancia materna, encontramos en relación a la posición que adopta la madre y el bebé: En la zona urbana el 58% lo realiza acostada, mientras que en la zona rural el mayor porcentaje (50%) da de lactar caminando; esto tal vez se debe a que las madres de la zona rural desarrollan tareas de la casa simultáneamente con el momento de la lactancia materna.

La literatura (26) refiere que se debe permitir que la madre adopte la posición más cómoda para ella. Su confort físico puede ayudarla en el reflejo de eyección. Cuando la lactancia está bien establecida puede aprender a amamantar mientras camina, pero al inicio, es preferible una posición sentada o acostada.

Se ha observado que de los bebés el 99% de la zona urbana y 92% de la zona rural, cogen pezón y areola en el momento de succión, lo que posibilita una mayor eyección de leche; los demás solo cogen pezón, lo cual causa un poco de dolor a la madre. Cuando se preguntó si siempre lo hacia de esa forma, manifestaron que si, solo que sus niños no saciaban completamente y tenían que darle otros alimentos.

En relación al suministro de leche el 95% de la zona urbana, la alimentación era por horario, cada 2 horas al inicio y luego cada 3 horas; esto debido a que gran N° de las madres trabajan fuera del hogar, mientras que el 86% de la zona rural la alimentación era a demanda, es decir, cada que el bebé lo requería. La revista Niños (20) refiere que la alimentación debe ser regulada a libre demanda del bebé, ya que los niños tienen un estómago más pequeño, pero mayores requerimientos nutricionales por kg. de peso.

El 76% y 84% de las madres de la zona urbana y rural respectivamente, durante el proceso de lactancia materna alterna ambos senos, iniciando en la próxima lactancia por la mamá que usó la último vez, ya que sienten que este se encuentra más lleno.

La literatura (26) refiere que el alternar los senos asegura igual estimulación de ambos para producir más leche, debido a que el niño succiona con más fuerza cuando está hambriento. El 24% de la zona urbana y el 16% de la zona rural no alterna ambos senos en el momento de la lactancia y debido a que muchas de ellas, al retornar del trabajo y dar de lactar al bebé, estos ya habían sido alimentados con otros alimentos y se saciaban con la toma de un solo pecho. Posteriormente iniciaban también con la otra mama.

En relación a la forma de retirar al bebé del seno encontramos que en la zona urbana el 82% insertaba el dedo en el ángulo de la boca del bebé, entre las encías, siendo esta la forma adecuada (26), ya que ayudará a prevenir lesiones y dolor en el pezón; mientras que en la zona rural se ha observado que el 96% lo retira directamente. Llama la atención que en el momento de estudio, a pesar de no utilizar una técnica adecuada de retiro del pezón, no se ha evidenciado que cause molestia, dolor o grietas en los mismos, pero refieren que en un inicio si presentaron estas molestias.

El 61% de madres de la zona urbana al término de la lactancia promueven la eliminación de aire ("chanchito") del bebé; mientras que en la zona rural solo el 18% lo realiza. Cuando preguntamos por qué no lo hacia, refirieron "que no era necesario y que nunca tienen gases", lo cual no ocasiona molestias (cólicos) en el bebé. Esta práctica se ve

influenciada por las costumbres que viene de generación en generación, de abuelas a madre, de madres a hijas.

En relación a la higiene de los senos antes de la lactancia materna, el 89% de la zona urbana suele realizarlos y solo el 18% de la zona rural. Algunas literaturas (18,26,), refieren que aparte del aseo diario no es necesario que los senos sean lavados, pero otros (11) mencionan lo contrario.

Considerando la zona tropical en la que residimos creemos importante el aseo de las mamas antes de la lactancia materna.

### CUADRO N° 11

#### APRECIACIÓN SOBRE LAS VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA

IMPORTANCIA DE LA LECHE MATERNA	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N = 100		N = 50		N = 150	
	N°	%	N°	%	N°	%
<b>PARA EL BEBÉ</b>						
Crecen sanos	28	28	06	12	34	22.7
Tiene vitaminas	09	9	00	00	09	6.0
Alimento del niño	03	3	15	30	18	12.0
Es nutritivo	28	28	15	30	43	28.6
Da afecto	18	18	00	00	18	12.0
No sabe	14	14	14	28	28	18.7
$X^2 = 100.20 \quad P = 0.00000000$						
<b>PARA LA MADRE</b>						
Protege de enfermedades	45	45.0	01	2.0	46	30.7
Se da afecto	13	13.0	13	26.0	26	17.3
Nos mantiene en forma	02	2.0	01	2.0	03	2.0
No sabe	27	27.0	26	52.0	53	35.3
Es económica	13	13.0	09	18.0	22	14.7
$X^2 = 88.52 \quad P = 0.00000000$						

En el cuadro N° 11 quedan expresadas las ventajas de la lactancia materna tanto para el bebé como para la madre con el fin de demostrar el nivel y calidad de sus conocimientos sobre la materia.

En cuanto al beneficio para el bebé en ambas zonas afirman que es muy nutritivo en mayor porcentaje y que ayuda a crecer a los recién nacidos. Cabe resaltar que un 30,0% en la zona rural contestó que la lactancia materna es importante porque es el alimento del lactante. Asimismo, existe un alto porcentaje en ambos grupos que no conocen ni las ventajas, ni los beneficios de la leche materna (18.7%). Al aplicar la prueba del Chi-cuadrado resultó una diferencia altamente significativa, entre el lugar de residencia y el nivel de conocimiento sobre ventajas y beneficios de la lactancia materna para el bebé ( $X^2 = 100.20$ ,  $P = 0.00000$ ).

En cuanto a las ventajas de la leche materna con referencia a la madre en la zona urbana un 45,0% refirió que este protege a la mujer de enfermedades; tales como abscesos, quistes, nódulos, procesos neoformativos, en cambio, en la zona rural un 26,0% contestaron que desarrolla la afectividad. En ambos grupos 27,0% y 52,0%, respectivamente, ignoraban las ventajas de la lactancia materna en cuanto a la repercusión sobre la salud de la madre. De igual manera cuando se aplicó la prueba de Chi-cuadrado se encontró ( $X^2 = 88,52$ ;  $P = 0.00000$ ) demostrando así que existe una diferencia altamente significativa entre las apreciaciones de las madres de la zona urbana y las madres de la zona rural, queda establecido que el conocimiento sobre ventajas del amamantamiento es mayor en las madres de la zona urbana.

Nuestros resultados concuerdan con los resultados de la tesis de ORBE (12), quien encontró que el 83,0% mostraba la alta calidad de la leche materna y sólo un 12,0% desconocían sus ventajas, esta ligera variación en resultados se atribuye al hecho de que ORBE tomó como muestra de estudio a mujeres que acudieron al hospital del IPSS en el Post-parto inmediato lugar donde el nivel educativo es superior.

También LAZO (13) encontró que el mayor porcentaje de las mujeres indican que la leche es el mejor nutrimento para el niño y que luego protege tanto a la madre como al bebé.

Según la revista Niños N° 04 (20); las ventajas de la lactancia materna han sido reconocidas ampliamente y su rol en la prevención de las infecciones, en diversos países, siendo confirmado por múltiples estudios.

JIMÉNEZ, (21) menciona que el mecanismo de protección contra las infecciones se debe en parte a que el niño alimentado al pecho tiene menor grado de exposición a las bacterias y en parte a características propias de la leche materna como sus propiedades inmunológicas y su contenido de varios factores de defensa que interfieren con el ingreso y reproducción de los virus, bacterias, hongos y parásitos patógenos.

GERARD (22) ha demostrado que la lactancia materna protege contra el eczema, asma y rinitis alérgica, cuando los bebés son alimentados exclusivamente al pecho durante los primeros 6 meses de vida.

## CUADRO N° 12

### MOTIVO DE SUSPENSIÓN DE LACTANCIA MATERNA

MOTIVOS	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N = 100		N = 50		N = 150	
	N°	%	N°	%	N°	%
Enfermedad contagiosa	08	8.0	02	4.0	10	6.7
Dio comida sólida	12	12.0	01	2.0	13	8.7
Enfermó al bebé	06	6.0	02	4.0	08	5.3
Es doloroso	15	15.0	03	6.0	18	12.0
Otra enfermedad	05	5.0	01	2.0	06	4.0
Por trabajo	08	8.0	04	8.0	12	8.0
Tuvo materia (pus)	03	3.0	00	0.0	03	2.0
No quería	03	3.0	00	0.0	03	2.0
Malogra mis senos	05	5.0	04	8.0	09	6.0
No sabe	35	35.0	33	66.0	68	45.3

$\chi^2 = 58.87$      $P = 0.0000000 < --$

Cuando se preguntó a las mujeres el motivo por el cual ellos dejaron o dejarían de dar de lactar a sus bebés, en la zona urbana el 65,0% contestó por algún motivo, siendo lo más común las mamas dolorosas, (15,0%), porque deben darle otra comida al bebé (12,0%), por enfermedad contagiosa (8,0%).

En la zona rural un 34,0% también contestaron alguna razón como el trabajo (8,0%), "malogra los senos" (8,0%), etc. Al aplicar la prueba de Ji cuadrado se encontró que existe diferencia altamente significativa ( $\chi^2 = 58.87$ ;  $P = 0.000000$ ), es decir, que el lugar de residencia condiciona los conocimientos sobre el momento y motivo de suspender la lactancia materna.

ORBE (12) también encontró que el 50,0% afirma que deformaría la estética de los senos, el 21,0% que debilita y adelgaza,

el 13,0% que envejece y en menor porcentaje previene diarrea y esta fuera de moda.

LAZO (13) también encontró que el 14,0% considera antiestético dar de lactar.

Según HELSING (24), refiere que la lactancia materna perjudica la salud de la mujer; sin embargo, el "stress" psicológico si puede ser considerable si a la madre le abruma las dudas acerca de su capacidad para amamantar ya que son influenciadas por la presencia de biberones; asimismo por el trabajo, e ideas erróneas, que sienten que la lactancia materna es negativa o positiva dependiendo de la personalidad y su gestación.

### CUADRO N° 13

#### SEGÚN COSTUMBRES: CASOS EN QUE SUSPENDERÍA TEMPORALMENTE LA LACTANCIA MATERNA

MOTIVOS	URBANO		RURAL		TOTAL	
	N = 100		N = 50		N = 150	
	N°	%	N°	%	N°	%
Por tomar agua helada	01	1	00	00	01	0.6
Durante la regla	01	1	25	50	26	17.3
Cuando está molesta	05	5	05	10	10	6.7
Demasiado tiempo en el sol	02	2	11	22	13	8.7
Estuvo lavando	03	3	06	12	09	6.0
No lo haría	84	84	01	2	85	56.7
Otros	04	4	02	4	6	4.0

$X^2 = 49.91$      $P = 0.0000000 \leftarrow$

El cuadro N° 13, presenta las creencias, conceptos, ideas costumbristas que las madres tienen sobre la lactancia materna; el

mayor porcentaje de la zona urbana (80%), contestó que el trabajo no les deja dar de lactar y ante las preguntas formuladas respondieron que no son influenciados por esos criterios; mientras en la zona rural, un 54% contestó que cuando está con la "regla" (menstruación) no se debe dar de lactar al bebé pues, le da cólicos.

Aplicando la prueba de Chi-cuadrado se encontró que el lugar de residencia condiciona la existencia de creencias, conceptos, ideas costumbristas ( $X^2 = 49.91$  P = 0.0000000 <-), es decir, que en la zona rural son más arraigados las creencias tradicionales sobre lactancia materna que en la zona urbana, en el sentido de que estas parece no favorecer a la madre.

PESCE (25) afirma que los mitos y creencias sobre lactancia materna influyen directamente en ella, lo que se ha corroborado en este trabajo de investigación. En cambio JIMÉNEZ (21) refiere que parece ser que las creencias y actividades de los padres son muy importantes, pero no determinan necesariamente la práctica de amamantamiento.

VALDEZ (8) refiere que el mayor abandono de la lactancia materna se produjo para referir que la madre no tiene suficiente leche para alimentar al bebé.

## VII. CONCLUSIONES

1. La edad media de nuestras madres oscila entre  $26 \pm 4,9$  años en la zona urbana y  $27 \pm 7,09$  en la zona rural.
2. Las madres de la zona urbana tuvieron mayor oportunidad de ser orientadas sobre lactancia materna en relación a la zona rural, durante el parto.
3. El 49% y 42% de las madres de la zona urbana y rural respectivamente, tienen conocimiento sobre el calostro.
4. El tiempo promedio en que iniciaron la lactancia materna es de  $3,7 \pm 2,1$  horas en el grupo de la zona urbana y en la zona rural  $4,5 \pm 2,2$ .
5. En la zona urbana el 98% usaron otras leches.
6. La apreciación sobre las ventajas de la leche materna que refieren las madres son:
  - Protege de enfermedades
  - Se da afecto
  - Nos mantiene en forma
  - Es económica

7. Las mujeres de la zona urbana practican en menor frecuencia y tiempo la lactancia materna, pero emplean una mejor técnica de amamantamiento.
8. La edad promedio de lactancia materna en la zona urbana es de  $8,9 \pm 4,2$ , en la zona rural es de  $11,72 \pm 3,6$  meses.
9. Las mujeres de la zona rural tienen muchas ideas y creencias erradas sobre la lactancia materna tales como:
  - No amamantar cuando la madre está menstruando
  - No amamantar cuando está expuesta demasiado tiempo al sol
  - No amamantar cuando está lavando con detergente y lejía

## VIII. RECOMENDACIONES

1. Los diferentes sectores deben realizar coordinaciones para el trabajo educativo, informativo y de capacitación sobre lactancia materna e inicio de la ablactancia utilizando metodologías activas y participativas con presencia del cónyuge y del entorno familiar.
2. Se debe prestar especial atención a la introducción temprana de otros alimentos, buscando prolongar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.
3. Difundir a través de los medios de comunicación la importancia de la lactancia materna.
4. Las instituciones encargadas de atender a la madre en el parto y puerperio deben promover el contacto precoz entre la madre y su niño.
5. Brindar facilidades en los centros de trabajo para permitir que las madres hagan uso de su licencia post-natal (si el caso lo amerita) los 03 meses que confiere la ley y el uso físico de sus vacaciones posterior a ello.
6. Si consideramos que el virus del Vih/SIDA se encuentra presente en la leche materna, es recomendable evitar que la madre dé de lactar a su bebé, para evitar la diseminación del agente; por lo que se recurriría a la madre sustituta o lactancia artificial.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O.P.S. Boletín: Temas actuales. México 1ra. Edic. edit. Interamericana 1977:350.
2. MANUAL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO SANO. Lima Perú 1991.
3. ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR. 1991 - 1992.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Módulo para capacitación sobre Lactancia Materna. Serie Paltex N° 20. 1990 pág. 1 - 5.
5. PÉREZ S.A. : OBSTETRICIA 2da. Edición Pág. 729. 1992.
6. ARIAS G.; PAZOS M.; ORLANDO G. LAZCANO G. Et. All.: Rev. Fam. Cienc. Méd. Quito 11 (1/2). Pág. 85-94. 1986.
7. GUYTON ARTHUR. : Tratado de Fisiología Médica. 6ta. Nueva editorial Interamericana. S.A. de C.V. México D.F. 1985 pp. 1,219
8. VALDEZ A.R.: SEISDEDOS A.M.; REYES I.D.; DAFNIS B.F. Et. All.: Prevalencia y duración de la lactancia materna: Seguimiento de 1483 niños hasta el año de edad. Rev. Cubana. Pediat. 61 (5): 633-42 1989.
9. CHOCANO L. ANA A.; Relación entre práctica alimentaria, estado nutricional y algunos factores condicionantes en niños menores de 01 año de un área urbano marginal de Guatemala. 20 ava. Edic. pág. 188.

10. RIVERON C.; RAÚL L.; ZARRAGOITIA R.; OLGA L. : Lactancia materna y diarrea. Rev. Cubana pediat. 62(2): 250-61. 1990.
11. GUZMAN I.; DIAZ I.: Manual para la alimentación de lactantes. Departamento de Pediatría. Hospital Nacional Guillermo Almenara IPSS. Lima-Perú 1989 pp.155.
12. ORBE F.D.: "Conocimiento de Lactancia Materna en las primíparas en el Hospital de Apoyo II - IPSS - Tarapoto - San Martín 1992" Tesis para optar el título profesional de obstetrix. UNSM.
13. LAZO C.R.: "Prevalencia de la lactancia materna y ablactancia en la ciudad de Tarapoto Región San Martín 1993". Tesis para optar el título profesional de obstetrix. UNSM.
14. PROCAME II 1994. "Lactancia Materna Exclusiva". Lima - Perú. Pág. 52.
15. ESPINAL M.A.: SIDA y Salud Materno Infantil. Archi. Domin. Pediat. 28(1):24-9. 1992.
16. GUNNLAUGSSON G., DASILVA MC., SMADMAN L.: Age at breast Feaching startanel post neonatal grith survival. Arch-Dis Chld. 1996. Abril 69(1); 134-7.
17. LEIF H.: Leche humana, aspectos nutricionales. Nueva York 1990. pág. 289.
18. HELSING E.; SAVAGE K.F.: 1985. Guía práctica para una buena lactancia. Edit. Pax. México. Pág. 278.
19. TORRES C.W.: El estudio nutricional de los niños nativos Amuesha, Selva Alta del Perú. UPCH. Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Pág. 180. 1987.

20. LACTANCIA MATERNA: Niños N° 4. Lima - Perú. 1990. 40 pp.
21. JMENEZ S.S.; SÁNCHEZ M.F.: Creencias y actitudes de los padres sobre lactancia natural en un área rural Costarricense. Rev. Costarric. Cienc. Méd. 9 (1): 27-33. 1989.
22. MATHUR GP.; PANDEV PK, SHARMA S. Et All. Breast Faching in babies delivered by cesarean section. Indian pediatric 1994. Nov. 30 (11): 1285-90.
23. CARAVEDO REYES L. "Problemas sobre lactancia materna y acciones para su fomento y apoyo" Rev. Peruana de pediatría. Ministerio de salud. Jornada de salud perinatal. 28 - 11 al 2 - 12. Lima - Perú 1991. 119 pp.
24. PÉREZ E.R.: Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe. Vol Oficina Sanitaria Panam.; 115(3): 185-94. 1993.
25. PESCE O.P.: Mitos y Creencia de Lactancia Materna Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería. Pág. 95 - 1992.
26. MINISTERIO DE SALUD. Guía para Personal de Salud. 1995.

# ANEXO N° 01

## FORMATO DE INVESTIGACIÓN

CONTESTE CON SINCERIDAD YA QUE ÉSTA ENCUESTA ES DE CARÁCTER DE ESTUDIO.

### I. FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN:

1. Edad .....

2. Estado Civil:

Soltera 1

Casada 2

Viuda 3

Conviviente 4

Divorciada 5

Otro ..... 6

Especifique

3. Grado de Instrucción

Analfabeta 1

Prim. Incomp. 2

Prim compl.. 3

Sec. Incomp. 4

Sec. Completa 5

Superior 6

Otro ..... 7

Especifique

4. Ocupación .

Empl. Pública 1

Empl. Doméstica 2

- Agricultora. 3
  - Ama de casa 4
  - Comerciante 5
  - Estudiante 6
  - Otro ----- 7
- Especifique

## II. CARACTERÍSTICAS

5. ¿Tuvo control pre-natal?

SI 1 NO 2

6. ¿Dónde dio a luz?

- Hospital del MINSA 1
  - Centro de Salud del MINSA 2
  - Posta Médica 3
  - Hospital del IPSS 4
  - Policlínico del IPSS 5
  - Consultorio Particular 6
  - Su casa 7
  - Otros ----- 8
- Especifique

7. ¿Recibió educación sobre lactancia materna, durante el Control pre-natal?

SI 1 NO 2

8. ¿Qué temas le enseñaron durante su Control Pre-natal?

Especifique el de mayor información

-----

-----

9. ¿Cómo se llama la leche que sale por primera vez?

-----  
-----

10. ¿Cuánto tiempo después de nacido su bebé empezó usted a darle de lactar pecho?

-----horas

11. ¿Durante cuántos meses dio de lactar y/o piensa dar de lactar a su bebé (pecho)?

-----  
-----

12. ¿Con qué frecuencia dio de lactar a su bebe hasta los 4 meses de edad?

Nº de veces ----- día

13. ¿Cuánto tiempo, (meses/días) tenía su bebé cuando inició su ablactancia?

-----

14. ¿Cuál es la posición más frecuente en la que le da de lactar a su bebé?

Sentada -----

Acostada -----

Caminando -----

Sandía -----

15. ¿Cómo le suministra la leche materna?

Alimentación a demanda            1

Alimentación por horario            2

16. ¿Cuándo da de lactar alterna ambos senos?

SI            1

NO 2

17. Saca el chanchito o aire del bebé

SI 1

NO 2

18. Antes de dar de lactar se lava las mamas

SI 1

NO 2

19. Qué ventajas tiene la leche materna:

Para el bebé-----

Para la mamá-----

20. Por qué motivos suspendería la lactancia materna

-----

21. Según sus costumbres por qué suspendería temporalmente la lactancia materna

-----

-----

#### OBSERVACIONES REALIZADAS:

a. Forma de que el bebé coge la areola

Coge la areola 1

Coge solo pezón 2

b. Forma de retirar al bebé del seno

Coloca el dedo en el ángulo de la boca 1

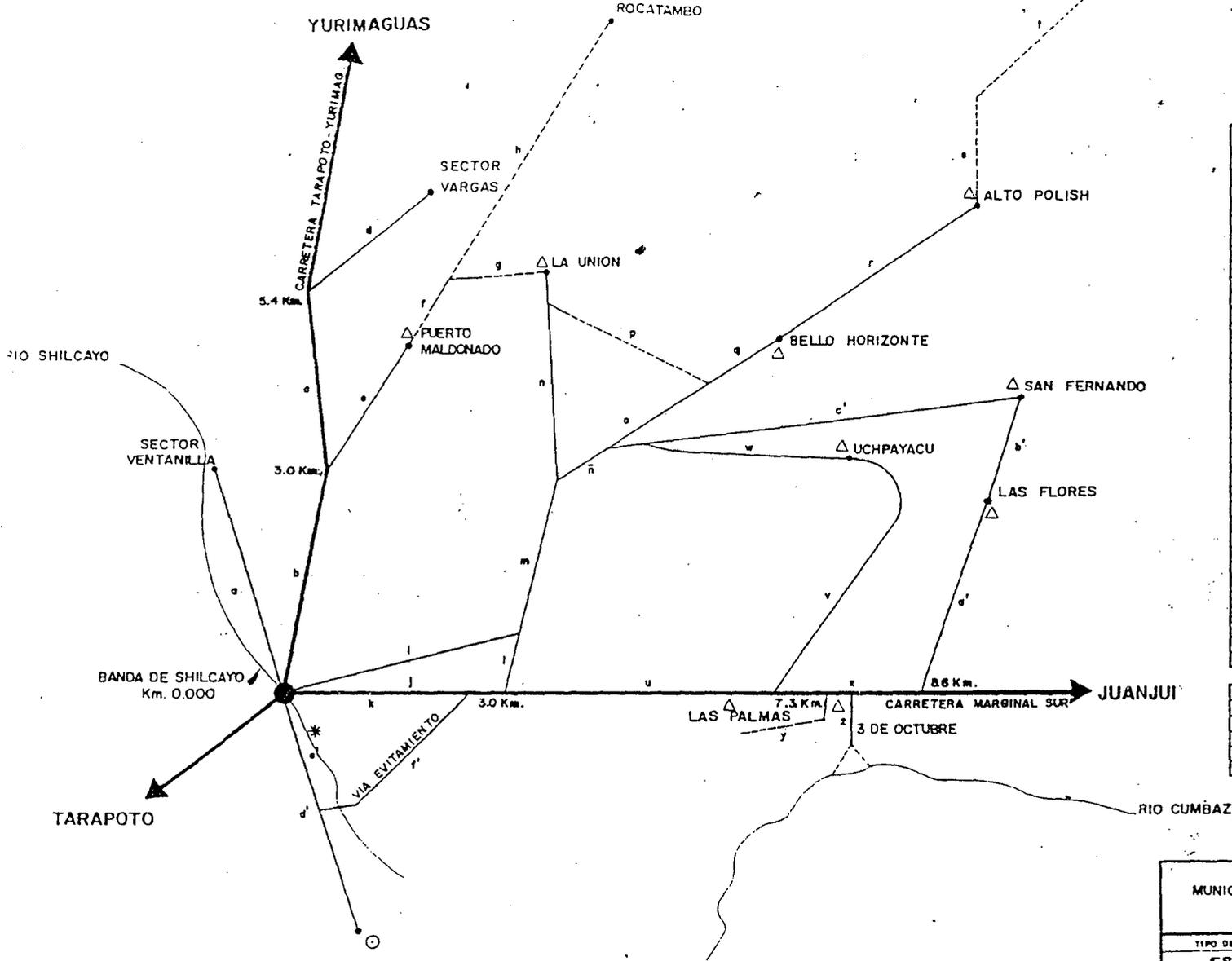
Lo retira directamente 2

c. Elimina el eructo

SI 1

NO 2





LEYENDA	
SIMBOLOGIA	KM.
a	3.129
b	3.000
c	2.400
d	2.100
e	2.000
f	1.000
g	1.340
h	4.000
i	3.300
j	3.000
k	2.400
l	0.800
m	2.100
n	2.800
ñ	0.800
o	2.380
p	2.370
q	1.120
r	3.200
s	1.400
t	2.215
u	3.500
v	4.000
w	3.200
x	2.000
y	1.100
z	0.724
a'	2.600
b'	1.500
c'	3.500
d'	3.300
e'	2.000
f'	2.500

SIMBOLOGIA	DESCRIPCION
—	CONSTRUIDO
- - - -	POR CONSTRUIR
○	AEROPUERTO
*	ELECTRO-ORIENT
△	CENTRO POBLADO

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LA BDA. DE SHILCAYO	
OFICINA DE LA DIV. DE PROMOCION Y DESARROLLO	
TIPO DE DOCUMENTO	REG. SAN MARTIN
<b>ESQUEMA</b>	
<b>CAMINOS RURALES</b>	PROV. SAN MARTIN
ESCALA 1/50	
COMPLICACION	ANALISIS
	DIST LA BANDA DE SHILCAYO
DISEÑADO POR R.A.C.	CAP. LA BANDA
REVISION FINAL	
CREACION	