

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEDE – CHOTA



TESIS:

“CARACTERÍSTICAS MATERNAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MADRES EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. HOSPITAL JOSÉ SOTO
CADENILLAS CHOTA - 2013”.

Para optar el título de: Licenciadas en Enfermería

AUTORAS:

Bach. Enf. GAONA PORTAL, Carmen Doris
Bach. Enf. LÓPEZ ABANTO, Samantha Mirella

ASESORA:

M.Cs. TICLLA RAFAEL, María Eloísa

CO-ASESORA

Lic.Enf. SALCEDO VÁSQUEZ, Delia Mercedes

CHOTA, Noviembre 2013

**“CARACTERÍSTICAS MATERNAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS
MADRES EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. HOSPITAL JOSÉ SOTO
CADENILLAS CHOTA-2013”.**

JURADO EVALUADOR

Presidenta: Dra. Martha Abanto Villar.

Secretario: Mg. Rosa Ricardina Chávez Farro.

Vocal: Lic. Enf. Oscar Campos Salazar.

Accesitaria: Lic. Enf. Miriam Hurtado Sempértegui.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos también a quienes colaboraron directamente en la realización de nuestra primera investigación, a cada una de las madres que participaron en este estudio por la confianza entregada.

Nuestro más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Cajamarca por habernos abierto sus puertas y ser nuestro segundo hogar a lo largo de nuestra carrera.

Nuestro profundo y eterno agradecimiento a la M.Cs. Ticlla Rafael María Eloísa, nuestra asesora, por sus enseñanzas y paciencia, sin su guía y orientación hubiera sido imposible la realización del presente trabajo.

Las Autoras.

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por ser la fuerza
y la guía para cumplir mis metas,
por estar presente en cualquier lugar,
momento y circunstancia
de mi vida.

A mis padres: Victor y Florinda,
por su apoyo inagotable e incondicional
durante la vida universitaria,
gracias a ellos y a su esfuerzo
hoy culmino una etapa muy importante
en mi vida.

A mis hermanos, en especial
a Milagros por el apoyo
Incondicional que
me brinda y me motiva
con sus palabras
de aliento que
supere día a día,
para seguir
adelante.

Carmen Doris

DEDICATORIA

A Dios Todo Poderoso por darme la salud, sabiduría y la fuerza necesaria, por guiar mis pasos y ayudarme a realizar cada uno de mis sueños.

A mi bella madre Flor por ser la persona más importante en mi vida, por regalarme la vida, por darme todo su amor, por creer en mí y por brindarme toda su ayuda, gracias a ti estoy hoy aquí feliz cumpliendo mi gran meta, la cual te dedico muy especialmente, te Amo!!

A mi hermano Lennin por ser mi gran ejemplo a seguir y mi gran orgullo, por darme su amor, confianza y apoyo siempre, te quiero mucho, gracias.

A mi querida hermana Xiomara a la que quiero mucho, gracias por su apoyo y confianza; espero que mis logros te sirvan de ejemplo en su futuro.

A mi amor Jonny, gracias toda tu comprensión, por creer en mí y estar siempre a mi lado, te amo incondicionalmente.

A la M.Cs. Ticlla Rafael María Eloisa por ofrecerme su afecto y cariño cuando más lo he necesitado, gracias por guiarme y orientarme para realizar este trabajo de investigación.

Samantha

ÍNDICE

	Págs.
AGRADECIMIENTO	
DEDICATORIA	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I	15
Definición y delimitación del problema	15
Formulación del problema	22
Justificación	22
Objetivos	24
CAPÍTULO II	25
Antecedentes del problema	25
Teorías sobre el tema	31
Fundamentación Conceptual.	33
Conocimiento	33
Lactancia materna	34
Características Maternas	45
CAPÍTULO III	59
Tipo y diseño de estudio	59
Área de estudio	59
Población	60
Técnicas y procedimientos para la recolección de datos	60
Procesamiento y análisis de datos	61
Consideraciones éticas y de rigor científico	62
CAPÍTULO IV	63
Resultados	63
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

RELACIÓN DE GRÁFICOS

	<i>Págs.</i>
Tabla 01: Características Maternas de las Madres del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – Agosto 2013	63
Gráfico 02: Nivel de Conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva en Madres del Hospital José Soto Cadenillas. Chota. Agosto 2013	67
Gráfico 03: Nivel de Conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva según grupo etario de las Madres del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – Agosto. 2013	69
Gráfico 04: Nivel de Conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva según estado civil de las Madres del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – Agosto. 2013	71
Gráfico 05: Nivel de Conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva según grado de instrucción de las Madres del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – Agosto. 2013	73
Gráfico 06: Nivel de Conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva según procedencia de las Madres del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – Agosto. 2013	75
Gráfico 07: Nivel de Conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva según religión de las Madres del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – Agosto. 2013	77

- Gráfico 08: Nivel de Conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva según paridad de las Madres del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – Agosto. 2013** 78
- Gráfico 09: Nivel de Conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva según ocupación de las Madres del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – Agosto. 2013** 80

ANEXOS

	<i>Págs.</i>
Tabla 01: Alimentación adecuada durante los primeros 6 meses de vida. Hospital José Soto Cadenillas. Chota-Agosto 2013	97
Tabla 02: Periodo de duración de la Lactancia Materna Exclusiva. Hospital José Soto Cadenillas. Chota-Agosto 2013	97
Tabla 03: Inicio de la Lactancia Materna Exclusiva. Hospital José Soto Cadenillas. Chota-Agosto 2013	98
Tabla 04: Frecuencia de la Lactancia Materna Exclusiva. Hospital José Soto Cadenillas. Chota-Agosto 2013	98
Tabla 05: Razón principal de la práctica de Lactancia Materna Exclusiva. Hospital José Soto Cadenillas. Chota-Agosto 2013	99
Tabla 06: Fuente de información sobre Lactancia Materna Exclusiva. Hospital José Soto Cadenillas. Chota-Agosto 2013	99

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar y analizar las Características Maternas y el Nivel de Conocimiento de las madres en Lactancia Materna Exclusiva del Hospital José Soto Cadenillas Chota. Agosto 2013. El tipo de investigación fue cuantitativo, de corte transversal, descriptivo y correlacional.

La población en estudio estuvo constituida por 87 madres con niños menores de 6 meses. Se utilizó como instrumento un cuestionario.

Las conclusiones más resaltantes en el estudio son: Nivel de conocimiento de las madres alto con 59,1%, no encontrándose relación significativa entre características maternas y nivel de conocimiento de las madres, ya que en casi todas las variables el valor de $p > 0,05$; en el grado de instrucción se encontró que el valor de $p = 0.013$ y las madres que solo tiene educación primaria incompleta presentan un nivel de conocimiento bajo (45,5%) sobre la lactancia materna, mientras que las madres con grado de instrucción no universitario completo tuvieron un nivel de conocimiento alto (92,3%).

Palabras claves: Lactancia materna exclusiva, nivel de conocimiento y características maternas.

ABSTRACT

This research study aimed to determine and analyze the Maternal Characteristics and Level of Knowledge of Exclusive Breastfeeding mothers Jose Soto Cadenillas Hospital Chota. August 2013. The research was quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational.

The study population consisted of 87 mothers with children under 6 months. The instrument used a questionnaire.

The most striking findings in the study are: Level of knowledge of mothers high with 59,1%, no significant relationship was found between maternal characteristics and knowledge level of the mothers , since in almost all variables the value of $p > 0,05$, in the level of education was found that the value of $p = 0,013$ and mothers who have only completed primary education have a low of knowledge level (45,5 %) on breastfeeding, while mothers with degree of not complete university education had a high knowledge level (92,3%).

Keywords: Exclusive breastfeeding, level of knowledge and maternal characteristics.

INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas propuestas para las mujeres y la niñez han enfatizado el papel de la mujer como responsable de las tareas de reproducción, crianza y nutrición de la familia.

En el caso de la lactancia materna es obvio que la mujer está dotada fisiológicamente para ejercer la práctica de amamantamiento y consecuentemente hay funciones que sólo ella puede desempeñar. Sin embargo, acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia conciernen a compañeros y esposos, familiares y comunidades, patrones y empleadores, así como a funcionarios y personal de salud; en fin, al conjunto de la sociedad, en perspectiva de género, población y desarrollo sostenible.

La lactancia materna es un tema ampliamente discutido y estudiado a nivel internacional y nacional; los resultados de estos estudios demuestran que dicha práctica es cada vez menos frecuente, sobre todo en los países industrializados. En Perú se ha observado que la lactancia materna es cada vez más limitada en las áreas más urbanizadas; y es muy frecuente en las áreas rurales.

La mayoría de las madres inicia la lactancia natural, aunque diversas características biológicas, sociales, económicas y culturales han influido para que se produzca una caída en el porcentaje de madres que lactan a sus hijos por el tiempo recomendado. El conocimiento que tenga la madre sobre lactancia materna está fuertemente influido por la información proporcionado durante el embarazo, parto y puerperio.

Por lo expuesto anteriormente es necesario crear conciencia en la población de la importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida del ser humano a fin de brindarle una mejor calidad de alimentación para que tenga un buen desarrollo.

Motivadas de querer establecer cuanto y que saben las madres sobre lactancia materna exclusiva, ya que el personal de salud a través de la consejería, juega un rol importante en apoyar la decisión de la madre de cumplir el reglamento de alimentación infantil y así fomentar una adecuada nutrición en este grupo etario vulnerable, se decidió realizar al presente estudio acerca de las características maternas y nivel de conocimiento de las madres en lactancia materna exclusiva.

En tal sentido, el estudio titulado "Características maternas y nivel de conocimiento de las madres en lactancia materna exclusiva. Hospital José Soto Cadenillas Chota. Agosto – 2013" tiene como objetivo determinar y analizar las características maternas y el nivel de conocimiento de las madres en lactancia materna exclusiva del Hospital José Soto Cadenillas Chota. Agosto – 2013.

El presente estudio consta de: Capítulo I: El Problema en la cual se presenta el planteamiento, definición y delimitación del problema, formulación del problema, justificación; Capítulo II: Antecedentes del estudio, base teórica conceptual, teorías sobre el tema, hipótesis, definición conceptual y definición operacional de términos; Capítulo III: Metodología, se expone el nivel, tipo y método, descripción de la sede y la población, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas y de rigor científico; Capítulo IV: Presentación de Resultados y Discusión y análisis, Conclusiones y Recomendaciones. Finalmente se presentan Bibliografía y Anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La lactancia materna es un acto natural que se practica como forma de alimentación al niño durante los primeros meses de vida¹, por medio del cual la madre brinda un fluido biológico complejo: proteínas, grasas, vitaminas, carbohidratos, sales minerales, agua; así como de elementos bioactivos que le confieren a la leche, además de la propiedad nutritiva, la protección contra agentes patógenos presentes en el medio ambiente, favorece la maduración del aparato digestivo del lactante; además para su administración se requiere por lo general que la madre tenga un contacto piel a piel mayor con el bebé, lo que favorece las relaciones psico afectivas desde temprana edad entre la madre y el hijo.

La iniciación temprana en la lactancia materna tiene el potencial de salvar 95 bebés cada hora, 830.000 al año en todo el mundo, según reportes de la Asociación Save the Children (Organización "Salvar a los Niños"). A pesar de ello la Organización Mundial de la Salud estima que la tasa de lactantes entre los 0 y 4 meses que son amamantados en forma exclusiva con leche materna es solamente de 35%².

La decisión de amamantar está fuertemente influenciada por la información acerca de la alimentación infantil que reciben las madres y por el apoyo físico y social proporcionado durante el embarazo, parto y puerperio. Las actitudes familiares, médicas y culturales, condiciones económicas, presiones comerciales y políticas y normas, nacionales e internacionales pueden favorecer la lactancia³.

¹ Ministerio de Salud. MINSA, Lactancia Materna; Texto para el uso de Capacitadores en la iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y Niño. UNICEF. OPS/OMS. USAID.

² CALVO, C. "Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento". *Revista de Enfermería Actual en Costa Rica* (en línea). Octubre 2008 - Marzo 2009, N° 15 (citado en 15 de julio 2013). Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/pdf>

³ILABACA, J. y col. 2002. "Tendencia de la lactancia materna en el Servicio de SaludMetropolitano Sur". *Revista Chilena de Pediatría*. 73 (2): 127-134. (en línea). 2002, (citado en 15 de julio 2013). Disponible en:<http://www.scielo.cl>

Por otro lado Navarro en el año 2003 menciona que la educación prenatal, los aspectos hospitalarios relacionados con el parto y puerperio precoz, el acceso a la Atención Primaria y el seguimiento a través de sus consultas y por último la existencia de talleres y de grupos de apoyo a la lactancia, son aspectos importantes a tomar en cuenta para la promoción y el fomento de lactancia al seno materno⁴.

En los países en desarrollo sólo se coloca en el pecho de sus madres durante la primera hora después de nacer al 39% de los recién nacidos. La tasa es especialmente baja (31%) en Asia. Cabe señalar que la lactancia natural dura más o menos el 70% en los niños asiáticos y africanos de 6 meses de edad que todavía se alimentan al pecho. En cambio en América Latina y el Caribe la lactancia dura de 2 a 5 meses en promedio, y solo un 35 a 60% sigue recibiendo lactancia materna a los 6 meses⁵.

Por otra parte, en Estados Unidos el informe de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) señaló que menos del 4% de los hospitales proporcionan una "amplia gama" de 10 servicios de apoyo a la lactancia recomendados, y sólo el 14% de los hospitales tenían una política escrita sobre el amamantamiento. Además se menciona que las bajas tasas de lactancia materna le cuestan 2.200 millones de dólares al año ya que los bebés alimentados con leche artificial están más propensos a padecer de obesidad, infecciones respiratorias y de oído y requieren más atención médica⁶.

Es indignante que a pesar de existir una "Estrategia mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño" que se suscribió durante la 55ª

⁴CARRASCO, K. y col. *Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida, CESFAM Panguipulli noviembre-diciembre del 2006*. Tesis (licenciada/o en obstetricia y puericultura). Universidad Austral de Chile.

⁵UNICEF. Seguimiento de los progresos en la nutrición de los niños y las madres. Diciembre 2009. New York disponible en: nyhqdoc.permit@unicef.org

⁶ El boletín quincenal de Terra. 02 de agosto de 2011. Pocos hospitales en EE.UU. apoyan la lactancia materna. Disponible en: <http://vidayestilo.terra.com.pe>

Asamblea Mundial de la Salud en el año 2002⁷, diversos países del mundo no sigan las directrices marcadas en dicha estrategia, con lo cual no se cumplen los objetivos de la Declaración de Innocenti⁸ y la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños está muy poco implantada⁹.

Los estudios sobre lactancia materna demuestran con toda probabilidad que la promoción de la lactancia materna exclusiva en contextos sociales, económicos y culturales diversos necesita de comprender los factores que influyen en muchas madres en la no utilización de la Lactancia Materna Exclusiva^{10,1}.

La mayoría de los autores coinciden en que durante los 20 a 34 años de edad es la etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social y está mejor preparada para la procreación, lo que no ocurre en las edades extremas de la vida.

Estudios recientes reportan que las madres que menos lactan fueron las de mayores de 35 años seguidas de las adolescentes. Existe general tendencia de no practicar la lactancia materna o practicarla por períodos cortos en las madres más jóvenes. La poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa de la adolescencia, muchas veces, determinan el abandono precoz de la misma en este período de la vida. A medida que avanza la edad, la mujer va tomando conciencia de su rol de madre y aumentan las posibilidades de prolongar la lactancia materna exclusiva. La lactancia materna en la adolescente es un aspecto que tiene vital importancia en la reducción del riesgo que sufre potencialmente su hijo¹.

En relación a la información, en Valencia el 59% de las madres consideraron que recibieron información del personal de salud acerca de los beneficios de la lactancia materna y el 51% recibieron información

⁷ OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación de lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 16de abril de 2002. A55/15. Ginebra, Disponible en:<http://www.who.int>

⁸OMS-UNICEF: Declaración de Innocenti. WHO. Florencia, 1990. (resolución WHA 45.34). Disponible en:<http://www.copeson.org.mx>

⁹ OMS: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta de la OMS/UNICEF. Ginebra 1989. Disponible en:<http://www.unicef.org>

¹⁰ DURAN R. y col. Factor sicosociales que influyen en el abandono en la lactancia materna. Rev. Cubana Pediátrica 2003; 71(2): 72-9.

sobre las técnicas de amamantamiento; estos datos obtenidos deben formar parte de los aspectos fundamentales para alcanzar el éxito de los programas de promoción y apoyo para la lactancia materna por personal de salud, el cual bien informado, motivado y convencido del inmenso valor de este método de alimentación natural, ofrece el apoyo necesario a las madres que asisten a las consultas prenatales, durante el parto y durante el puerperio en los centros ambulatorios y hospitales.

Sin embargo, en América Latina a pesar de las deficiencias existentes en la información disponible, se estima que alrededor del 40% de los niños y niñas reciben leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses¹¹. En algunos países de la región, la lactancia materna exclusiva ha sido particularmente resistente al cambio. Por ejemplo, durante los 20 últimos años se ha estancado en la República Dominicana, ya que tenía el porcentaje más bajo de la Región (8%), y en México disminuyó de 20% a 14,5%; por el contrario, en el mismo período, otros países han mostrado un extraordinario progreso, como Colombia, donde aumentó de 15% a 43% y Honduras también se ubica en el décimo lugar de países con mejores resultados respecto a la lactancia materna. En Brasil, los innovadores enfoques como los bancos de leche materna y carteros capacitados para proporcionar consejos amigables a las mujeres en sus comunidades, convierten al país en “un pionero en el desarrollo de políticas en materia de lactancia materna” y “un ejemplo para otros países”.

Según Beat Rohr, Director Regional de Save the Children (Organización “Salvar a los Niños”) señala que a pesar que en todo el mundo se conoce sobre los beneficios de la lactancia materna, y que es una manera gratuita y natural de proteger al bebé recién nacido, en muchos países latinoamericanos se ha prestado muy poca atención a los diversos factores que suponen un obstáculo para que las madres amamanten a sus bebés”, para América Latina y el Caribe. En el lado opuesto se encuentra Brasil, Nicaragua y Honduras que están dando el ejemplo en cuanto al camino

¹¹ UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2008

que debe seguirse, demostrando el impacto positivo que tiene la mejora de esta práctica en el desarrollo infantil, que en muchos casos salva miles de vidas de niñas y niños al año.¹²

No obstante, en una investigación realizada en Colombia en el 2004 titulada: Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia, se concluyó que: aunque el nivel de conocimientos fue aceptable, el estudio permite establecer la necesidad de un programa educativo para reforzar las conductas deseables sobre lactancia materna, principalmente en la complementación gradual. Las madres que necesitan esta intervención son las de menor edad, solteras o en unión libre, primíparas, con niveles bajos de estrato socioeconómico y escolaridad. También es necesario incluir a las abuelas en el programa¹³.

En tal sentido, en una investigación realizada en el Estado Bolívar en Mayo del 2009 sobre: Conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva en gestantes adolescentes, el cual señala que aunque el 43,6% de las adolescentes mantienen un nivel de información Bueno, es necesario reforzar la promoción y fomento de la lactancia materna¹⁴.

Casi todos los niños peruanos han lactado alguna vez, la lactancia continua siendo una práctica generalizada en el país, según la encuesta nacional de demografía y salud familiar 91 (ENDES 91), un porcentaje de 97.6% de niños a lactado alguna vez, según ENDES 96 es de 97%. Este porcentaje es casi el mismo por sexo del niño, el área de residencia, el nivel educativo de la madre, el lugar del parto o si recibió atención durante el parto. Es decir la prevalencia de lactancia materna en nuestro país es muy alta.

¹²Save the children. Perú se ubica entre los diez primeros países en promover lactancia materna [sede Web] Lima 2013 [actualizada el 18 de febrero del 2013; acceso 20 de julio del 2013]. Disponible en: <http://www.savethechildren.org.pe>

¹³ DELGADO, M. 2004: Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 N°.1. Bogotá. Ene. - Mar. 2004 (En línea)Disponible: <http://www.scielo.org.com>

¹⁴ ARMAS M. *Conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva en gestantes adolescentes. Consulta prenatal. Hospital Julio Criollo Rivas, ciudad Bolívar Estado Bolívar Mayo 2009.* Tesis (licenciatura de enfermería). Esc. Cs. de la Salud. Bolívar.

Datos nacionales también confirman que al menos dos de cada diez niños dejan de ser alimentados con lactancia materna exclusiva al mes de vida a pesar de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Academia Americana de Pediatría. Estos organismos establecen que la lactancia materna exclusiva debe mantenerse hasta el sexto mes de vida, para luego continuarse conjuntamente a una adecuada incorporación de alimentos¹⁵.

Sin embargo Blázquez en el año 2004 menciona que existe un conflicto entre maternidad y trabajo pone de manifiesto la importancia social de la lactancia materna. Las mujeres que dan pecho tienen derecho a trabajar y las mujeres que trabajan tienen derecho a dar el pecho. La lactancia materna requiere una definición de trabajo que respete la crianza y la simbiosis madre criatura como hecho indispensable para el desarrollo del ser humano⁴.

Las tasas de lactancia materna exclusiva han disminuido entre el 2000 y el 2004, del 72,5% al 69,3% en los niños menores de 4 meses y de 67,2% a 63,9% en los niños menores de 6 meses, a pesar de la promoción intensa del sector salud¹⁶.

Nuestro país se sitúa en el séptimo lugar de la lista de países con mejores resultados en lactancia materna exclusiva. Con respecto a los neonatos revela que el 50.2% de niñas y niños peruanos reciben leche materna en la primera hora tras el nacimiento, dentro del primer día de nacido se tiene que a nivel nacional el 92,0% de niñas y niños peruanos reciben leche materna. Además la cantidad de niñas y niños menores de 4 meses que son amamantados solamente con leche materna alcanza el 99.3% y hasta los 6 meses de vida la cantidad de niñas y niños amamantados con leche materna exclusiva es de 70.6%, por área de residencia se constata que la lactancia materna es más común en el área rural (82,5%) que en el área

¹⁵Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. Indicadores de Resultado Identificados en los Programas Estratégicos 2000 Primer Semestre 2011. Perú. (En línea disponible en pdf). (citado el 18 de julio del 2013)

¹⁶Instituto Nacional de Estadística e Informática Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES Continua 2004). Lima. 2005. 22.

urbana (64,0%) y según característica, por sexo, el porcentaje fue ligeramente superior en las mujeres (99,2%), en comparación con los hombres (98,9%), por nivel educativo fue mayor entre las niñas y niños de madres sin educación (99,4%) en relación con las que tuvieron educación superior (98,9%)¹⁷.

Mientras que el tiempo promedio de duración de la lactancia en niñas y niños menores de tres años de edad fue 20,4 meses. La duración mediana de la lactancia exclusiva fue 4,3 meses. Con respecto al nivel de educación de la madre, fue mayor entre las madres sin educación (5,3 meses) en comparación con las madres con educación superior (2,6 meses). Según el área de residencia, la duración mediana de la lactancia exclusiva fue mayor entre niñas y niños residentes del área rural (5,2 meses) que en la urbana (3,7 meses). Asimismo, en la Sierra y Selva (5,1 y 4,5 meses, respectivamente¹⁰) Igual sucede cuando se desagrega la información por regiones: la selva y la sierra, tienen porcentajes mayores de lactancia materna que la costa. Por departamentos, Apurímac (6,7 meses), Huánuco (6,2 meses), Cusco (5,5 meses) y finalmente Ancash y Amazonas (5,4 meses, en cada caso) obtuvieron mayores porcentajes¹⁴. Además, a pesar de existir políticas nacionales a favor de la lactancia materna estas no se cumplen y al no tenerse datos a nivel regional ni local se convierten en un gran problema de salud pública.

Así mismo, Gonzales en el año 2002 menciona que implementación de la lactancia materna es también influenciada por el grado de escolaridad de la madre. Algunos estudios han demostrado que un nivel educativo superior es un pre disponente positivo para la lactancia materna, esto porque las mujeres cuentan con mayores conocimientos y comprensiones sobre los beneficios de la leche materna en la salud de sus hijos⁴.

A nivel Regional se registra un incremento significativo en lactancia materna (17%), control de crecimiento y desarrollo de niños de un año

¹⁷Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011. Nacional y Departamental.

(10%), niños protegidos con vacuna pentavalente (11%) e incremento de niños que reciben suplemento de hierro (8%)¹⁸.

A pesar de la labor de promoción de la salud que se lleva a cabo en nuestro país para fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, se observa resultado que ponen de manifiesto que aún queda mucho por hacer; en este sentido es necesario resaltar que estarían presentándose características maternas que estarían favoreciendo lactancia materna exclusiva exitosa.

Por tal motivo, es de interés y necesidad la realización del presente trabajo que tuvo por objetivo: Determinar y analizar las características maternas y el nivel de conocimiento de las madres en lactancia materna exclusiva Hospital José H. Soto Cadenillas Chota.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características maternas que se relacionan con el nivel de conocimiento de las madres en lactancia materna exclusiva. Hospital José Soto Cadenillas Chota 2013?

1.3. JUSTIFICACIÓN.

La lactancia es considerada por los profesionales de salud una de las más efectivas formas de proteger la salud de la madre y del niño. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) describe la leche materna como "la primera inmunización del bebé que ayuda a prevenir contra diarrea, otitis, infecciones pulmonares y otros problemas de salud"¹⁹.

Es importante señalar que en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño se observa frecuentemente que las madres que brindan lactancia artificial van en aumento, problemas con la exclusividad, el abandono de

¹⁸ Andina. Agencia peruana de noticia. "Destacan avances en práctica de lactancia materna y vacunación infantil en Cajamarca". 07 de febrero 2009. Disponible en: <http://www.andina.com>

¹⁹ United Nations Children's Fund. Facts for life: Why it is important to share and act on information about breastfeeding. 2002.

esta por diversas razones, su corta duración y temprana introducción de otros alimentos a su dieta; situación que nos indica que muchas veces es porque desconocen las ventajas de la lactancia materna, la mayoría trabaja y además son madres a temprana edad.

Por lo que es necesario establecer cuanto y que saben las madres sobre lactancia materna exclusiva, ya que el personal de salud a través de la consejería, juega un rol importante en apoyar la decisión de la madre de cumplir el reglamento de alimentación infantil y así fomentar una adecuada nutrición en este grupo etario vulnerable.

Los resultados de esta investigación tuvieron por objeto generar información sobre la situación actual de la lactancia materna exclusiva e identificar las características maternas que se relacionan con la lactancia en los niños menores de 6 meses, con la finalidad de promocionar y promover la lactancia materna exclusiva, además de lograr que las entidades como el ministerio de salud, organizaciones no gubernamentales tomen las medidas necesarias de acuerdo a los resultados que se han obtenido.

1.4. OBJETIVOS.

1.4.1. Objetivo General:

Determinar y analizar las características maternas que se relacionan con el nivel de conocimiento de las madres en lactancia materna exclusiva. Hospital José Soto Cadenillas Chota 2013.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- ✓ Describir las características maternas de la población en estudio.
- ✓ Determinar el nivel de conocimiento de las madres en lactancia materna exclusiva motivo de estudio.
- ✓ Relacionar y analizarlas características maternas y el nivel de conocimiento de las madres del estudio en lactancia materna exclusiva.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

En la investigación “Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna” realizada en la Habana – Cuba se tuvo las siguientes conclusiones: Existe estrecha relación entre la escolaridad de la madre y su conocimiento sobre la lactancia materna, ya que el 68,33 % de las madres tienen conocimiento sobre la lactancia materna. La frecuencia mayor de lactancia materna está relacionada con la ocupación de la madre y fue en las amas de casa con el 60,8 %²⁰.

En Paraguay, Sanabria M. y cols en el año 2001 averiguaron “Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal”, arribando a las conclusiones: durante el periodo prenatal existe una alta prevalencia de oportunidades perdidas en el cuidado de los senos y en aconsejar sobre los beneficios de la lactancia materna. Durante el puerperio se observó una alta prevalencia de falencias en la técnica de amamantamiento. Se observó una alta prevalencia de alojamiento conjunto y de apego precoz²¹.

Mientras que en una investigación realizada en la Habana – Cuba titulada “Lactancia materna”, arribaron a las conclusiones: Las mujeres entre 20 y 34 años de edad, amas de casa, casadas con el nivel secundario y con un solo hijo fueron las que lograron una mayor efectividad en la lactancia materna. El médico y la enfermera de la familia por ser el puntal fundamental en la divulgación de este tipo de alimentación deben continuar su labor educativa para lograr una mejor preparación psicológica de la madre²².

²⁰GUTIÉRREZ, A. y cols. “Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna”. *Revista Cubana Enfermería* V.17 N.1 La Habana Cuba. Ene. - abr. 2001 (En línea). Disponible en: <http://www.imbiomed.com>

²¹SANABRIA M. y cols. “Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal” *Revista Cubana Enfermería* Paraguay 2001.

²²GONZÁLEZ, I.; y col. “Lactancia Materna”. *Revista Cubana Enfermería*. Vol.18(1):15-22. La Habana - Cuba. Ene-Mar 2002. (En línea) Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/pdf>

En ese mismo orden de ideas, se realizó una investigación en Barquisimeto, Edo, Lara. Entre marzo y septiembre del año 2003 acerca del: Conocimiento de las madres sobre las ventajas para el niño de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de seis meses, en el que señala que: El 87% de las madres conoce sobre la duración y exclusividad de la lactancia materna. El conocimiento de las madres sobre las ventajas de la lactancia materna es mayor en el aspecto nutricional, higiénico y económico. A mayor edad y a mayor nivel de instrucción, mayor es el conocimiento de las ventajas de la leche materna. El 78% de las madres han buscado y el 72% ha obtenido información especializada sobre las ventajas de la lactancia materna²³.

Por otro lado, la investigación titulada "Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna" realizada en Santiago de Cuba llegó a las conclusiones: los conocimientos y práctica de la lactancia materna en las madres en la cuales se realiza una educación sistemática, independientemente de la edad, la escolaridad y el medio socioeconómico en que se desenvuelven, influyó favorablemente en la actitud hacia la práctica de una lactancia materna duradera. Las instituciones, grupos o personas involucradas en la transmisión de conocimientos sobre la lactancia materna, deben priorizar la atención hacia las embarazadas más jóvenes, sin descuidar las de mayor edad y profundizar en los temas relacionados con la técnica de extracción manual de la leche, su conservación, como tener suficiente leche y las mejores posiciones para lactar²⁴.

Mientras que en Bogotá – Colombia la investigación "Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia", llegó a las conclusiones: aunque el nivel de conocimientos fue aceptable, el estudio permite establecer la necesidad de un programa educativo para reforzar las

²³PÁEZ, M. Conocimiento de las madres sobre las ventajas para el niño de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de 6 meses. Venezuela. Marzo y Septiembre 2003. (En línea). Disponible: <http://bibmed.ucla.edu.ve>.

²⁴ROSABAL L. y col. "Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna" *Revista Cubana de Enfermería*. V.20 N.1 La Habana – Cuba. Enc. - Abr. 2004. (En línea) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>

conductas deseables sobre lactancia materna, principalmente en la complementación gradual. Las madres que necesitan esta intervención son la de menor edad, solteras o en unión libre, primíparas, con niveles bajos de estrato socioeconómico y escolaridad. También es necesario incluir a las abuelas en el programa¹³.

Así mismo, en el estudio “Intervención educativa sobre lactancia materna” realizado en Cuba se concluyó: La intervención educativa fue satisfactoria ya que se logró que el mayor por ciento de las madres lactara hasta el sexto mes y se elevó el nivel de conocimiento sobre lactancia materna. El conocimiento sobre lactancia materna exclusiva antes de la intervención fue insuficiente²⁵.

Gamboa E. y cols. en el año 2008 en su investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable” realizada en Chile, concluyeron: se presentaron proporciones considerables de mujeres que dieron lactancia materna durante menos de seis meses, que iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses y que suspendieron la lactancia materna cuando el hijo lactante sufrió alguna enfermedad²⁶.

Mientras González I. y cols. realizaron un estudio en Argentina en el año 2008, titulado “Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso”, llegando a las conclusiones: La variable edad influyó en el éxito y/o fracaso de la lactancia exclusiva, muy acortada en las madres adolescentes. El contacto temprano de la madre y su hijo constituyó un estímulo decisivo en el comienzo y mantenimiento a largo plazo de la lactancia natural. Las cesáreas condicionaron un retraso del amamantamiento con frecuencia innecesario, hecho que se tradujo en acortamientos de la lactancia. El mejor nivel de instrucción materna influyó positivamente en la lactancia exclusiva, probablemente vinculado a la disponibilidad de información sobre los beneficios de esta para la madre y sus hijos. Las razones

²⁵ESTRADA J. y cols. “Intervención educativa sobre lactancia materna”. *Revista cubana Enfermería* Cuba 2007.

²⁶GAMBOA E. y cols. “Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable” *Revista Chilena de Nutrición*. V.35 N.1 Santiago de Chile. Mar. 2008. (En línea) Disponible en: <http://dx.doi.org>

invocadas, por las madres como causas de abandono de la alimentación a pecho fueron consideradas de peso relativo y relacionadas a la escasa puesta en marcha de acciones anticipatorias por parte de los equipos de salud y de las familias involucradas²⁷.

Mientras que el estudio "Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad" realizado en Madrid, tuvo las conclusiones: La lactancia materna en esta población se aparta de las recomendaciones de la OMS. Los resultados apuntan a que la lactancia materna exclusiva conlleva una evolución del peso del niño más adecuada y una menor morbilidad, al menos en el primer año de vida²⁸.

Por su parte Beth H. y cols en el año 2010 averiguaron "Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en Fortaleza" en Brasil, teniendo como conclusiones: los factores que aparentemente ejercían mayor influencia sobre la decisión de las mujeres a favor de la lactancia fueron los económicos y familiares²⁹.

Por otro lado un estudio realizado en Resistencia en el año 2010 titulado "Conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de la ciudad de resistencia en el año 2010" concluye que: la mayoría (70,33%) de las madres encuestadas solo tienen la primaria 42,2%; la secundaria 48,5%; la un conocimiento regular sobre la lactancia materna. De las cuales, el 48,5% tiene instrucción secundaria. Y de las que tienen conocimientos de nivel bueno, la mayoría tenían primario completo bueno, la mayoría tenían primario completo (68,7%) un buen porcentaje tenían el secundario completo (18,5%) y hasta había un grupo de pacientes con estudios terciarios (12%). Siendo que todas las madres que habían obtenido un

²⁷GONZÁLEZ I. y cols. "Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso" *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. N° 177. Argentina. Enero 2008.

²⁸MORÁN M. y cols. "Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad" *Revista de Nutrición Hospitalaria* V.24 N.2. Madrid Mar.-abr. 2009.

²⁹BETH H. y cols "Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en Fortaleza" *Revista Enfermería Global* N.19 Murcia en Brasil. Jun. 2010

nivel deficiente de conocimientos (12%), no habían terminado la escuela primaria³⁰.

En La Habana – Cuba se realizó una investigación titulada “Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva”, llegando a las conclusiones: 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 mamas³¹.

Mientras que en nuestro país se realizaron varios estudios; entre ellos, un estudio en Tumbes en el año 2000 titulado “Factores asociados, mitos y creencias relacionados con la duración de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al consultorio de pediatría del Hospital N° 01 “José A. Mendoza Olavarría” en Tumbes, arribando a las conclusiones: los resultados de la investigación muestran una diferencia no significativa en la edad, paridad, grado de instrucción, e inicio de lactancia materna que se relaciona con la duración de la misma; concluyendo que éstas no influyen en ella. Sin embargo la ocupación, el ingreso económico familiar, el estado civil, lugar de procedencia de la madre, las razones para retirar el pecho, los mitos y creencias se obtuvieron diferencias significativas con lo que se puede decir que estas influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva³².

Mendoza K. en el año 2002 realizó un estudio en Lima, titulado “Capacitación y seguimiento domiciliario sobre lactancia materna exclusiva

³⁰ZIMMERMANN, C. y cols Conocimiento sobre lactancia materna en púerperas de la ciudad de Resistencia en el año 2010. Tesis (medicina) Universidad Nacional de Nordeste.

³¹BROCHE R. y cols. “Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva” Revista Cubana de Medicina General Integral vol.27 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2011. La Habana – Cuba 2011.

³²DÍOS, R y col. *Factores Asociados, Mitos y Creencias Relacionados con la Lactancia Materna Exclusiva en Madres que Acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital N° 01 José A. Mendoza. Olavarría De Tumbes*. Tesis (Licenciado en Obstetricia). Universidad Nacional de Tumbes.

a puérperas del Hospital Santa Rosa” en Lima, llegando a las conclusiones: La gran mayoría de madres pueden dar lactancia exclusiva a sus hijos, si reciben capacitación personalizada y apoyo permanente. La madre que sale a trabajar y se separa de su hijo tiende a abandonar la lactancia materna exclusiva. Todo el personal de salud involucrado directa o indirectamente con la atención del niño, debe promocionar la lactancia materna exclusiva³³.

Del mismo modo, Ferro M. y col. en el año 2005, en Lima investigaron sobre el “Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP)” en Lima, concluyendo 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 estudio³⁴.

Por otro lado, también en Lima en el año 2007 se realizó un estudio “Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del Hospital Belén” en Trujillo, llegando a las conclusiones: no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las conductas estudiadas y la edad, procedencia, ocupación, estado civil, paridad (factores personales), fuente de información (factor educativo) y estrato (factor) socioeconómico de las madres, salvo entre la primera variable y el grado de instrucción (factor educativo) de las mismas³⁵.

³³MENDOZA, K. *Capacitación y seguimiento domiciliario sobre lactancia materna exclusiva a puérperas del Hospital Santa Rosa*. Tesis (Licenciada en obstetricia) Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

³⁴ FERRO, María y col. *Nivel de conocimiento en Lactancia materna y su relación con factores socio-culturales puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005*. Tesis (Licencia en obstetricia). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

³⁵BOCANEGRA G. “Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del Hospital Belén” en Trujillo. *Revista Medicina Vallejana*. V.4 N.2 Lima 2007. (En línea) Disponible en: revistamedica@ucv.edu.pe

2.2 Teorías sobre el tema.

Teoría del aprendizaje: El aprendizaje social se enfoca a determinar en qué medida aprenden los individuos no solo de la experiencia directa sino también de observar lo que les ocurre a otros. Tiene como máximo exponente a Albert Bandura, quien postula una teoría general del aprendizaje por observación, que se ha expandido gradualmente hasta cubrir la adquisición y la ejecución de diversas habilidades, estrategias y comportamientos; precedido por Julián Rotter, quien trabaja en las expectativas, valor de reforzamiento, grado del objetivo mínimo y situación psicológica entre nosotros³⁶.

Modelo de promoción de la salud:

El modelo de promoción de la salud tiene como construcción similar a la del modelo de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud. Los fundamentos de la Dra. Pender sobre el desarrollo humano, la psicología experimental y la educación contribuye también a estos fundamentos sobre psicología social y teoría del aprendizaje que plasma en su modelo de promoción.

En su modelo la Dra. Pender identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

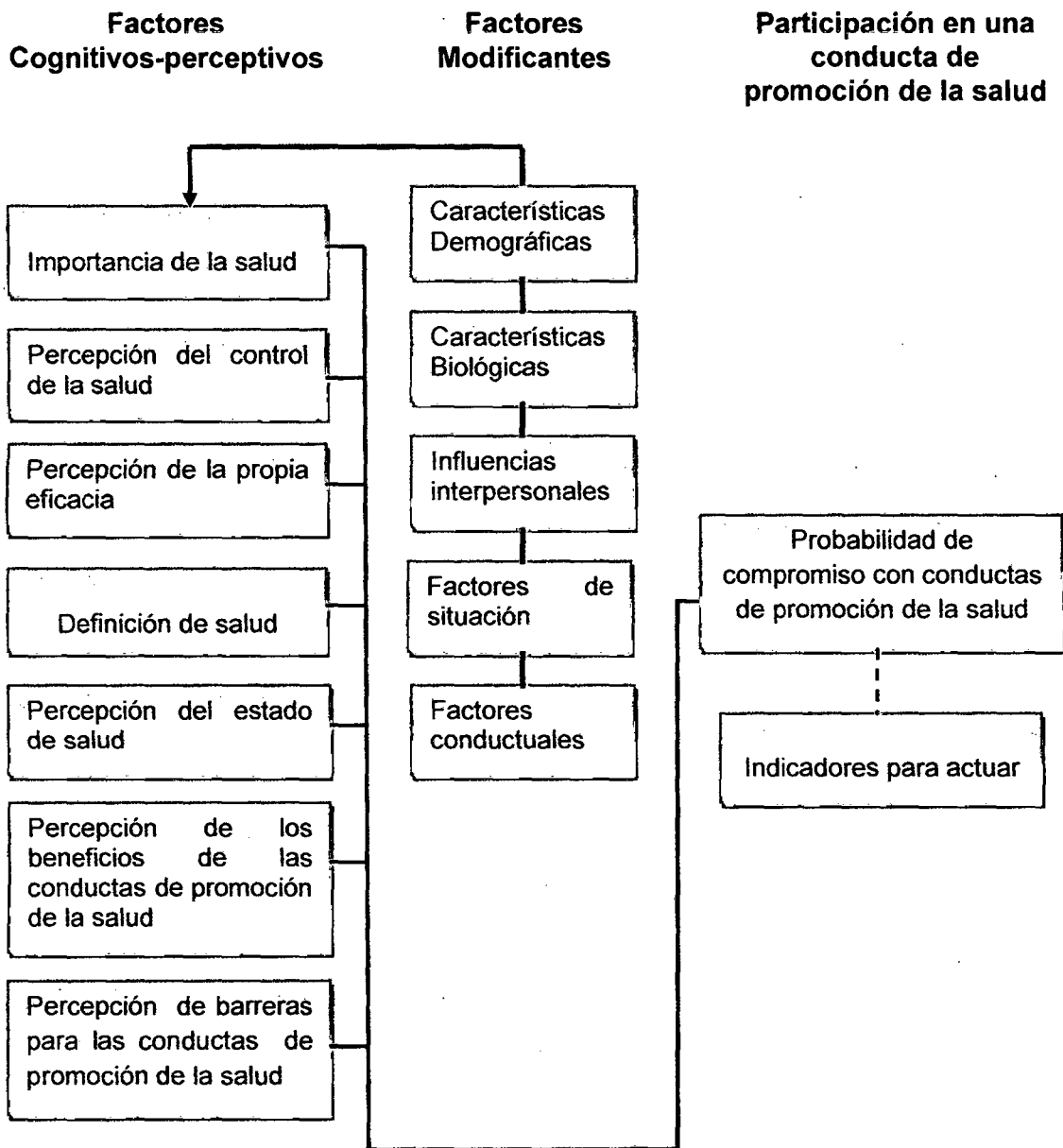
Aplicación de datos empíricos

El modelo de promoción de la salud identifica en el individuo factores cognitivo perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción. Los factores propuestos identificados fueron

³⁶ROMERO D. *Nivel de conocimiento y actitud de la gestante frente al control prenatal zona urbana Chota - 2007.* Tesis (licenciatura de enfermería). Universidad Nacional de Cajamarca.

determinados mediante una revisión extensa de la investigación sobre conductas sanitarias. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables³⁷.

Modelo de promoción de la salud



³⁷MARRINER Tomey Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Tercera Edición. mosby-doyma 1994

2.3 Fundamentación Conceptual.

2.3.1 Conocimiento:

a) Definición: El conocimiento es la asimilación espiritual de la realidad, indispensable para la actividad práctica, es el proceso del cual se crean los conceptos y las teorías. Esta asimilación refleja de manera creadora, racional y activa los fenómenos, propiedades y las leyes del mundo objetivo y tiene una existencia real en forma de sistema lingüístico.

Así mismo, el conocimiento es un conjunto integrado por información que considera las reglas, interpretaciones y conexiones enmarcadas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido en una organización, bien de forma general o personal. El conocimiento solo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.

También se dice que el conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y se recibe en la persona que la asimila como resultado de su propia experiencia; la incorpora a su acervo personal, estando convencida de su significado e implicancia, articulado como un todo organizado, que da estructura y significado a sus distintas piezas³⁶.

b) Tipos de conocimiento.

Según Piaget en el año 2001, distingue tres tipos de conocimiento que el sujeto puede poseer, estos son:

- **Conocimiento físico.** Es el que pertenece a los objetos del mundo natural, se refiere básicamente al que está incorporado por abstracción empírica en los objetos. La fuente de este razonamiento está en los objetos. Este conocimiento es el que adquiere el niño, a través de la manifestación de los objetos que lo rodean y que forma parte de su interacción con el medio.

- **Conocimiento social.** Puede ser en comunicación oral y no convencional. El social comunicacional es el producto del consenso de un grupo social y la fuente de este conocimiento está en los otros (amigos, padres, etc.). El conocimiento social no convencional, sería aquel referido a nociones o representaciones sociales y que es atribuido y apropiado por el sujeto³⁶.

2.3.2 Lactancia materna:

A. Definición: La lactancia materna es la continuación del proceso de la reproducción humana y está adaptada para garantizar la supervivencia del ser humano ya que contiene todos los requerimientos para el óptimo crecimiento del niño lactante, además es considerada como un fluido biológico vivo que contiene una serie de compuestos y células relacionadas con la protección contra diferentes patógenos en el medio ambiente del niño. Es la alimentación con leche del seno materno. La organización mundial de la salud señala asimismo que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños"³⁸.

- **Lactancia materna exclusiva (LME)** Método de alimentación infantil en el cual el lactante recibe leche de su madre o bien leche materna extraída y ningún otro líquido o sólido durante los primeros cuatro a seis meses de vida³⁹.

- **Lactancia materna casi exclusiva:** Método de alimentación infantil en el que el niño recibe predominantemente leche materna pero además, puede recibir otros líquidos como té, café, agua azucarada, jugos y cereales, todos en cantidades limitadas. En este concepto no se incluyen otros líquidos basados en alimentos³⁹.

³⁸OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989. Disponible en: <http://www.ihan.es.pdf>

³⁹AGUILAR, María. *Barreras para la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad en niños de una población rural de Guatemala*. Tesis (Pregrado de medicina). Universidad de San Carlos de Guatemala.

- **Alimentación complementaria o Mixta:** Se define como la administración de fórmula, alimentos sólidos y/o semi-sólidos al niño después de lactar para completar la comida³⁹.

B. Las bases fisiológicas de la lactancia materna

1. Lacto génesis:

Estadio I: Comienzo en el embarazo: Los estrógenos y la progesterona secretados por la placenta, son hormonas esenciales para el desarrollo físico de las mamas durante el embarazo, pero inhiben la secreción de leche, la hormona prolactina estimula la secreción y su concentración en sangre se eleva constantemente desde la 5ta semana de embarazo hasta el nacimiento del niño.

También la placenta secreta grandes cantidades de somatomamotropina coriónica humana que coadyuva la acción de la prolactina posee una pequeña actividad lactogénica. Por esta razón, a pesar de los efectos inhibidores de los estrógenos y la progesterona, la glándula mamaria secreta un compuesto llamado calostro entre 10 o 12 semanas antes del parto⁴⁰.

Estadio II: Comienzo de la secreción láctea: Ocurre inmediatamente después del parto, ante el descenso brusco de los estrógenos y la progesterona y aumenta los niveles de prolactina, que asume su papel estimulador de producción de leche. Las mamas comienzan a secretar grandes cantidades de leche en lugar de calostro, de 30 a 150 ml/día hasta alcanzar los 300 ml entre el 5 y 6to día pos parto, asociado a los cambios en su composición. Esta secreción láctea requiere del estímulo de otras hormonas como la del crecimiento, el cortisol, la hormona paratiroidea y la insulina, necesarias porque proporciona sustratos para la formación de leche (aminoácidos, ácidos grasos, glucosa y calcio)⁴⁰

Algunas situaciones retrasan la producción de leche como la retención placentaria ante la liberación de progesterona y la hemorragia a post parto⁴⁰.

Estadio III: Galactopoyesis, establecimiento y mantenimiento de la secreción láctea madura. El mecanismo se inicia con el reflejo de succión del bebe al estimular los receptores sensitivos del pezón, lo que produce un reflejo neural aferente, vía medula espinal al mecénfalo y de allí al hipotálamo, desencadenando la secreción de prolactina de la hipófisis anterior y oxitocina de la hipófisis posterior. La prolactina estimula la síntesis y producción de leche y cada vez que la madre amamanta al bebe se produce una oleada, cuya secreción aumenta de 10 a 20 veces sobre los niveles basales, efecto que dura aproximadamente 1 hora⁴⁰.

La cantidad secretada es proporcional a las veces que se estimula el pezón, además los niveles son mayores por la noche. La oxitocina estimula la concentración de las células mioepiteliales que cubren los alveolos, y estimula el vaciamiento hacia los conductos galactóforos y finalmente hacia el pezón (reflejo de eyección)⁴⁰

Los fármacos que suprimen la secreción de prolactina son el citrato de colmifeno, la piridoxina, los IMAO y las prostaglandinas. La liberación de oxitocina disminuye la ingesta de alcohol, el estrés de la madre y el hijo⁴⁰.

⁴⁰ GRAJEDA R. y cols. Stress During Labou and delivery is associate with delayed onset of lactation among urban Guatemalan Women. Community and International Nutrition, 2012

C. Composición de la leche materna.

a. Proteínas:

Las principales proteínas que se encuentran en la leche humana son la alfa y beta lacto albúmina en un 60% y un 40% de caseína; estas proteínas característicamente son las responsables de la formación de un cuajo más suave o blando que permite su digestión fácilmente. Además tiene un alto contenido en cistina, taurina, alanina y ácido aspártico los cuales tienen un valor biológico elevado; y por otra parte posee un bajo contenido en fenilalanina y tirosina³⁹.

b. Grasas:

Las grasas aportan el 50% del contenido de energía de la leche humana. Se caracteriza por el alto contenido de ácidos grasos no saturados y colesterol, y bajo contenido de ácidos grasos saturados. Aproximadamente el 40% está en forma de triglicéridos de los ácidos oléico, palmítico y esteárico; presenta una pequeña cantidad de ácido linoléico el cual es suficiente. Además se encuentra presente la enzima lipasa que permite la digestión y absorción más eficiente, es decir alrededor de un 92%³⁹.

c. Carbohidratos:

Aportan alrededor del 40 a 50% de energía de la leche humana. El más importante es la lactosa, el cual no se altera con la dieta materna y mejora la absorción del calcio previniendo el raquitismo; así también junto con el factor bífido promueve el crecimiento de lactobacillusbifidus los que mantienen un medio ácido en el intestino lo que facilita la digestión y limita el crecimiento de ciertas bacterias³⁹.

d. Vitaminas y Minerales:

Conforme avanza la lactancia materna se ha observado un cambio en el contenido de vitaminas, sin que se conozca la razón o la importancia de este fenómeno, sin embargo, se ha determinado que esta variación puede deberse a los cambios en la dieta de la madre. La leche humana aporta adecuadamente vitaminas A, E y C. La leche humana aporta 22 unidades de vitamina D; debe considerarse como complemento únicamente en los casos en que el niño no tenga una adecuada exposición solar. Así mismo existe muy poca cantidad de vitamina K por lo que se recomienda ser administrada en todos los neonatos³⁹.

En cuanto al grupo de vitamina B, en general se encuentra en pequeñas cantidades. La vitamina B6 está presente en mayor proporción y ayuda a evitar anemia y convulsiones. La vitamina B12 se encuentra en cantidades suficientes³⁹.

El hierro es mejor absorbido, se ha notado que equivale a un 50% del hierro disponible. Este mecanismo es facilitado por la lactoferrina y transferrina que lo fijan evitando la utilización del mismo por bacterias intestinales. Además actúa la vitamina C y la lactosa en este proceso³⁹.

e. Componentes inmunitarios:

De todos los elementos que forman parte de la leche humana, los inmunitarios tal vez sean los más importantes, pues éstos son los que protegen al niño contra enfermedades que en países como el nuestro pueden llegar a ser mortales³⁹.

- Factor bífid: Como se mencionó anteriormente, este factor tiene la propiedad de actuar conjuntamente con la lactosa para el desarrollo de los *Lactobacillus bifidus*. Estas bacterias son totalmente inofensivas, colonizan el intestino y dicha colonización está favorecida por el alto contenido de lactosa, bajo contenido

protéico, baja capacidad buffer y la producción de ácido y fermentos de lactosa. Dichos bacilos producen ciertas sustancias aún no bien definidas que fomentan un medio inadecuado para el crecimiento de shigella y protozoos³⁹.

- Componentes celulares: Dentro de este grupo se incluyen los leucocitos, principalmente macrófagos en un 90% (que poseen una alta capacidad para fagocitar bacterias y hongos) y linfocitos en un 10%, predominan las células T y B en el calostro y en la leche. Estas sintetizan IgA. Además existen neutrófilos y células epiteliales en menor cantidad. Los linfocitos tienen principalmente actividad bactericida y antiviral.

Existen alrededor de 4,000 células por milímetro cúbico y normalmente se encuentran vivas en la leche humana³⁹.

- Componentes humorales: Conformados por inmunoglobulinas de diferentes clases, las cuales alcanzan su máxima concentración en el calostro. Se encuentran la Ig A, Ig G, Ig M, Ig D, Ig E y anticuerpos antivirales. De las anteriores la Ig A tal vez sea la más importante, debido a que contiene mayor número y todo tipo de anticuerpos contra patógenos entéricos y respiratorios virales y bacterianos. No obstante, también es factible observar la actividad de las otras inmunoglobulinas. Por ejemplo, la Ig G se ha visto que brinda una protección contra virus, rickettsias, protozoos, antígenos H de salmonella, antitoxinas bacterianas y anticuerpos Rh incompletos. Así mismo, al Ig M tiene actividad en contra de aglutininas Rh, reaginas de sífilis, crioaglutininas, y antígenos de enterobacterias. Finalmente, la Ig E que posee actividad contra reaginas alérgicas³⁹.

- Lisozima o Muramidasa: Factor antimicrobiano presente en grandes cantidades en las heces de los lactantes y que se cree que posee una actividad bacteriolítica intestinal por acción del

mismo a nivel de los peptidoglicanos de las paredes celulares bacterianas³⁹.

- Lactoferrina: Es una proteína fijadora del hierro y por su función actúa como un factor bacteriostático privando a las bacterias del hierro necesario para su crecimiento³⁹.
- Complemento: Se ha observado que se encuentran presentes los factores C3 y C4 en la leche humana. Como es bien sabido el factor C3 activado funciona como quimiotáctico y anafiláctico y unidos con el C4 contribuyen a la lisis bacteriana³⁹.

D. Beneficios de la lactancia materna.

Beneficios para el recién nacido

La lactancia materna contiene nutrientes específicos para la edad del recién nacido. "El calostro (secreción que surge inmediatamente después del nacimiento) contiene un alto nivel de protección inmunológica. Posteriormente disminuyen las concentraciones de proteínas y minerales y aumenta el agua, grasa y lactosa. La leche materna continuamente cambia su concentración de nutrientes conforme la edad del bebé. La leche materna también contiene factores que simulan señales biológicas lo cual permite fomentar el crecimiento y diferenciación de algunas estructuras celulares. Contiene muchas propiedades antibacterianas que protegen contra la infección. El principal vínculo y el más persistente de todos es habitualmente el que se establece entre la madre y el niño, y se consolida como un vínculo afectivo cuando existe un amor recíproco entre el recién nacido y su madre. Este vínculo será la base sobre la cual se desarrollaran

los demás vínculos que establecerá el ser humano con las demás personas a lo largo de vida⁴¹.

La leche materna es una sustancia viva, contiene tantas células como la propia sangre. En algunas sabias culturas milenarias como en la India se le denomina "sangre blanca". Estas células pueden destruir activamente parásitos, bacterias y hongos y contribuyen a regular la respuesta inmunológica, los gérmenes se multiplican menos y con menos rapidez en la leche materna, la leche materna no solo es un buen alimento, es además una buena medicina⁴¹.

A la fecha existe suficiente evidencia científica que la leche materna disminuye en los niños la incidencia o severidad de: Diarrea, Infección del tracto respiratorio inferior, Otitis Media, Meningitis Bacteriana, Infección del tracto urinario". La lactancia materna se ha correlacionado con un mejor desempeño del desarrollo cognitivo del niño y lo protege contra varias enfermedades⁴¹.

"Los bebés que toman pecho padecen menos estreñimiento, Protege al niño de infecciones (bronquitis, gastroenteritis, otitis, meningitis) porque la leche materna es rica en inmunoglobulinas (defensas que la madre pasa al bebé), Protege de la muerte súbita del lactante, Protege de enfermedades futuras: asma, alergia, obesidad, diabetes, colitis ulcerosa, arterioesclerosis e infarto de miocardio, favorece el desarrollo intelectual y de la visión ya que la leche materna es rica en ácidos grasos de cadena larga llamados LC-PUFA que es un componente muy importante de la membrana que recubre a las neuronas y de la retina, Los bebés alimentados al pecho tienen menos caries y deformaciones dentales⁴¹.

⁴¹ABAJ, I. *Conocimientos que poseen las mujeres primiparas que asisten al servicio de consulta externa del hospital nacional de Chimaltenango acerca de los beneficios e importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida*. Tesis (Licenciada en enfermería). Universidad de San Carlos de Guatemala.

“Le sirve al niño como modelo de vínculo para comparar con otros vínculos que tendrá en su futuro. Las necesidades que se han satisfecho a su debido tiempo, hacen que sea más seguro, independiente y emocionalmente más estable en el futuro, Las lactancias prolongadas están relacionadas con escalas menores de ansiedad en el adulto, el desarrollo cognitivo, inteligencia y desarrollo del lenguaje, la cercanía o intimidad de la lactancia mejora la relación del niño con su madre y le da estabilidad emocional⁴¹.”

Beneficios para la madre

En el post parto inmediato se libera la oxitocina, “una hormona que promueve la secreción de leche materna a la vez que promueve la estimulación de contracciones uterinas lo cual permite el pronto retorno del útero a su tamaño normal y previene mayores pérdidas de sangre. Se ha comprobado que las hormonas de la lactancia (oxitocina y prolactina) tienen un efecto de relajación en la madre”.

Por consiguiente evita el riesgo de desarrollar cáncer de ovario y cáncer de mama, también retrasa la ovulación contribuyendo así con el espaciamiento de embarazos, y a menor incidencia de osteoporosis y fracturas de cadera en la edad de menopausia. También evita obesidad en el post parto estos son los beneficios de una madre que brinda lactancia materna exclusiva a su recién nacido⁴¹.

E. Técnicas de amamantamiento:

Recomendaciones Generales:

- Baño general diario. Durante el baño realizar palpación de sus senos y verificar que estén blandos, sin nódulos o tumoraciones (acumulación de leche).
- Lavado de manos antes de lactar al niño.

- El niño debe estar limpio y seco para ser alimentado.
- Mantener al niño descubierto (libre de cobertores) mientras lo lacta, para evitar que se duerma. Lo anterior permite contacto libre y estrecho con su madre. Evitar mover al niño bruscamente para no correr el riesgo de vómito.
- Adoptar la posición más cómoda, ya sea sentada o acostada con la espalda bien apoyada.
- Se debe lavar la mama, antes y después de amamantar al niño.
- Hacer extracción de una pequeña cantidad de leche y aplique en el pezón antes y después de amamantar al niño.
- La humedad favorece la proliferación bacteriana (infecciones) y formación de fisuras, por tanto después de amamantar airear los senos durante el mayor tiempo posible.
- Si durante los primeros días de lactancia presenta fisuras y dolor en los pezones no la suspenda, tratar con leche materna y utilizar la técnica correcta de amamantamiento. Consultar a un grupo de apoyo comunitario o a una institución de salud.
- Para mantener la producción y secreción de leche, recomendar a la madre dará libre demanda, estar tranquila, feliz y descansar mientras su hijo duerme.
- Colocar al niño de tal forma que sus bracitos no interfieran entre la boca y el seno, el contacto con el seno materno debe ser estrecho.
- Mientras el niño es amamantado, su cuerpo debe estar frente al de la madre sin que tenga que extender o girar la cabeza para comer.
- Colocar al niño en el seno hasta que lo desocupe y pasarlo al otro seno. En la próxima toma iniciar con el último seno que ofreció en la toma anterior.
- Cuando la lactancia es exclusiva y a libre demanda, el niño no necesita recibir agua ni jugos. La leche materna suple las necesidades nutricionales y de líquidos en el niño.
- Durante los tres primeros meses de lactancia evitar cualquier ejerciciofatigante⁴¹.

F. Tipos de postura que se adopta durante el amamantamiento:

Para amamantar correctamente se debe tener en cuenta tanto la posición de la mamá como la del niño.

- Posición sentada o de cuna: Colocar almohadas en los antebrazos de la silla se indicará a la madre que el bebé debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Tomarlo con el brazo y acercarlo contra el seno en un abrazo estrecho. Mantenerlo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño⁴¹.
- Posición semi sentada o cuna cruzada: Colocar la cama en posición semifowler, sostener la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre. Esta posición se utiliza cuando hay heridas abdominales (cesárea)⁴¹.
- Posición debajo del brazo, de sandía o de fútbol americano: El niño es sostenido sobre el antebrazo de la madre y su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado. Se colocarán almohadas para ayudar a la madre a sostener el peso del cuerpo del niño⁴¹.
- Posición acostada: La madre se acostará en decúbito lateral, utilizando almohadas que le den apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones que puedan afectar la lactancia, también coloque almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebé⁴¹.

G. Diez pasos para una lactancia materna exitosa

Estos pasos resumen las acciones necesarias que se deben llevar a cabo en los servicios de maternidad y son la base de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños de la OMS y UNICEF:

- 1. Norma:** contar con una norma escrita sobre la eficacia de la lactancia materna que sea de conocimiento de todo el personal.
- 2. Capacitación:** a todo el personal de salud para que sepa poner en práctica la norma.
- 3. Atención prenatal:** informar a las gestantes sobre los beneficios de la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
- 4. Contacto precoz:** ayudar a la madre para que inicie la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- 5. Orientación:** enseñar a la madre como debe amamantar a su hijo y como mantener la lactancia, aún si ha de separarse de él.
- 6. Uso de suplementos:** los recién nacidos deben alimentarse sólo de leche materna sin recibir ningún otro alimento o bebida, salvo que estén médicamente indicados.
- 7. Alojamiento conjunto:** facilitar que la madre y el niño estén juntos las 24 horas del día.
- 8. Lactancia a demanda:** dar de lactar cada vez que el niño la solicite.
- 9. Tetinas y chupones:** no dar a los niños biberones ni chupones.
- 10. Apoyo a la madre:** fomentar grupos de apoyo a la lactancia materna, facilitándole a la madre el contacto con ellos a la salida del hospital⁴¹.

2.3.3 Características Maternas:

Son todos los agentes o elementos que contribuye directamente a dar un resultado determinado, por tanto va influir en la respuesta de las madres, es decir, son todos los indicadores individuales que

determinan la finalización temprana de la lactancia materna en cada madre⁴².

➤ **Edad.**

Es uno de los indicadores importantes en las reacciones de la madre, parece ser que cuanto más joven es la madre es mayor su inexperiencia para la alimentación del bebé, a comparación de las madres que tienen mayor experiencia acumulada por los años todo esto en relación a la lactancia materna exclusiva⁴².

➤ **Estado civil**

Son situaciones o condiciones jurídicas en las que se encuentran las madres dentro de la sociedad. Generalmente los Estados llevan un registro público con los datos personales básicos de los ciudadanos, entre los que se incluye el estado civil. A este registro se le denomina Registro civil; aunque las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un Estado a otro, la enumeración de estados civiles más habitual es la siguiente⁴²:

Soltera.- mujer que tiene hijos sin estar casada y que en muchos casos decide llevar a cabo la crianza de los hijos y el manejo del hogar sin la compañía o apoyo de una pareja. La madre soltera está obligada a trabajar. Su jornada de trabajo debe cubrir el precio de su propia manutención, la de su hijo, y además el costo de la atención del niño durante su trabajo.

Casada.- es el estado civil que adquiere la mujer en el momento que contrae matrimonio. Este estado civil dura desde que se contrae matrimonio hasta que se rompe el vínculo matrimonial.

Conviviente (unión de hecho).- Es la persona que vive con su pareja sin haber contraído matrimonio civil o religioso.

⁴²LIPA J. *Factores maternos y laborales que intervienen en la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro materno infantil de Lurín.* junio 2008. (tesis de grado) Lima: Universidad Privada San Juan Bautista 2009.

Divorciada.- es una causa de disolución del matrimonio. En ocasiones los cónyuges (o uno de ellos) pueden desear deshacer el vínculo matrimonial, lo cual se lleva a cabo, si en la legislación está permitido, a través de la figura del divorcio. En algunos ordenamientos jurídicos el divorcio no está permitido, entendiendo que el matrimonio no puede disolverse por la mera voluntad de las partes.

Viuda.- es el estado de haber perdido al cónyuge por fallecimiento. La viudez ha sido una importante problemática social, particularmente en el pasado. En las familias en que el marido era el único proveedor, la viudez podía hundir a los parientes en la pobreza, y muchas obras benéficas tenían como objetivo el ayudar a viudas y huérfanos. Esto se empeoraba por la larga vida de las mujeres, ya que los hombres generalmente contraían matrimonio con féminas más jóvenes que ellos.

➤ **Grado de instrucción.**

Son las etapas educativas del sistema educativo peruano. Comprende las categorías siguientes⁴²:

- **Primaria.-** De acuerdo al sistema educativo vigente, comprende del 1° al 6° Grado.

- **Secundaria.-** De acuerdo al sistema educativo vigente, comprende del 1° al 5° año, ya sea en la modalidad de menores o de adultos.

- **Superior No Universitaria.-** Comprende las Escuelas Normales, Escuelas de Sub-Oficiales de las Fuerzas Armadas, Escuelas Superiores de Administración de Empresas, Institutos Superiores Tecnológicos e Institutos Superiores Pedagógicos. En todos estos

casos el período de estudios tiene generalmente una duración no menor de 3 años.

- **Superior Universitaria.**- Comprende las Universidades, Escuelas de Oficiales de las Fuerzas Armadas y Policiales, Seminarios Religiosos, Instituto Superior de Arte del Perú, Instituto Pedagógico Nacional, Escuela de Enfermeras, Escuela de Periodismo y Academia Diplomática del Perú. En todos estos casos el periodo de estudio es no menor de 4 años.

- **Iletrada.**-La persona nunca asistió a un centro educativo.

➤ **Procedencia:**

Lugar, cosa o persona del que procede alguien o algo: sus ingresos son de dudosa procedencia⁴³.

- **Área urbana**

Es el territorio ocupado por centros poblados urbanos. El área urbana de un distrito puede estar conformada por uno o más centros poblados urbanos (territorio integrado con 2 mil y más habitantes, sus viviendas se encuentran agrupadas en forma contigua, formando manzanas y calles)⁴⁴.

- **Área rural**

Es el territorio integrado por centros poblados rurales, asentamientos rurales y las localidades rurales. Son territorios con 500 a menos de 2 mil habitantes y sus viviendas generalmente están agrupadas en forma contigua formando manzanas y calles. O con menos de 500 habitantes, una de sus principales características es que tiene sus viviendas dispersas)⁴⁴.

⁴³<http://definicion.de/procedencia/>

⁴⁴INEI. Glosario de Términos. Estimaciones y Proyecciones de Población Económicamente Activa, Urbana y Rural por Sexo y Grupos de Edad, según Departamento, 2000 - 2015. (En línea) Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/pdf>

➤ **Religión:**

La religión es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural. Hay religiones que están organizadas de formas más o menos precisas, mientras que otras carecen de estructura formal; unas y otras pueden estar más o menos integradas en las tradiciones culturales de la sociedad o etnia en la que se practican. El término hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como a ritos y enseñanzas colectivas⁴⁵.

➤ **Paridad:**

El número de hijos anteriormente nacidos vivos a una mujer: por ejemplo, las “mujeres de paridad doble” son aquellas que en ese momento ya han tenido dos hijos y las “mujeres de paridad cero” son las que todavía no han tenido ninguno⁴⁶.

➤ **Ocupación**

Trabajo, empleo, oficio⁴⁷.

Ama de casa.- en nuestros tiempos pareciera que el ser ama de casa es una profesión poco valorada y últimamente rechazada. Mientras las madres jóvenes se niegan a vivirla como un oficio digno y único, las madres con más años de experiencia se sienten cansadas, hasta podríamos decir hastiadas de la monotonía y de la carga de trabajo tan pesada en el aspecto físico, emocional y a veces hasta espiritual. Debido a que tienen como ocupación principal, el trabajo en el hogar con los quehaceres cotidianos tales como el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa, la compra de víveres y otros artículos, la preparación de los alimentos, la administración parcial o total del presupuesto familiar, y un largo etcétera. Es normalmente un trabajo no remunerado, al menos de manera directa.

⁴⁵<http://wikipedia.com>

⁴⁶ INEI. Glosario de términos poblacionales. Características de los Grupos Étnicos de la Amazonía Peruana y del Espacio Geográfico en el que Residen – INEI. (En línea) Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/pdf>

Empleada.- se entiende como aquella trabajadora que presta sus servicios por cuenta propia y desarrolla su actividad de forma continuada, coordinada y predominantemente, para un solo cliente, del que depende económicamente. La principal característica, de la trabajadora autónoma, en sentido estricto, consiste en que realiza una prestación de servicios profesionales o no profesionales a una pluralidad de sujetos, sean particulares o empresas.

Trabajadora Independiente.- son todas las profesionales y no profesionales que desarrollan libre e individualmente cualquier profesión, oficio, arte o ciencia, capaces de generar ingresos por la prestación de sus servicios.

Estudiante.- estudiante es la persona que se encuentra matriculada en un programa formal de estudios, aunque también puede dedicarse a la búsqueda de conocimientos de manera autónoma o informal. Existen diversas clasificaciones o tipos de estudiante, que se establecen a partir del modelo de enseñanza, la dedicación temporal que implica el estudio, el plan académico en el que se inscribe y otras características. La diferencia entre un estudiante oficial y uno libre es que el primero recibe la enseñanza oficial de un centro educativo reconocido por el estado y es sometido a exámenes que validan los conocimientos adquiridos. En cambio, el estudiante libre no necesita respetar ciertas normas para proseguir con su aprendizaje.

2.4 Hipótesis.

H₁: Existe relación entre las características maternas y el nivel del conocimiento de las madres sobre lactancia materna exclusiva del Hospital José Soto Cadenillas Chota 2013.

H₀: No existe relación entre las características maternas y el nivel del conocimiento de las madres sobre lactancia materna exclusiva del Hospital José Soto Cadenillas Chota 2013.

2.5 Variables de estudio.

A. Variable independiente: características maternas:

a. Definición conceptual:

Son todos los agentes o elementos que contribuye directamente a dar un resultado determinado, por tanto va a influir en la respuesta de las madres, es decir, son todos los indicadores individuales que determinan la finalización temprana de la lactancia materna en cada madre⁴².

b. Definición operacional: Para la operacionalización de esta variable se toma en cuenta los siguientes indicadores:

1. Edad de la madre:

➤ **Definición conceptual:** Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista⁴⁷.

➤ **Definición operacional:** Esta variable se operacionalizó de la siguiente manera:

- De 16 a 20 años
- De 21 a 25 años
- De 26 a 30 años
- De 31 a 35 años

⁴⁷ INEGI. Glosario completo. (En línea) Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>

- De 36 a 40 años
- De 41 a 45 años

2. Estado civil:

➤ **Definición conceptual:** Es la situación de la persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio o convivencia que existen en el país. El estado civil, es una característica de las personas, que se estudia en todo censo poblacional, por la importancia que tiene en la formación y desaparición de la familia, la misma que es considerada como base fundamental en la que se sustenta la sociedad de un país⁴⁸.

➤ **Definición operacional:** Esta variable se operacionalizó considerando:

- Soltera
- Casada
- Conviviente
- Divorciada
- Viuda

3. Grado de instrucción:

➤ **Definición conceptual:** Grado de estudio más alto aprobado por la población de 5 y más años de edad en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero⁴⁸.

➤ **Definición operacional:** Esta variable se operacionalizó considerando:

- Primaria Completa
- Primaria Incompleta
- Secundaria Completa
- Secundaria Incompleta
- Universitario Completo
- Universitario Incompleto

- No universitario Completo
- No universitario incompleto
- Illetrada.

4. Procedencia:

➤ **Definición conceptual:**

Lugar, cosa o persona del que procede alguien o algo: sus ingresos son de dudosa procedencia⁴⁸.

➤ **Definición operacional:** Esta variable se operacionalizó:

- Urbano
- Rural

5. Religión:

➤ **Definición conceptual:**

Creencia o preferencia espiritual que declare la población, sin tener en cuenta si está representada o no por un grupo organizado⁴⁸.

➤ **Definición operacional:** Esta variable se operacionalizó:

- Católico
- No católico

6. Paridad:

➤ **Definición conceptual:** Se dice que una mujer ha parido, cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), que pesan 500gramos o más que poseen más de 20 semanas de gestación (un embarazo múltiple se consigna como una sola paridad⁴⁹).

➤ **Definición operacional:** Esta variable se operacionalizó considerando:

- Primípara

⁴⁸<http://definicion.de/procedencia/>

⁴⁹GUTARRA, F. "Conceptos básico de obstetricia".2008.

- Multípara
- Gran multípara (Más de 5)

7. Ocupación:

➤ **Definición conceptual:** Tipo de trabajo, empleo, puesto u oficio que la población ocupada realizó en su trabajo principal en la semana de referencia⁴⁸.

➤ **Definición operacional:** Esta variable se operacionalizó:

- Ama de casa
- Empleada dependiente
- Empleada independiente
- Estudiante

B. Variable dependiente:

➤ **Definición conceptual:**

1. **Nivel de conocimientos:** Grado de conocimiento acerca del proceso de lactancia materna, evaluado mediante una serie de preguntas de acuerdo a los tópicos de conocimiento mencionados anteriormente, para lo cual se aplicó una escala ya validada por el estudio "Relación costo efectividad Control Prenatal en establecimientos seleccionados Región de los Lagos" realizado en el año 2000³⁶.

➤ **Definición operacional:**

El nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna será medido a través de un instrumento validado por Ferro Sosa María y Flores Condori Aydee (2006) que luego de haber sido aplicado se calificó al nivel de conocimiento como³⁴.

Nivel del conocimiento	Calificación
Conocimiento alto	9 a 16 puntos
Conocimiento bajo	Menos de 8 puntos

ESCALA DE PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO

Elaborada por las autoras antes mencionadas, se obtuvieron según la escala de Staninos, de la siguiente manera:

$$a = \bar{x} - 0.75 * ds$$

$$b = \bar{x} + 0.75 * ds$$

Dónde:

\bar{x} : Media aritmética

ds : Desviación Estándar

Remplazando:

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

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

MATRIZ DE CONSISTENCIA Y DE OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores
<p>Características maternas. Son todos los agentes o elementos que contribuye directamente a dar un resultado determinado, por tanto va a influir en la respuesta de las madres, es decir, son todos los indicadores individuales que determinan la finalización temprana de la lactancia materna en cada madre⁴⁶.</p>	Edad	De 16 a 20 años
		De 21 a 25 años
		De 26 a 30 años
		De 31 a 35 años
		De 36 a 40 años
		De 41 a 45 años
	Estado civil	Soltera
		Casada
		Conviviente
		Divorciada
		Viuda
	Grado de instrucción	Primaria Completa
		Primaria Incompleta
		Secundaria Completa
		Secundaria Incompleta
		Universitario Completo
		Universitario Incompleto
		No universitario Completo
		No universitario incompleto
		Sin educación
	Procedencia	Rural
		Urbana
	Religión	Católica
		No católica
	Paridad	Primípara
		Múltipara
		Gran múltipara (> de 5)
	Ocupación	Ama de casa
Empleada dependiente		
Empleada independiente		
Estudiante		

MATRIZ DE CONSISTENCIA Y DE OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Criterio de medición	Indicador de calificación
Nivel de conocimiento. Conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago y que conforma la información que recibe y que proviene del medio social en que se desenvuelve el individuo, de la enseñanza formal y de los medios de comunicación 50	Nivel de conocimiento	Conocimiento alto: 9 a 16 pts.	Durante los primeros 6 meses de vida del bebe Ud. lo alimentara con:	Solamente leche materna hasta los 6 meses.
			Hasta que edad le daría pecho a su bebe	Más 2 años de edad
		Conocimiento bajo: Menos de 8 pts.	Cada qué tiempo debe de dar de mamar al bebe	Cada vez que el niño llore
			Si su bebe duerme por más de 2 horas. Qué haría usted	Lo despierto y le doy pecho.
			Qué hacer si él bebe llora de sed o de hambre de día o de noche.	Darle solo pecho.
			Cuando debe de iniciar la lactancia materna su bebe	Inmediatamente después del parto
			Si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea, que haría Ud.	Le daría pecho con mayor frecuencia
			Decir la razón principal por la que le da lactancia materna a su bebe	Le da nutrientes necesarios además de prevenir enfermedades respiratorias y diarreicas
			Que madre no puede dar de lactar al bebe	Madres con VIH/Sida
			Marque la gráfica correcta en que se muestra la posición en cómo debe de dar de lactar a su bebe.	Correcta

⁵⁰Mario Bunge 2008.

			Marque la gráfica correcta de cómo debe colocar la boca de su bebe al pecho para la lactancia:	Correcta
			Como se debe de reiniciar la lactancia materna	Iniciará por la mama que no estuvo dando de mamar anteriormente.
			Para interrumpir la succión:	Introduce su dedo en su boquita para que suelte el pezón.
			Si usted trabajara o estuviera fuera de casa, como debe dar de alimentar al bebe	Tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.
			Hasta cuanto tiempo dura la leche materna guardada a T°C ambiente	Hasta 8 horas

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.

Este estudio es correlacional ya que busca demostrar si dos variables se encuentran relacionadas, de tipo cuantitativo, ya que recoge y analiza datos objetivos, medibles y cuantificables sobre las variables, por ende centrándose en los datos susceptibles de cuantificar; es transversal, ya que recolecta los datos en un momento único y su propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado; y descriptivo, ya que examina la práctica de lactancia materna para caracterizarla de la mejor forma posible⁵¹.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO.

El presente trabajo de investigación se realizó en la zona urbana del Distrito de Chota, en el Hospital José H. Soto Cadenillas Chota, en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo. Este consultorio se encuentra ubicado en consultorios externos donde laboran 2 profesionales de enfermería por turno, en este ambiente se realizan actividades preventivas promocionales de la salud del niño, como: antropometría (peso, talla, perímetro cefálico, etc.), estimulación temprana, administración de micronutrientes, administración de vacunas, además se brinda consejería nutricional.

El estudio se llevó a cabo en todas las madres de niños menores de 6 meses que acuden al consultorio de control de crecimiento y desarrollo en el mes de Agosto 2013 de dicho nosocomio.

⁵¹ HERNÁNDEZ, R. y Cols. Metodología de la Investigación. 3 era edición. Ed Mc Graw Hill México, 2006

3.3 POBLACIÓN.

a. Población

87 madres que acudieron al control de crecimiento y desarrollo de sus niños al Hospital José H. Soto Cadenillas Chota en el mes de Agosto 2013 y que decidieron participar de nuestra investigación.

b. Criterios de inclusión

Se tendrá en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Madres que acudieron al control de crecimiento y desarrollo de sus niños al Hospital José H. Soto Cadenillas Chota en el mes de Agosto 2013.
- ✓ Madres que tuvieron niños menores de 6 meses en el momento de la entrevista.
- ✓ Madres que practicaron la lactancia materna exclusiva en el momento de la entrevista.

3.4 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

En el presente estudio de investigación se usó como técnica la entrevista y observación directa a la madre; así mismo utilizamos como instrumento de recolección de datos, un cuestionario validado por Ferro Sosa María y Flores Condori Aydeé en el año 2006, en su tesis titulada: "Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en púerperas del Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP) de octubre a diciembre del 2005³⁶" y modificado por las autoras de este estudio. Para su ejecución final; dicho instrumento se sometió a juicio de expertos conformados por 3 profesionales de la salud; además de una prueba piloto, que se realizó con madres que reunían las condiciones requeridas para nuestro estudio, pero que no formaron parte de la población de estudio. Para la confiabilidad del instrumento se utilizó el programa SPSS v.b21, saliendo como resultado una confiabilidad de Alpha Cronbach igual 0.72, el cual resultado confiable, ya que el α mayor a 0.5 nos indica confiabilidad. Lo indicado, corresponde al estudio citado anteriormente.

La estructura del cuestionario consta de 25 preguntas con respuestas cerradas. Tiene dos partes la primera se refiere a características maternas (preguntas del 1 al 7), la segunda parte recopila datos sobre el conocimiento de lactancia materna. La cual se calificó de la siguiente manera: Por cada pregunta correcta se otorgó 1 punto, y por cada pregunta incorrecta no se otorgó puntaje. Es así que la madre que respondía de 9 a 16 preguntas correctamente se consideraba como conocimiento alto, por el contrario si la madre contestaba menos de ocho preguntas correctas, se consideraría como conocimiento bajo sobre lactancia materna exclusiva.

Para la recolección de los datos se realizó el trámite administrativo mediante solicitud dirigida al Director del Hospital José Soto Cadenillas, con el fin de tener la autorización para la respectiva ejecución.

Luego, se coordinó con la enfermera responsable del consultorio de control de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones para la aplicación del cuestionario a todas las madres que acudieron en el mes de agosto al control de su niño.

El cuestionario se aplicó individualmente a las madres, que asistieron al control de crecimiento y desarrollo de su hijo menor de 6 meses, de lunes a sábado en el horario de la mañana, en el mes de agosto; el tiempo de aplicación del instrumento fue no mayor a 15 minutos; además las madres que participaron de la investigación previamente firmaron el consentimiento informado.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Se realizó la revisión manual de los datos obtenidos, para procesar los datos, en cada encuesta se utilizó un número tanto. En total se tuvo de 87 encuestas para las madres, luego se codificó para elaborar la base de datos.

El programa estadístico utilizado fue el SPSS. Versión 21 se logró procesar y dar resultados de frecuencias, promedios CHI CUADRADA (tabla de contingencia), como prueba de hipótesis, nos permite aceptarla o rechazarla según los

resultados obtenidos a un nivel de significación y un porcentaje de confianza de 95%; y para la relación se tomó en cuenta el valor de $P \leq 0.05$; luego los datos son presentados y organizados en tablas estadísticas de doble entrada.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE RIGOR CIENTÍFICO.

A. Rigor ético:

- a) Principio de beneficencia:** No causar daño así mismo las preguntas serán formuladas con sumo cuidado a las madres encuestadas. Además se les explicó que la información que proporcionaron no sería utilizada en contra de ellas ni de los niños.

- b) Principio de dignidad humana:** Se aplicó el instrumento a las madres que aceptaron participar voluntariamente en la investigación. Se respetó el derecho al conocimiento sobre la investigación y cuál fue el objetivo del estudio y los beneficios que se obtuvieron con ésta investigación.

- c) Principio de justicia:** Se aplicó el instrumento a las madres de familia, respetando su decisión de participar, dándoles libertad a manifestar sus dudas, brindándoles en todo momento un trato respetuoso y amable.

CAPITULO IV

RESULTADOS

TABLA 01: CARACTERÍSTICAS MATERNAS DE LAS MADRES DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA-AGOSTO 2013

CARACTERÍSTICAS MATERNAS		Nº	%
Edad (años)	16 a 20	21	24,1
	21 a 25	28	32,2
	26 a 30	14	16,1
	31 a 35	14	16,1
	36 a 40	8	9,2
	41 a 45	2	2,3
Estado Civil	Soltera	4	4,6
	Casada	24	27,6
	Conviviente	59	67,8
Grado de Instrucción	Primaria Incompleta	11	12,6
	Primaria Completa	9	10,3
	Secundaria Incompleta	12	13,8
	Secundaria Completa	12	13,8
	Universitario Incompleto	10	11,5
	Universitario Completo	3	3,4
	No Universitario Incompleto	3	3,4
	No Universitario Completo	26	29,9
Iletrada	1	1,1	
Procedencia	Urbano	62	71,3
	Rural	25	28,7
Religión	Católico	75	86,2
	No Católico	12	13,8
Paridad	Primípara	45	51,7
	Múltipara	40	46,0
	Gran Múltipara	2	2,3
Ocupación	Ama de Casa	64	73,6
	Empleada Independiente	3	3,4
	Empleada Dependiente	8	9,2
	Estudiante	12	13,8
Total		87	100,0

En esta tabla puede observarse una mayor frecuencia de madres entre las edades de 21 a 25 años (32,2%), seguidas del grupo de madres de 16 a 20 años (24,1%), mientras que las madres de 26 a 30 años y las de 31 a 35 años con un 16,1% en ambos grupos; siendo el grupo más reducido con solo un 2,3% las madres añosas de 41 a 45 años.

Con respecto a la edad, los resultados coinciden con un estudio realizado en Bolivia en el año 2007, donde se obtuvo que la mayoría de las madres tenían entre 20 a 24 años (40%), siendo los grupos más reducidos las madres menores de 15 años y mayores de 30 años⁵².

En nuestra localidad es frecuente observar que los jóvenes son influenciados por los medios de comunicación y la tecnología, lo que los convierten en jóvenes muy liberales al expresar sus sentimientos, además, las mujeres inician una relación de pareja a temprana edad, lo cual sumado a que son mujeres en edad de reproducción, hace que sean madres jóvenes.

En cuanto al estado civil la mayor cantidad de madres solamente conviven con su pareja (67,8%); el 27,6% son casadas y solo un 4,6% son solteras.

En el estudio mencionado anteriormente los resultados en relación al estado civil coinciden, donde el 89% tiene una relación estable considerándose como estable aquellas madres concubinas y/o casadas.

Cabe mencionar que en nuestra zona es muy común la decisión de los jóvenes de optar por la convivencia ya que por un lado, en muchos casos no se cuenta con el dinero necesario para casarse, pues en nuestra zona se acostumbra realizar las celebraciones con grandes fiestas, es por ello, que ha dejado de tener importancia el matrimonio en las familias chotanas; por otro lado, los jóvenes no le dan la verdadera

⁵² CARI, Y. *Situación de la lactancia materna exclusiva y factores que determinan su duración en madres atendidas en el Hospital Materno Infantil los Andes*. Tesis (especialidad en alimentación y nutrición comunitaria). Universidad Mayor de San Andrés.

importancia a la unión conyugal y pretenden experimentar para ver si la convivencia encamina bien.

Respecto al grado de instrucción una gran mayoría tiene un nivel de instrucción no universitario incompleto (29,9%), seguidas de las madres con secundaria completa e incompleta con un 13,8% en ambos grupos; además las madres con primaria incompleta (12,6%) y solo un 1,1% de las madres son iletradas.

Referente al grado de instrucción en dicho estudio realizado en Bolivia el 98% de las madres tienen algún grado de instrucción, siendo similar a los resultados del presente estudio.

Según ENDES 2005 en la región de Cajamarca, la tasa global de analfabetismo es de 20,0% con mayor incidencia en el sexo femenino (35%). A nivel Provincial el mayor índice de analfabetismo lo presenta la provincia de Hualgayoc con 46%, por otro lado la provincia con menor porcentaje es Contumaza con 13%. La Población analfabeta en la Dirección Subregional de la DISA Chota es de 25.4%.

Sin embargo, gracias a las políticas de educación del gobierno que brinda oportunidad al acceso universal para asistir algún centro de estudios, y así mismo las mujeres de nuestra zona, que en su mayoría son jóvenes buscan la superación profesional continuando con estudios superiores.

En cuanto a la procedencia, en Chota el porcentaje de la población rural representa el 71% en tanto que la población urbana sólo representa el 29% según la DISA en el año 2007⁵³. Pero en nuestro estudio las madres de la zona rural representan sólo el 28,7% y de la zona urbana representan el 71,3%; esto debido a que en el estudio, se tomó el Hospital José Soto Cadenillas de la ciudad Chota, a pesar de esto existen madres que traen a sus niños a la ciudad del campo para ser atendidos en el consultorio de Crecimiento y desarrollo de dicho hospital.

⁵³DIRECCIÓN SUBREGIONAL DE SALUD. Análisis de la dirección subregional Salud Chota. Chota 2007.

En cuanto a la religión la mayoría de madres (86,2 %) profesan la religión católica y solo el 13,8% de estas profesan la religión no católica. Debido a que la mayoría tiene formación cristiana inculcada desde el seno familiar y es la más aceptada por la población.

Referente a la paridad el 51,7% de las entrevistadas fueron primíparas, el 46,0% multiparas y el 2,3% gran multiparas.

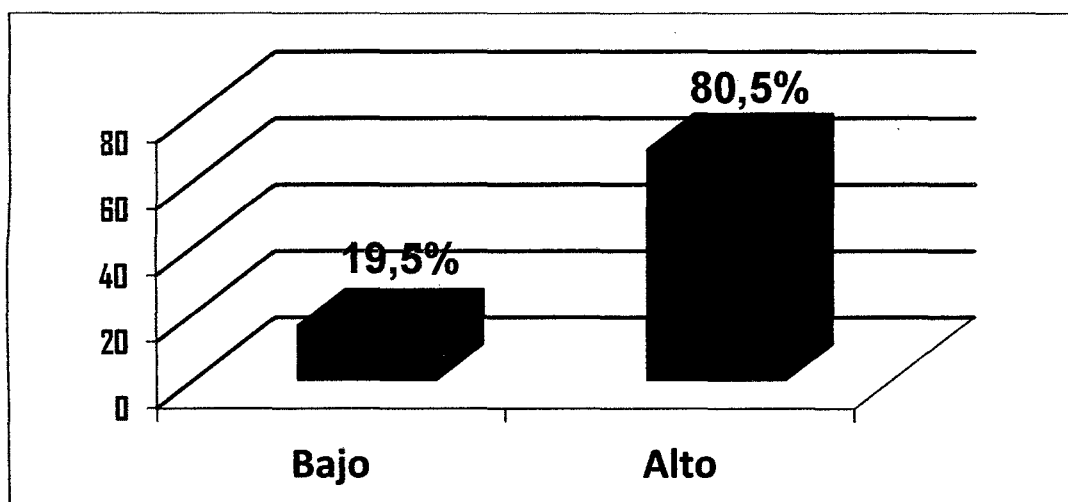
Mientras que en un estudio realizado en Guatemala en el año 2000³⁹, con respecto a la paridad los resultados no coincide con el presente estudio, ya que sus resultados muestran que la mayor parte de las madres tiene entre 1 a 3 hijos (66.85%). Lo que puede deberse a que en su mayoría son madres jóvenes; es por ello que solo cuentan con 1 hijo.

En relación a la ocupación de las madres el 73,6% se dedica a su casa, el 13,8% son estudiantes, el 9,2% son empleadas y solo el 3,4% son empleadas independientes.

Citando el mismo estudio realizado en Guatemala, en relación a la ocupación de la madre obtuvieron resultados similares, el 51% son amas de casa, el restante 49% son comerciantes informales, estudiantes, artesanas y empleadas del estado.

Las principales actividades desde la madre dentro del hogar, además de dedicarse a las labores propias del hogar y al cuidado de sus hijos, en los distritos de la Red Chota, son: la dedicación a los cultivos agrícolas más importantes: la papa, el maíz, hortalizas, etc. Y la crianza de ganado vacuno, ovino, porcino, aves de corral y cuyes; la carne de ganado vacuno, porcino y cuyes son los que se comercializa en los mercados.

GRÁFICO 02: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – AGOSTO 2013



En la presente tabla se observa que el conocimiento que predominó fue alto (80,5%); mientras que un 19,5% tuvo un conocimiento bajo.

Lo cual se debe a que el personal de enfermería juega un rol importante en la salud de la población, por lo que al realizar las actividades de preventivo promocionales, brinda información sobre lactancia materna a la madre a través de la consejería desde el periodo prenatal.

Resultados que no coinciden con las investigaciones realizadas por Pareja, Zulema y col⁵⁴ y Castro M. y col; quienes hallaron resultados distintos, siendo el nivel de conocimiento inadecuado de las madres en relación a lactancia materna; a pesar que las investigaciones fueron realizadas en hospitales amigos de la madre y el niño, en los cuales debe haber una amplia difusión. Cumpliendo una función primordial los

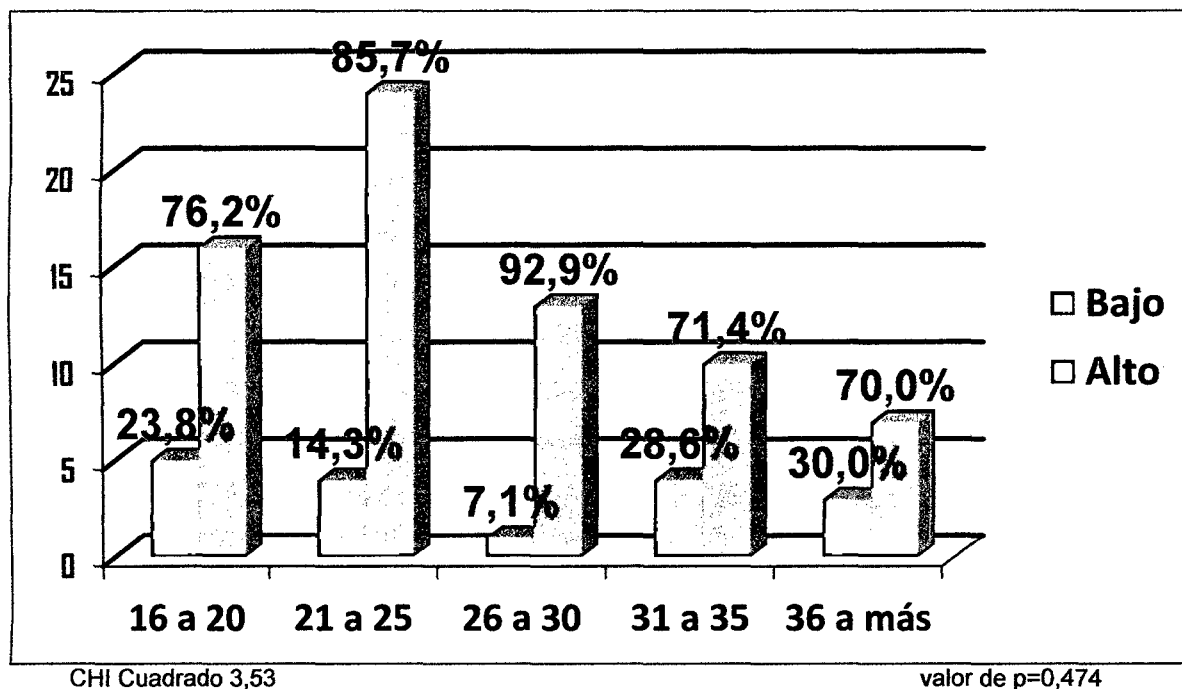
⁵⁴ PAREJA, Zulema y col. *Conocimiento sobre Lactancia materna que posee las primigestas que acuden al control pre-natal del Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé*. Tesis (Licencia en enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

profesionales de la salud, ya que deben asegurar un alto nivel de apoyo para el amamantamiento temprano, exclusivo y continuado, dirigido a la comunidad³³.

Por el contrario, se encontró resultados similares, ya que se puso en evidencia que en la comunidad Los Cocos de Pedro Brand existe un alto nivel conocimiento sobre lactancia materna. Donde las madres estaban lo suficientemente capacitadas para dar el seno a sus niños, ya que tenían conocimientos impartidos por los profesionales de la salud⁵⁵.

⁵⁵MENDOZA, J. y cols. "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres con niños menores de 3 años en la comunidad Los Cocos de Pedro Brand". *Revista Médica. Lactancia Materna*.V.70 No.1. Los Cocos de Pedro Brand.Enero - abril. 2009

GRÁFICO 03: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN GRUPO ETARIO DE LAS MADRES DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – AGOSTO 2013



El grupo de madres comprendido en el grupo etario entre 26 y 30 años es el que tiene el un nivel de conocimiento alto (92,9%) a comparación de las mujeres añosas de 36 a más años (30%) que tienen un conocimiento bajo sobre lactancia materna.

Calzado M.⁵⁶ en un estudio similar acerca del comportamiento de la lactancia materna exclusiva, relacionada con la edad de la madre, se observó que el 97,4%⁵⁴ de las madres tenían entre 20 a 35 años, lo que demuestra una vez más que la edad está relacionada con la lactancia materna; así mismo la Dra. Gríos C⁵⁵ en un estudio realizado en Costa Rica 2004, señala que aproximadamente 6 de cada 10 adolescentes tienen conocimientos insuficientes sobre la lactancia materna; una

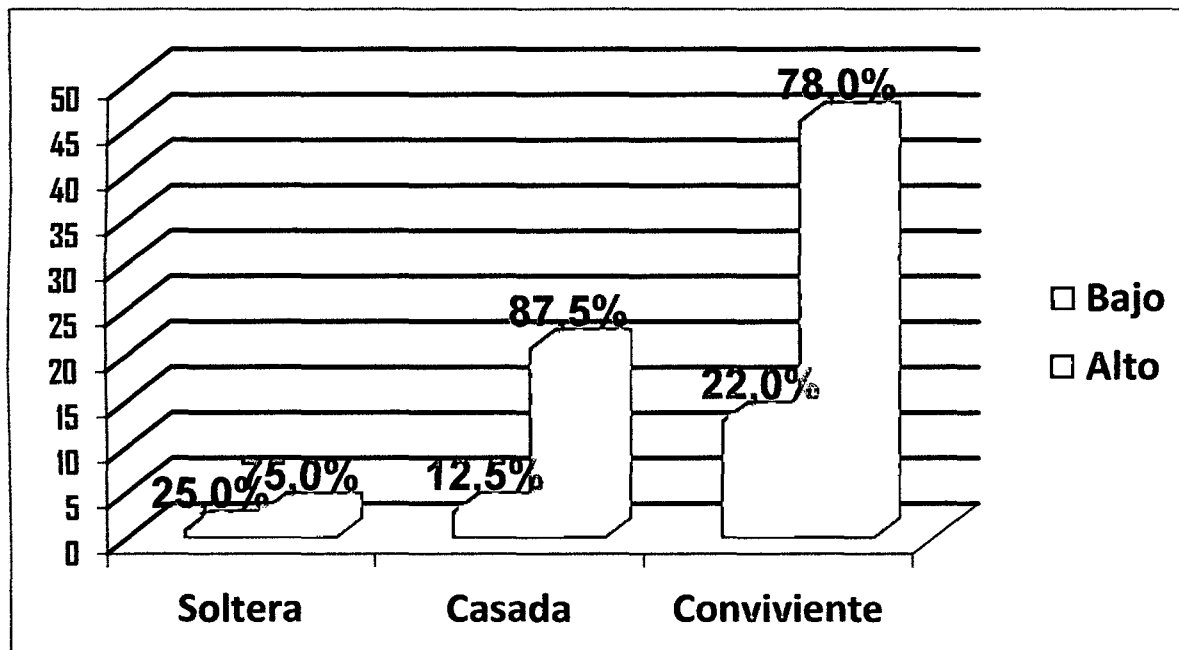
⁵⁶CALZADO M. y Col "Influencia de la lactancia materna en la salud del niño". *Revista Cubana Enfermería*. V.16 N°2. Ciudad de la Habana Mayo - Ago. 2000. (En línea) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>

cuarta parte tiene conocimientos suficientes y menos de la quinta parte amplios. Por lo tanto al grupo de adolescentes debe dársele una consejería personalizada.

Al someter a la prueba estadística de la CHI CUADRADA entre las variables, no se encontró relación estadística significativa siendo el valor de ($P=0,474$) lo que significa que la edad no tiene relación directa con el nivel de conocimiento.

Esto se debería a que las madres más jóvenes tienen responsabilidad y el deseo de obtener la información necesaria, para que de esta manera, poder satisfacer las necesidades de los niños, lo que permite alimentarlos con mayor frecuencia, cantidad y calidad, esto repercutiría en una buena nutrición, y en el crecimiento y desarrollo del niño, de esta manera se contribuye a un mejor desarrollo cognitivo y psicomotor.

GRÁFICO 04: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN ESTADO CIVIL DE LAS MADRES DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – AGOSTO 2013



CHI CUADRADA 1,066

valor de $p=0,4587$

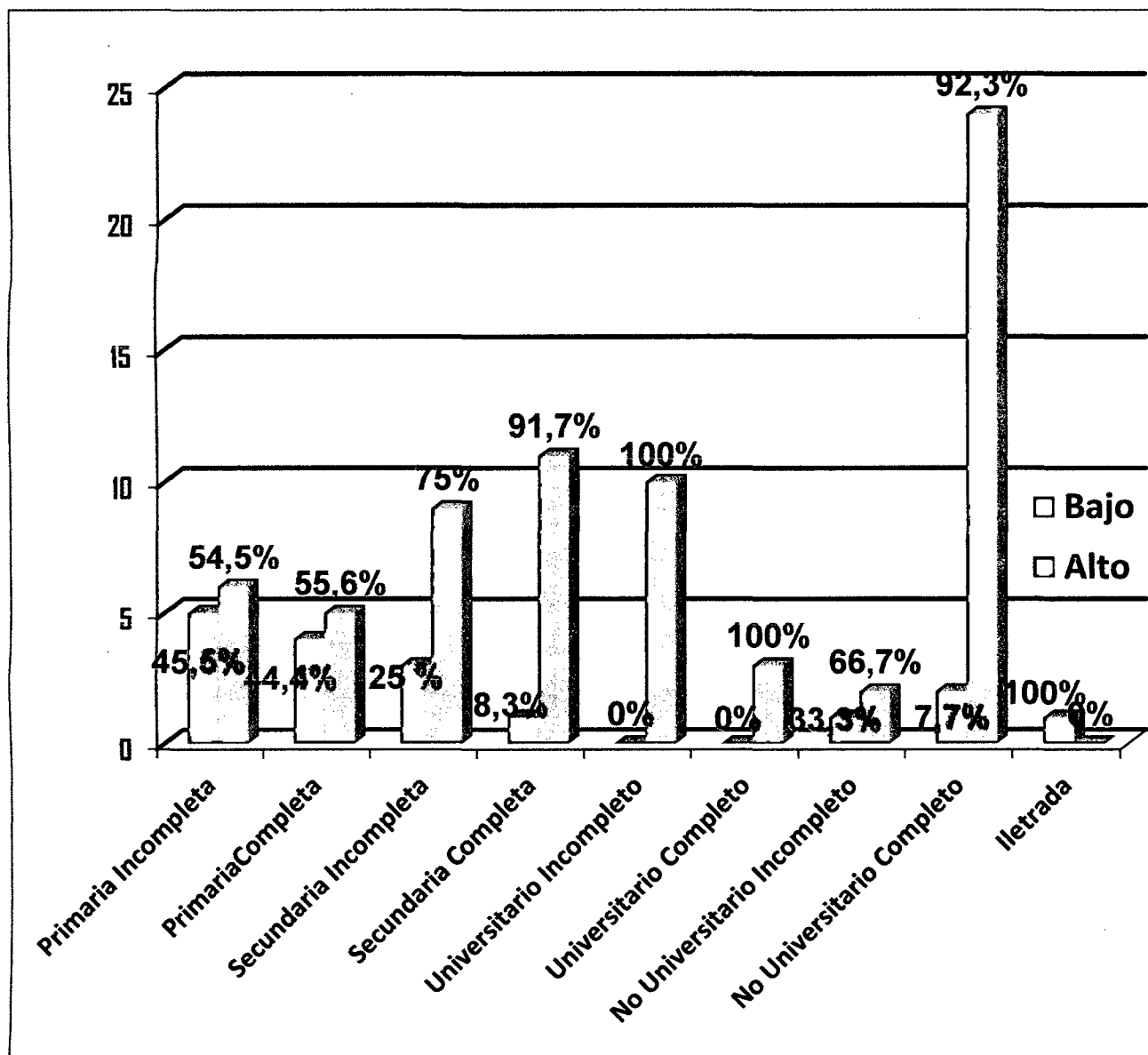
En esta tabla se muestra que el mayor porcentaje de nivel de conocimiento alto lo tienen las casadas con un 87,5%, a diferencia de las solteras que tienen el mayor porcentaje de nivel de conocimiento bajo (25,0%).

En un estudio realizado en la Paz Bolivia, relacionando la duración de la lactancia materna exclusiva y el estado civil de la madre se observó que en cada uno de los meses las madres que tienen una relación estable son las que más dan lactancia materna exclusiva a diferencia de las madres solteras⁵³.

Al realizar la prueba estadística de la CHI CUADRADA entre las variables: nivel de conocimiento y estado civil de las madres no existe relación estadística significativa $p=0,587$. Sin embargo hay niños que están en riesgo, los de aquellas madres que son solteras. La literatura refiere que el apoyo emocional del padre hacia la madre ayuda a mejorar su sentido de autoestima y eficacia en las tareas maternas lo cual

permite tener un clima de armonía y satisfacción en el que se promueve un desarrollo saludable en el niño. Además, muchas de estas madres refirieron no contar con el apoyo económico del cónyuge se vieron en la necesidad de buscar trabajo lo que impidió poder obtener información para amamantar a sus niños adecuadamente.

GRÁFICO 05: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – AGOSTO 2013



CHI CUADRADA 19,394

valor de p=0,013

En esta tabla se observa que el grupo de madres que tiene primaria incompleta presentó el mayor porcentaje de nivel de conocimiento bajo (45,5 %) sobre la lactancia materna, mientras que el 92,3% de madres con nivel de educativo no universitario completo, tienen un conocimiento alto.

Resultados que concuerda con los encontrados por Organización Panamericana de la Salud en un estudio presentado en el 2009 en la comunidad de Los Cocos⁵⁶ que refiere que existe predominio de las madres con nivel universitario y preuniversitario que lactan a sus hijos, demostrando la gran importancia del nivel educativo de las madres para obtener éxito en esta práctica.

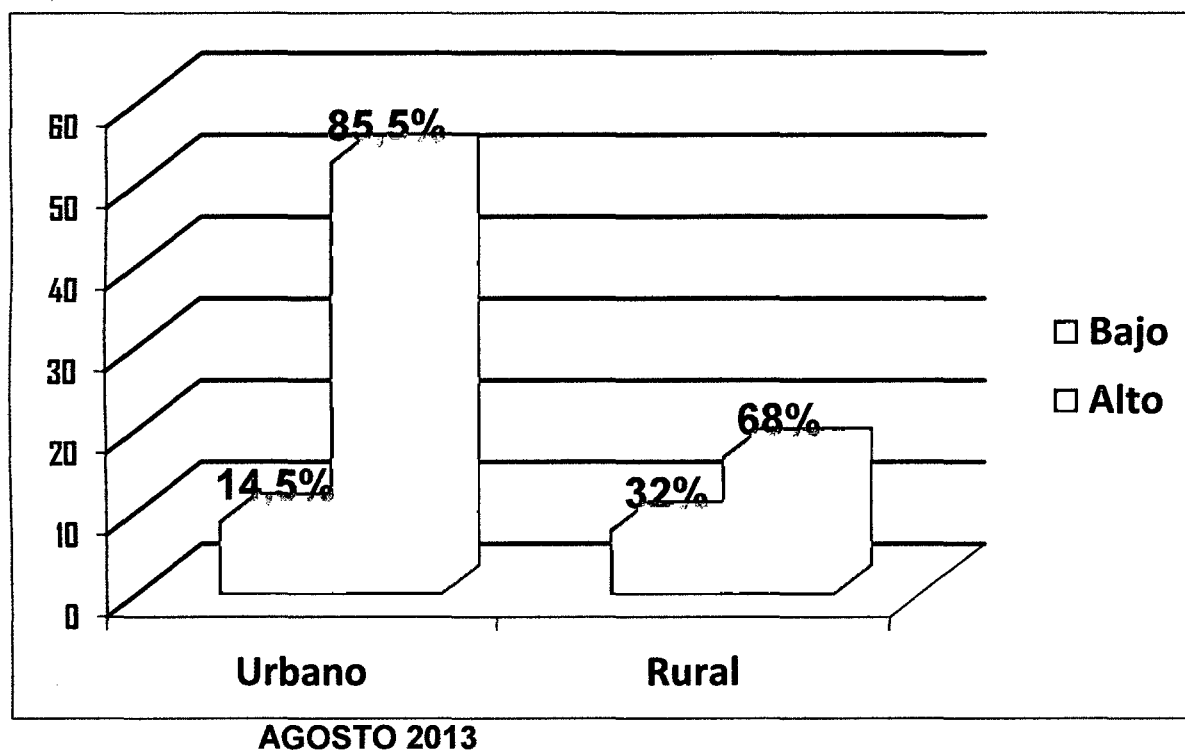
Mientras que en el estudio realizado en la ciudad de Resistencia en el año 2010 los resultados no coinciden, ya que la mayoría (70,33%) de las madres encuestadas tuvieron un conocimiento regular sobre la lactancia materna, de las cuales, el 48,5% tiene instrucción secundaria. Y de las que tienen conocimientos bueno, la mayoría tenían primario completo (68,7%) un buen porcentaje tenían el secundaria completo (18,5%) y hasta había un grupo de madres con estudios terciarios (12%). Siendo que todas las madres que habían obtenido un nivel deficiente de conocimientos (12%), no habían terminado la escuela primaria³¹.

El nivel de escolaridad adquirido por las madres puede estar relacionado con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y su uso o implementación por ellas. Se plantea que el grado de instrucción materna y la utilización de la lactancia son directamente proporcionales, por lo que es más duradera en madres de nivel universitario, lo que está relacionado con una mejor información y comprensión de las ventajas de este tipo de alimentación.

La educación que la madre recibe es fundamental para el éxito de la lactancia. Es preciso conocer bien, además de las ventajas y beneficios de la lactancia natural, los problemas o anormalidades posibles y sus soluciones, para acoger las observaciones maternas adecuadamente, ya que muchas veces son bien fundadas y, manejadas correctamente, no deberían causar interrupción de la lactancia.

Por lo que al cruzar las variables y someterlas a la prueba estadística CHI CUADRADA, podemos decir que si existe relación entre las variables: grado de instrucción y nivel de conocimiento de la madre en lactancia materna exclusiva, ($p= 0,013$), es decir a mayor educación mayor será el nivel de conocimiento de la madre.

GRÁFICO 06: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN PROCEDENCIA MATERNA DE LAS MADRES DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA –



CHI CUADRADA 3,464

valor de $p=0,063$

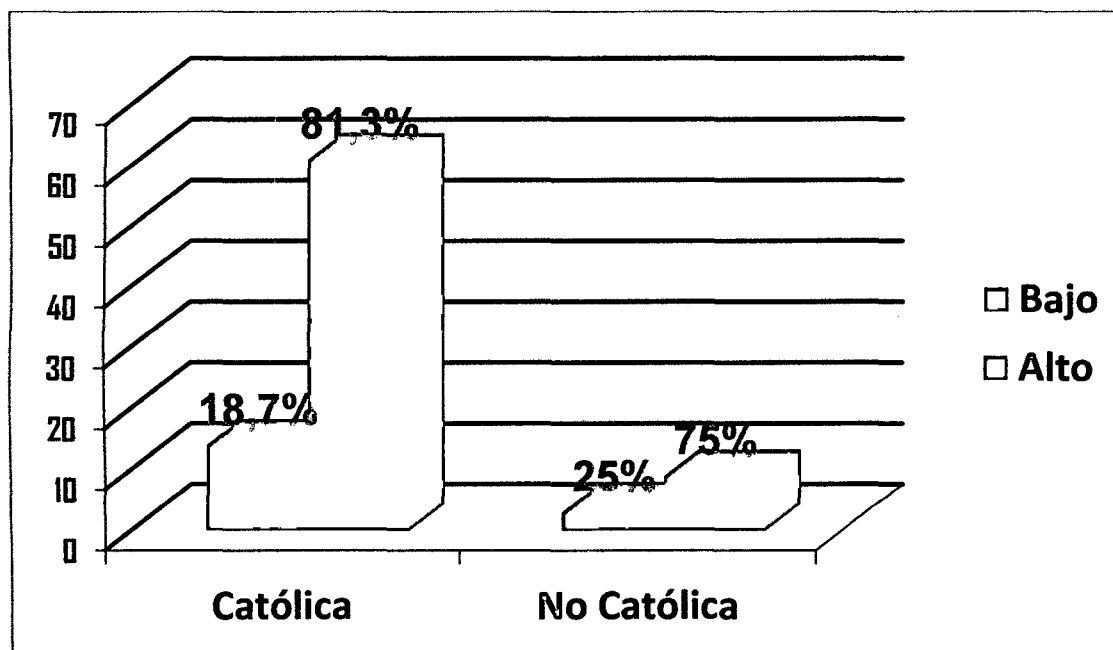
En esta tabla se puede observar que en su mayoría las madres participantes del estudio proceden de la zona urbana, de las cuales la gran mayoría tienen un nivel de conocimiento alto (85,5%) sobre lactancia materna, pero también un 14% tiene un conocimiento bajo sobre lactancia materna; mientras que en la zona rural solo un 32% tienen un conocimiento bajo sobre la lactancia y un 68,0% tiene un conocimiento alto sobre la lactancia.

Esto puede deberse a que no es relevante la procedencia de la madre, para que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva sea alto, debido a que las actividades promocionales sobre lactancia materna exclusiva, en los establecimientos de salud de la zona urbana y rural, se realiza desde la etapa de gestación, luego en el control de crecimiento y desarrollo del niño, siendo una

intervención individual la consejería sobre lactancia materna como prioridad de la atención integral del niño. Sustentándose todo este proceso, con la Teoría del aprendizaje³⁶ donde las madres, no solo adquieren conocimientos a través de la comunicación verbal; sino por la observación y experiencias vividas.

Al someter las variables a la prueba estadística de la CHI CUADRADA, no se encontró relación estadística significativa entre dichas variables; siendo el valor $p=0,063$, demostrando que la procedencia de la madre no determina el nivel de conocimiento sobre lactancia materna que ésta pueda adquirir.

GRÁFICO 07: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN RELIGIÓN DE LAS MADRES DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – AGOSTO 2013



CHI CUADRADA 0,264

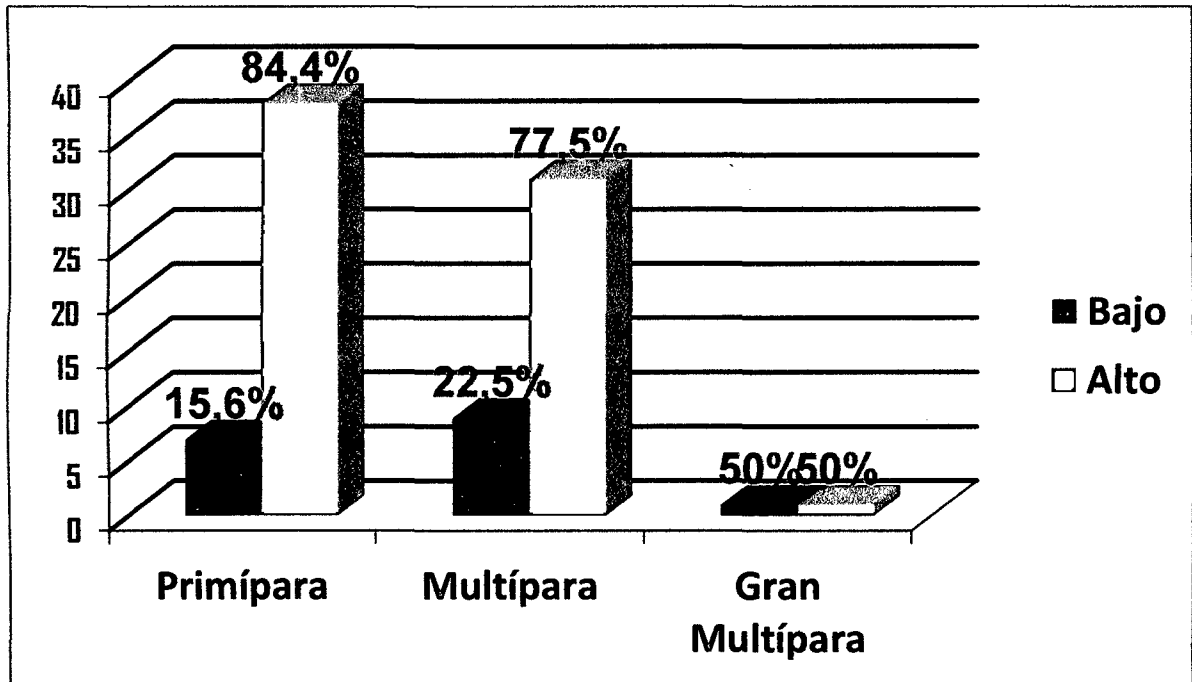
valor de $p=0,607$

En esta tabla se observa que en cuanto a la religión de las madres encuestadas, en ambos casos se tiene un conocimiento alto de lactancia materna exclusiva (católica 81,3% y no católica 75,0%), de la misma manera tanto en la religión católica como en la no católica el conocimiento bajo sobre lactancia materna fue 18,7% y 25,0% respectivamente.

Al momento de someter a la prueba estadística CHI CUADRADA las variables: religión y nivel de conocimiento de la madre en lactancia materna exclusiva, no se encontró relación estadística significativa siendo el valor de ($p= 0,607$) Lo que significa que la religión no tiene relación directa con el nivel de conocimiento.

Esto implica que el profesar diferentes religiones, no limita que el conocimiento sobre lactancia materna sea alto o bajo; demostrando así la importancia de la lactancia materna exclusiva en la alimentación del niño en una sociedad con diferente pensamiento religioso.

GRÁFICO 08: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN LA PARIDAD DE LAS MADRES DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – AGOSTO 2013



CHI CUADRADA 1,858

valor de p=0395

Observamos en la presente tabla, que las primíparas en un 84,4% poseen un nivel de conocimiento alto sobre lactancia materna exclusiva. En relación al nivel de conocimiento bajo sobre lactancia materna exclusiva el 50%son gran multiparas y un 15,6% son primíparas.

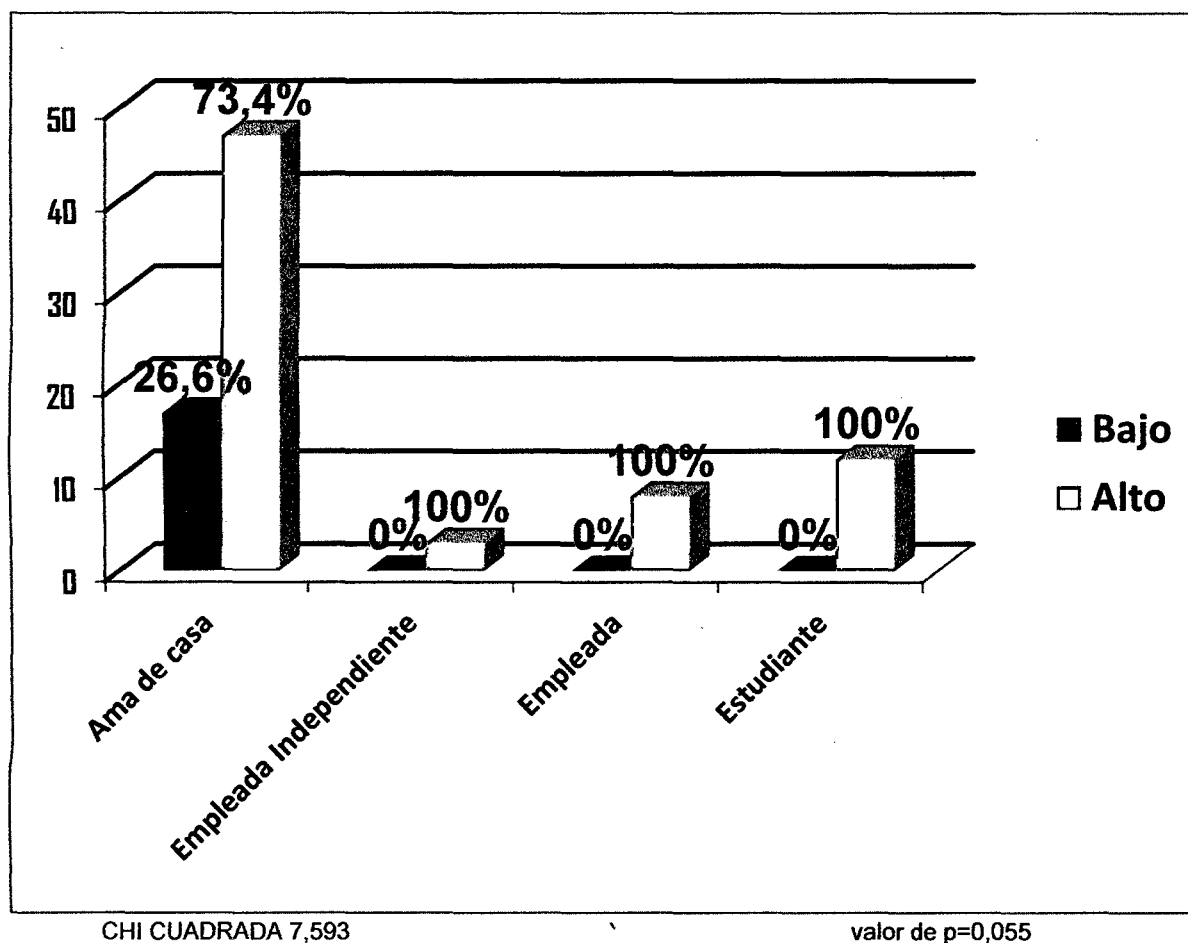
Mientras que en un estudio realizado en la ciudad de Resistencia en el año 2010 los resultados no coinciden con el presente estudio ya que el 91% las madres primíparas son las que obtuvieron ampliamente el mayor porcentaje de conocimientos deficientes.

Muchas veces se cree que las madres al tener más hijos adquieren mayor experiencia en la práctica sobre lactancia materna, con lo cual deberían tener un nivel de conocimiento alto sobre este tema, pero en este estudio no es así, debido a que las mujeres primíparas tienen mayor nivel de conocimiento alto sobre lactancia

materna, y mientras aumentan el número de hijos este nivel de conocimiento disminuye, lo que podría ser porque las primíparas por contar con un solo hijo tienen más tiempo y deseo de buscar información adecuada sobre lactancia materna exclusiva, mientras que el resto de madres no lo pueden hacer por contar con mayor responsabilidades al tener más de 1 hijo.

Al someter a la prueba estadística CHI CUADRADA entre las variables no se encontró relación estadística significativa ($p= 0,395$), significando que la paridad no determina el nivel de conocimiento que puede tener la madre sobre lactancia materna exclusiva.

GRÁFICO 09: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS MADRES DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – AGOSTO 2013



En esta tabla se puede observar que, en cuanto a la ocupación de la madre, las trabajadoras independientes (100%), empleadas (100%), estudiante (100%) respectivamente tiene conocimiento alto sobre lactancia materna exclusiva, seguido por el 73,4% que son amas de casa. En relación al conocimiento bajo se obtuvo que el 26.6% son amas de casa.

Resultados similares se desprenden de un estudio realizado en Cuba, donde se mostró que existe una asociación directa y significativa entre la práctica de la lactancia materna y la ocupación de la madre, ya que las amas de casa lactaron más que las madres que estudiaban o trabajaban, por tener un nivel de conocimiento alto²⁰.

Según la revista cubana de pediatría en el año 2003 “Las amas de casa tienen mayor tiempo y menos preocupaciones para prepararse para la lactancia durante el embarazo”¹⁰.

Sin embargo, al someter las variables a la prueba estadística CHI CUADRADA, no se encontró relación estadística significativa ($p= 0.055$), demostrando que el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva, no está determinado por la ocupación de la madre.

CONCLUSIONES

Las características maternas de la población en estudio fueron: La edad promedio de las madres se encuentra entre 21 y 25 años; son primíparas, el estado civil que predomina es el de convivencia, el grado de instrucción que tienen es no universitario completo, la mayoría profesa la religión católica, procedentes de la zona urbana y más de la mitad tiene como ocupación ama de casa.

En relación al nivel de conocimiento la mayoría de las madres, poseen un nivel de conocimiento alto sobre lactancia materna exclusiva.

Al someter las variables a la prueba estadística CHI CUADRADA, se encontró relación estadística significativa entre el grado de instrucción de la madre y el nivel de conocimiento sobre lactancia materna (valor de $p=0.013$). Es decir a mayor educación mayor será el nivel de conocimiento de la madre.

RECOMENDACIONES

➤ **A la DISA Chota**

Que realicen estudios preliminares por parte de los servicios de salud a nivel provincial y distrital, sobre las áreas de conocimiento y actores involucrados en la lactancia materna exclusiva tomando en cuenta los factores sociales como la familia, culturales, biomédicos y socio-políticos; así como también sobre las actividades preventivo promocionales en lactancia materna exclusiva que se vienen realizando en la región a fin de darle una mayor prioridad a dicha práctica.

➤ **Al Hospital José Soto Cadenillas**

Que implemente o mejore programas educativos de manera específica en la intervención de actividades encaminadas a modificar los conocimientos y prácticas en los distintos niveles comunitarios, con el objeto de mejorar la duración, calidad y prevalencia de la lactancia materna exclusiva.

➤ **Al personal del Hospital José Soto Cadenillas**

Brindar una consejería efectiva, y seguimiento a las madres con niños menores de 6 meses que acuden al control de crecimiento y desarrollo.

Promocionar en la gestante, las ventajas de la lactancia materna exclusiva, en el crecimiento y desarrollo del niño.

➤ **A los Docentes del Área Materno Infantil, Salud Pública y alumnos de la Universidad Nacional de Cajamarca**

Promover, reactivar o implementar actividades promocionales en la lactancia materna exclusiva.

Desarrollar programas educativos relacionados con la lactancia materna exclusiva.

Ejecutar campañas de promoción y difusión de la lactancia materna exclusiva con otras instituciones de Salud.

Seguir fomentando y asesorando la investigación en relación al tema en los alumnos de la UNC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. MINSA, Lactancia Materna; Texto para el uso de Capacitadores en la iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y Niño. UNICEF. OPS/OMS. USAID.
2. CALVO, C. "Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento". Revista de Enfermería Actual en Costa Rica (en línea). Octubre 2008 - Marzo 2009, N° 15 (citado en 15 de julio 2013). Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr.pdf>
3. ILABACA, J. y col. 2002. "Tendencia de la lactancia materna en el Servicio de Salud Metropolitano Sur". Revista Chilena de Pediatría. 73 (2): 127-134. (en línea). 2002, (citado en 15 de julio 2013). Disponible en: <http://www.scielo.cl>
4. CARRASCO, Karina y col. Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida, CESFAM Panguipulli noviembre-diciembre del 2006. Tesis (licenciada/o en obstetricia y puericultura). Universidad Austral de Chile.
5. UNICEF. Seguimiento de los progresos en la nutrición de los niños y las madres. Diciembre 2009. New York disponible en: nyhqdoc.permit@unicef.org
6. El boletín quincenal de Terra. 02 de agosto de 2011. Pocos hospitales en EE.UU. apoyan la lactancia materna. Disponible en: <http://vidayestilo.terra.com.pe>
7. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación de lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 16 de abril de 2002. A55/15. Ginebra, Disponible en: <http://www.who.int>
8. OMS-UNICEF: Declaración de Innocenti. WHO. Florencia, 1990. (resolución WHA 45.34). Disponible en: <http://www.copeson.org.mx>
9. OMS: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta de la OMS/UNICEF. Ginebra 1989. Disponible en: <http://www.unicef.org>

10. DURAN R. y col. Factor sicosociales que influyen en el abandono en la lactancia materna. Rev. Cubana Pediátrica 2003; 71(2): 72-9.
11. UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2008
12. Save the children. Perú se ubica entre los diez primeros países en promover lactancia materna [sede Web] Lima 2013 [actualizada el 18 de febrero del 2013; acceso 20 de julio del 2013]. Disponible en: <http://www.savethechildren.org.pe>
13. DELGADO, M. 2004: Conocimientos maternos sobre conductas óptimas de lactancia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 N°.1. Bogotá. Ene. - Mar. 2004 (En línea) Disponible: <http://www.scielo.org.com>
14. ARMAS M. Conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva en gestantes adolescentes. Consulta prenatal. Hospital Julio Criollo Rivas, ciudad Bolívar Estado Bolívar Mayo 2009. Tesis (licenciatura de enfermería). Esc. Cs. de la Salud. Bolívar.
15. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. Indicadores de Resultado Identificados en los Programas Estratégicos 2000 Primer Semestre 2011. Perú. (En línea disponible en pdf). (citado el 18 de julio del 2013)
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES Continua 2004). Lima. 2005. 22.
17. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011. Nacional y Departamental.
18. ANDINA. Agencia peruana de noticia. "Destacan avances en práctica de lactancia materna y vacunación infantil en Cajamarca". 07 de febrero 2009. Disponible en: <http://www.andina.com>
19. United Nations Children's Fund. Facts for life: Why it is important to share and act on information about breastfeeding. 2002.
20. GUTIÉRREZ, A. y cols. "Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna". Rev. Cubana Enfermería V.17 N.1 La Habana Cuba. Ene. - abr. 2001 (En línea). Disponible en: <http://www.imbiomed.com>
21. SANABRIA M. y cols. "Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal" Revista Cubana Enfermería Paraguay 2001.

22. GONZÁLEZ, I.; y col. "Lactancia Materna". Revista Cubana Enfermería. Vol.18 (1):15-22. La Habana - Cuba. Ene-Mar 2002. (En línea) Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu.pdf>
23. PÁEZ, M. Conocimiento de las madres sobre las ventajas para el niño de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de 6 meses. Venezuela. Marzo y Septiembre 2003. (En línea). Disponible: <http://bibmed.ucla.edu.ve>
24. ROSABAL L. y col. "Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna" Revista Cubana de Enfermería. V.20 N.1 La Habana – Cuba. Ene. - Abr. 2004. (En línea) Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
25. ESTRADA J. y cols. "Intervención educativa sobre lactancia materna". Revista Cubana Enfermería. Cuba 2007.
26. GAMBOA E. y cols. "Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable" Revista Chilena de Nutrición. V.35 N.1 Santiago de Chile. Mar. 2008. (En línea) Disponible en: <http://dx.doi.org>
27. GONZÁLEZ I. y cols. "Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso" Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. N° 177. Argentina. Enero 2008.
28. MORÁN M. y cols. "Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad" Revista de Nutrición Hospitalaria V.24 N.2. Madrid Mar.-abr. 2009.
29. BETH H. y cols "Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en Fortaleza" Revista Enfermería Global N.19 Murcia en Brasil. Jun. 2010
30. ZIMMERMANN, C. y cols Conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de la ciudad de Resistencia en el año 2010. Tesis (medicina) Universidad Nacional de Nordeste.
31. BROCHE R. y cols. "Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva" Revista Cubana Medicina General

- Integral vol.27 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2011. La Habana – Cuba 2011.
32. DIOS, R y col. Factores Asociados, Mitos y Creencias Relacionados con la Lactancia Materna Exclusiva en Madres que Acuden al Consultorio de Pediatría del Hospital N° 01 José A. Mendoza. Olavarria De Tumbes. Tesis (Licenciado en Obstetricia). Universidad Nacional de Tumbes.
33. MENDOZA, K. Capacitación y seguimiento domiciliario sobre lactancia materna exclusiva a puérperas del Hospital Santa Rosa. Tesis (Licenciada en obstetricia) Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
34. FERRO, María y col. Nivel de conocimiento en Lactancia materna y su relación con factores socio-culturales puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005. Tesis (Licencia en obstetricia). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
35. BOCANEGRA G. “Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del Hospital Belén” en Trujillo. Rev. Med. Vallejana. V.4 N.2 Lima 2007. (En línea) Disponible en: revistamedica@ucv.edu.pe
36. ROMERO D. Nivel de conocimiento y actitud de la gestante frente al control prenatal zona urbana Chota – 2007. Tesis (licenciatura de enfermería). Universidad Nacional de Cajamarca.
37. MARRINER Tomey Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Tercera Edición. mosby-doyma 1994
38. OMS, UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989. Disponible en: <http://www.ghan.es.pdf>
39. AGUILAR, María. Barreras para la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad en niños de una población rural de Guatemala. Tesis (Pregrado de medicina). Universidad de San Carlos de Guatemala.
40. GRAJEDA R y cols. Stress During Labou and delivery is associate with delayed onset of lactation among urban Guatemalan Women. Community and International Nutrition, 2012

41. ABAJ, I. Conocimientos que poseen las mujeres primíparas que asisten al servicio de consulta externa del hospital nacional de Chimaltenango acerca de los beneficios e importancia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Tesis (Licenciada en enfermería). Universidad de San Carlos de Guatemala.
42. LIPA J. Factores maternos y laborales que intervienen en la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro materno infantil tablada de Lurín. junio 2008. (tesis de grado) Lima: Universidad Privada San Juan Bautista 2009.
43. <http://definicion.de/procedencia/>
44. INEI. Glosario de Términos. Estimaciones y Proyecciones de Población Económicamente Activa, Urbana y Rural por Sexo y Grupos de Edad, según Departamento, 2000 - 2015. (En línea) Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/glosario.pdf>
45. <http://wikipedia.com>
46. INEI. Glosario de términos poblacionales. Características de los Grupos Étnicos de la Amazonía Peruana y del Espacio Geográfico en el que Residen – INEI. (En línea) Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe.pdf>
47. INEGI. Glosario completo. (En línea) Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>
48. <http://definicion.de/procedencia/>
49. GUTARRA, F. "Conceptos básico de obstetricia".2008.
50. Mario Bunge 2008.
51. HERNÁNDEZ, R. y Cols. Metodología de la Investigación. 3 era edición. Ed Mc Graw Hill México, 2006
52. CARI, Yeaneth. Situación de la lactancia materna exclusiva y factores que determinan su duración en madres atendidas en el Hospital Materno Infantil los Andes. Tesis (especialidad en alimentación y nutrición comunitaria). Universidad Mayor de San Andrés.
53. DIRECCIÓN SUBREGIONAL DE SALUD. Análisis de la dirección subregional Salud Chota. Chota 2007.

54. PAREJA, Zulema y col. Conocimiento sobre lactancia materna que posee las primigestas que acuden al control pre-natal del Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé. Tesis (Licencia en enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
55. MENDOZA, J. y cols. “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre Lactancia Materna en mujeres con niños menores de 3 años en la comunidad Los Cocos de Pedro Brand”. Revista Médico. Lactancia Materna.V.70 No.1. Los Cocos de Pedro Brand.Enero - abril. 2009
56. CALZADO M. y Col “Influencia de la lactancia materna en la salud del niño”. Revista Cubana Enfermería. V.16 N°.2. Ciudad de la Habana Mayo - Ago. 2000. (En línea) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo>

ANEXOS

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

YO....., con DNI N°....., habiendo sido informada de los objetivos, procedimientos, beneficios y responsabilidades de mi persona. Así también, como mis derechos para responder con una negativa. Dejando en claro de estar apoyando voluntariamente y no haber recibido ninguna coacción, para apoyar al campo de las investigaciones en salud.

Acepto colaborar en el proyecto de investigación “Características maternas y nivel de conocimiento de las madres en lactancia materna exclusiva. Hospital José Soto Cadenillas Chota – 2013”

Ejecutado por las bachilleres de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca Sede Chota, Gaona Portal Carmen Doris y López Abanto Samantha Mirella; con el fin de obtener su grado de Lic. en Enfermería; además de incrementar los conocimientos científicos en el área de la lactancia materna y promover la salud materna.

Firma del investigador

Firma del colaborador

Chota, Agosto 2013.

ANEXO 02



CUESTIONARIO

CARACTERÍSTICAS MATERNAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – 2013.

CUESTIONARIO N°: _____

ENCUESTADOR: _____

CARACTERÍSTICAS MATERNAS:

1. Edad:

- a. De 10 a 15 años
- b. De 16 a 20 años
- c. De 21 a 25 años
- d. De 26 a 30 años
- e. De 31 a 35 años
- f. De 36 a 40 años
- g. De 41 a 45 años

2. Estado Civil:

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Conviviente
- d. Divorciada
- e. Viuda

3. Grado de Instrucción:

- a) **Primaria:** Incompleta () Completa ()
- b) **Secundaria:** Incompleta () Completa ()
- c) **Superior:** Universitario Incompleto () Completo ()
No universitario Incompleto () Completo ()
- d) **Iletrada.**

4. Procedencia:

- a) Urbano ()
- b) Rural () _____

5. Religión:

- a) Católico ()
- b) No católico () _____

6. Paridad:

- a) Primípara
- b) Múltipara
- c) Gran múltipara (Más de 5)

7. Ocupación:

- a) Su casa
- b) Empleada
- c) Independiente
- d) Estudiante

¿Sabe Usted que es dar de lactar?

Si () No ()

8. Durante los primeros 6 meses de vida del bebe Ud. Debe alimentarlo con:

- a) Leche materna más agüita de anís
- b) Solamente leche materna.
- c) Es dar leche materna más leche artificial.

9. Hasta que edad se le debe dar pecho al bebe

- a) Hasta los 2 años.
- b) Hasta los 6 meses.
- c) Hasta los 12 meses.

10. Cuando debe iniciar la lactancia materna su bebe.

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

- c) A las 24 horas de nacido.
 - d) Cuando él bebe llora de hambre por primera vez.
- 11.** Cada qué tiempo debe de mamar él bebe.
- a) Cada 2 horas.
 - b) Cada vez que el niño llora o a libre demanda.
 - c) Cada 6 horas.
- 12.** Si su bebe duerme por más de dos horas, ¿qué haría Ud.?
- a) Dejo que siga durmiendo
 - b) Lo despierto y le doy biberón.
 - c) Lo despierto y le doy pecho.
 - d) Solo lo despierto.
- 13.** Si su bebe llora de hambre o de Sed durante el día y la noche, ¿Qué haría ud.?
- a) Le daría leche artificial
 - b) Le daría solo pecho.
 - c) Le daría leche materna más agüitas.
- 14.** Si Ud. trabajará o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar al bebe?
- a) Tendría que darle leche artificial.
 - b) Le daría leche materna mientras este con mi bebe y leche artificial cuando me separe de él.
 - c) Preferiblemente tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.
- 15.** La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:
- a) Hasta 1 hora.
 - b) Hasta 8 horas.
 - c) No sabe.
- 16.** Si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea:
- a) Le suspende la lactancia materna
 - b) Le da panetela y otras agüitas
 - c) Le da lactancia materna más suero oral

d) Le daría pecho con mayor frecuencia

17. Que madres no deben de dar de lactar la bebe

- a) Madres que tienen tos
- b) Madres con VIH /SIDA
- c) Madres que lavan mucha ropa.

18. Puede Ud. decirme la razón principal por la que Ud. Le daría leche materna a su bebe

- a) Me ahorro dinero.
- b) Le da nutrientes necesarios además de prevenir enfermedades respiratorias y diarreicas.
- c) Me da más tiempo de pasar en compañía con mi bebe.

19. Marque la gráfica correcta en que se muestra la posición en cómo debe de dar de lactar a su bebe:

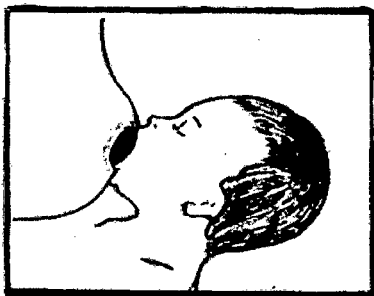


()

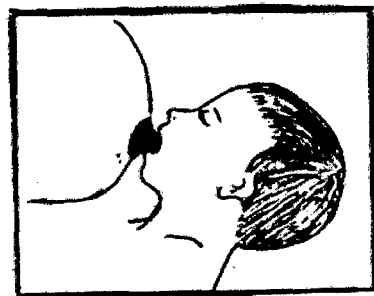


()

20. Marque la gráfica correcta de cómo debe colocar la boca de su bebe al pecho para la lactancia:



()



()

21. Por cuál de las mamas empieza nuevamente a darle de lactar al bebe:

- a) Empezará dar de lactar por cualquier seno
- b) Iniciará por la mama que no estuvo lactando anteriormente

22. Para interrumpir la succión:

- c) Jala el pezón para que le bebe suelte
- d) Introduce un dedo en su boquita para que suelte el pezón

23. De quién obtuvo Ud. información sobre Lactancia Materna

- a) Personal d Salud
- b) Familiares
- c) Amigos
- d) Otros

ANEXO 03

TABLA 01: ALIMENTACIÓN ADECUADA DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – AGOSTO 2013

Respuestas	n	%
Solamente Leche Materna	83	95.4
Leche Materna más agüitas	1	1.1
Leche Materna más Leche Artificial	3	3.4
Total	87	100.0

TABLA 02: PERIODO DE DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – AGOSTO 2013

Respuestas	n	%
Hasta los 6 meses	10	11.5
Hasta los 12 meses	36	41.4
Hasta los 24 meses	41	47.1
Total	87	100.0

TABLA 03: INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – AGOSTO 2013

Respuestas	n	%
Inmediatamente después del parto	61	70.1
A las 4 horas de nacido	7	8
A las 24 horas de nacido	3	3.4
Cuando él bebe llora de hambre por primera vez	16	18.4
Total	87	100.0

TABLA 04: FRECUENCIA EN LA QUE SE DEBE BRINDAR LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – AGOSTO 2013

Respuestas	n	%
Cada vez que llora o a libre demanda	29	33.3
Cada 2 horas	56	64.4
Cada 4 horas	2	2.3
Total	87	100.0

TABLA 05: RAZÓN PRINCIPAL PARA LA PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – AGOSTO 2013

Respuestas	n	%
Me ahorro dinero	5	5.7
Le da nutrientes necesarios y previene enfermedades	71	81.6
Me da más tiempo de estar en compañía de mi bebe	11	12.6
Total	87	100.0

TABLA 06: FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA – AGOSTO 2013

Respuestas	n	%
Personal de salud	56	64.4
Familiares	22	25.3
Otros	9	10.3
Total	87	100.0

FIRMANDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO



REALIZANDO LA ENCUESTA



PARTICIPACION ACTIVA DE LAS MADRES

