

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



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA Y LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS
MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES. PUESTO DE SALUD
SANTA BÁRBARA – CAJAMARCA 2015

PRESENTADO POR:

BACH. ENF. BETHY HUAMAN CORTEZ

ASESORA:

M Cs. FLOR VIOLETA RAFAEL SALDAÑA

CAJAMARCA – PERU 2015

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA Y LOS FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS MADRES CON NIÑOS
MENORES DE 6 MESES. PUESTO DE SALUD SANTA
BÁRBARA – CAJAMARCA 2015**

JURADO EVALUADOR

PRESIDENTA: Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva

SECRETARIA: M.Cs.Tulia Patricia Cabrera Guerra

VOCAL: Lic.Enf. María Teresita De Fátima León Roncal

ACCESITARIA: M.Cs. Aida Cristina Cerna Aldave.

ASESORA: M.Cs. Flor Violeta Rafael Saldaña.

DEDICATORIA

Con todo cariño y amor a mis padres y a mi querido hermano por su apoyo incondicional y sus sabios consejos que hicieron posible la culminación de mí Carrera profesional.

A mi esposo Antonio Calua Culqui, porque estuvo en los momentos que más lo necesitaba dándome el aliento y las fuerzas para seguir adelante.

A Andrea Calua Huamán mi pequeña y adorada hija, que su presencia en mi vida es la fuerza que me impulsa para dobligar los retos en el camino de mi realización personal y profesional.

Bethy

AGRADECIMIENTO

A Dios, por iluminarme en el camino de la vida, darme sabiduría, fortaleza y bendecirme en mi formación universitaria

Un agradecimiento especial a la Facultad de Ciencias de la Salud y a todos los docentes, por el soporte institucional dado para la realización de este trabajo y por formarme como profesional en esta digna y noble carrera.

Bethy

RESUMEN

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal. Cuyo objetivo general fue determinar y analizar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y los factores sociodemográficos de las madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015. La muestra para el presente estudio de investigación estuvo constituida por 39 madres con niños menores de 6 meses. Los datos sociodemográficos fueron recolectados por medio de un cuestionario semi-estructurado validado por Ferro Sosa Maria y Florez Condori Aydee (2006) y modificado por la autora. Para el procesamiento de datos se utilizó el SPSS versión 21.0. Los resultados revelaron que 26 madres con niños menores de 6 meses obtuvieron un nivel de conocimiento bueno, mientras que 8 madres obtuvieron un nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva, 5 madres obtuvieron un nivel de conocimiento malo.

Y así concluyo que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y los factores sociodemográficos: la mitad de madres tienen entre 25-35 años; la mayoría de madres tiene más de 1 hijo; el nivel de instrucción predominante es el nivel secundario; al igual que el estado civil es de conviviente y el nivel de ingreso económico de las madres esta entre 750 a 1500 nuevo soles.

Palabras Claves: Lactancia materna exclusiva, nivel de conocimiento y factores sociodemográficos.

ABSTRACT

The present study is correlational quantitative descriptive cross-sectional. Whose overall objective was to determine and analyze the level of knowledge about exclusive breastfeeding and sociodemographic factors of mothers with children younger than 6 months. Santa Barbara Health Post - Cajamarca 2015. The sample for this research study consisted of 39 mothers with children under 6 months. Sociodemographic data were collected through a semi-structured questionnaire validated by Ferro Sosa and Maria Florez Aydee Condori (2006) and modified by the author. For data processing SPSS version 21.0 was used. The results revealed that 26 mothers with children under 6 months had a good level of knowledge, while 8 mothers got a regular knowledge level exclusive breastfeeding, five mothers got a bad knowledge level.

And so I conclude that there is significant relationship between the level of knowledge and socio-demographic factors: half of mothers are between 25-35 years; Most mothers have more than one child; the level of instruction is predominantly is set as secondary level; like the civil state is cohabiting and income level of mothers is between 750-1500 new soles

.

Keywords: Exclusive breastfeeding, level of knowledge and sociodemographic factors

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Índice	v
Introducción	vi
CAPITULO I: EL PROBLEMA	09
1.1 Definición y Delimitación del Problema	09
1.2 Formulación del Problema	14
1.3 Justificación del Problema	14
1.4 Objetivos	16
1.4.1 General	16
1.4.2 Específicos	16
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes del Estudio	17
2.2 Teorías sobre el Tema	22
2.3. Bases Teórica	23
2.4 Hipótesis	40
2.5 Variables	40
2.5.1 Variable Independiente	41
2.5.2 Variable Dependiente	46

CAPITULO III: ASPECTOS METODOLÓGICOS	48
3.1 Tipo de Estudio	48
3.2 Área de Estudio	48
3.4 Población y Muestra	49
3.5 Criterios de selección	49
3.6 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	50
3.7 Procesamiento y análisis de datos	51
3.8 Presentación de datos	51
CAPITULO IV: RESULTADOS DEL ESTUDIO	52
Conclusiones	68
Recomendaciones	69
Referencias Bibliográficas	70
Anexos	76

INTRODUCCIÓN

Los niños son el grupo etéreo más vulnerable de la población, y más aún el niño menor de 6 meses que depende de la madre para su alimentación y protección inmunobiológica, es por ello que la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable, e ahí la importancia de que las madres conozcan aspectos relacionados sobre lactancia materna exclusiva. ⁽¹⁾

Si bien es cierto, la lactancia materna exclusiva es un tema ampliamente discutido y estudiado a nivel internacional y nacional; sin embargo en la vida diaria todavía se observa que algunas madres adolescentes, con bajo nivel educativo, utilizan lactancia mixta y/o artificial y otras madres practican lactancia materna exclusiva, pero no de la forma adecuada, evidenciándose en la ganancia de peso en los niños menores de seis meses.

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y los factores sociodemográficos de las madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015. Para la investigación se recolectó información sobre conocimientos de lactancia materna exclusiva y se buscó la relación con los factores sociodemográficos de madres con niños menores de 6 meses; encontrándose una relación estadísticamente significativa con algunas variables.

El presente estudio está estructurado en cuatro capítulos: Capítulo I: aborda el problema científico, su definición y delimitación, la formulación del problema, su justificación y objetivos ; Capítulo II: contiene el marco teórico, que al mismo tiempo incluye los antecedentes del estudio, teorías científicas, bases teóricas, hipótesis y variables; Capítulo III: abarca los aspectos metodológicos que, a su vez, contiene: tipo y ámbito de estudio, unidad de análisis, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, método y técnicas de recolección de datos, procesamiento de datos; Capítulo IV: Resultados y el análisis, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

Lactancia materna es un acto natural que se practica como forma de alimentación al niño durante los primeros meses de vida, por medio del cual la madre brinda un fluido biológico complejo (proteínas, vitaminas, grasas, vitaminas, carbohidratos, sales minerales, agua) así como 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 lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.⁽²⁾

Asociación Save the Children (Organización “Salvar los Niños”), menciona que la iniciación temprana en la lactancia materna tiene el potencial de salvar 95 bebés cada hora; 830000 al año en todo el mundo, sin embargo la Organización Mundial de la Salud³ 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%.⁽³⁾

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, políticas y normas, nacionales e internacionales pueden favorecer la lactancia materna.⁽⁴⁾

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 materno.⁽⁵⁾

En los países en desarrollo sólo 39% de los recién nacidos se colocan en el pecho de sus madres durante la primera hora de nacer. La tasa es especialmente baja (31%) en Asia. Cabe señalar que la lactancia materna dura 5 meses, en 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 sólo un 35 a 60% sigue recibiendo lactancia materna a los 6 meses.⁽⁶⁾

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 médica.⁽⁷⁾

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño que se suscribió durante la 55a Asamblea Mundial de la Salud en el año 2002 : estableció criterios específicos con miras a mejorar las prácticas de alimentación, la misma que no se cumplen los objetivos de la Declaración de Innocenti (OMS-UNICEF, 1990). Considerando esto la iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños (OMS, 1989) está promocionando la implementación de “los 10 Pasos para una Lactancia Exitosa y detener la distribución de los sucedáneos de la leche materna.”⁽⁸⁾

Los estudios sobre lactancia materna demuestran que en la promoción de la lactancia materna exclusiva influyen factores sociales, económicos y culturales para la práctica o no de la Lactancia Materna Exclusiva de algunas madres. ⁽⁹⁾

Las madres que menos dan de lactar 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. ⁽¹⁰⁾

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 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. ⁽¹¹⁾

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 meses. 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 periodo, 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”. Además señala 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 amamenten 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 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⁾

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 alimentos. Menciona además la existencia de un conflicto entre maternidad y trabajo pone de manifiesto la importancia social de la lactancia materna. Las mujeres que dan pecho tiene 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 humano.⁽¹³⁾

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 salud.⁽¹⁴⁾

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 seis 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 urbana (64.0%) y según características, 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%).⁽¹⁵⁾

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, respectivamente) 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 porcentajes. 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.⁽¹⁶⁾

La 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 hijos.⁽¹⁷⁾

Registra un incremento significativo en lactancia materna (17%), control de crecimiento y desarrollo de niños de un año (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.

Por lo expuesto nace el interés y necesidad de realizar el presente trabajo de investigación que tuvo por objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y los factores sociodemográficos de las madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y los factores sociodemográficos de las madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015?

1.3. Justificación

UNICEF (2008). 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, describe la leche materna como “la primera inmunización del bebé que ayuda a prevenir contra la diarrea, otitis, infecciones pulmonares y otros problemas de salud.”⁽¹⁹⁾

Durante las prácticas clínicas en los diferentes establecimientos de salud específicamente en el consultorio de crecimiento y desarrollo se observa que algunos niños presentan problemas tanto de crecimiento como de desarrollo y al conversar con

las madres durante la consejería se pudo observar que algunas conocen la importancia y ventajas de la lactancia materna en los primeros 6 meses de vida del bebe, otras desconocen, y algunas utilizan leches artificiales en la alimentación de sus hijos considerándolo como una mejor alimentación; cabe mencionar que la mayoría de las madres residen en zona rural, otras en la zona periurbana, con grado de instrucción entre primaria y secundaria y algunas madres adolescentes. Por lo expuesto surgió la inquietud de realizar el presente trabajo de investigación con el propósito de buscar la relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las madres con niños menores de seis meses y los factores sociodemográficos. Cuyo resultados sirven al personal de salud como referente en la mejora de estrategias de promoción y prevención sobre lactancia materna brindadas a las madres lactantes usuarias del Puesto de Salud Santa Bárbara así mismo servirá como fuente bibliográfica para otros estudios referente al tema.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y los factores sociodemográficos de las madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015.

1.4.2. Objetivos Específicos

- 1 Identificar los factores sociodemográficos de las madres de niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015.
- 2 Determinar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 6 meses sobre lactancia materna exclusiva. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015.
- 3 Establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y los factores sociodemográficos de las madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del Estudio

Internacionales

Calzado, M Cuba (2000). Realizó un estudio con 38 madres de niños menores de 4 meses, pertenecientes del policlínico "Armando García Aspurú" de Santiago de Cuba, en el mismo se concluye que el mayor porcentaje de las madres recibió instrucciones sobre lactancia materna. Donde el nivel de conocimiento está relacionado con la edad de la madre, se observó que el 97,4 % de las madres entre las edades 20 a 35 años tienen un nivel de conocimiento alto y dentro del nivel de conocimiento malo las adolescentes de 10 a 19 años representan el 39,4%, existiendo un predominio en el grupo de madres de 20 a 35 años que ofrece a su bebé lactancia materna exclusiva, conoce sus ventajas y se relaciona con las de mayor escolaridad, trabajadoras. El mayor porcentaje de niños que lactaron tuvo un estado nutricional normal, con predominio en el sexo masculino. Se destaca en nuestro trabajo que de un total de 38 niños, 37 no enfermaron, lo que representa el 97,3 %.⁽²⁰⁾

Gutiérrez, A Habana-Cuba (2001). En su estudio "nivel de conocimiento sobre la lactancia materna" llegó a las siguientes conclusiones: existe estrecha relación entre la escolaridad de la madre y su conocimiento sobre la lactancia materna, ya que el 68,3% de las madres con estudio superior 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%.⁽²¹⁾

Sanabria, M Paraguay (2001). Según el estudio de Sanabria²² denominado “Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal” realizada en Paraguay, concluye que durante el período 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 precoz.⁽²²⁾

González, I argentina (2008). En la investigación titulada “Lactancia materna”, realizado en cuba, concluye que 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 puntual fundamental en la divulgación de este tipo de alimentación deben continuar su labor educativa para lograr una mejor preparación psicológica de la madre.⁽²³⁾

Pareja, Z Venezuela (2010).En su estudio “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”, 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 información y el 72% ha obtenido información especializada sobre las ventajas de la lactancia materna.⁽²⁴⁾

Rosabal, L Santiago de Cuba (2004).en su investigación titulada “Intervención de enfermería por la capacitación sobre lactancia materna”. Llegó a las conclusiones que 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 lactar.⁽²⁵⁾

Gamboa, E Chile (2008). Concluye de su estudio “Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable” realizada en Chile, que proporciones considerables de mujeres que dieron lactancia materna durante menos de seis meses, que iniciaron la alimentación complementaria antes de los seis meses y que suspendieron la lactancia materna cuando el hijo lactante sufrió alguna enfermedad.⁽²⁶⁾

González, I Cuba (2002). Concluye que 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 condicionarán 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 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 involucradas.⁽²⁷⁾

Morán M. y Cols España (2009). En 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 vida.⁽²⁸⁾

Beth, H Brasil (2010). Concluye de su estudio “Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en Fortaleza” realizado en Brasil, que los factores que aparentemente ejercían mayor influencia sobre la decisión de las mujeres a favor de la lactancia fueron los económicos y familiares. ⁽²⁹⁾

Zimmermann, C España (2010).concluye que la mayoría 70,3% de las madres encuestadas con nivel de conocimiento bajo, tienen primaria 42,2%; secundaria, el 48,5%; tienen 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 primaria completa con 68,7%, secundaria completa 18,5% y hasta había un grupo de pacientes con estudios terciarios 12%. ⁽³⁰⁾

Broche, R Cuba (2011). Concluye de los “Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva”, que predomina 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 las que dieron de lactar a sus bebés por menor tiempo. Más de las tres cuartas partes de las mujeres refirieron como causa de abandono de la lactancia materna exclusiva, que el niño se quedaba con hambre y la insuficiente disponibilidad de leche en las mamas. ⁽³¹⁾

Nacionales

Dios, R Tumbes (2010). en su estudio 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” realizada 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 estás 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 significativas con lo que se puede decir que estas influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva. ⁽³²⁾

Mendoza, K Lima (2009). Realizó un estudio titulado “Capacitación y seguimiento domiciliario sobre lactancia materna exclusiva a púerperas del Hospital Santa Rosa” en Lima, en el que concluye que la gran mayoría de madres pueden dar lactancia materna 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 exclusiva. ⁽³³⁾

Ferro, M. y Flores, H Lima (2006). En su estudio realizado sobre “Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en púerperas del Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP)” en Lima, concluyen que el nivel de conocimiento bueno predominó entre regular a malo en un 70%. El grupo de adolescentes son las que tienen mayor riesgo a tener un conocimiento malo de lactancia materna; del mismo modo que las mujeres que son solteras, con grado de instrucción de primaria, las empleadas, las primíparas. La ocupación materna no tuvo relación con el nivel de conocimiento en el presente estudio. ⁽³⁴⁾

Bocanegra, G Trujillo (2007). realizó un estudio “Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en púerperas del Hospital Belén” en Trujillo, en el que concluye que no existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las conductas estudiadas y la edad, procedencia, ocupación, estado civil, paridad (factores personales), fuente de información (factor educativo) y (factor) socioeconómico de las madres, salvo entre la primera variable y el grado de instrucción (factor educativo) de las mismas. ⁽³⁵⁾

Locales

López, P y Gaona, M Chota (2013). En su investigación “características maternas y nivel de conocimiento de las madres en lactancia materna exclusiva. Hospital José Soto Cabanillas chota-2013” llegando a las conclusiones: la gran mayoría de madres poseen un conocimiento alto sobre lactancia materna. La edad promedio de las madres oscilan entre 21 a 25 años, primíparas, el estado civil es el de convivencia, procedentes de la zona urbana y más de la mitad tienen como ocupación ama de casa.⁽³⁶⁾

2.1.2. Teorías sobre el tema

Teoría del Aprendizaje: El aprendizaje social se enfoca a determinar en qué medida aprenden Las madres 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 nosotros.

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 Nola Pender sobre el desarrollo humano, la psicología experimental y la educación contribuyen también a estos fundamentos sobre psicología social y teoría del aprendizaje que plasma en su modelo de promoción.

En su modelo la Nola 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 determinados mediante una revisión extensa de la investigación. 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 comprobables la presente investigación se enmarca dentro de este modelo por que las madres lactantes pueden modificar sus conocimientos y actitudes no solo, a través del aprendizaje, sino también de lo observado proporcionando conductas favorecedoras de salud.⁽³⁷⁾

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Conocimiento

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. Está 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 sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.

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 a sus distintas piezas. Además define el conocimiento como un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos” en base a ello tipifica el

conocimiento científico, ordinario y vulgar, el primero lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar como conocimiento vago e inexacto limitado a la observación, refiere que el conocimiento es el conjunto de información que posee un individuo como producto de su experiencia de lo que ha sido capaz de inferir a partir de estos.⁽³⁸⁾

Tipo de conocimiento.

Para Bunge el ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico.

- **Conocimiento Sensible:** Consiste en captar un objeto promedio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.
- **Conocimiento Conceptual:** Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente.
- **Conocimiento Holístico:** (También llamado intuitivo, con el rigor de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas). En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como en el caso del conocimiento conceptual. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni ítems definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición. La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en las estructuras. El primero carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de otras, el conceptual, en cambio; es un conocimiento estructurado. Debido a esto, lo percibido a nivel intuitivo no se puede definir, (definir es delimitar), se capta como un elemento de una totalidad, se tiene una vivencia de una presencia, pero sin poder expresarla adecuadamente. Aquí está también la raíz de la dificultad para dar ejemplos concretos de este

conocimiento. Intuir un valor, por ejemplo, es tener la vivencia o presencia de ese valor y apreciarlo como tal, pero con una escasa probabilidad de poder expresarlo y comunicarlo a los demás.

Clases de conocimiento: Conocimiento Popular o Empírico

Se denomina conocimiento popular a las distintas formas que el hombre utiliza para acercarse a la realidad; experiencia, autoridad, creencias y valores.

- La experiencia.- Como forma de conocimiento emplea la repetición de las vivencias o de los hechos observados. Es una forma de aprendizaje particular, que facilita la relación con el medio pero que al mismo tiempo incluye dos limitantes. Primero, la restricción de generalizar dichas experiencias a otros eventos. Segundo, la experiencia debido a que es particular, está limitada por la percepción subjetiva de quien observa y es factible de ser vivenciada en forma diferente por otras personas.
- La autoridad.- Como otra forma de conocimientos populares da por transmisión de los conocimientos adquiridos de una generación a otra sin incluir la propia experiencia ni la valoración crítica de dicha verdad. Sucede igual cuando se acepta el saber, solo porque lo expresa alguna persona de autoridad representantes de! gobierno, la iglesia, la institución educativa o la familia. Dicho conocimiento se acepta sin someterlo a la crítica sistemática del pensamiento lógico.
- Las creencias y valores.- Como forma de conocimiento, se aceptan como hechos transmitidos entre las personas de determinada comunidad o grupo social. A su vez juegan a conformar parte integrante de la herencia cultural de los pueblos y, al igual que los otros dos conocimientos descritos, tampoco están sujetos a la comprobación de las costumbres y valores aceptados como verdades.

Es importante considerar que todos tenemos conocimiento el cual puede ser vago e inexacto pero que se vuelve racional y verificable a través de la experiencia, por medio formal e informal mediante el ejercicio intelectual. El nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna exclusiva es definido como la mayor o menor probabilidad que tiene la persona de establecer los conocimientos que se adecuan a un tema en particular. Es medido como:

- **Conocimiento Alto:** Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión superior u óptima sobre lactancia materna exclusiva.
- **Conocimiento Bajo.** Cuando en la madre, se evidencia, un grado de comprensión incorrecto e inaceptable sobre lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses. ⁽³⁹⁾

2.2.2. Lactancia materna:

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 así mismo que la lactancia “es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños. ⁽⁴⁰⁾

a) Clasificación

- **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 seis meses de vida. ⁽⁴¹⁾
- **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 alimentos ⁽⁴¹⁾
- **Alimentación complementaria o mixta:** se define como la administración de fórmula, alimentos sólidos y/o semisólidos al niño después de lactar para completar la comida. ⁽⁴¹⁾

b) Bases fisiológicas de la lactancia materna

Lactogénesis:

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 quinta semana de embarazo hasta el nacimiento del niño.

También la placenta secreta grandes cantidades de somatotropinacoriónica 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 parto.
(42)

Estadio II: Comienzo de la secreción láctea: Ocurre inmediatamente después del parto, ante el descenso brusco de los estrógenos y la progesterona, 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 300ml entre el quinto y sexto día post 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 proporcionan sustratos para la formación de leche (aminoácidos, ácidos grasos, glucosa y calcio).⁽⁴²⁾

Algunas situaciones retrasan la producción de leche como la retención placentaria ante la liberación de progesterona y la hemorragia a post parto.⁽⁴²⁾

Estadio III: Galactopoyesis, establecimiento y mantenimiento de la secreción láctea madura. El mecanismo se inicia con el reflejo de succión del bebé al estimular los receptores sensitivos del pezón, lo que produce un reflejo aferente, vía medula espinal al mesencéfalo y de allí al hipotálamo, desencadenado la secreción de prolactina de la hipófisis anterior y oxitocina de la hipófisis anterior. 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 hora. 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 hacía el pezón (reflejo de eyeción). Los fármacos que suprimen la secreción 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 hijo. ⁽⁴²⁾

c) Composición de la leche materna

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 tirosina. ⁽⁴¹⁾

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 oleico, palmítico y esteárico; presenta una pequeña cantidad de ácido linoleico el cuál es suficiente. Además se encuentra presente la enzima lipasa que permite la digestión y absorción más eficiente, es decir alrededor de un 92%. ⁽⁴¹⁾

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 los lactobacillusbifidus los que mantienen un medio ácido en el intestino lo que facilita la digestión y limita el crecimiento de ciertas bacterias. ⁽⁴¹⁾

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 neonatos. 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 suficientes. ⁽⁴¹⁾

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 proceso. ⁽⁴¹⁾

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 mortales. ⁽⁴¹⁾

- **Factor bífido:** Como se mencionó anteriormente, este factor tiene la propiedad de actuar conjuntamente con la lactosa para el desarrollo de los Lactobacillusbifidus. 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 un medio inadecuado para el crecimiento de shigella y protozoos. ⁽⁴¹⁾

- Componentes celulares: Dentro de este se incluye 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 humana.⁽⁴¹⁾
- 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 es factible observar la actividad de las otras inmunoglobulinas. Por ejemplo, la Ig G se ha visto que brinda un 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, reagentes de sífilis, crioaglutininas, y antígenos de enterobacterias. Finalmente, la Ig E que posee actividad contra reagentes alérgicas.⁽⁴¹⁾
- 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 bacterianas.⁽⁴¹⁾
- 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 crecimiento.
- 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 bacteriana.⁽⁴¹⁾

d) Beneficios de la lactancia materna.

Para el recién nacido

La lactancia materna contiene nutrientes específicos para 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 bebe. 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 su vida.”⁽⁴³⁾

La leche materna es una sustancia viva, contiene tantas células como la propia sangre. En algunas sabías 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 medicina. 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 enfermedades. “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 de 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 dentales.”⁽⁴³⁾

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 emocional. ⁽⁴³⁾

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 relajación en la madre. Por consiguiente evita el riesgo de desarrollar cáncer de ovarios 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 nacido. ⁽⁴³⁾

e) Técnicas de amamantamiento para el bebé:

Recomendaciones Generales:

- El niño debe estar limpio y seco para ser alimentado.
- 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.
- 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 presente 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 dar a 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 lactar.
- 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 ejercicio fatigante.

(43)

f) Posición que debe adoptar la mamá durante el amamantamiento:

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

- Posición sentada o de cuna: Colocar almohadas en los antebrazos de la silla se indica 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 con él bebe.

- **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 abdominales (cesáreas).
- **Posición debajo del brazo, de sandía o de futbol 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 bebe.
- **Posición acostada:** La madre se acostará en decúbito lateral, utilizando almohadas que le den apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones afectar la lactancia, también coloque almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebé. ⁽⁴³⁾

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:

- **Norma:** contar con una norma escrita sobre la eficacia de la lactancia materna que sea de conocimiento de todo el personal.
- **Capacitación:** a todo el personal de salud para que sepa poner en práctica la norma.
- **Atención prenatal:** informar a las gestantes sobre los beneficios de la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
- **Contacto precoz:** ayudar a la madre para que inicie la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- **Orientación:** enseñar a la madre como debe amamantar a su hijo y como mantener la lactancia.
- **Uso de suplementos:** los recién nacidos deben alimentarse sólo de leche materna sin recibir ningún otro alimento o bebida, salvo que estén médicamente indicados.

- **Alojamiento conjunto:** facilitar que la madre y el niño estén juntos las 24 horas del día.
- **Lactancia a demanda:** dar de lactar cada vez que el niño la solicite.
- **Tetinas y chupones:** no dar a los niños biberones ni chupones. ⁽⁴³⁾

2.2.3. Factores sociodemográficos maternos:

Refiere que son todos los agentes o elementos que contribuyen 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 madre. ⁽⁴⁴⁾

El Censo de Población 2007 registró para el departamento de Cajamarca una población total de 1 millón 387 mil 809 habitantes. El cambio poblacional experimentado en el periodo inter-censal 1993-2007 fue leve, presentando un crecimiento promedio anual de 0,8%. La población estimada para el 2012 es de 1 millón 513 mil 892 habitantes. Donde se observó que 33.2%, eran conviviente, 3.2% separados, 22.8% casados, 4.0% viudos, 0.3% divorciados y 36.7% solteros. Habiendo un mayor porcentaje en casados y convivientes. En el censo de INEI (2010) donde el promedio de hijos por mujer en el departamento de Cajamarca para el año 1999 es de 2.8, mientras que para el 2010 es de 2.1 hijos por mujer. ⁽⁴⁵⁾

En el censo de INEI (2009) indica que la población del departamento de Cajamarca tenía, 25.6% primaria completa, 44.7% secundaria y 13.5% superior y 16.2% sin ningún nivel educativo. ⁽⁴⁵⁾

En el censo de INEI (2009) donde el ingreso promedio mensual de Cajamarca fue de 474.6 nuevos soles, ubicándose por debajo del nacional que ascendió a 851.2. En el caso del ingreso nacional fue de 537.9 nuevos soles mensuales y en la región 258.4. ⁽⁴⁵⁾

El puesto de salud de Santa Bárbara tiene bajo su jurisdicción una población de 7475 habitantes de los cuales 4325 son mujeres y 3125 son hombres, siendo la población más extensa el grupo etario comprendido entre las edades de 20 a 30 años con 2477 habitantes y 189 habitantes menores de 1 año. El analfabetismo es de

aproximadamente el 34.4%, según la información obtenida de las Historias Clínicas, del cual el mayor porcentaje (65.5%) lo representa el sexo femenino.⁽⁴⁶⁾

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 exclusiva.⁽⁴⁴⁾

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 incluyen las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variable de un Estado a otro, la enumeración de estados civiles más habitual es la siguiente:

- **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.
- **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, entendiéndose 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 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.⁽⁴⁷⁾

Grado de instrucción.

Refiere que las madres cada vez que escalan los diferentes niveles de escolaridad hasta llegar al nivel superior, entienden y aceptan con mayor grado de información sanitaria, cumplir con más responsabilidad las necesidades pertinentes para el cuidado de la salud del niño.

Sostiene que el nivel de instrucción de los Padres es considerado como un indicador del nivel de vida, ya que a un mayor grado de instrucción, le da la oportunidad de informarse por las diferentes fuentes y adquirir nuevos conocimientos

Son las etapas educativas del sistema educativo peruano. Comprende las categorías siguientes

- **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 periodo de estudio tiene generalmente una duración no menor de 3 años.
- **Superior Universitaria.-** Comprende la Universidades, Escuelas de Oficiales de la Fuerzas Armas y Policiales, Seminarios Religiosos, Instituto Superiores de Arte del Perú, Instituto Pedagógico Nacional, Escuela de Enfermeras, Escuela de Periodismo y Academia Diplomática del Perú. En todos estos casos el período de estudio es no menor de 4 años.

- **Iletrada.**- La persona nunca asistió a un centro educativo.⁽⁴⁴⁾

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 colectivas.⁽⁴⁸⁾

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 ninguno.⁽⁴⁹⁾

Ocupación

Trabajo, empleo, oficio

- **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.

- **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 características, 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 calificaciones o tipos de estudiantes, 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 normas para proseguir con su aprendizaje. ⁽⁵⁰⁾

Ingreso Económico

Ingreso familiar designa a todos aquellos ingresos económicos con los que cuenta una familia, incluye al sueldo, salario, Ingreso por intereses, alquileres. ⁽⁵¹⁾

2.4. Hipótesis.

H_a: Existe relación estadística entre los factores sociodemográficos maternos y el nivel del conocimiento de las madres con niños menores de 6 meses sobre lactancia materna exclusiva del Puesto de Salud Santa Bárbara.

H₀: No existe relación estadística entre los factores sociodemográficos maternos y el nivel del conocimiento de las madres con niños menores de 6 meses sobre lactancia materna exclusiva del Puesto de Salud Santa Bárbara.

2.4 Variables de estudio.

A. Variable Independiente: factores sociodemográficos maternos:

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 madre.⁽⁵⁰⁾

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

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

	Definición	
Definición conceptual	Operacional	Indicadores
Variable independiente		Menores de 15 años
Factores Demográficos. Son todos los agentes o elementos que contribuye	Edad	De 16 a 25 años
		De 25 a 35 años
		De 36 a más años

directamente a dar un resultado determinado, por tanto va a influir en la respuesta de las madres. ⁽⁴⁴⁾	Estado civil	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda
	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior universitaria Superior no universitaria Iletrado
	Religión	Católica No católica
	Paridad	Primípara Multípara Gran multípara (> de 5)
	Ocupación	Ama de casa Empleada dependiente Empleada independiente Estudiante
	Ingreso Económico	< 500 501-750. 751- 1500. 1501 a más.

B. Variable dependiente: Nivel de conocimiento

a. Definición conceptual: 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. ⁽³⁹⁾

b. Definición operacional: El nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna será medido a través de un instrumento validado por Ferro y Flores y modificado por la autora³⁴.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Indicadores
<p>Variable dependiente</p> <p>Nivel de conocimiento de madres con niños menores de seis meses. 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.⁽³⁹⁾</p>	<p>conocimientos</p>	<p>De acuerdo a la escala de puntuación de Ferro y Flores (2006)</p> <p>pregunta correcta = 1 punto</p> <p>pregunta incorrecta=0</p>	<p>Conocimiento bueno: 16 a 22 puntos</p> <p>Conocimiento regular: 10 a 15 puntos</p> <p>Conocimiento malo: Menos de 10 puntos</p>

CAPITULO III

ASPECTOS METODOLOGÍCOS

3.1 Tipo de estudio.

El presente estudio es descriptivo, correlacional y de corte transversal.

- Descriptivo: porque se medirán y describirán como son y operan las variables de estudio, así como también se describirán de modo sistemático las características de la población en estudio.
- Correlacional: porque va determinar el grado de relación entre las variables objeto de estudio. Los factores sociodemográficos y el nivel de conocimiento.
- Corte transversal: porque van a ser recolectados directamente de los sujetos investigados, sin manipular o controlar variable alguna, aplicando los instrumentos de medición en un solo momento.⁽⁵²⁾

3.2 Área de estudio

El presente trabajo de investigación se realizará en la comunidad Santa Barbará, jurisdicción del Puesto De Salud Santa Bárbara, la misma que tiene características rurales. El puesto de Salud Santa Bárbara se encuentra ubicado al noreste de la ciudad de Cajamarca, a 3 Km. De la Plaza de Armas y al norte del Distrito de Baños Del inca del cual forma parte según ley N° 13251; entre los meridianos 78° 26' 56" de longitud oeste y los 07° 06' 32" de latitud sur, a 2850 m.s.n.m.; en el Centro Poblado de Santa Barbará. El puesto de Salud Santa Bárbara, cuenta con 9 comunidades que hace una población de 7475 habitantes y 189 niños menores de 1 año.⁽⁴⁶⁾

N°	COMUNIDAD	POBLACIÓN (niños menores de 1 años)
1	Santa Bárbara	189

El estudio se llevó a cabo con todas las madres de niños menores de 6 meses que acudieron al consultorio de control de crecimiento y desarrollo en el mes de setiembre – octubre de 2015.⁽⁴⁶⁾

3.3 Población y muestra

3.3.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por 39 madres de la comunidad de Santa Bárbara con niños menores de 6 meses que acudieron para el Control de Crecimiento y Desarrollo en el Puesto de Salud Santa Bárbara. 2015

3.3.2. Muestra

Estuvo constituida por la misma cantidad de madres que conforman la población, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.4. Criterios de selección

3.4.1. Criterios de inclusión

Madres residentes en la comunidad Santa Bárbara.

Madres que acuden al control de crecimiento y desarrollo de sus niños al Puesto de Salud Santa Bárbara.

Madres que deseen participar voluntariamente.

3.4.2. Criterios de exclusión

Madres que residan de forma esporádica en la comunidad Santa Bárbara.

3.5. Técnicas e instrumento 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 se utilizó como instrumento de recolección de datos, un cuestionario validado por Ferro Sosa María y Flores Condori Aydeé (2006), en su tesis titulada: “Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en puérperas del instituto especializado materno perinatal (IEMP)”. De octubre a diciembre del 2005 y modificado por la autora.

El cuestionario estuvo estructurada en dos partes, la primera que contiene datos sociodemográficos con un total de 7 ítems (edad, estado civil, grado de instrucción, religión, paridad, ocupación, ingreso económico), en la segunda parte se estructura con un total de 18 preguntas, las mismas que se evaluará los conocimientos de las madres, para la calificación de estas preguntas se le asignó un punto a cada pregunta correcta y a cada pregunta incorrecta no se le asigna ningún puntaje, resultando un total de 17 puntos, las mismas que usó la siguiente escala de calificación:

De 0 a 9 puntos equivalente a un indicador de malo de nivel de conocimiento; de 10 a 15 puntos equivalente a un indicador de nivel regular, de 16 a 22 puntos de conocimiento bueno.⁽³⁴⁾

Nivel del conocimiento	Calificación
Conocimiento bueno	16 a 22 puntos
Conocimiento regular	10 a 15 puntos
Conocimiento malo	Menos de 10 puntos

Escala de puntuación del cuestionario de conocimiento de la madre

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Una vez obtenida la información se ordena y codifica los datos, luego se elabora una base de datos en programa de Excel 2013, para el procesamiento de los mismos se realizara utilizando el software estadístico informático StatisticalPackageforthe Social Sciences (SPSS) V. 21,0.saliendo como resultado una confiabilidad ($p=0.031 < 0.05$).

3.7. Presentación de datos

Para la presentación de los datos obtenidos luego del procesamiento se utilizaron tablas simples y de doble entrada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 1. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015

Nivel de conocimiento	Nº	Porcentaje
Bueno	26	66.7
Regular	8	20.5
Malo	5	12.8
Total	39	100.0

Fuente: Cuestionario “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y factores sociodemográficos de madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015”

Del total de las madres que conforman la muestra de estudio el 66.7% obtuvieron un nivel de conocimiento bueno sobre lactancia materna exclusiva, 12.8% nivel de conocimiento malo, un 20.5% un nivel de conocimiento regular. Resultados similares a la investigación de Ferro y Flores (2006) quien determinó que el nivel de conocimiento bueno predominó entre regular y malo en un 70% ⁽³⁴⁾.

Probablemente estos resultados son producto de la forma vida, toda vez que este trajo fue realizado en la serranía de la capital del Perú cuyos pobladores son migrantes de la zona del sur puno, Ayacucho, etc., en donde las costumbres y la características de las mujeres son similares a las nuestra. Los resultados del presente estudio muestran un alto nivel de conocimientos sobre lactancia materna, probablemente esto se deba a que la mayoría de madres son multíparas lo que significa que en la crianza de cada hijo obtuvieron experiencia referente a las bondades sobre la lactancia materna aspecto que favoreció el conocimiento de las madres.

Así mismo las madres que solo tienen un hijo, si bien pueden conocer del tema por el grado de instrucción que posean pero además debería añadirse la pericia en la crianza, que se le obtiene por la experiencia lo que aún no muestran las madres primíparas, reflejado en los datos encontrados que alcanza un 33.3% de madres que posee un nivel de conocimiento de regular a malo.

Así mismo el personal de enfermería juega un rol importante en la salud de la población, toda vez que al realizar las actividades de control de crecimiento y desarrollo, consejería integral, sesiones demostrativas etc. en el consultorio de crecimiento y desarrollo deberían reforzar los conocimientos de la madre de acuerdo a la edad cronológica de cada niño.

**Tabla 2. Factores sociodemográficos de las madres con niños menores de 6 meses.
Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015**

Factores sociodemográficos		N = 39	% = 100
Edad	< 15	0	0.0
	16 - 25	15	38.5
	26 a 35	19	48.7
	36 a más	5	12.8
	Total	39	100
Estado civil	Soltera	3	7.7
	Casada	8	20.5
	Conviviente	28	71.8
	Total	39	100
Nivel de instrucción	Primaria	13	33.3
	Secundaria	23	59.0
	Superior universitario	0	0.0
	Superior no universitario	3	7.7
	Iletrada	0	0.0
	Total	39	100
Religión	Católico	30	76.9
	No católico	9	23.1
	total	39	100
Paridad	Primípara	13	33.3
	Múltipara	21	53.8
	Gran múltipara (más de 5)	5	12.8
	Total	39	100
Ocupación	Ama de casa	30	76.9
	Empleada dependiente	5	12.8
	Empleada independiente	4	10.3
	Estudiante	0	0.0
	Total	39	100
Ingreso económico	> 500 n.s.	0	0.0
	Entre 501 a 750 n.s.	12	30.8
	Entre 751 a 1500 n.s.	22	56.4
	> 1501 n.s.	5	12.8
	Total	39	100

Fuente: Cuestionario “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y factores sociodemográficos de madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015”

En la presente tabla observamos, que la edad predominante de la muestra en estudio oscila entre 25 a 35 años de edad lo que representa el 48.7%; 38.5.9% comprende las edades entre 16 a 25 años, y solo 12.8% de madres tienen más de 36 años, resultados corroborado por Medina (2007), el que en su estudio concluye respecto a la edad de su muestra que el 60% estuvo comprendido entre los 21 y 30 años.

Frente a los hallazgos del estudio realizado podemos indicar que la edad predominante coincide con la paridad de las madres considerando que entre las que tienen más de dos hijos y más de cuatro alcanzan los dos tercios de la muestra lo que significa que estas iniciaron su vida reproductiva en la adolescencia.

Referente al estado civil, la convivencia alcanza 71.8%, 20.5% casadas y 7.7% son madres solteras. Estos resultados son similares al censo de INEI (2007) en el departamento de Cajamarca donde se observó que 33.2%, eran conviviente, 3.2% separadas, 22.8% casadas, 4.0% viudas, 0.3% divorciadas y 36.7% solteras. Habiendo un mayor porcentaje en casados y convivientes.

En los resultados del presente estudio se observa un alto porcentaje de convivientes lo cual refleja la idiosincrasia de la población rural que por costumbre se unen y forman una familia sin el requisito legal de la unión conyugal.

La representatividad en el nivel de instrucción está dada por el nivel secundario con un 59%, seguido de educación primaria con un 33.3% y solo un 7.7% de madres que tienen alguna profesión no universitaria, no se encontró madres iletradas. Resultados similares con el censo de INEI (2009) indica que la población del departamento de Cajamarca tenía, 25.6% primaria completa, 44.7% secundaria y 13.5% superior y 16.2% sin ningún nivel educativo.

Los hallazgos del estudio son satisfactorios toda vez que el nivel educativo de las madres es de regular a bueno lo que se convierte en un factor coadyuvante para la adquisición y comprensión del conocimiento respecto a la lactancia materna.

En cuanto a la religión, el 76.9% de la mayoría de madres son católicas y solo el 23.1% profesan la religión no católica. Estos resultados se deben a que la mayoría de la población local tiene formación cristiana católica inculcada en el seno familiar y es la más aceptada en la población, posiblemente juega un rol fundamental en la lactancia materna, ya que las madres cualquiera sea su nivel de instrucción, todavía están presentes las creencias y valores que en ocasiones se convierten en limitantes a la exclusividad de la lactancia.

Referente a la paridad el 53.8% de madres son multíparas, el 33.3% son primíparas y el 12.8% son gran multíparas. Observándose una similitud con el censo de INEI (2010) donde el promedio de hijos por mujer en el departamento de Cajamarca para el año 1999 es de 2.8, mientras que para el 2010 es de 2.1 hijos por mujer. Posiblemente estas reducciones en cuanto al número de hijos por mujer, son consecuencias probablemente de la presencia de los programas de Planificación Familiar, el grado de instrucción que de una a otra manera influyen en la decisión de las madres en el uso de métodos anticonceptivos.

Respecto a la ocupación, el 76.9% son amas de casa, el 12.8% son empleadas dependientes y solo un 10.3% son madres que tiene una ocupación independiente. Existiendo una similitud con el estudio de Ferro y Flores (2006) en donde se encontró que 62.9% eran amas de casa, 16.5% empleadas, 13.8% independiente y 6.7% estudiantes. Resultado muy común en nuestra zona en donde por patrones culturales las mujeres se dedican a los quehaceres de la casa y al cuidado de sus hijos.

Según el nivel de ingreso económico familiar, el 56.4% percibían un ingreso de entre 751 a 1500 n.s. y un 30.8% percibe un ingreso económico menor a 750 nuevos soles y solamente un 12.8% supera un ingreso mayor a 1500 nuevos soles. Encontrándose una

similitud con el censo de INEI (2009) donde el ingreso promedio mensual de Cajamarca fue de 474.6 nuevos soles, ubicándose por debajo del nacional que ascendió a 851.2. En el caso de la mediana del ingreso, la nacional fue de 537.9 nuevos soles mensuales y en la región 258.4. El ingreso económico juega un rol importante en las familias sin embargo podemos observar que los ingresos de los integrantes de la muestra en estudio no cubre la canasta familiar motivo por el cual las familias se ven restringidas de muchas necesidades básicas como educación, alimentación, etc.

Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva según edad de la madre. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015

Edad	Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva							
	Malo		Regular		Bueno		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 15	-	-	-	-	-	-	-	-
16 – 25	3	20.0	4	26.7	8	53.3	15	100.0
26 – 35	1	5.3	3	15.8	15	78.9	19	100.0
36 a más	1	20.0	1	20.0	3	60.0	5	100.0
Total	5	12.8	8	20.5	26	66.7	39	100.0
Prueba de Chi-cuadrado $X^2 = 2.996$ P.V. = 0.017 G.L. = 6								

Fuente: Cuestionario “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y factores sociodemográficos de madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015”

En la tabla 3, se observa que de las madres que integran la muestra en estudio el 66.7% obtuvieron un nivel de conocimiento bueno. De ello el 78.9% fueron las madres que se encontraban entre las edades de 26 a 35 años, 53.3% entre 16 a 25 y 60% de 36 años a más, 20.5% de las madres obtuvieron un nivel de conocimiento regular, en donde predominó la edad de 16 a 25 años y del 12.8% de las madres que obtuvieron un nivel de conocimiento malo, predominó la edad de 16 a 25 años. Encontrando una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de las madres y la edad (P.V. = 0.017 < 0.05) Por lo tanto podemos indicar que el grupo etáreo con más alto nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva es el comprendido entre las edades de 26 a 35 años, lo que demuestra que la edad sí influye en el nivel de conocimientos de las madres, toda vez que este grupo etario se encuentra en la etapa de adulto joven etapa que es señalada como la edad óptima para tener hijos por encontrarse preparada tanto física, psicológica y social factor que le permite el acceso a fuentes de información ya sea conversaciones, aprendizaje por lectura, orientación y consejería del personal de salud etc. Los resultados son corroborados con el estudio de Calzado M. (2000) acerca del comportamiento de la lactancia materna exclusiva, relacionada con la edad de la madre, en donde se observó que el 97,4 % de las madres entre las edades 20 a 35 años tienen un nivel de conocimiento alto y dentro del nivel de conocimiento malo

se encontraban las adolescentes de 10 a 19 con 39,4%, lo que demuestra una vez más que la edad está relacionada con el conocimiento de lactancia materna. Asimismo Veliz afirma que 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 incorpora a su acervo personal, estando convencida de su significado ; por lo tanto no se puede avanzar en edad sin adquirir y asimilar el conocimiento empírico; conocimiento que las madres han ido adquiriendo a través de la crianza de sus hijos, no resultando de manera positiva para el caso de las madres primíparas que recién inician la adquisición del conocimiento empírico; pero consideramos que la ventaja para ellas es el nivel de educación más elevado que poseen, ello les permite asimilar y comprender mejor la información percibida sobre lactancia materna exclusiva.⁽²⁰⁾

Tabla 4. Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva según estado civil de la madre. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015

Estado civil	Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva							
	Malo		Regular		Bueno		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	1	33.3	-	-	2	66.7	3	100
Casada	1	12.5	2	25	5	62.5	8	100
Conviviente	3	10.7	6	21.4	19	67.9	28	100
Divorciada	-	-	-	-	-	-	-	-
Viuda	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	5	12.8	8	20.5	26	66.7	39	100
Prueba de Chi-cuadrado		X² = 61.814		P.V. = 0.043		G.L. = 8		

Fuente: Cuestionario “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y factores sociodemográficos de madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015”

En la tabla 4 el 66.7% tienen un nivel de conocimiento bueno y de acuerdo al estado civil, 66.7% son solteras, 67.9% son convivientes y 62.5% casadas. Mientras que las madres que obtuvieron un nivel de conocimiento regular, 21.4% son convivientes y 25% casadas. Y del 12.8% de madres con nivel de conocimiento malo, el 33.3% son madres solteras, 12.5% casadas y 10.7% son convivientes. Encontrando una relación estadísticamente significativa ($P.V. = 0.043 < 0.05$). Entre el nivel de conocimiento de las madres y la unión conyugal. Resultados similares con la investigación de Ferro y Flores (2006) el que indica que el 46.9% de madres casadas y el 29.1% de madres convivientes tienen un conocimiento alto sobre lactancia materna. ⁽³⁴⁾. Frente a estos hallazgos podemos indicar que según el resultado general sobre el nivel de conocimiento en donde predomina el nivel bueno sobre el nivel malo y regular con alto porcentaje en todos los grupos de unión conyugal con una diferencia mínima porcentual lo que significa que la relación se da casi igual entre las solteras, casadas y convivientes probablemente esto ocurre porque en todos los grupos existe el apoyo económico y emocional de la pareja y familiares en el caso de las solteras lo cual ayuda a mejorar su sentido de autoestima y eficacia en las tareas maternas además de mejorar la convivencia de armonía y satisfacción promoviendo un desarrollo saludable en el niño.

Tabla 5. Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva según el grado de instrucción. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca. 2015

Grado de instrucción	Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva							
	Malo		Regular		Bueno		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria	2	15.4	5	38.5	6	46.1	13	100
Secundaria	3	13.0	3	13.1	17	73.9	23	100
Superior universitario	-	-	-	-	-	-	-	-
Superior no universitario	-	-	-	-	3	100	3	100
Total	5	12.8	8	20.5	26	66.7	39	100
Prueba de Chi-cuadrado	X ² = 5.236		P.V. = 0.022		G.L. = 6			

Fuente: Cuestionario “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y factores sociodemográficos de madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015”

En la tabla 5, según el grado de instrucción de las madres, el 66.7% obtuvieron un nivel de conocimiento bueno. De ello el 73.9% tienen secundaria completa, 46.1% primaria y 100% superior no universitaria. Mientras que las madres que obtuvieron un nivel de conocimiento regular, el 38.5% tiene primaria y el 13.1% secundaria, mientras que las madres que obtuvieron un nivel de conocimiento malo el 15.4% tienen primaria y 13% secundaria. Por lo tanto encontramos una relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento de las madres ($p.V. = 0.022 < 0.05$).

Resultados similares encontrados por Gutiérrez (2001) el que refiere que existe estrecha relación entre la escolaridad de la madre y su conocimiento sobre la lactancia materna, ya que el 68,33% de las madres con estudio superior tienen conocimiento sobre la lactancia materna, además menciona que la frecuencia de lactancia materna está relacionada con la ocupación de la madre y es en las amas de casa que se da el mayor número de veces que la madre da de lactar al niño con el 60,8%.⁽²¹⁾

Los resultados del presente estudio evidencian la importancia del nivel de instrucción de la madre el cual debe ser considerado como un indicador del nivel de vida, además el mayor grado de instrucción, brinda la oportunidad de informarse por las diferentes fuentes y adquirir nuevos conocimientos que le permitan tomar conciencia y asumir con responsabilidad su rol dentro del hogar y del cuidado de sus hijos, además de la mejor comprensión y procesamiento de la información adquirida.

Para el caso de Perú el INEI refiere 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 hijos; además considerando que el Perú tiene un promedio de 4.3 meses de lactancia materna exclusiva, aspecto que fortalece la práctica de lactancia materna exclusiva, de este mismo dato las madres que no tienen ningún grado de instrucción tienen un promedio de 5.3 meses de lactancia materna exclusiva y las madres con educación superior solo alcanza un 2.6% de lactancia materna exclusiva.⁽⁵⁰⁾

Referimos que si bien tenemos buenos indicadores sobre lactancia materna exclusiva, el grado de instrucción está íntimamente relacionado con la ocupación de la madre, ya que se dedican además del cuidado de los niños al trabajo para generar ingresos económicos, aspecto que se ve limitado a la lactancia materna exclusiva, ya que disminuye el número de veces de la lactancia por lo que se ven obligadas a incluir fórmulas para la alimentación de los niños, esto se ve agrado por lo bajos ingresos económicos y a la crianza de los hijos por solo la madre.

Si bien es cierto que a mejores condiciones educativas mejora la capacidad de procesamiento de la información y su comprensión, el apoyo familiar es imprescindible para el buen desarrollo de los niños a esta edad, ya que ayuda a la identificación de género, además de fortalecer su desarrollo social y emocional, por lo que se plantea que se incluya a los padres en los programas educativos.

Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva según Paridad de las madres. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015

Paridad	Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva							
	Malo		Regular		Bueno		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primípara	2	15.4	5	38.5	6	46.2	13	100
Múltipara	1	4.8	2	9.5	18	85.7	21	100
Gran múltipara	2	40.0	1	20	2	40.0	5	100
Total	5	12.8	8	20.5	26	66.7	39	100
Prueba de Chi-cuadrado	X ² = 9.787		P.V. = 0.033		G.L. = 4			

Fuente: Cuestionario “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y factores sociodemográficos de madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015”

La tabla 6, se observa que el 85.7% de las madres múltiparas tuvieron un nivel de conocimiento bueno, seguido de las primíparas con 46.2% y las gran múltiparas con 40%, mientras que las madres que obtuvieron un nivel de conocimiento regular, el 38.5% son primíparas, 20% gran múltiparas y el 9.5% múltiparas y las madres con nivel de conocimiento malo, el 40% son gran múltiparas, el 15.4 son primíparas y el 4.8% son múltiparas. Encontrándose una relación estadísticamente significativa ($p.v. = 0.033 < 0.05$) entre el nivel de conocimiento y la paridad de las madres. Resultados discordantes con los encontrados por Ferro y Flores (2006) donde las mujeres que son madres por primera vez, tienen el porcentaje más alto de nivel de conocimiento malo con 23.5% a comparación de las múltiparas y gran múltiparas que tienen un nivel de conocimiento alto. ⁽³⁴⁾Por lo tanto podemos afirmar que las madres al tener más hijos adquieren mayor experiencia en la práctica sobre lactancia materna, aspecto fundamental en el crecimiento y desarrollo de los niños.

Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva según ingreso económico. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015

Ingreso económico	Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva								
	Malo		Regular		Bueno		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
< 500	-	-	-	-	-	-	-	-	
501 – 750	1	8.3	2	16.7	9	75.0	12	100	
751 – 1500	3	13.6	5	22.7	14	63.6	22	100	
1501 a mas	1	20.0	1	20.0	3	60.0	5	100	
Total	5	12.8	8	20.5	26	66.7	39	100	
Prueba de Chi-cuadrado $X^2 = 0.729$								P.V. = 0.035	G.L. = 6

Fuente: Cuestionario “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y factores sociodemográficos de madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015”

La tabla 7 nos muestra que el 66.7% obtuvieron un nivel de conocimiento bueno. De ello el 63.6% con un ingreso económico de 751-1500 nuevo soles, el 63.6% con un ingreso de 1501 a más y 60% con 501 a 750. Mientas que las madres que obtuvieron un nivel de conocimiento regular, el 16.7% con un ingreso económico de 501-750, el 20% con un ingreso de 1501 a más y el 22.7% con un ingreso de 751 a 1500 nuevo soles y las madres con nivel de conocimiento malo representa el 12.8, predominando madres que tienen un ingreso económico de 1501 a más. Encontrándose una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el ingreso económico (p.v. = 0.035 < 0.05)

Los hallazgos de la presente investigación en donde predomina el nivel de conocimiento bueno sugiere que a medida que la familia tiene mayores posibilidades económicas, mejores serán sus posibilidades a ingresar al sistema educativo y a la adquisición de información y mejorar la capacidad de comprensión de diferentes temas, sin embargo es necesario resaltar que el nivel de conocimientos malo y regular es la tercera parte de la muestra, mostrando una preocupante situación toda vez que el

conocimiento va a repercutir en la actitud y comportamiento de los padres para con sus hijos.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos e hipótesis del estudio se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- La mayoría de las madres de niños menores de 6 meses atendidos en el Puesto de Salud Santa Bárbara, tienen un alto nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, la quinta parte nivel regular y una décima parte nivel malo.
- Los factores sociodemográficos de las madres de niños menores de 6 meses atendidas en el Puesto de Salud Santa Bárbara, fueron: la mitad de madres se encuentra entre 26-35 años, la mayoría de madres tiene más de 1 hijo, el nivel de instrucción predominante es el nivel secundario, tres tercios son conviventes, la mitad tienen un ingreso económico entre 751 a 1500 nuevo soles.
- Existe relación estadísticamente significativa ($P.V = 0.031 < 0.05$) entre los factores sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de instrucción, paridad, ingreso económico) con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de madres con niños menores de 6 meses atendidas en el Puesto de Salud Santa Bárbara, aceptándose de esta manera la hipótesis alterna.

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección regional de salud

Supervise la aplicación de estrategias sanitarias en los establecimientos de salud

2. Al personal de Enfermería del Puesto de Salud Santa Bárbara

Refuerce la promoción de la lactancia exclusiva 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.

3. A los estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional De Cajamarca

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

Desarrollar programas educativos relacionados con la lactancia materna exclusiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud (2001). Lactancia Materna; Texto para el uso de Capacitadores en la iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y niño. UNICEF.OPS/USAID.
2. OMS – UNICEF: Declaración de Inocenti. WHO. Florencia (1990). (Resolución WHA 45.34). Disponible en. <http://www.copeson.Org.mx>
3. Calvo, C. (2010). “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
4. Ilabaca, J. (2002).” Tendencia de la Lactancia Materna en el Servicio de Salud Metropolitano sur “. Revista Chilena de Pediatría. 73(2): 127 – 134. 2002. (Citado EL 15 de julio 2013). Disponible en <http://www.Scielo.cl>.
5. Cari, Y. (2009). Situación de la lactancia materna exclusiva y factores que determinan su duración en madres atendidas en el Hospital Materno Infantil Los Andes. Perú.
6. UNICEF. Seguimiento de los progresos en la nutrición de los niños y las madres. (2009). New York disponible en nyhqdoc.permit@unicef.Org
7. El boletín quincenal de Terra. (2011). Pocos hospitales en EE.UU. apoyan la lactancia materna. Disponible en: <http://vidayestilo.terra.com.pe>
8. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Informe de secretaria.55 Asamblea Mundial de la Salud. (2002). Ginebra, Disponible en: <http://www.Who>.
9. Duran R. (2003). Factor sicosociales que influyen en el abandono en la lactancia materna. Rev. Cubana Pediátrica. Cuba.

10. Veliz J. (2006). Identificación de factores vinculados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva. Policlínico “Hermanos Cruz”. 2004. Cuba.
11. Huamayalli M. y Solís A. (2014). Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en primigestas del puesto de salud San Juan – Valencia.
12. Delgado, M. (2004). Conocimientos maternos sobre conductas optimas de lactancia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol.55 N°.1.Bogotá. Enero-Marzo. 2004. Colombia. Disponible: <http://www.scielo.org.com>
13. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. Indicadores de Resultado Identificados en los Programas Estratégicos 2000 primer semestre 2011. Perú. (Citado el 18 de julio del 2013)
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática Encuesta Demográfica y de salud familiar (ENDES). (2005). Lima.
15. INEI. Glosario completo. (2000). (En Línea) Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática Encuesta Demográfica y de salud familiar (ENDE) (2005). Lima.
17. González, I. (2002). “Lactancia materna”. Revista Cubana Enfermería. Vol.18 (1):15-22. La Habana – Cuba. Enero - marzo 2002. Cuba. Disponible en: <http://.bvs.cu.pdf>
18. ANDINA. Agencia peruana de noticia. (2009). “Destacan avances en práctica de lactancia materna Y vacunación infantil en Cajamarca”. 07 de febrero 2009. Disponible en: <http://www.andina.com>
19. UNICEF (2008). Estado Mundial de la infancia
20. Calzado M. (2000). “Influencias de la lactancia materna en la salud del niño”. Revista Cubana Enfermería.V.16 N°.2. Ciudad de la Habana Mayo – Agosto 2000. Cuba. Disponible en: <http://scielo.sId.cu/scielo>

21. Gutiérrez, A. (2001). "Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna". Rev. Cubana Enfermería V. 17 N.1 La Habana Cuba. Enero-abril.2001. Cuba. Disponible en. <http://www.imbiomed.com>.
22. Sanabria M. (2001). "Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal" Revista Cubana Enfermería. Paraguay.
23. Gonzáles I. (2008). "Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso" Revista de Posgrado de la VI cátedra de medicina. N° 177. Argentina
24. Pareja, Z. (2010). Conocimiento sobre lactancia materna que posee las primigestas que acuden al control pre-natal del Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé. Perú.
25. Rosabal L. (2004). "Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna" Revista Cubana de Enfermería. V.20 N.1 La Habana – Cuba. Enero – abril 2004. Cuba. Disponible en: <http://scielo.sid.cu>
26. Gamboa E. (2008). "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. Marzo. 2008. Chile. Disponible en: <http://dx.doi.org>
27. Gonzáles, I. (2002). "Lactancia materna". Revista Cubana Enfermería. Vol.18 (1):15-22.La Habana – Cuba. Enero - marzo 2002. Cuba. Disponible en: <http://.bvs.cu.pdf>
28. Morán M. y Cols. (2009). "Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad" Revista de Nutrición Hospitalaria V. 24 N.2. España.
29. Beth, H. (2010). "Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta de fortaleza" Revista Enfermería global N. 19. Brasil.

30. Zimmermann, C. (2010). Conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de la ciudad de resistencia en el año 2010. España.
31. Broche, R. (2011). “Factores Socioculturales y Psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva” Revista Cubana Medicina General Integral Vol. 27 N° 2 Ciudad de la Habana abril- junio. 2011. Cuba.
32. Dios, R. (2010). 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. Tumbes.
33. Mendoza, K. (2009). Capacitación y seguimiento domiciliario sobre lactancia materna exclusiva a puérperas del Hospital Santa Rosa. Perú.
34. Ferro, M. y Flores, H. (2006). Nivel de Conocimiento en Lactancia Materna y su relación con los factores socio-culturales puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005. Perú.
35. Bocanegra G. (2007). Conocimiento sobre conductas óptimas se lactancia y su relación con los factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del Hospital Belén en Trujillo. Perú. Disponible en: revistamedica@ucv.edu.pe
36. López, P y Gaona, M. (2013). Características maternas y nivel de conocimiento de las madres en lactancia materna exclusiva. Hospital José Soto Cabanillas chota-2013. Perú.
37. Marriner A. (1994). Modelos y teorías en enfermería. Tercera edición. Mosby – Doyma.
38. Romero D .Nivel de conocimiento y actitud de la gestante frente al control prenatal zona urbana chota-2007.tesis (licenciada de enfermería).Universidad Nacional De Cajamarca.
39. Bunge M. (1985). Clasificación del conocimiento

40. 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>
41. 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 2005.
42. GRAJEDA R y cols. Stress During Labour and delivery is associate with delayed onset of laction among urban guatemalan women. Community and international nutrition, 2012
43. 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 2001.
44. 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.
45. INEI. Censo 2007: XI población y VI de vivienda. Estadísticas sociodemográficas Cajamarca (2007-2010). Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe.pdf>.
46. Análisis de situación de salud (ASIS). (2010). Santa Bárbara.
47. Definición de Estado Civil. Citado el 18 de octubre del 2015. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Estado_civil
48. Definición de religión. Citado el 20 de octubre del 2015. Disponible en: <https://sites.google.com/a/liceofranco.org/conclusion-filosofia1/el-conocimiento-religioso>
49. Cadwell, J. (1990). La Educación Materna en la Mortalidad Infantil.

50. INEI. (2000). Glosario de términos poblacionales. Características de los Grupos Étnicos de la Amazonia Peruana y del Espacio Geográfico en el que residen- INEI. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe.pdf>
51. Robles M. (2000). Determinación del ingreso familiar. Encuesta integrada de hogares 1997 – 1998. Paraguay.
52. Hernández, R. Metodología DE LA Investigación. (2006). 3 era edición. Ed Mc Graw Hill. México.

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

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 el campo de las investigaciones en salud.

Acepto colaborar en el trabajo de investigación ““Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y los factores sociodemográficos de las madres con niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Santa Bárbara – Cajamarca 2015””.

Ejecutado por la bachiller de enfermería de la universidad nacional de Cajamarca Huamán Cortez Bethy; con el fin de obtener su grado de Lic. En Enfermería; además de incrementar los conocimientos científicos en el área de la lactancia materna exclusiva y promover la salud materna.

Firma del colaborador

Firma del investigador

Cajamarca, octubre 2015

ANEXO N°2

CUESTIONARIO



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 6 MESES. PUESTO DE SALUD SANTA BÁRBARA – CAJAMARCA 2015.

CUESTIONARIO N°: _____

ENCUESTADOR: _____

I. FACTORES SOCIOCULTURALES:

1. Edad:

- a) Menores de 15 años
- b) De 16 a 25 años.
- c) De 25 a 35 años.
- d) De 36 a más años.

2. Estado Civil:

- a) soltera.
- b) Casada.
- c) Conviviente.
- d) Divorciada.

e) Viuda.

3. Grado de Instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- C) Superior universitario.
- d) superior no universitario.
- e) Iletrada

4. Religión:

- a) católico ()
- b) No católico ()

5. Paridad:

- a) Primípara.
- b) Multípara.
- c) Gran multípara (Más de 5)

6. Ocupación:

- a) Ama de casa.
- b) Empleada dependiente.
- C) Empleada independientes.
- d) Estudiante

7. Ingreso Económico:

- a) < 500
- b) 501-750.
- c) 751- 1500.
- d) 1501 a más.

II.NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

8. Sabe usted qué es lactancia materna exclusiva.

- a) Alimentación infantil en el cual él bebé recibe leche de su madre ningún otro líquido o sólido durante los primeros seis meses de vida.
- b) Alimentación infantil en el que el niño recibe leche materna pero además, puede recibir otros líquidos como té, café, agua azucarada, jugos y cereales, todos en cantidades que la madre considere.

9. Durante los primeros 6 meses de vida del bebé usted debe alimentarlo con:

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

10. Hasta qué edad se le debe dar pecho al bebé

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

11. Cuándo debe iniciar la lactancia materna su bebé.

- a) A las 4 horas de nacido.
- b) Inmediatamente después del parto.
- c) A las 24 horas de nacido.
- d) Cuando el bebé llora de hambre por primera vez.

12. Cada qué tiempo debe dar de mamar el bebé.

- a) Cada 2 horas.
- b) Cada vez que el niño llora o a libre demanda.
- c) Cada 6 horas.

13. Si su bebé duerme por más de dos horas, ¿qué haría usted?

- a) Dejo que siga durmiendo.
- b) Lo despierto y le doy biberón.
- c) Lo despierto y le doy pecho.
- d) Solo lo despierto.

14. Si su bebé llora de hambre o de sed durante el día y la noche, ¿Que haría Ud.?:

- a) Le daría leche artificial.
- b) Le daría solo pecho.
- c) Le daría leche materna más agüitas.

15. Si usted. Trabajará o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar al bebé?

- a) Tendría que darle leche artificial.
- b) Le daría leche materna mientras este con mi bebé y leche artificial cuando me separe de él.
- c) Preferiblemente tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.

16. La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:. Si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea:

- a) Le suspende la lactancia materna.
- b) Le da panetela (sopa de arroz) 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 T.B.C.
- b) Madres con VIH /SIDA.
- C) madres con desórdenes mentales.

18. Puede usted. Indicar la razón principal por la que usted. Le daría leche materna a su bebé.

- 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 bebé.

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

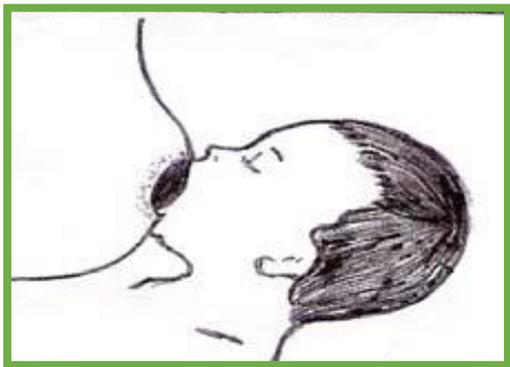


a) ()

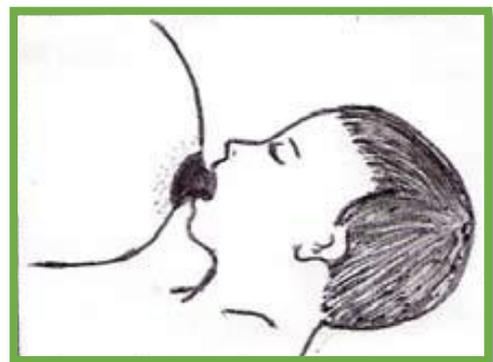


b) ()

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



a) ()



b) ()

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

- a) Empezar dar de lactar por cualquier seno.
- b) Iniciar por la mama que no estuvo lactando anteriormente.

22. Para interrumpir la succión:

- d) Jala el pezón para que le bebé suelte.
- e) Introduce un dedo en su boquita para que suelte el pezón.

23. De quién obtuvo usted. Información sobre Lactancia Materna.

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

