



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y FACTORES SOCIOCULTURALES
MATERNOS RELACIONADOS A LA LACTANCIA EN NIÑOS
MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN.
NUEVO CHIMBOTE, 2013.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTAS:

**CUETO TERRONES, Génesis Melina
LÓPEZ UTRILLA, Rita Mairely**

ASESORA:

Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen

**NUEVO CHIMBOTE - PERÚ
2014**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y V°B° de:

Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Revisado y V°B° de:
JURADO EVALUADOR

Dra. MORGAN ZAVALAETA, Ysabel
Presidenta

Lic. OBESO DÍAZ, Hilda
Secretaria

Dra. SERRANO VALDERRAMA, Carmen
Integrante

DEDICATORIA

Dedicado principalmente a mi padre Dios por ser quien me dio la vida, me da la fuerza y el valor para continuar cada día y así poder cumplir mis metas y anhelos, por no abandonarme en los momentos más difíciles y ser la luz que alumbra mi camino.

A mi padres Nora y Florencio porque con su inmenso amor, sus sabios consejos, su rigurosa y estricta enseñanza, y sacrificio me enseñaron a valorar la vida, brindándome su apoyo incondicional para hacer posible mi formación profesional, por sus ejemplos de perseverancia y constancia que han infundido en mi, por el valor que me han mostrado para salir adelante.

A mi hijo Sebastian; por su inmenso cariño, por darme cada día momentos de alegría y aliento permanente para culminar mis metas.

GENESIS

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi padre Dios en primer lugar, por darme la vida y guiarme por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante y lograr mis objetivos sin desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades y no desfallecer.

A mis padres Aquelina y Herculano por el gran amor y apoyo ilimitado e incondicional que siempre me han dado, por tener siempre la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos, por haberme formado como una persona de bien y por haberme apoyado en todo momento, por sus sabios consejos y por la motivación constante que me ha permitido seguir adelante y formarme profesionalmente, por su amor, por haberme dado una carrera para el futuro y por creer en mí.

A mi hermana Evelyn, por su constante amor para mi superación personal y apoyo incondicional.

RITA

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Mater la Universidad Nacional del Santa, Escuela Académico Profesional de Enfermería y toda su plana docente, por acogernos y brindarnos una enseñanza de calidad en nuestra formación académica.

A las madres del Módulo de Pediatría del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, por toda su disposición y apoyo incondicional, que fueron de invaluable importancia para la realización del presente estudio.

GENESIS Y RITA

AGRADECIMIENTO

De manera muy especial a nuestra asesora la Dra. CARMEN SERRANO VALDERRAMA, por sus orientaciones, motivación, colaboración y conocimientos impartidos durante todo el proceso de la elaboración de la presente Tesis. Gracias profesora por habernos acompañado en este camino hacia la culminación de nuestra Tesis, porque con sus palabras y apoyo ha hecho que crezcamos como personas y sobre todo como futuros profesionales.

GENESIS Y RITA

ÍNDICE GENERAL

| | Pág. |
|---------------------------------|------|
| RESUMEN | |
| ABSTRACT | |
| I. INTRODUCCIÓN | 16 |
| II. MARCO TEÓRICO | 46 |
| III. MATERIALES Y MÉTODOS | 54 |
| IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 65 |
| 4.1 Resultados | 65 |
| 4.2 Discusión | 87 |
| V. CONCLUSIONES | 102 |
| VI. RECOMENDACIONES | 103 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 105 |
| ANEXOS | 117 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | Pág. |
|-------------|---|------|
| TABLA Nº 01 | NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 64 |
| TABLA Nº 02 | FACTORES SOCIOCULTURALES MATERNOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 66 |
| TABLA Nº 03 | LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 74 |
| TABLA Nº 04 | NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS Y LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 76 |
| TABLA Nº 05 | FACTORES SOCIOCULTURALES MATERNOS Y LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 78 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | | Pág. |
|---------------|--|------|
| GRÁFICO N° 1 | NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 65 |
| GRÁFICO N° 2A | EDAD MATERNA. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 67 |
| GRÁFICO N° 2B | TENENCIA DE PAREJA. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 68 |
| GRÁFICO N° 2C | GRADO DE INSTRUCCIÓN MATERNA. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 69 |
| GRÁFICO N° 2D | PROCEDENCIA MATERNA. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 70 |

| | | |
|----------------------|---|-----------|
| GRÁFICO N° 2E | TRABAJO MATERNO. HOSPITAL ELEAZAR | 71 |
| | GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | |
| GRÁFICO N° 2F | CONTROL PRENATAL. HOSPITAL ELEAZAR | 72 |
| | GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | |
| GRÁFICO N° 2G | CULTURA MATERNA. HOSPITAL ELEAZAR | 73 |
| | GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | |
| GRÁFICO N° 3 | LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 | 75 |
| | MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN | |
| | BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | |
| GRÁFICO N° 4 | NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS | 77 |
| | RELACIONADOS A LA LACTANCIA EN NIÑOS | |
| | MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR | |
| | GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | |

GRÁFICO N° 5A EDAD RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. 79

GRÁFICO N° 5B TENENCIA DE PAREJA RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. 80

GRÁFICO N° 5C GRADO DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. 81

GRÁFICO N° 5D PROCEDENCIA RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. 82

| | | |
|----------------------|---|-----------|
| GRÁFICO N° 5E | TRABAJO RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 83 |
| GRÁFICO N° 5F | CONTROL PRENATAL RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 84 |
| GRADICO N° 5G | CULTURA RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013. | 85 |

RESUMEN

El presente informe de investigación, tipo Descriptivo, Correlacional de corte Transversal tuvo como objetivo conocer el nivel de conocimientos y factores socioculturales maternos relacionados a la lactancia en niños menores de 6 meses. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, la muestra estuvo conformada por 40 madres que reunieron los criterios de inclusión. Se utilizaron 3 instrumentos: nivel de conocimientos maternos, factores socioculturales maternos y lactancia en niños menores de 6 meses. El procesamiento y análisis se realizó en el software de estadísticas: SPSS Statistics Editor de Datos 18 y la prueba de independencia de criterios Chi cuadrado. Se concluye que:

1. El 77.5% de las madres presentaron un nivel de conocimientos adecuados y el 22.5% un nivel de conocimientos inadecuados.
2. El 67.5% tienen de 20 a 25 años de edad, el 67.5% tienen pareja, el 42.5% instrucción secundaria, el 42.5% proceden de zona urbana, el 85.0% trabajan fuera del hogar, el 82.5% tuvieron control prenatal completo y el 85.0% tiene una mala cultura.
3. El 75.0% de las madres brindan lactancia materna exclusiva y el 25.0% brinda lactancia mixta, no se encontró madres que brindan lactancia artificial.
4. No existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento materno y lactancia en niños menores de 6 meses.
5. Existe relación estadística significativa entre la tenencia de pareja y el trabajo con la lactancia. No existió relación estadística significativa entre la edad, grado de instrucción, procedencia, control prenatal y cultura con la lactancia en niños menores de 6 meses.

PALABRAS CLAVES: Conocimientos, Factores Socioculturales, lactancia.

ABSTRACT

This research report, type descriptive, correlational Transverse section aimed to know the level of knowledge and sociocultural factors related to maternal breastfeeding in children under 6 months. Hospital Eleazar Guzman Barron, the sample consisted of 40 mothers who met the inclusion criteria. Level of maternal knowledge, maternal socio-cultural factors and breastfeeding in children under 6 months: 3 instruments were used. The processing and analysis was performed in the statistical software: SPSS Data Editor Estatistics 18 test Chi square independence criteria. It is concluded that:

1. The 77.5% of mothers had an adequate level of knowledge and a level of 22.5% inadequate skills.
2. The 67.5% are 20 to 25 years old, 67.5% have a partner, 42.5% with secondary education, 42.5% are from urban area, 85.0% worked outside the home, 82.5% had complete prenatal and 85.0% have a bad culture.
3. The 75.0% of mothers give exclusive breastfeeding and 25.0% provide mixed feeding mothers not to provide artificial feeding was found.
4. There is no statistically significant relationship between the level of maternal knowledge and breastfeeding in children under 6 months.
5. There is significant relationship between family ownership and work with breastfeeding. There was no statistically significant relationship between age, level of education, origin, culture prenatal and breastfeeding in children under 6 months.

KEYWORDS: Knowledge, Sociocultural Factors, lactation.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables y recomienda iniciar la lactancia materna desde el nacimiento (1).

La leche materna es el mejor alimento para el lactante durante los primeros meses de vida. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura. Por todo ello la lactancia materna es considerada el método de referencia para la alimentación y crianza del lactante y el niño pequeño. La superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento para la nutrición y desarrollo del bebé durante los primeros meses de vida ha quedado bien demostrada en numerosos estudios científicos, que señalan un mayor riesgo de numerosos problemas de salud en los niños no alimentados con leche materna, entre los que cabe resaltar un mayor riesgo de muerte súbita del lactante y de muerte durante el primer año de vida, así como de padecer infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias y de que estas sean más graves y ocasionen ingresos hospitalarios. A largo plazo los niños no amamantados padecen

con más frecuencia dermatitis atópica, alergia, asma, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, diabetes mellitus, esclerosis múltiple y cáncer. Las niñas no amamantadas tienen mayor riesgo de cáncer de mama en la edad adulta. Los lactantes no alimentados al pecho presentan peores resultados en los test de inteligencia y tienen un riesgo más elevado de padecer hiperactividad, ansiedad y depresión, así como de sufrir maltrato infantil. Por otro lado, en las madres aumenta el riesgo de padecer hemorragia postparto, fractura de columna y de cadera en la edad postmenopáusica, cáncer de ovario, cáncer de útero, artritis reumatoide, enfermedad cardiovascular, hipertensión, ansiedad y depresión (2).

La superioridad de la leche materna viene determinada especialmente por su composición, que se adapta a las necesidades del lactante y varía a lo largo de la lactancia del día, e incluso a lo largo de cada toma. El calostro es la primera leche, es más amarillenta contiene gran cantidad de proteínas e inmunoglobulinas (sustancias antiinfecciosas) y aporta gran cantidad de calorías en pequeño volumen. Es el alimento ideal para los primeros días, ya que el tamaño del estómago del bebé es pequeño y necesita realizar tomas frecuentes de poca cantidad (Ibid).

La composición de la leche también cambia durante la toma. En la primera parte de la toma, la leche contiene más agua y azúcar, así satisface la sed del bebé. Después, aumenta gradualmente, su

contenido en grasa, aportando más calorías al niño. Por esto es importante y recomendado que el bebé termine de lactar de un pecho antes de ofrecerle el otro, y si tiene hambre lo aceptará. Para evitar ingurgitación o retenciones, es aconsejable comenzar cada toma por el pecho del que no lactó o del que lactó menos en la toma anterior (Ibid).

Parte de los efectos beneficiosos que la lactancia materna ejerce sobre el desarrollo psicomotor del bebé no están relacionados directamente con la composición de la leche sino con el acto de amamantar que conlleva a un contacto estrecho y frecuente madre-hijo: el intercambio de miradas, el bebé se siente abrazado, la succión directa del pecho materno que provoca en la madre la síntesis de hormonas como la oxitocina y la prolactina, todo lo cual establece un vínculo especial que se traduce en niños más equilibrados psicológicamente y con menos problemas de conducta como: hiperactividad, depresión y ansiedad, incluso en la adolescencia (Ibid).

Por todas estas razones y de acuerdo con la OMS y la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo lo deseen (Ibid).

La leche humana va cambiando su composición química desde el parto, calostro, leche de transición, leche madura. La leche inicial es diferente de la leche final de la tetada. La leche contiene células vivas (Macrófagos, neutrófilos, linfocitos, células epiteliales), membranas y grasa. Cambia el sabor según los alimentos que haya comido la madre (3).

El calostro se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto (4).

El calostro tiene 2 gr. de grasa, 4 gr. de lactosa y 2 gr. de proteína en 100 ml. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. En el calostro la concentración promedio de Ig. A y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una

producción diaria de 2 – 3gr. de IgA y lactoferrina. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 gr/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido:

- Facilita la eliminación del meconio.
- Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido.
- Los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica.
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.
- El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su función succión - deglución-respiración.
- Los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez.

El calostro así como la leche de transición y la leche madura actúan como moderador del desarrollo del recién nacido. Aún si la madre está dando pecho a un hijo mayor durante el embarazo, su leche pasará por una etapa calostrual antes y después del nuevo nacimiento (Ibid).

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche, la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto. Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche. Los cambios de composición y volumen son muy significativos entre mujeres y dentro de una misma mujer, durante los primeros 8 días, para luego estabilizarse. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura (Ibid).

La leche materna madura se produce a partir del 15º día del post parto tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal/100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más

de un niño, producirá un volumen suficiente para cada uno de ellos (Ibid).

La lactancia materna es un importante factor positivo en la salud pública y las prácticas óptimas de lactancia materna, se convierten en la acción preventiva más eficaz para prevenir la mortalidad en la niñez, lo que a su vez, es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la OMS. De acuerdo con el Comité de Nutrición de la Sociedad Española de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, existe 3 tipos de lactancia: lactancia materna, lactancia artificial y lactancia mixta (5).

Lactancia materna o biológica: basada en leche procedente de la madre. Se llama "alimentación por demanda" el acto de dar al niño cuando tiene hambre. También previene que el niño hambriento llore mucho tiempo al tener que, esperar la hora que le corresponde lactar. El método de alimentación por demanda permite que el lactante cubra sus necesidades y hace más gratificante el cumplimiento de esta necesidad para la madre y su hijo. También se le debe permitir al niño que decida la cantidad de alimento que toma; una vez saciado, no se le fuerza a que tome más. El horario de la alimentación por demanda varía considerablemente durante los primeros días después del nacimiento. A veces el lactante puede lactar cada dos horas, mientras que en otras pueden transcurrir hasta seis y ocho horas entre una y otra. También varía la cantidad de alimento que toma. Por lo regular después de la primera

semana se establece un horario más o menos constante de cada tres o cuatro horas, aunque a veces puede desear lactar antes (6).

Otra ventaja de la leche materna es la inmunoglobulina que tiene un efecto protector "anti absorbente", sirve para evitar que las moléculas de proteínas pasen directamente por las paredes del intestino. Durante los primeros seis meses de vida hay mayor posibilidad de que se absorban proteínas heterólogas o extrañas a través de la pared del intestino. Para el bebé la leche materna puede ser más inocua porque no está sometida a una mezcla inadecuada, o a contaminación. El bebé no tiene que esperar que se prepare su alimento, porque siempre cuenta con su madre y la leche al instante, y a la temperatura exacta (Ibid).

Lactancia artificial: es la alimentación con fórmulas lácteas preparadas artificialmente, siendo la base de los mismos la leche de vaca. Se llaman fórmulas adaptadas porque se adaptan a las necesidades del bebé. Su organismo no está lo suficientemente desarrollado y tiene algunas funciones incompletas. Las fórmulas artificiales se parecen a la leche de la madre, últimamente se ha conseguido gran similitud pero no llegan a tener carácter inmunitario, hormonal y otros aspectos irreproducibles (Ibid).

Las mujeres tienen diversas razones para preferir la alimentación artificial de su bebé. Algunas piensan que el amamantamiento es cansado, esclavizante o simplemente de mal gusto; otras pueden sentir temor de que desfigurará el seno. Otras más temen que posiblemente no serán capaces de amamantar a su hijo, en particular si fracasaron en sus intentos previos. También son importantes las presiones y costumbres de la clase socioeconómica y de la moral de "grupo". Otro factor es la reanudación del trabajo de la madre. Algunas situaciones o enfermedades de la madre e hijo también pudieran intervenir en la decisión de dar al bebé la lactancia artificial. Entre las contraindicaciones para alimentar al seno tenemos: la galactosemia en el bebé y madres con VIH reactivo (Ibid).

Lactancia mixta: La lactancia mixta es la combinación de la lactancia materna con la artificial, la utilización simultánea de las dos, esta forma de alimentación siempre debe prescribirse por el pediatra. Puede darse el caso de que al cabo de unos meses de alimentar al bebé con leche materna, la mamá tenga una insuficiente producción de leche o simplemente algún problema de tipo psicológico que le impida dar la cantidad de leche necesaria. Por estas u otras razones, es necesario añadir leche de fórmula en alguna toma del día (Ibid).

Entre todos los factores que influyen en la lactancia materna, el efecto de los factores psicológicos es quizá el que se conoce desde hace más tiempo. Es bien sabido que los trastornos emocionales y la

ansiedad causan una disminución de la secreción láctea. Los factores fisiológicos intervienen en la capacidad de la madre para producir y excretar la leche y la capacidad del lactante para ingerirla, así como para estimular el pezón, de manera que haya una mayor secreción láctea. Por último los factores sociales pueden influir en la lactancia materna. En una sociedad en la que la madre debe trabajar fuera de hogar y no dispone de facilidades para dar el pecho en el lugar de trabajo, puede ejercer una influencia negativa sobre la capacidad de la madre de secretar leche, sobre la cantidad de leche materna que ingiera el niño, o sobre ambas (7).

A través de los distintos ciclos históricos puede observarse que la práctica de la alimentación del niño del seno materno ha sufrido grandes fluctuaciones debido a una serie de factores que han contribuido a prácticas erróneas de lactancia materna (8).

El Comité Científico sobre Alimentos de la Comisión Europea (2003) apoya la alimentación con lactancia materna como la forma ideal de alimentación en niños de corta edad nacidos a término. De igual modo, la AAP (2004), considera la leche materna como la elección preferida en la alimentación de todos los niños (9).

En el informe mundial más reciente del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se recogen las cifras de incidencia sobre la situación de la lactancia materna en el mundo; muestran

resultados desalentadores, ya que pese a que existe una relación directa entre la lactancia materna y la reducción de las tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años, en los países en desarrollo sólo el 36% de los lactantes menores de seis meses son amamantados de manera exclusiva. En la mayoría de los países de las Américas, se comienza amamantar a menos de la mitad de los bebés en la primera hora de vida. El porcentaje de lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses es también baja y varía de 8 a 64% de los lactantes (10).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la lactancia materna ha aumentado un 15% salvando seis millones de niños en los países más pobres (11).

De acuerdo a evidencias internacionales, se indica que las muertes neonatales pueden evitarse en un 16% con la lactancia materna, si se inicia desde el primer día de vida, y hasta en un 22% si se inicia en la primera hora del nacimiento. Cada madre produce la leche suficiente que su hijo necesita según la edad, permitiendo el crecimiento y el desarrollo adecuado de cada niño y niña (12).

La UNICEF, en un comunicado indica que Bolivia se destaca "En el aseguramiento de la lactancia materna exclusiva de niños de 0 a 6

meses, logrando alcanzar un 60%", situándose así por encima de varios países de América Latina (13).

Cuba, es el país de América Latina con mejores resultados en la campaña internacional de lactancia materna, según una encuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En su edición digital Radio Rebelde informa que los recién nacidos reciben ese alimento, algunos incluso más allá de la meta establecida, lo que constituye uno de los índices más altos de la región. A diferencia de muchos países, las mujeres cubanas cuentan con una licencia de maternidad retribuida hasta que el niño cumple su primer año de vida, y por tanto pueden extender incluso, el período de lactancia. Además, el informe señala que el 61% de las madres bolivianas inicia la lactancia materna dentro de la primera hora de vida del bebé, lo que contribuye en gran medida a la supervivencia de los infantes más allá del primer año de vida (14).

Estadísticas presentadas por UNICEF 2008, se encontró en Ecuador que un 40% de los niños lactantes reciben leche materna exclusiva durante 6 meses y es el porcentaje igual a Cuba. En la región Latinoamérica y El Caribe, los que peores cifras presentaron, son El Salvador, Panamá y Nicaragua con cifras del 24, 20 y 31 por ciento de los lactantes con 6 meses de perseverancia en succionar exclusivamente lactancia materna dentro de la primera hora de vida, lo

que contribuye en gran medida a la supervivencia de los infantes más allá del primer año de vida (Ibid).

La OPS hizo un llamado a fortalecer en América Latina la lactancia materna, que ha demostrado ser eficaz para reducir la mortalidad infantil. La lactancia materna es el mejor alimento para los niños desde su nacimiento hasta que han cumplido 2 años, señaló la OPS en un comunicado divulgado en Guatemala, en el marco de la Semana Mundial de la Lactancia Materna. En América Latina la proporción de recién nacidos que se alimentan con leche materna durante su primera hora de vida es menor al 50%, según cifras de la OPS. La lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida también es baja, pues no supera el 64% de los bebés. La OPS recomendó aplicar los diez pasos para una lactancia materna feliz, iniciativa lanzada en 1990 y que este año está siendo reimpulsada, que contemplan, entre otras medidas, políticas de lactancia, capacitación de personal y las madres (15).

En Ecuador según un estudio de la Encuesta Demográfica Materno Infantil (ENDEMAIN) en el 2004 se registraba un incremento del promedio de la lactancia materna total de 0,7 respecto a 1999. Las estadísticas pueden completarse examinando la lactancia continua hasta los 23 meses. En Ecuador solo 23% de los niños reciben leche materna,

mientras que en Bolivia la reciben un 46% y en Guatemala y Honduras un 67% y 69% (16).

La importancia de los entornos favorables a los niños ha sido señalada como un factor clave por la OPS. "Esto significa que los hospitales deben permitir a las madres acceso inmediato y sin limitaciones a sus recién nacidos y, en las comunidades, contar con expertos que puedan asesorar a las madres. También significa crear y mantener entornos laborales que sean favorables a la lactancia materna". Un ejemplo concreto lo ha dado Brasil al aprobar una ley nacional que establece seis meses para el permiso por maternidad, tomando el liderazgo en la promoción de las condiciones que hacen posible la lactancia materna (17).

En el Perú, desde el año 2000, se ha mantenido la proporción de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en un 68% en promedio, cifra que no ha podido ser superada a pesar de los grandes esfuerzos del Ministerio de Salud (MINSA) y otros actores sociales. Entre el año 2007 y 2010 la lactancia materna exclusiva ha disminuido en cerca de 5 puntos porcentuales en las zonas urbanas de 64,5 a 59,9% especialmente en la zona de la Costa donde se observa una reducción de más de 7 puntos porcentuales de 60,1 a 52,8%. El uso del biberón todavía es una práctica muy difundida y sigue en incremento, los reportes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2010

menciona que un 25% de niños menores de seis meses usan biberón, dos puntos porcentuales más que en el año 2009 (23,3%) (18).

El MINSA el 6 de agosto de 2010, presentó un decreto muy importante para el avance y mejora de la lactancia materna, el artículo II del Título Preliminar de la Ley No 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público, por lo que es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; que, el artículo 60 del Reglamento de Organización y Funciones del MINSA, aprobado por Decreto Supremo No 023-2005-SA, establece que la Dirección General de Promoción de la Salud es el órgano técnico - normativo, responsable de la conducción del proceso de promoción de la salud, así como de contribuir al desarrollo integral de la persona, familia y comunidad cuyas acciones inciden en los determinantes sociales que influyen en la salud de la población. Que, mediante el documento, la Dirección General de Promoción de la Salud ha propuesto para su aprobación la Directiva Sanitaria: "Promoción de la Semana de la Lactancia Materna en el Perú" cuya finalidad es promover y proteger la lactancia materna y contribuir con la reducción de la desnutrición crónica en el ámbito nacional, regional y local; por lo que resulta necesario emitir el acto resolutivo correspondiente (19).

En el Perú, existe hasta la fecha 11 establecimientos, entre hospitales, centros maternos infantiles e institutos especializados, que cumplen con las exigencias mínimas de la norma para un Lactario

Institucional. De ellos, 7 pertenecen al MINSA y los otros 4 a EsSalud; se espera que en el futuro el resto de centros de salud habiliten los espacios necesarios (20).

El MINSA inició sus actividades por la semana de la lactancia materna con cifras importantes. La ENDES señala en su último reporte que el 73% de niños menores de seis meses toman pecho de manera exclusiva. "Esta cifra supera los años anteriores y nos pondría a la vanguardia en la región". Sin embargo donde aún hay que trabajar es en la primera hora de vida del bebé. Según las cifras de ENDES solo un 56% de recién nacidos toma pecho en ese período (21).

En la ciudad de Chimbote, La Directora del Hospital "La Caleta", Dra. Zúñiga (2010), dijo que las muertes pueden evitarse con la lactancia materna, es así que se puede reducir en un 16% si se inicia desde el primer día de vida, y hasta en un 22% si se inicia en la primera hora de nacimiento, tras señalar que el Hospital "La Caleta", realiza las acciones para promover la Lactancia Materna Exclusiva (LME), garantizando de esta forma el crecimiento y desarrollo saludable de los niños y niñas. Cada madre produce la leche suficiente que su hijo necesita según la edad, permitiendo el crecimiento y el desarrollo adecuado de cada neonato. "Cuando se realizó un estudio sobre la composición de la leche materna, se vio que la leche de las madres eran adecuadas precisamente para cada niño, esto quiere decir que, la composición y la cantidad de la leche varía de acuerdo a la edad". También refirió que las

estadísticas del Hospital "La Caleta", muestran que en los casos de neumonía, disminuyen las hospitalizaciones en los niños menores de un año que son alimentados con leche materna. Acerca del uso de sucedáneos o sustitutos, dijo que "ninguna lata o tarro es mejor que la leche materna, por más que sean maternizadas o puedan tener la misma fórmula aparentemente, no superan la leche materna, porque carecen de los compuestos que sólo la leche de las madres posee", destacó que la leche materna es un alimento que brinda seguridad, afecto y especialmente amor (22).

La Red Asistencial Ancash de EsSalud, con el lema "Lactancia Materna: derecho de nuestras niñas y niños, compromiso de todas", informó que la lactancia materna constituye un gran alimento para todo recién nacido y lactante pues tiene beneficios nutricionales, inmunológicos, antiinfecciosas, fisiológicos, económicos y psicológicos para el bebé, la madre, la familia y la sociedad, por lo que resulta muy importante su difusión y promoción (23).

A NIVEL INTERNACIONAL

En Venezuela, **MAESTRE y URBANO**. (2003), En su investigación "Conocimientos, creencias y actitudes de las madres de la comunidad de Cambalache sobre la lactancia materna Puerto Ordaz Estado Bolívar". Estudio prospectivo-descriptivo con 50 madres, ubicada en Puerto Ordaz, estado Bolívar, en donde se pudo determinar a través

de una encuesta, que 80 % tenían un conocimiento malo acerca de la lactancia materna para el niño. Los de tipo nutricional fueron los más reportados en un 70%. El 88 % de las madres no tenían conocimientos de los beneficios de la lactancia materna para ella. De estos conocimientos, los de tipo anticonceptivo fueron los más reportados con un 6 %. El 90 % presentó una actitud adecuada hacia la lactancia materna y el 10 % presentó una actitud inadecuada. El 20 % tenían creencias favorables, el 16 % desfavorables y en el 64 % no se reportaron creencias. Es necesario educar a la población acerca de los beneficios de la lactancia materna (24).

En Brasil, **ALVARADO, D y CANALES, A.** (2006), realizaron el estudio sobre "Conocimiento y prácticas que poseen las madres sobre lactancia materna exclusiva" en la Universidad de Salud San Rafael Obrajuelo, Departamento de la Paz en el año 2006, cuyo objetivo fue explorar los conocimientos y prácticas que poseen las madres sobre lactancia materna exclusiva y el destete temprano en menores de seis meses llegando a la conclusión que existe un alto porcentaje de madres con hijos en edades de 0 a 6 meses que no tienen conocimientos claros sobre el significado de lactancia materna lo cual favorece el destete temprano (25).

En Brasil, **MELO DE CARVALHO y CABRAL** (2006), realizaron la investigación: "Conocimientos y actitudes acerca de la lactancia en primíparas ciudad de Recife, Pernambuco"; Observó una alta

prevalencia de madres jóvenes (43 % menores de 19 años). Sólo un 4,2 % no tenía escolaridad y 32.2 % había completado la escuela secundaria o la universidad. Un 61,6 % de las madres tenía menos de 4 a 7 controles prenatales y 51.8 % reportó haber recibido información sobre la lactancia materna durante este período. Sin embargo, con respecto a los chupones y biberones, los resultados mostraron que, respectivamente, el 80 % y 60 % de las madres tenía la intención de comprarlos y utilizarlos. Además, casi el 10 % dar chupones y biberones, incluso en el hospital. Concluyendo que se muestra la necesidad de un enfoque multidisciplinario con el fin de motivar a las madres para promover la lactancia materna. Esto requiere un esfuerzo de los profesionales de la salud con el fin de educar a las madres que la leche materna es el alimento más importante para el niño (26).

En Chile, **GAMBOA, E y LÓPEZ, M.** (2008), En su investigación: "Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable"; el 78,1% de las participantes había tenido hijos. Sólo el 13% tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar. Un 49% no conocía los métodos de conservación de la leche materna. El 69,8% de las participantes tiene actitud de apoyo cuando ven a un familiar dando de lactar. El tiempo promedio de lactancia materna fue 5,7 meses. Concluyendo que, se presentaron proporciones considerables de mujeres que dieron LM durante menos de seis meses, que iniciaron la

alimentación complementaria antes de los 6 meses y que suspendieron la LM cuando el hijo lactante sufrió alguna enfermedad (27).

En Cuba, **CALDERÓN, I y RODRÍGUEZ, M.** (2008), Investigaron: "¿Conocen nuestras madres acompañantes lo suficiente sobre lactancia materna?"; se hizo un estudio de intervención realizando una encuesta a 96 madres de los pequeños hospitalizados, cuyas opiniones evidenciaron, entre otros aspectos, que el médico fue la persona más influyente en el mantenimiento de la lactancia natural (37,5%), que los problemas maternos (53,2%) constituyeron la principal causa del abandono precoz del amamantamiento y que predominaron los conocimientos regulares y malos sobre las ventajas de este tipo de alimentación para el bebé, lo cual explica los resultados de la presente investigación en cuanto al número de niños internados por diferentes cuadros clínicos (28).

En Cuba, **GARCÍA, M y COLAB.** (2008), en su investigación: "Nivel de conocimientos sobre lactancia materna en un grupo de embarazadas en el Policlínico Docente "Marta Martínez", Julio - Diciembre 2008", encontraron que es probable que en las jóvenes, no exista preocupación por adquirir estos conocimientos y no tengan la percepción del riesgo que puede tener la falta de lactancia natural para el niño. Además la mitad de las encuestadas desconocen que la primera vacuna que recibe el niño es el calostro de la leche materna y que esto

es debido al valor inmunológico que tiene la misma. De forma general las mismas conocen las ventajas que la lactancia natural ofrece a los niños siendo capaz de reconocer sus bondades nutricionales y afectivas (29).

A NIVEL NACIONAL:

En Lima, **MEREDIA, M.** (2001) realizó la investigación: "Creencias y prácticas que tienen las madres sobre la lactancia materna que limitan su exclusividad en los niños menores de 6 meses que se atienden en Hospital de Santa Rosa". Estudio de tipo descriptivo transversal. La muestra estuvo constituida por 60 madres escogidas al azar a través del muestreo aleatorio simple. Los resultados encontrados mostraron que sólo el 20% da LME; el 59% de madres que pertenecen al grupo de la lactancia artificial (LA) tienen grado de instrucción primaria; el 56% de madres que dan lactancia mixta proceden de la sierra; el porcentaje de razones principales para suspender la Lactancia son 20% por diarreas y 24% por enojo, cólera o ira. Él estudió obtuvo las siguientes conclusiones: que las creencias y prácticas más comunes para no dar LME son: Creencia que necesita agüitas para curarse de los cólicos o gases, que no se llena con la leche materna y necesita otro suplemento y que la lactancia debe suspenderse si la madre ha tenido enojo o disgusto (30).

En Lima, **FERRO, M y FLORES, H.** (2006): investigaron sobre "Nivel de conocimientos en Lactancia Materna y su relación con factores socioculturales en puérperas del Instituto Especializado Materno de octubre a diciembre del 2005", en una muestra de 372 puérperas, se concluyó que el 30.1 % mostró un nivel de conocimiento bueno respecto a la lactancia materna y el 69.9 % mostraron un conocimiento inadecuado (entre regular y malo). (31)

En Piura, **VIERA, R.** (2009) en su investigación: "Factores Socioculturales que influyen la práctica de la lactancia en madres primíparas en el centro de salud de Tácala". En el año 2006. La muestra de estudio fue de 69 madres primíparas, concluyendo que el 63.8% de las madres tenían entre 20-30 años; el 75.4% están con pareja, y el 94.2 % fueron analfabetos. Entre los factores socioculturales encontró que el 62.3% tenían un conocimiento medio sobre lactancia materna, el 72.5% tuvieron creencias favorables y el 84.1 % de las madres primíparas fueron amas de casa, así mismo en relación al tipo de práctica de lactancia en madres primíparas, se encontró el 59.4% practicaban la lactancia materna artificial. En relación a los factores socioculturales con el tipo de práctica se encontró el conocimiento y la ocupación influyen significativamente con el tipo de práctica de lactancia (32).

A NIVEL LOCAL:

En Nuevo Chimbote, **CONTRERAS, M; VILLANUEVA, B y ZAMBRANO, N.** (2000). Investigaron "Factores asociados a la alimentación al seno materno del niño menor de 1 año de edad. Comunidad rural Cambio Puente del Distrito de Santa 2000". Resultados: Algunos factores sociales como el estado civil guardan relación significativa con la alimentación al seno materno ($p < 0,05$). Las madres adolescentes, los niños de 10 a 11 meses 29 días, ser madre soltera y conviviente, proceder de la sierra, con grado de instrucción superior, usar los servicios del MINSA, haber atendido su parto con profesionales de salud y, empezar tempranamente con ablactancia, se constituyen en factores de riesgo para la ausencia de una alimentación al seno materno. Factores económicos como el lugar de ocupación de la madre ($p < 0,00001$) y el sostén económico del hogar guardan relación significativa con la alimentación al seno materno ($p < 0,05$). Factores culturales como las creencias de "Percepción de una insuficiente producción de leche", "La madre que amamanta no puede tener relaciones sexuales" y, "los niños alimentados con Lactancia Materna Exclusiva tienen mayor frecuencia de diarreas" guardan relación significativa con la alimentación al seno materno. Y las creencias sobre "la alimentación deficiente produce leche mala", "percepción de una insuficiente producción de leche", "la madre enferma no debe amamantar a su hijo", "la madre no puede realizar trabajo excesivo", "la madre que amamanta no puede tener relaciones sexuales", "los niños

alimentados con Lactancia Materna Exclusiva (LME) tienen mayor frecuencia de diarreas" se constituyen en riesgo elevado para la ausencia de alimentación al seno materno (OR>2) (33).

En Nuevo Chimbote, **AGUIZAR, A; GANOZA, E y VEGA, M.** (2002), Investigaron: "Algunos factores sociodemográficos y creencias de la madre del niño menor de un año sobre el amamantamiento relacionado al tipo de lactancia entre dos comunidades rurales, 23 de Octubre del Distrito de Nuevo Chimbote y, Santa Clemencia del Distrito de Chimbote – 2002". Algunos factores sociodemográficos, como lugar de ocupación guardan relación significativa con el tipo de lactancia en ambas comunidades. Algunas creencias de la madre del niño menor de un año, como "no dar de lactar cuando la madre tiene gripe", guarda relación significativa con el tipo de lactancia, las creencias "alimentación deficiente produce leche mala", "madre enferma no debe amamantar a su hijo", "madre no puede realizar trabajo excesivo", "no dar de lactar cuando la madre tiene gripe", "no dar de lactar cuando la madre consume menestras y pescado" se constituyen en riesgo elevado para un tipo de lactancia inadecuada. A diferencia de la comunidad rural Santa Clemencia, donde "percepción de una insuficiente producción de leche", madre enferma no debe amamantar a su hijo" "madre que da de lactar no puede tener relaciones sexuales", "no dar de lactar cuando la madre consume bebidas frías", "no dar de lactar cuando la madre está expuesta al sol", "no dar de lactar cuando la madre consume comidas

frías: palta, plátano", se constituyen en riesgo elevado para un tipo de lactancia inadecuada (34).

En Nuevo Chimbote, **RODRIGUEZ, L. y VILCHEZ, Y.** (2009). Investigaron: "Factores socioculturales relacionados al nivel de conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes primíparas. Hospital La Caleta – Chimbote 2009". Estudio de tipo descriptivo Correlacional, la población muestral del estudio estuvo constituida por 40 madres adolescentes primíparas, Los resultados fueron el 60 % de las madres adolescentes presentaron un nivel de conocimiento medio, seguido de un 27.5 % de conocimiento alto y un porcentaje de 12.5 % presentaron un nivel de conocimiento bajo. Se observa que **NO** existe relación estadística significativa con la edad, estado conyugal y la residencia. Observándose relación estadística significativa en el grado de instrucción, ocupación, control prenatal y creencias y costumbres (35).

En Nuevo Chimbote, **MALDONADO, Z. y VÁSQUEZ, H.** (2011). Investigaron: "Factores Sociales, Nivel de Conocimientos y actitudes en madres primíparas sobre lactancia materna. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2011"; estudio Descriptivo Correlacional-transversal, con una muestra de 65 madres primíparas. Se concluye que, el 63.1 % de las madres tienen de 20 a 25 años, el 92.3 % tienen pareja, el 53.8 % con grado de instrucción secundaria, 76.9 % proceden

de la Costa y el 87.7 % trabajan dentro de su hogar. El 47.7 % de las madres presentan un nivel de conocimiento medio, el 43.1% nivel de conocimiento bueno y el 9.2% un nivel de conocimiento malo. El 52.3 % de las madres tienen actitudes adecuadas y el 47.7 % actitudes inadecuadas. Existe asociación estadística significativa entre la procedencia con las actitudes en madres primíparas sobre lactancia materna. Observándose que, no existe asociación estadística significativa entre la edad, tenencia de pareja, grado de instrucción y trabajo con las actitudes. Existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y actitudes en madres primíparas sobre lactancia materna (36).

Durante nuestras prácticas pre-profesionales, hemos observado una realidad preocupante en la práctica de la lactancia materna por parte de las madres que acudían a Módulo de Pediatría del hospital Eleazar Guzmán Barrón, por ejemplo al preguntar sobre sus conocimientos de lactancia materna se observó que sus respuestas fueron incorrectas, por otro lado algunas respondieron que no les agrada dar de lactar porque les causa dolor, y/o creen tener poca leche, y al observar la técnica de amamantamiento se descubrió que esta no es la adecuada, por lo tanto limita un buen proceso de lactancia materna. También se observó que muchas madres le dan biberones y chupones a sus bebés al preguntar por su uso.

Por lo que surge la necesidad de realizar esta investigación desde la propia perspectiva de las madres primíparas con niños menores de 6 meses y conocer la relación entre el nivel de conocimientos y factores socioculturales con la lactancia.

Por lo anteriormente expuesto se planteó el siguiente problema:

¿Cuál es el Nivel de conocimientos y factores socioculturales maternos relacionados a la lactancia en niños menores de 6 meses. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote. 2013?

1.1 OBJETIVOS.

1.1.1 OBJETIVO GENERAL:

Conocer el nivel de conocimientos y factores socioculturales maternos relacionados a la lactancia en niños menores de 6 meses. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ♦ Identificar el nivel de conocimientos maternos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote, 2013.
- ♦ Identificar los factores socioculturales maternos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2013.
- ♦ Identificar la lactancia en niños menores de 6 meses. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, 2013.
- ♦ Determinar el nivel de conocimientos maternos relacionado a la lactancia en niños menores de 6 meses. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2013
- ♦ Determinar los factores socioculturales maternos relacionados a la lactancia en niños menores de 6 meses. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013.

1.2 IMPORTANCIA

Para la profesión de Enfermería es importante que la madre cumpla con el proceso de Lactancia Materna porque brinda una buena nutrición al niño, constituyendo uno de los pilares fundamentales de la promoción de salud y de la prevención de numerosas enfermedades. Existen sólidas bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa tanto para el niño como la madre.

Es importante para la comunidad ya que una vez identificados, de modo conjunto, el personal de salud, comunidad y demás sectores, incidan en ellos a través de una estrategia de promoción de salud estratificada para incrementar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, utilizando diferentes mecanismos o subsistemas de trabajo.

En la realización del presente trabajo se toma en cuenta el nivel de conocimiento y factores socioculturales sobre la lactancia de las madres adultas jóvenes, ya que es importante enfatizar que éstos se apliquen y realicen de la manera óptima y de la mejor calidad. Si todos los niños y niñas fueran alimentados exclusivamente con lactancia materna exclusiva desde el nacimiento, sería posible salvar cada año aproximadamente 1.5 millones de vidas, y evitar enfermedades respiratorias y gastrointestinales, debido a que la leche materna es el alimento perfecto para el niño durante los primeros seis meses de vida en forma exclusiva y hasta los dos años en forma complementaria.

En este contexto es imprescindible movilizar el equipo de enfermería, como representantes de la Salud Pública, hacia cambios en las conductas de las madres primíparas sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, a través de programas promocionales dirigidos a la población de madres en periodo de lactancia.

Nuestra investigación servirá de base a otras enfermeras para continuar el desarrollo de investigaciones y/o iniciar el diseño de otros trabajos semejantes. También es importante para la institución y el Módulo de Pediatría que recibe a madres primíparas con niños de 0 a 6 meses de edad, que no están preparadas para dar lactancia materna exclusiva, lo cual permitirá al personal de enfermería la realización de estrategias en beneficio de dicho proceso.

El presente estudio se realiza con el propósito de conocer el nivel de conocimientos y factores socioculturales relacionados a la lactancia en niños menores de 6 meses, permitiendo reconocer y prevenir los factores que fomentan la lactancia artificial y mixta, ya que estos aumentan la desnutrición y mortalidad infantil por enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas.

II. MARCO TEÓRICO

La presente investigación se sustenta con la teoría de la adopción del Rol Maternal de **Ramona Mercer**. La adopción del rol maternal es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a lo largo de un cierto período de tiempo y durante el cual la madre establece un Rol Maternal con su bebe, mediante la lactancia materna y adquiere competencia en la realización de los cuidados relacionados con su rol y expresa placer y gratificación en el cumplimiento del mismo. La adopción inicia cuando él bebe nace, el hijo refleja la competencia de la madre en el desempeño en su rol a través de su crecimiento y desarrollo. El niño se considera como un compañero activo en el proceso de adopción del rol maternal, que recibe la influencia del desempeño del rol e influye a su vez, en dicho desempeño. La realización del papel de la madre constituye un proceso de la interacción y desarrollo. Tiene lugar durante un período en el cual la madre logra el apego de su hijo con la lactancia materna, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. El interés de la obra de Mercer va más allá del concepto de "madre" tradicional, para abarcar varios factores maternos: Edad de las madres, estado de salud, función de la familia, actitud materna, relación padre-madre y características del niño. Mercer tiene en cuenta el amor y el apoyo de la pareja y la alimentación: Lactancia Materna como factores importantes para hacer posible que una mujer cuide a su hijo (37).

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería, tengan en cuenta la alimentación del niño, el entorno familiar, la escuela, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol, experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia, constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna. El Modelo de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner de microsistema, mesosistema y el macrosistema.

EL MICROSISTEMA es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores como el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a difuminar la tensión entre madre-niño. La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones de la madre y el niño mediante la lactancia materna con el

apoyo del padre, en el caso de la presente investigación hablamos de la interacción madre-niño durante el proceso de Lactancia Materna en las madres adultas jóvenes del Módulo de Pediatría del Hospital Eleazar Guzmán Barrón.

EL MESOSISTEMA agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en los que ocurre al rol maternal, al desarrollo y al niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.

EL MACROSISTEMA incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal. Se puede mencionar la influencia de los medios de comunicación en la difusión del uso de fórmulas de leche o del uso de los famosos biberones o chupones, elemento que definitivamente no son adecuados para el cuidado del bebe, influencia que ataca a las madres quienes al final se dejan convencer y adoptan este tipo de alimentación o cuidado, aún faltan estrategias para motivar a las madres a adoptar esta forma de cuidado de sus niños, acciones que corresponden al Ministerio de Salud.

La edad de las madres según los grupos de edades poseen o no madurez emocional que las conlleva a cumplir su rol dentro del hogar. Considerando que a mayor edad de las madres, asumen su papel con suficiente satisfacción y aceptación de su rol, favoreciendo un adecuado desarrollo y crecimiento de su niño. No sucediendo lo mismo en madres jóvenes quienes no tienen la madurez emocional ni la experiencia necesaria que favorezca en el desarrollo y cuidado adecuado de su hijo (38).

De acuerdo a la tenencia de pareja, las madres sin pareja, carecen de apoyo de la figura masculina para la orientación de sus hijos y se responsabilizan por si solas del mantenimiento y cuidado de ellos, situación que determina en estas madres grandes tensiones emocionales y físicas y emocionales, factores que condicionan en menor o mayor grado la Lactancia Materna Exclusiva insuficiente o inadecuada. En tanto las madres con pareja, representa una consecuente seguridad emocional y económica para el niño, ya que es muy importante que ambos cónyuges, se preocupen por las necesidades, cuidado y estimulación que el niño requiere, pues ambos padres tienen influencias independientes en el desarrollo del niño (39).

El grado de instrucción da a la madre la oportunidad de información por diferentes fuentes todo lo relacionado al cuidado del niño, principalmente la lactancia materna exclusiva. Cuando la mujer logra un mayor grado de instrucción adquiere más conocimientos que

cambian considerablemente el equilibrio tradicional de las relaciones familiares con efectos profundos sobre el proceso de lactancia materna en sus hijos. Por otro lado la madre con bajo grado de instrucción no tiene conocimientos básicos o necesarios que le permitan colaborar en el crecimiento y desarrollo de sus hijos, o aplicar correctamente los pasos a seguir en los procesos que el crecimiento del niño requieren, ella es importante puesto que es la que pasa la mayor parte de tiempo con el niño (40).

Las madres con procedencia de las zonas Urbanas, Urbanas Marginales y Rurales del Perú tiene muchas diferencias en el tema de la lactancia materna pero a su vez tiene un factor común, que es no solo considerar a la leche materna el principal alimento en esta etapa temprana de la vida, sino que es el nexo, la continuidad desde la vida intrauterina hasta que el individuo sea un ser medianamente dependiente presentado a la sociedad como un miembro más. Lógicamente la procedencia influirá directamente en las características y formas del proceso de Lactancia Materna (41).

El Trabajo fuera del hogar hace que luchan por lograr mantener la lactancia materna y aún más exclusiva, una vez que termina su post natal y debe volver al trabajo. Actualmente en nuestro país el término del permiso post natal de la madre ocurre en una edad en que la lactancia materna exclusiva es de suma importancia para la alimentación y desarrollo del niño, aproximadamente a los 3 meses de edad y según las

recomendaciones de la OMS y la UNICEF. La lactancia materna exclusiva debe mantenerse hasta los 6 meses de vida, considerándose este periodo insuficiente. Para hacer compatible la lactancia y el trabajo, es importante que la madre se prepare y adquiera el conocimiento de técnicas de extracción y conservación de la leche materna. Por otro lado en el caso de las madres que pueden estar dentro del hogar la realidad es otra puesto que tienen la ventaja de poder pasar con sus niños el mayor tiempo posible y por tanto darles leche materna totalmente exclusiva en horario y posición adecuados. Sin embargo se debe analizar que no solo esta ventaja asegura que se de este proceso en todas su condiciones óptimas, sino que hay muchos otros factores que condicionan que este en muchos casos sea incorrecto inadecuado para el bebe (42).

Control Pre NatalControl prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto, el cuidado de su hijo y la Lactancia Materna (43)

La Cultura de la mujer adulta se describen en un cuerpo total de creencias, comportamiento, conductas, valores y objetivos que señalan los modos de vida de una sociedad a la cual pertenece (44).

Los conocimientos de las madres constituyen un aspecto vital, permitiéndole examinar la información base para seleccionar datos importantes y llevar a cabo la toma de decisiones de manera informada y consciente. El tener un buen nivel de conocimientos constituye una de las armas fundamentales con que cuenta la madre permitiéndole estar en mejores condiciones y tratar y/o enfrentar la responsabilidad del cuidado de su bebe con sus múltiples necesidades (45).

La mente experimenta continuamente estímulos sensoriales, asimila y organiza esta información para luego modificar la estructura cognitiva con el objetivo de aceptar la nueva información detallando este proceso de pensamiento, el cual consiste en el conjunto de mecanismos que el organismo pone en movimiento para adaptarse al medio ambiente (46).

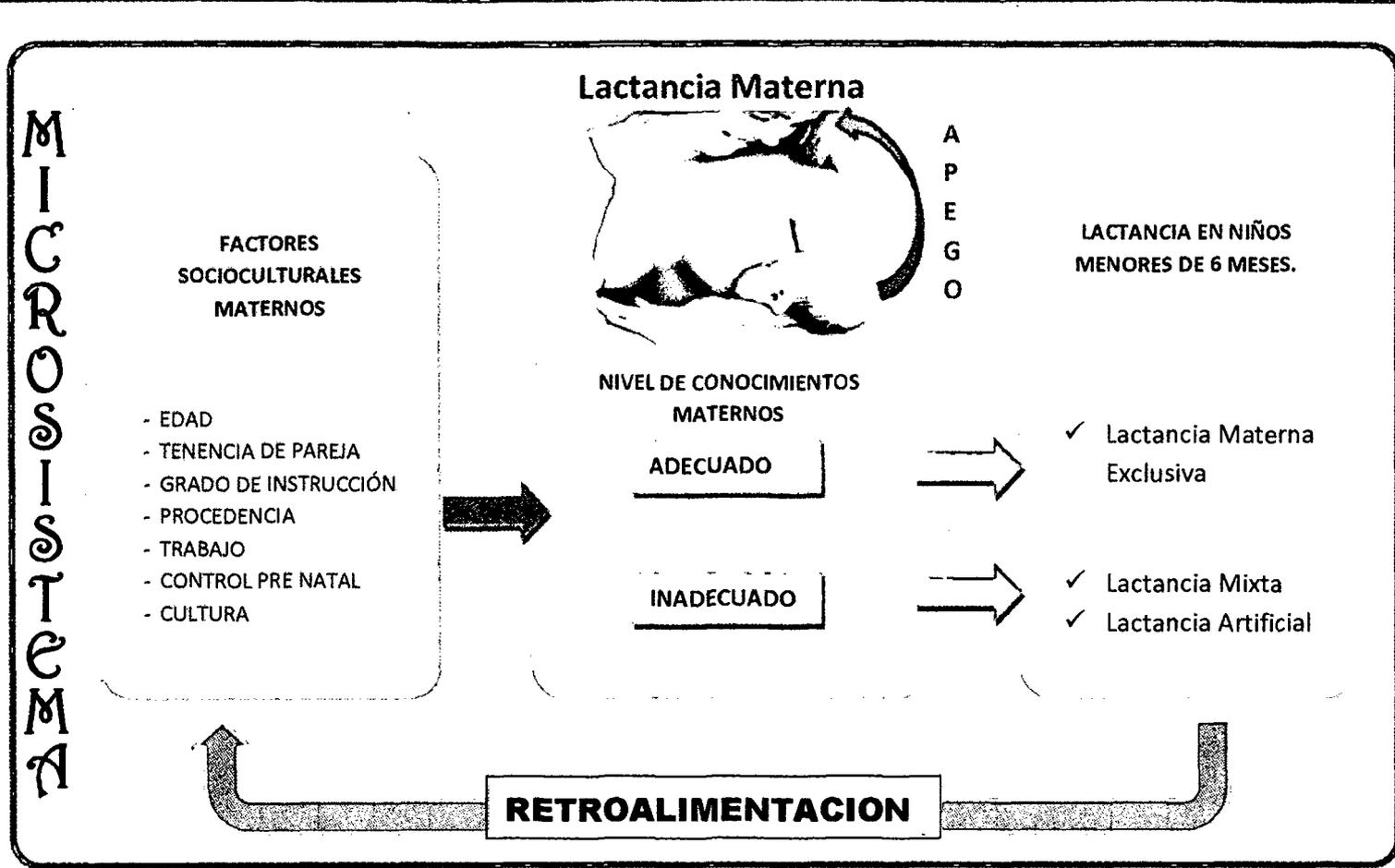
La lactancia en niños menores de 6 meses está sujeta a muchas influencias sociales, las características con las que cada uno de ellos nacen más los efectos de las experiencias que viven. Algunos factores o conductas acompañan a la madre en la tarea de cuidar a sus niños, tales factores los podemos definir como características o circunstancias detectables en la madre, que pueden ser o no modificables. Tanto los factores socioculturales y el nivel de conocimiento conducirán a la madre a elegir la lactancia que le brindará a su niño menor de 6 meses. Se espera que las madres que tengan un nivel de conocimiento adecuado brinden una lactancia materna exclusiva, mientras que las madres que

tengan un nivel de conocimiento inadecuado brinden una lactancia mixta o artificial (47).

RAMONA MERCER

RAMONA MERCER

RAMONA MERCER



APOYO SOCIAL - MÓDULO DE PEDIATRÍA

SOCIEDAD: MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y CULTURA

ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL DE RAMONA MERCER ADAPTADO A LA PRESENTE TESIS

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO DE ESTUDIO:

Descriptivo, Correlacional de Corte Transversal, porque pretende establecer si influye o no el nivel de conocimientos y los factores socioculturales maternos en la lactancia en madres adultas jóvenes en un momento, dado que:



DONDE:

- A: Madres adultas jóvenes de 20 – 35 años de edad.
- X: Nivel de conocimientos y factores socioculturales maternos.
- O: Lactancia en niños menores de 6 meses.
- t: Tiempo

3.2 MÉTODO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación es de tipo Descriptivo, Correlacional de Corte Transversal.

Descriptivo: Porque permitió conocer en función de las variables el nivel de conocimientos, los factores socioculturales maternos y la lactancia.

Correlacional: Porque se asociaron las variables nivel de conocimientos y factores socioculturales con la lactancia.

Transversal: Porque las variables fueron medidas una sola vez en un periodo determinado.

3.3 UNIVERSO MUESTRAL O POBLACIÓN.

La población de estudio estuvo conformada por todas las madres que asistieron al Módulo de Pediatría, del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, durante los meses de Agosto y Setiembre del año 2013.

A. Unidad de Análisis:

La madre primípara que cumpla con los criterios de la inclusión.

B. Marco Muestral:

Todas las madres primíparas N=40 que cumplieron con los criterios de inclusión, y que asistieron al Módulo de Pediatría los meses de Agosto y Setiembre del año 2013.

C. Criterios de Inclusión:

- Madres primíparas.
- Adultas jóvenes de 20 – 35 años.
- Madres con niños menores de 6 meses.

- Que sepa leer y escribir.
- Que acepten voluntariamente participar en el estudio.

D. DISEÑO MUESTRAL

Se trabajó con madres primíparas adultas jóvenes N=40 que asistieron al Módulo de Pediatría del Hospital Eleazar Guzmán Barrón seleccionadas por muestreo intencional o de conveniencia, teniendo en cuenta la unidad de análisis.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS.

- A. Autonomía:** Este concepto se está abriendo paso en nuestro entorno cultural y nos da la capacidad de tomar decisiones y escoger problema que deseamos investigar como futuras profesionales; al mismo tiempo las madres adultas jóvenes están en todo su derecho de aceptar o rechazar ser parte de nuestro estudio.
- B. Beneficencia:** Este principio o concepto evidentemente se refiere a la búsqueda del bien o beneficio de la madre adulta joven y de su hijo, al mismo tiempo a la protección de sus derechos obteniendo beneficios a corto o largo plazo.
- C. No Maleficencia:** Este principio se refiere a la obligación como investigadoras de no hacer daño ni discriminar a ninguna madre adulta joven.

D. Justicia: Este principio se refieren a la oportunidad que deben tener todas las madres adultas jóvenes de gozar de un nivel de conocimientos sobre lactancia materna adecuado.

3.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

A. VARIABLE INDEPENDIENTE:

A.1 NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE LACTANCIA:

• DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Conjunto de conceptos y definiciones que la madre posee y que pueden influir positiva o negativamente (48).

• DEFINICIÓN OPERACIONAL: Mediante la escala Ordinal.

➤ Nivel de conocimientos Adecuados : 16 – 30 puntos.

➤ Nivel de conocimientos Inadecuados: 00 – 15 puntos.

A.2 FACTORES SOCIOCULTURALES MATERNOS:

• DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Elementos dependientes a la vez de un grupo social específico y de la cultura que intervienen directa o indirectamente en el conocimiento (49).

A. EDAD:

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Número de años cumplidos de la madre, en la fecha que se aplica la encuesta (50).

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante la escala

Ordinal de Intervalo:

- 20 - 25 años.
- 26 - 35 años.

B. TENENCIA DE PAREJA:

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Situación de convivencia de la madre en relación a su pareja, sin tener en cuenta su estado legal.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante la escala

Nominal:

- Con Pareja
- Sin Pareja

C. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Escolaridad alcanzada por la madre en el momento de la aplicación de la encuesta.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante la escala

Nominal:

- Primaria
- Secundaria
- Superior

D. PROCEDENCIA:

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

El lugar o localidad donde permaneció el mayor tiempo de vida la madre primípara.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante la escala

Nominal:

- Urbano
- Urbano Marginal
- Rural

E. TRABAJO:

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Actividad laboral que desempeña la madre en un determinado lugar.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante la escala Nominal:

- Dentro del hogar
- Fuera del hogar

F. CONTROL PRENATAL:

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante la escala Nominal:

- Completo
- Incompleto

G. CULTURA

- **DEFINICION CONCEPTUAL:**

Modo habitual de proceder de la madre establecido por tradición o por la repetición de los mismos actos y que puede llegar a adquirir fuerza de precepto.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante la escala Nominal:

- Buena
- Mala

B. VARIABLE DEPENDIENTE:

B.1 LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES

- **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Alimentación que recibe el niño de parte de su madre y que le brindará los nutrientes necesarios para un buen crecimiento y desarrollo.

- **DEFINICIÓN OPERACIONAL:** Mediante la escala

Nominal.

- Lactancia Materna Exclusiva
- Lactancia Mixta
- Lactancia Artificial

3.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica aplicada fue la entrevista y la encuesta a las madres primíparas, utilizando los siguientes instrumentos:

A. ENCUESTA: NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE

LACTANCIA (ANEXO N° 01): Teniendo en cuenta los criterios teóricos sobre lactancia materna, corroborados por el MINSA. Está constituido por 15 preguntas relacionadas a la importancia, beneficios de la lactancia materna. Cada respuesta correcta tendrá el valor de 02 puntos; respuesta incorrecta tendrá el valor de 00

puntos; sumándose cada una de ellas y obteniéndose un puntaje total, el cual será clasificado según los parámetros:

- Nivel de conocimientos Adecuados : 16 – 30 puntos
- Nivel de conocimientos Inadecuados : 00 – 15 puntos

B. CUESTIONARIO: FACTORES SOCIOCULTURALES MATERNOS

(ANEXO N° 02): Instrumento que nos permitió obtener información sobre los factores sociales y culturales de las madres. Está dividido en 2 partes:

Factores sociales: Consta de 6 preguntas: Edad, tenencia de pareja, grado de instrucción, procedencia, trabajo y control prenatal.

Factores culturales: Consta de 10 preguntas sobre creencias y costumbres. Si todas las respuestas son contestadas correctamente será una buena cultura, pero si existe solamente una pregunta incorrecta será una mala cultura.

C. ENCUESTA: LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES

(ANEXO N° 03): Teniendo en cuenta los criterios teóricos sobre lactancia natural, mixta y artificial, corroborados por el MINSA. Está constituido por los tipos de lactancia que practica la madre con su bebé menor de 6 meses, clasificándose en: Lactancia Materna Exclusiva, Lactancia Mixta y Lactancia Artificial.

3.7 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de datos se solicitó el permiso correspondiente a la Directora de Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa y del Director del Hospital Eleazar Guzmán Barrón; luego se coordinó con la jefa del Departamento de Enfermería de dicho hospital para su conocimiento y autorización correspondiente en el Módulo de Pediatría, donde se identificaron a las madres que cumplieron con los criterios de inclusión, a dichas madres se les informó los objetivos de la investigación, solicitándoles el permiso mediante el Consentimiento Informado (**ANEXO N° 04**) para la aplicación de los instrumentos.

Los instrumentos fueron aplicados en el horario de 8am a 1pm; las madres llenaron y escribieron las respuestas de la encuesta de Nivel de conocimientos maternos sobre lactancia, el cuestionario de Factores Socioculturales maternos y el cuestionario de Lactancia en niños menores de 6 meses, previa orientación por las investigadoras, se concedió un tiempo aproximadamente de 10 a 20 minutos para su llenado, en algunos casos donde las madres dieron de lactar a su bebé o no tuvieron compañía de familiares, las investigadoras llenaron el cuestionario y las encuesta según respuesta de la madre. Finalmente se agradeció a las madres por su participación.

3.8 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS.

El procesamiento y análisis estadístico se realizó en el SOFTWARE especializado en Estadística y Epidemiología: SPSS Statics 18; en sus 2 niveles; previa codificación de los datos obtenidos:

Estadística descriptiva:

- › Tabulados y presentados en distribuciones de frecuencias.
- › Representaciones de Gráficos de barras.

Estadística Diferencial no paramétrica o analítica:

- › La prueba de Independencia de criterios (Chi cuadrado), se considerará el Nivel de Significancia de la probabilidad de equivocarse es menos al 5% ($T < 0.05$); medidas de asociación epidemiológica. Las gráficas estadísticas se realizarán en Software Harward Graphic.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

**TABLA N° 01: NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS. HOSPITAL
ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE,
2013.**

| NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS | fi | hi |
|--|-----------|--------------|
| Inadecuado | 9 | 22.5 |
| Adecuado | 31 | 77.5 |
| TOTAL | 40 | 100,0 |

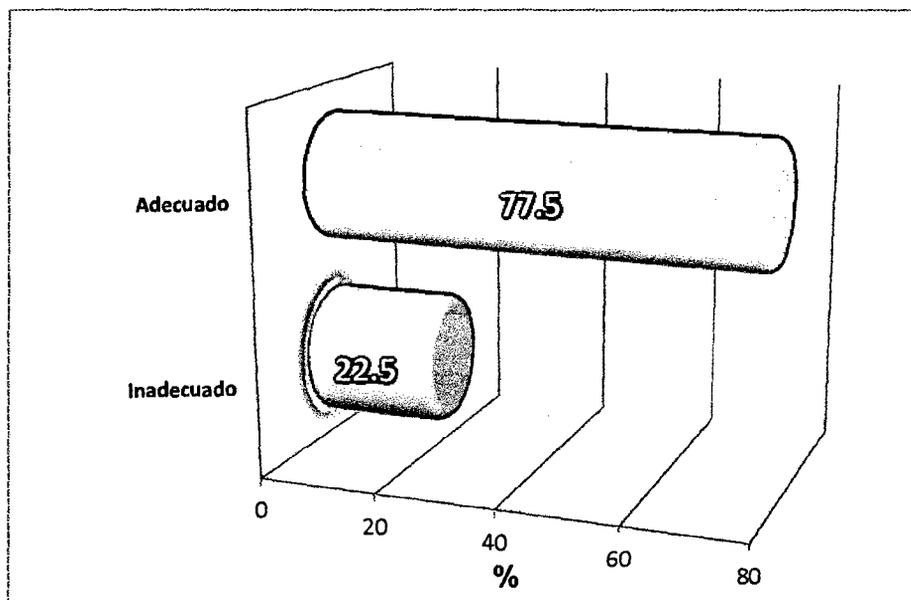
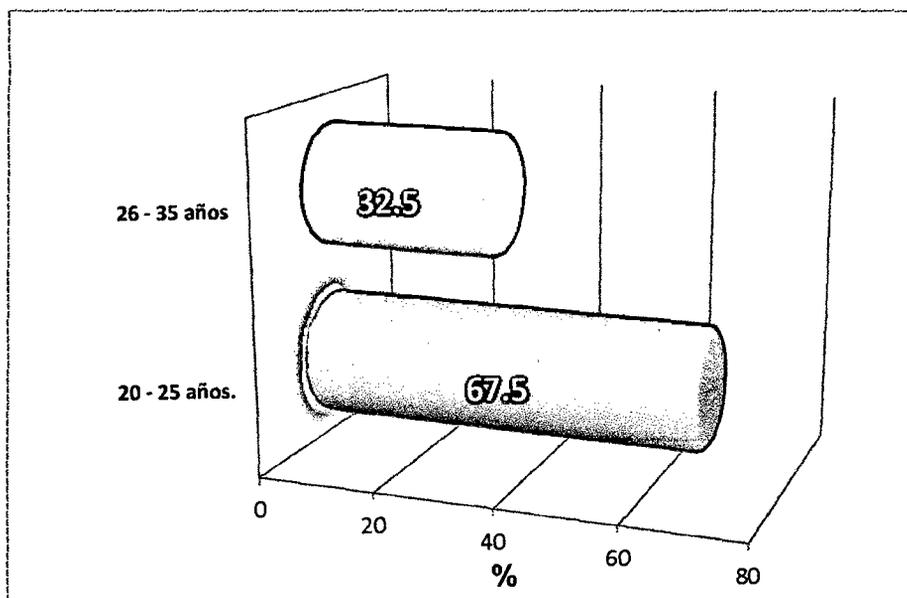


GRÁFICO N° 01: NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS. HOSPITAL
ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE,
2013.

**TABLA N° 02: FACTORES SOCIOCULTURALES MATERNOS.
HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO
CHIMBOTE, 2013.**

| FACTORES SOCIOCULTURALES MATERNOS | fi | hi |
|--|-----------|--------------|
| EDAD | | |
| 20 - 25 años. | 27 | 67,5 |
| 26 - 35 años | 13 | 32,5 |
| TENENCIA DE PAREJA | | |
| Con Pareja | 27 | 67,5 |
| Sin Pareja | 13 | 32,5 |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | | |
| Primaria | 10 | 25,0 |
| Secundaria | 17 | 42,5 |
| Superior | 13 | 32,5 |
| PROCEDENCIA | | |
| Urbano | 17 | 42,5 |
| Urbano Marginal | 16 | 40,0 |
| Rural | 7 | 17,5 |
| TRABAJO | | |
| Dentro del hogar | 6 | 15,0 |
| Fuera del hogar | 34 | 85,0 |
| CONTROL PRENATAL | | |
| Completo | 33 | 82,5 |
| Incompleto | 7 | 17,5 |
| CULTURA | | |
| Buena | 6 | 15,0 |
| Mala | 34 | 85,0 |
| TOTAL | 40 | 100,0 |



**GRÁFICO N° 2A: EDAD MATERNA. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN
BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.**

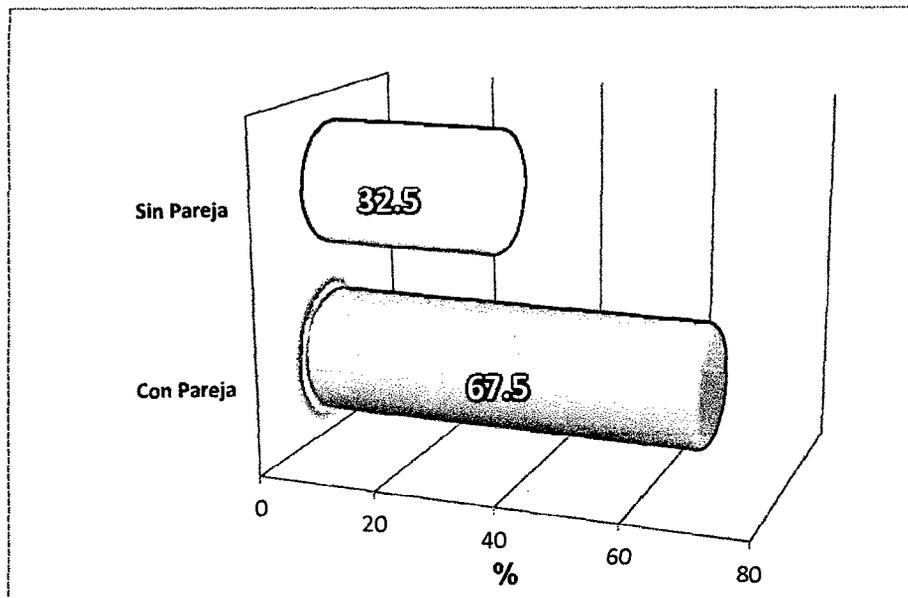


GRÁFICO N° 2B: TENENCIA DE PAREJA. HOSPITAL ELEAZAR
GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

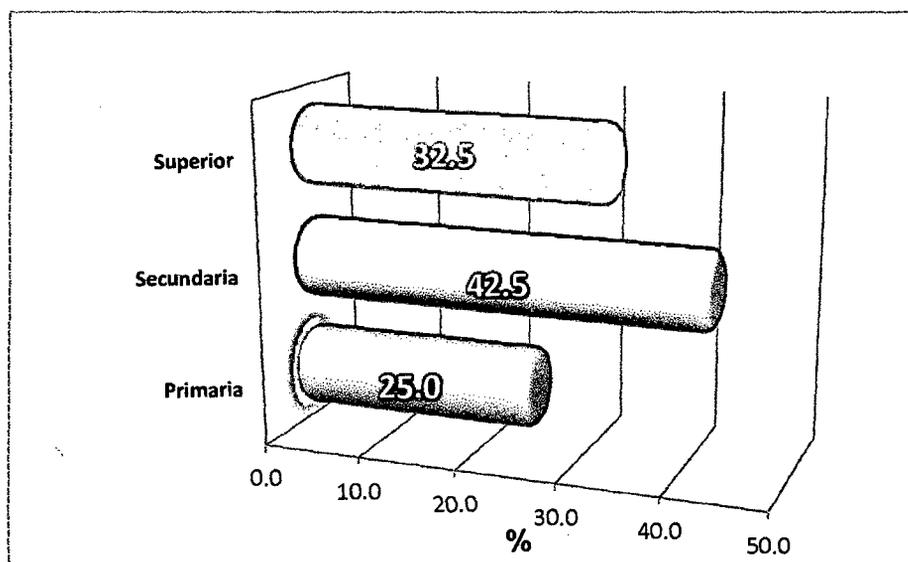


GRÁFICO Nº 2C: GRADO DE INSTRUCCIÓN MATERNA.
HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN.
NUEVO CHIMBOTE, 2013.

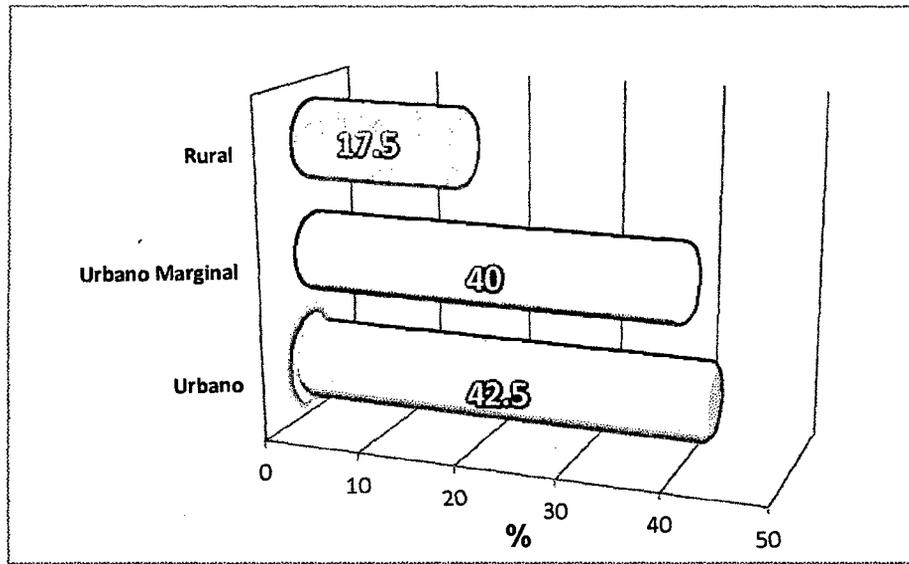
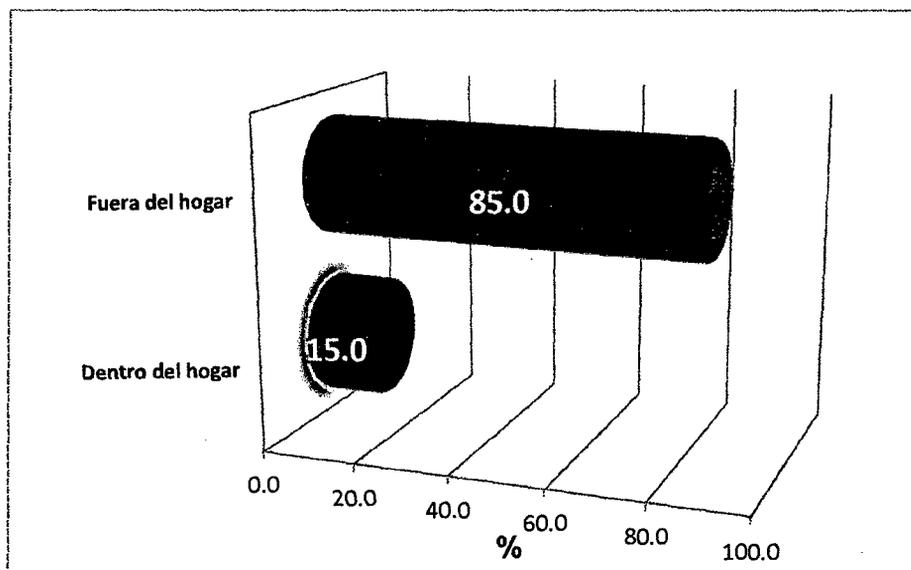


GRÁFICO Nº 2D: PROCEDENCIA MATERNA. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.



**GRÁFICO N° 2E: TRABAJO MATERNO. HOSPITAL ELEAZAR
GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE,
2013.**

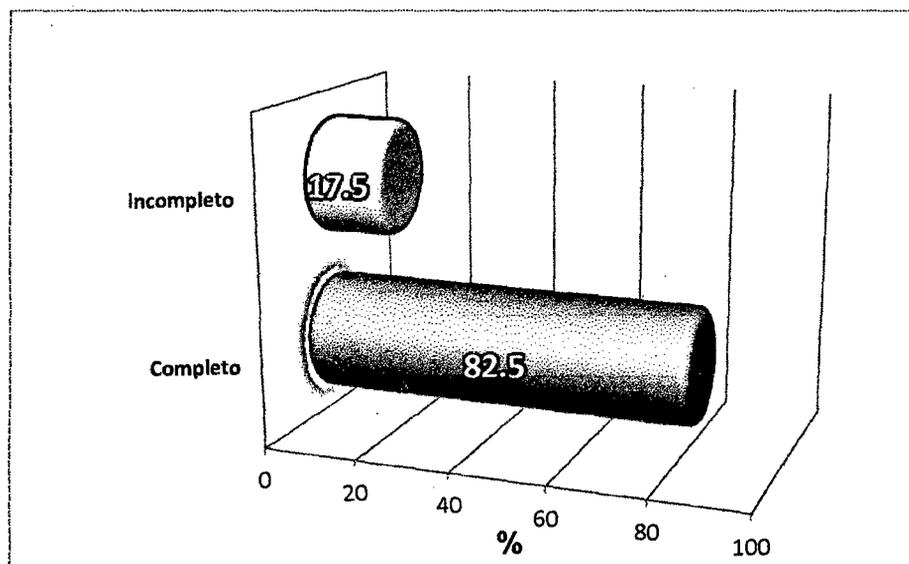


GRÁFICO N° 2F: CONTROL PRENATAL. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

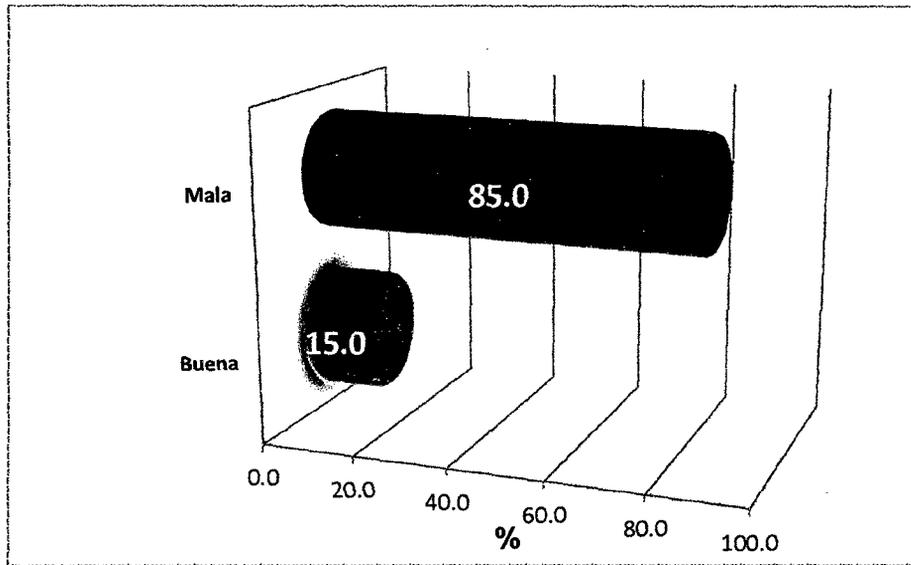


GRÁFICO N° 2G: CULTURA MATERNA. HOSPITAL ELEAZAR
GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE,
2013.

**TABLA N° 03: LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES.
HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO
CHIMBOTE, 2013.**

| LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES | fi | hi |
|--|-----------|--------------|
| Lactancia Materna Exclusiva | 30 | 75.0 |
| Lactancia Mixta | 10 | 25.0 |
| Lactancia Artificial | 00 | 00 |
| TOTAL | 40 | 100,0 |

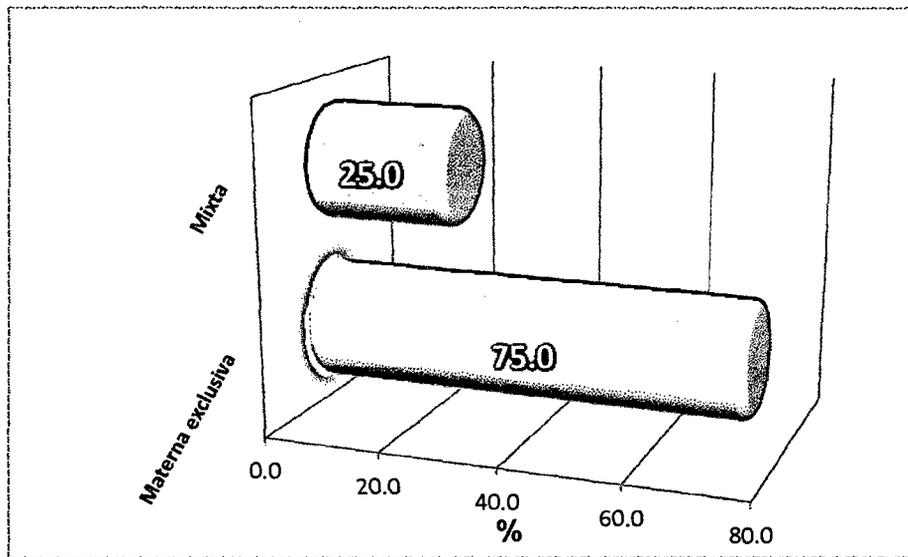


GRÁFICO N° 03: LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES.
HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, 2013.

TABLA N° 04: NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS RELACIONADOS A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

| NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO | LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES | | | | Total | |
|-------------------------------------|--|------|------------|------|-------|-------|
| | L. Materna | | *Lactancia | | fi | hi |
| | Exclusiva | | Mixta | | | |
| | fi | hi | fi | hi | | |
| *Inadecuado | 5 | 55.6 | 4 | 44.4 | 9 | 22.5 |
| Adecuado | 25 | 80.6 | 6 | 19.4 | 31 | 77.5 |
| TOTAL | 30 | 70.5 | 10 | 29.5 | 78 | 100,0 |

$X^2 = 2.342_{gl = 1}$ $p=0,126$ *OR= 3.3 Riesgo elevado No Sig.

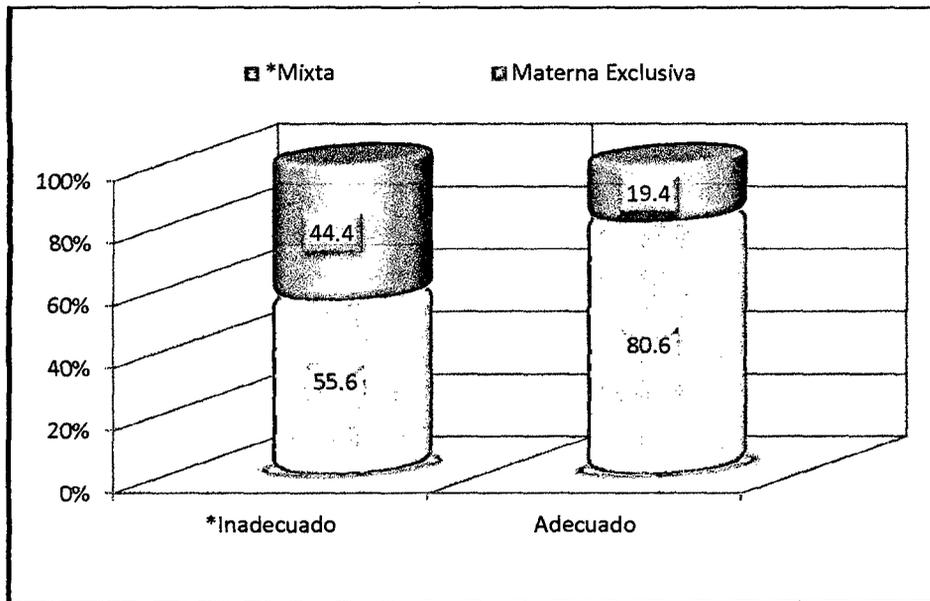


GRÁFICO N° 04: NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS RELACIONADOS A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE, 2013.

TABLA N° 05: FACTORES SOCIOCULTURALES MATERNOS RELACIONADOS A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

| FACTORES SOCIOCULTURALES MATERNOS | LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES | | | | TOTAL | |
|---|---------------------------------------|-------------|------------------|-------------|-----------|--------------|
| | L. Materna Exclusiva | | *Lactancia Mixta | | fi | hi |
| | fi | hi | fi | hi | | |
| EDAD | | | | | | |
| *20 - 25 años. | 18 | 66.7 | 9 | 33.3 | 27 | 67.5 |
| 26 - 35 años | 12 | 92.3 | 1 | 7.7 | 13 | 32.5 |
| X² = 3.077 gl = 1 p=0,079 *OR= 6 Riesgo elevado No Sig. | | | | | | |
| TENENCIA DE PAREJA | | | | | | |
| Con Pareja | 24 | 88.9 | 3 | 11.1 | 27 | 67.5 |
| *Sin Pareja | 6 | 46.2 | 7 | 53.8 | 13 | 32.5 |
| X² = 8.547 gl = 1 p=0,003 *OR= 9 Riesgo elevado Sig. | | | | | | |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | | | | | | |
| *Primaria | 7 | 70.0 | 3 | 30.0 | 10 | 25,0 |
| Secundaria | 11 | 64.7 | 6 | 35.3 | 17 | 42,5 |
| Superior | 12 | 92.3 | 1 | 7.7 | 13 | 32,5 |
| X² = 3.171 gl = 2 p=0,205*OR= 1.4 Riesgo leve No Sig. | | | | | | |
| PROCEDENCIA | | | | | | |
| Urbano | 14 | 82.4 | 3 | 17.6 | 17 | 42,5 |
| *Urbano Marginal | 10 | 62.5 | 6 | 37.5 | 16 | 40,0 |
| Rural | 6 | 85.7 | 1 | 14.3 | 7 | 17,5 |
| X² = 2.252 gl = 2 p=0,324 *OR= 3 Riesgo elevado No Sig. | | | | | | |
| TRABAJO | | | | | | |
| Dentro del hogar | 29 | 85.3 | 5 | 14.7 | 34 | 85,0 |
| Fuera del hogar | 1 | 16.7 | 5 | 83.3 | 6 | 15,0 |
| X² = 12.810 gl = 1 p=0,000 *OR= 29 Riesgo elevado Sig. | | | | | | |
| CONTROL PRENATAL | | | | | | |
| Completo | 25 | 75.8 | 8 | 24.2 | 33 | 82,5 |
| *Incompleto | 5 | 71.4 | 2 | 28.6 | 7 | 17,5 |
| X² = 0.058 gl = 1 p=0,810 *OR= 1.3 Riesgo leve No Sig. | | | | | | |
| CULTURA | | | | | | |
| Buena | 6 | 100.0 | 0 | 0.0 | 6 | 15,0 |
| Mala | 24 | 70.6 | 10 | 29.4 | 34 | 85,0 |
| X² = 2.353 gl = 1 p=0,125 No Sig. | | | | | | |
| TOTAL | 30 | 70.5 | 10 | 29.5 | 78 | 100,0 |

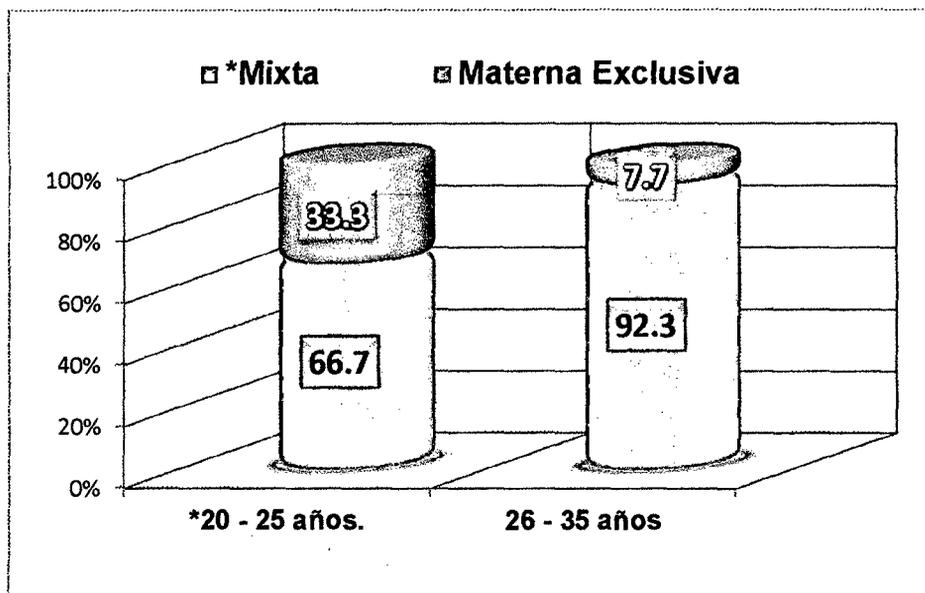


GRÁFICO N° 5A: EDAD RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

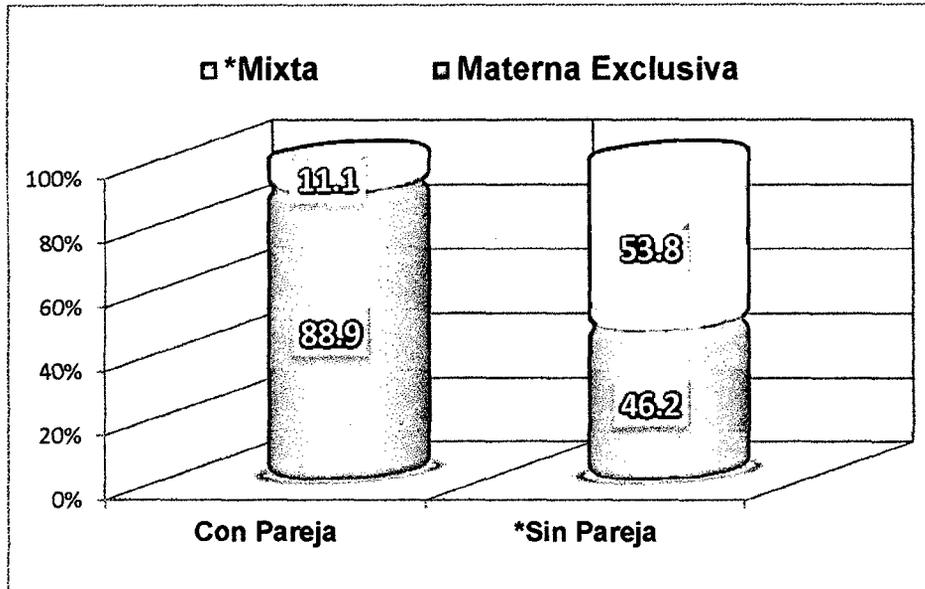


GRÁFICO N° 5B: TENENCIA DE PAREJA RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

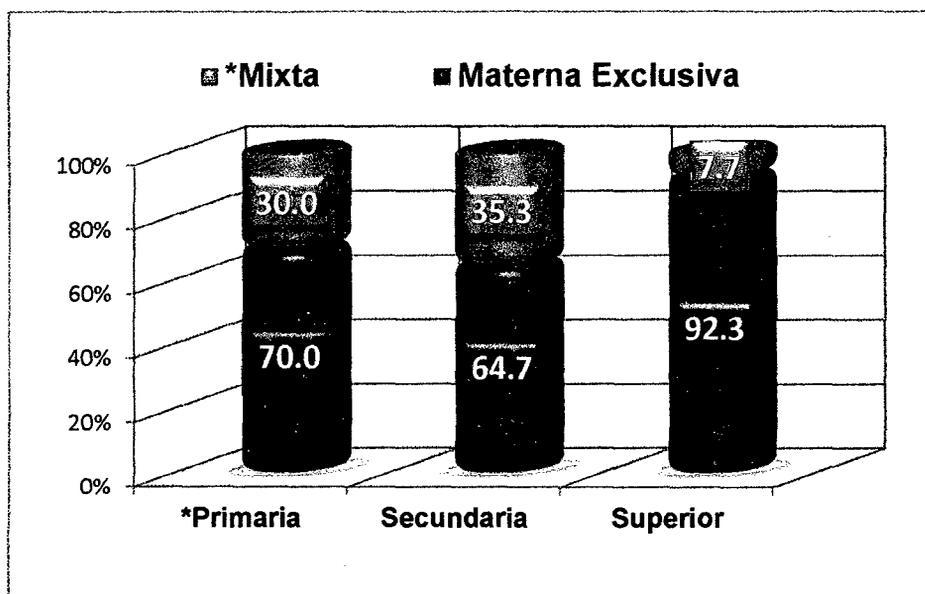


GRÁFICO N° 5C: GRADO DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

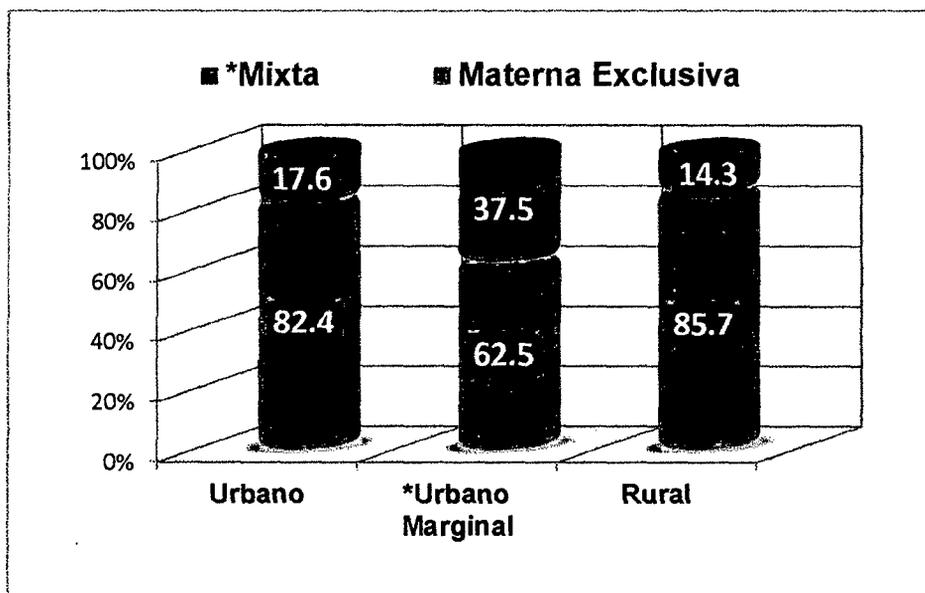


GRÁFICO N° 5D: PROCEDENCIA RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

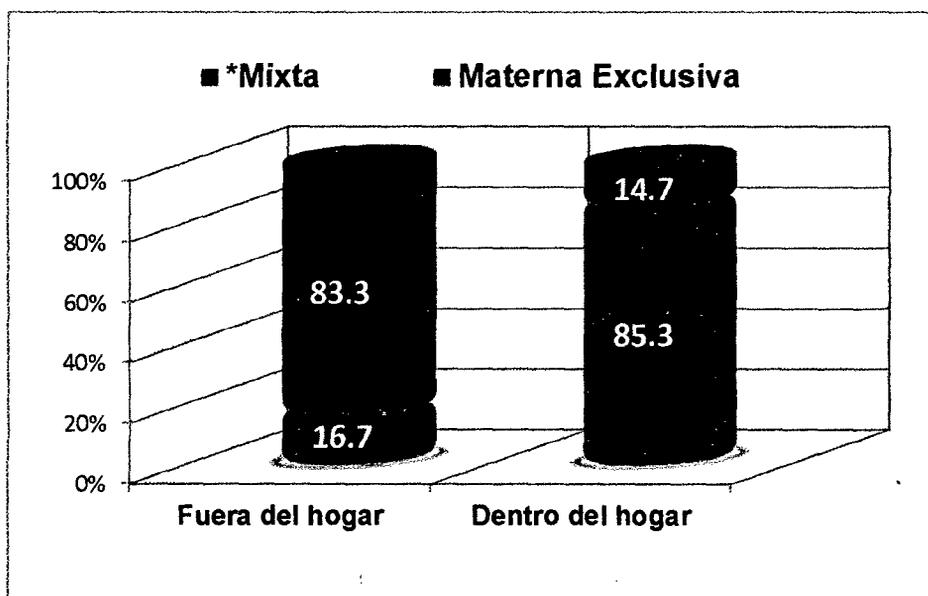


GRÁFICO N° 5E: TRABAJO RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

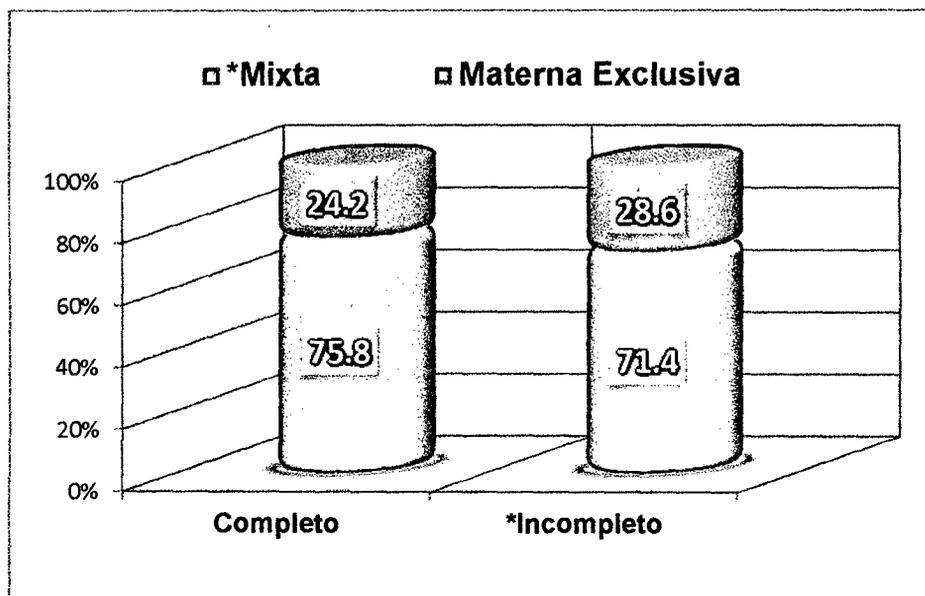


GRÁFICO N° 5F: CONTROL PRENATAL RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

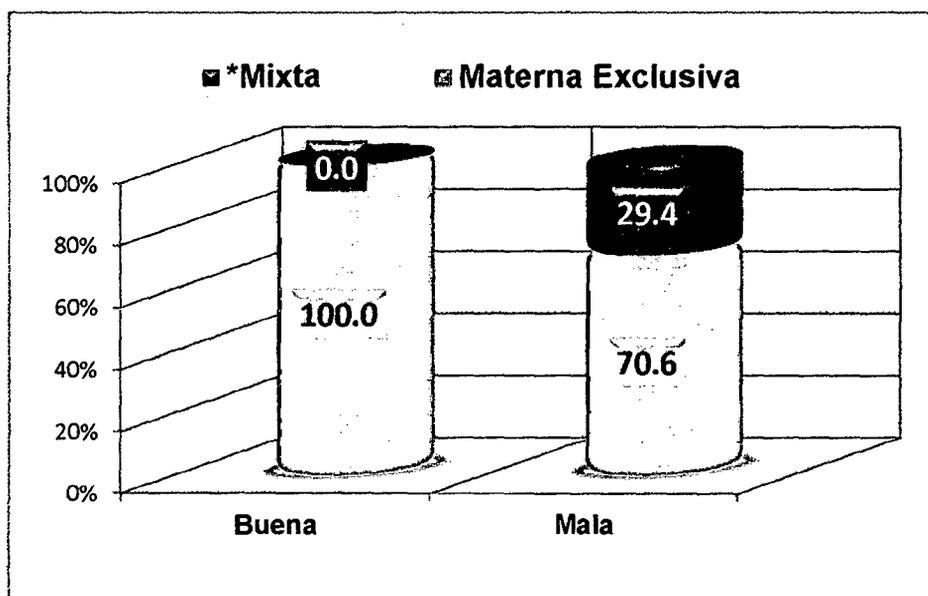


GRÁFICO Nº 5G: CULTURA RELACIONADO A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES. HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN. NUEVO CHIMBOTE, 2013.

4.2 DISCUSIÓN

TABLA N° 01: Sobre Nivel de Conocimientos maternos sobre lactancia en niños menores de 6 meses del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013, se observó, que el 77.5% de las madres presentaron un nivel de conocimientos adecuados y el 22.5% un nivel de conocimientos inadecuados.

Los resultados se relacionan con **FERRO, M. y FLORES, H. (2007)** en su investigación "Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en púerperas del Instituto Especializado Materno Perinatal de Lima en el 2007". Destaca que el 65% de madres tienen un nivel de conocimiento adecuado (51).

Por otro lado, los resultados no concuerdan con lo hallado por **GÓMEZ, K. y RUIZ, M. (2006)** en su investigación "Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica sobre lactancia materna exclusiva en madres gestantes que acuden al control prenatal del hospital de apoyo I Jamo de Tumbes en el año 2006". Destaca que del total de 96 madres, el 36,5% obtuvieron bajo nivel de conocimiento con buena práctica de lactancia materna exclusiva, seguido del 16,7% con mediano nivel de conocimiento y buena práctica y el 12,5% con alto nivel de conocimiento y buena práctica de lactancia materna exclusiva, al realizar la prueba estadística de relación de ambas variables no se encontró significancia ($p > 0,05$). Se determinó que la mayoría de madres en un 58,3 % tuvo nivel de

conocimiento bajo, con respecto a la práctica se encontró preveía en un 65,6% con buena práctica de lactancia materna exclusiva. (52).

Gonzales, F. (2009), Afirma que la madre primípara recibe información de madres y familiares, la familia influye de forma positiva o negativa en el curso de la lactancia materna. Es preciso que el personal de la salud que tengan contacto con la familia conozcan las técnicas adecuadas para asesorar a las madres, brindándoles información a los familiares, así como a las escuelas e instituciones sociales como medida para estimular la lactancia materna Es necesario enfatizar en la promoción de la lactancia materna en el control prenatal, prestar especial atención a la primípara y favorecer la autoestima hacia el amamantamiento, utilizando mecanismos de promoción de salud (53).

Según Ochoa, G. (2010), Identificar los conocimientos que posee la madre es importante para desarrollar estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil. Uno de los factores que contribuye al éxito de la lactancia materna es la información que la madre recibe sobre sus beneficios y técnicas, lo cual propicia la confianza y seguridad para amamantar a sus hijos (54).

TABLA N° 02: Respecto a los factores socioculturales maternos. Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2013, se observó El 67.5% tienen de 20 a 25 años de edad, el 67.5% tienen pareja, el 42.5% con instrucción secundaria, el 42.5% proceden de zona urbana, el 85.0% trabajan fuera del hogar, el 82.5% tuvieron control prenatal completo y el 85.0% tiene una mala cultura.

Se conoce que a mayor EDAD, mayor responsabilidad, satisfacción y aceptación del rol maternal, favoreciendo un adecuado desarrollo y crecimiento del niño (55).

En la actualidad una madre soltera, SIN PAREJA, enfrenta sola un papel de madre y padre, al no contar con el apoyo emocional y tiene mayor probabilidad de no brindar los cuidados necesarios a sus hijos.

Se puede mencionar que la familia influye en el proceso de estimulación del aporte de lactancia materna al bebé. El abandono de la lactancia materna exclusiva ocurre con mayor frecuencia entre las madres solteras, y puede retribuirse a la inestabilidad emocional y falta de apoyo necesario durante este período (Ibid).

Es necesario mencionar que elevando el NIVEL EDUCATIVO de las mujeres, se mejorará el nivel de salud infantil significando que la educación es un factor determinante de la reducción de la mortalidad infantil. El grado de instrucción interviene en el

desarrollo potencial e intelectual y en la personalidad de la madre puesto que cada vez que escala los diferentes niveles de instrucción hasta llegar a superior, le permite entender y aceptar la educación sanitaria para cumplir con más responsabilidades lo que significa tener un bebé y la manera como debe ser su alimentación, especialmente del recién nacido que se basa en lactancia materna exclusiva hasta los seis meses (Ibid).

La PROCEDENCIA juega un papel importante en la lactancia materna, estos pueden influir en modificaciones de la estructura social sobre todo a nivel familiar, la era de la industrialización que tiene que ver con el estrato económico de la zona rural y urbana; estos factores han influido a nivel mundial definitivamente en la lactancia materna exclusiva (56).

Mediante el CONTROL PRENATAL, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la futura madre para el parto, el cuidado de su hijo y la Lactancia Materna. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, y así mismo promocionar la lactancia materna (43).

La CULTURA de las madres es un aspecto profundamente arraigado en muchas civilizaciones. Las creencias y hábitos de una cultura se van transmitiendo de una generación a otra por instituciones como la familia, escuela e iglesia. Las prácticas de

lactancia originadas en estos diferentes grupos pueden satisfacer o poner en riesgo la salud de los niños amamantados. La transculturación es también un factor que determina creencias y hábitos pues la migración de personas de un lugar a otro, así como la llegada de productos industrializados, ha hecho que se adopten nuevas creencias en la lactancia (57).

TABLA N° 03: Sobre Lactancia en niños menores de 6 meses del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2013, se observó que el 75.0% de las madres brindan lactancia materna exclusiva y el 25.0% lactancia mixta.

No se encontró madres que brindan lactancia artificial.

Estos resultados concuerdan con **BACA, C. y ESTRADA, C. (1999)** en su investigación "Algunos Factores que influyen en el tipo de Lactancia que practican las madres con niños menores de 6 meses de edad. Cono Nor - Este del Distrito de Nuevo Chimbote 1998". La población muestral estuvo constituida por 103 madres de niños menores de 6 meses. Destaca que los niños menores de 6 meses recibieron Lactancia Materna Exclusiva (60.2%), seguido de la práctica de Lactancia Mixta con el 39.8%, no habiéndose encontrado niños con Lactancia Artificial (58).

Por otro lado los resultados no concuerdan con lo hallado por **MEREDIA, M. (2001)**, quien realizó la investigación: "Creencias y prácticas que tienen las madres sobre la lactancia materna que

limitan su exclusividad en los niños menores de 6 meses que se atienden en Hospital de Santa Rosa". Estudio de tipo descriptivo transversal. La muestra estuvo constituida por 60 madres escogidas al azar a través del muestreo aleatorio simple. Los resultados encontrados mostraron que sólo el 20% da LME; el 59% de madres que pertenecen al grupo de la lactancia artificial (30).

TABLA N° 04: En el Nivel de Conocimientos maternos relacionados a la Lactancia en niños menores de 6 meses del Hospital Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote, 2013, se observó, que el 80.6% de las madres con nivel de conocimientos adecuados brindan lactancia materna exclusiva y el 44.4% de madres con nivel de conocimientos inadecuados brinda lactancia mixta. No existe relación estadística significativa entre ambas variables. Asimismo, ante la prueba de riesgo, el tener un nivel de conocimiento inadecuado se constituye en riesgo elevado para practicar una lactancia mixta ($OR=3.3$), es decir, existe 3.3 veces más riesgo que las madres practiquen lactancia mixta si tiene un nivel de conocimiento inadecuado sobre lactancia.

Los resultados obtenidos concuerdan con **GÓMEZ, K. y RUIZ, M.** (2006) en su investigación "Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica sobre lactancia materna exclusiva en madres gestantes que acuden al control prenatal del hospital de apoyo I Jamo de Tumbes en el año 2006". Se realizó un estudio

correlacional–prospectivo. Llegaron a la conclusión que del total de 96 madres, el 36,5% obtuvieron bajo nivel de conocimiento con buena práctica de lactancia materna exclusiva, seguido del 16,7% con mediano nivel de conocimiento y buena práctica y el 12,5% con alto nivel de conocimiento y buena práctica de lactancia materna exclusiva, al realizar la prueba estadística de relación de ambas variables no se encontró significancia ($p > 0,05$). Se determinó que la mayoría de madres en un 58,3 % tuvo nivel de conocimiento bajo, con respecto a la práctica se encontró prevalecía en un 65,6% con buena práctica de lactancia materna exclusiva (52).

La adopción del rol maternal es un proceso interactivo y evolutivo que tiene lugar a un cierto período de tiempo y durante el cual la madre establece un rol con su bebé, mediante la lactancia materna y otros cuidados; para lo cual adquiere competencia en la relación de los mismos, haciéndose necesario la adquisición e interiorización de conocimientos sobre estos temas. En la adquisición del rol maternal se busca crearlos desde el entorno inmediato en el cual interactúa la madre con el bebé, teniendo como apoyo directo al padre; pasando hacia el apoyo social en el cual se encuentra por ejemplo los conocimientos brindados por el personal de salud o el apoyo que encuentre la madre en el ámbito laboral para continuar con su rol de amamantar a su bebé, haciéndose también importante la influencia de la sociedad, el

gobierno, los medios de comunicación en la promoción de la lactancia materna exclusiva al bebé de 0 a 6 meses.

Todos estos individuos y organizaciones se hacen importantes para que la madre primípara adquiera los conocimientos sobre lactancia materna necesarios y así pueda adoptar una actitud adecuada frente a dicho proceso (59).

Grau, P. (2005) afirma que la promoción, difusión y capacitación en Lactancia Materna Exclusiva es una de las estrategias fundamentales para la disminución de la desnutrición y mortalidad infantil respecto de sus conocimientos, capacidades y habilidad para criar a sus hijos. Por lo tanto, la capacitación precoz de la embarazada, su atención respetuosa contemplando las diferencias culturales, experiencias y opiniones, la atención humanizada del parto, el seguimiento puerperal esmerado como el del bebé y la posibilidad de la inclusión de la familia en este proceso, son objetivos imprescindibles para crear las condiciones favorables que permitan a la mujer realizar una elección consciente y positiva respecto a la lactancia materna y así evitar tasas porcentuales de riesgo como es que las madres lactantes puedan tener un conocimiento inadecuado (60).

TABLA N° 05: En relación a los Factores Socioculturales maternos relacionados a la Lactancia en niños menores de 6 meses del Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2013, se

observó que referente a la edad el 92.3% de las madres entre 26 a 35 años de edad brindan lactancia materna exclusiva y el 33.3% de las madres entre 20 – 25 años de edad brindan lactancia mixta.

No existe relación estadística significativa entre ambas variables. Asimismo, ante la prueba de riesgo, el tener de 20 a 25 años de edad se constituye en riesgo elevado para practicar una lactancia mixta (OR=6), es decir, existe 6 veces más riesgo que las madres practiquen lactancia mixta si tiene de 20 a 25 años de edad.

Los resultados concuerdan con **RODRIGUEZ, L. y VILCHEZ, Y.** (2009). Que Investigaron: "Factores socioculturales relacionados al nivel de conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes primíparas. Hospital La Caleta – Chimbote 2009". Estudio de tipo descriptivo Correlacional, la población muestral del estudio estuvo constituida por 40 madres adolescentes primíparas, Los resultados fueron el 60 % de las madres adolescentes presentaron un nivel de conocimiento medio, seguido de un 27.5 % de conocimiento alto y un porcentaje de 12.5 % presentaron un nivel de conocimiento bajo. Se observa que **NO** existe relación estadística significativa con la edad (35).

En los países subdesarrollados la falta de control al riesgo reproductivo y de información acerca de la lactancia conduce a las madres menores de 25 años a una práctica de lactancia inadecuada (61).

En relación a la pareja el 88.9% de las madres con pareja brindan lactancia materna exclusiva y el 53.8% de las madres sin pareja brindan lactancia mixta en niños menores de 6 meses.

Existe relación estadística significativa entre ambas variables. Asimismo, ante la prueba de riesgo, madres sin pareja se constituye en riesgo elevado para practicar una lactancia mixta (OR=9), es decir, existe 9 veces más riesgo que las madres sin pareja practiquen lactancia mixta.

Según Fernández, M. el escaso conocimiento acerca de LM y el abandono precoz de la misma ocurre con mayor frecuencia entre las madres solteras, atribuyéndoselo a la inestabilidad emocional y falta de apoyo instrumental necesarios durante este período (62).

Por otra parte muchas de estas madres solteras, al no contar con una pareja, que les brinde seguridad, confianza y apoyo económico, ellas mismas tienen que suplir estas necesidades solas, esforzándose mucho más que aquellas que tienen pareja, es decir asumir el rol de madre y padre.

En el grado de instrucción el 92.3% de las madres con grado de instrucción superior brinda lactancia materna exclusiva y el 35.3% de las madres con grado de instrucción secundaria brindan lactancia mixta en niños menores de 6 meses.

No existe relación estadística significativa entre ambas variables. Asimismo, ante la prueba de riesgo, madres con primaria se constituyen en riesgo leve para practicar una lactancia mixta (OR=1.4), es decir, existe 1.4 veces más riesgo que las madres con primaria practiquen lactancia mixta.

Los resultados difieren con lo reportado por **BACA, C. y ESTRADA, C. (1999)**, en su investigación: "Algunos Factores que influyen en el tipo de Lactancia que practican las madres con niños menores de 6 meses de edad. Cono Nor - Este del Distrito de Nuevo Chimbote 1998". La población muestral del estudio estuvo constituida por 103 madres de niños menores de 6 meses. Destaca que los niños menores de 6 meses recibieron Lactancia Materna Exclusiva (60.2%), seguido de la práctica de Lactancia Mixta con el 39.8%, no habiéndose encontrado niños con Lactancia Artificial. El factor social (edad, estado civil y procedencias), estadísticamente tiene un comportamiento independiente al tipo de lactancia ($p > 0.05$); existiendo 1.4 veces más riesgo de practicar lactancia-Mixta si las madres tienen grado de instrucción primaria (OR=1,42) (58).

Cumiski (2008) Menciona que las madres más instruidas toman conciencia y aceptan sus respectivos roles mejorando su vida familiar y el cuidado de su niño puesto que la instrucción es el caudal de los conocimientos adquiridos mediante la educación que

proporciona a la madre la información de una personalidad propia permitiéndole informarse y desempeñarse con responsabilidad frente al cuidado de su niño mostrando un instinto maternal como una protección activa, considerando importante para su desarrollo un adecuado proceso de lactancia materna (63).

Respecto a la procedencia el 85.7% de las madres que proceden de la zona rural brindan lactancia materna exclusiva y el 37.5% de la madres de la zona urbano marginal brindan lactancia mixta.

No existe una relación estadística significativa entre ambas variables. Asimismo, ante la prueba de riesgo, madres de zonas urbano marginal se constituyen en riesgo elevado para practicar una lactancia mixta (OR=3), es decir, existe 3 veces más riesgo que las madres de las zonas urbano marginales practiquen lactancia mixta.

Los resultados se relacionan con el estudio de **BACA, C. y ESTRADA, C. (1999)**, en su investigación "Algunos Factores que influyen en el tipo de Lactancia que practican las madres con niños menores de 6 meses de edad. Cono Nor - Este del Distrito de Nuevo Chimbote 1998". La población muestral del estudio estuvo constituida por 103 madres de niños menores de 6 meses. Destaca que el factor social procedencia, estadísticamente tiene un comportamiento independiente al tipo de lactancia ($p > 0.05$); (58).

En relación al trabajo el 85.3% de las madres que trabajan dentro del hogar brindan lactancia materna exclusiva y el 83.3% de las madres que trabajan fuera del hogar brindan lactancia mixta en niños menores de 6 años.

Existe una relación estadística significativa entre ambas variables. Asimismo, ante la prueba de riesgo, madres que trabajan fuera del hogar se constituyen en riesgo elevado para practicar una lactancia mixta (OR=29), es decir, existe 29 veces más riesgo que las madres que trabajan fuera del hogar practiquen lactancia mixta.

Las madres que trabajan fuera del hogar dejan al cuidado de otras personas a sus hijos, muchos de ellos familiares, que hacen práctica del biberón. Es importante hacer referencia que la mayoría de las madres que trabajan fuera de su hogar, propician a que no se dé, una lactancia materna adecuada; dejando de lado esta buena práctica de la lactancia materna exclusiva y el cuidado general de sus hijos. Sin embargo, la madre que trabaja dentro del hogar, puede dedicarle mayor tiempo a la aplicación de conocimientos adecuados convirtiéndolos en un hábito y por ende contribuir favorablemente en el cuidado de su hijo (64).

Uno de los aspectos señalados en la literatura médica extranjera es que la madre trabajadora constituye una de las causas principales de abandono de la lactancia materna, y aunque existan muchas

instituciones que la promuevan, la defiendan y la protejan, todavía están lejos de alcanzar una cifra óptima (65).

En el Control prenatal el 75.8% de las madres que tienen control prenatal completo brindan lactancia materna exclusiva y 28.6% de las madres que tienen control incompleto brindan lactancia mixta en niños menores de 6 meses.

No existe relación significativa entre control prenatal y lactancia materna ($p=0.810$). Asimismo, ante la prueba de riesgo, madres con control prenatal incompleto se constituyen en riesgo leve para practicar una lactancia mixta ($OR=1.3$), es decir, existe 1.3 veces más riesgo que las madres con control prenatal incompleto practiquen lactancia mixta.

Es necesario enfatizar la promoción de la lactancia materna en el control prenatal, asimismo prestar especial atención a la madre primípara y favorecer el amamantamiento, utilizando mecanismos de promoción de salud en cada control.

En la Cultura tenemos que el 100% de las madres con buena cultura brindan lactancia materna exclusiva y el 29.4% de las madres con mala cultura brindan lactancia mixta en niños menores de 6 meses.

No existe relación estadística significativa entre ambas variables.

Los resultados difieren con lo reportado por **BACA, C. y ESTRADA, C.** (1999), en su investigación: "Algunos Factores que influyen en el tipo de Lactancia que practican las madres con niños menores de 6 meses de edad. Cono Nor - Este del Distrito de Nuevo Chimbote 1998". La población muestral del estudio estuvo constituida por 103 madres de niños menores de 6 meses. Destaca que el factor cultural (creencias y costumbres), constituye un riesgo de leve a elevado, para que las madres practiquen la Lactancia Mixta (58).

La **CULTURA** de las madres es un aspecto profundamente arraigado en muchas civilizaciones. Las creencias y hábitos de una cultura se van transmitiendo de una generación a otra por instituciones como la familia, escuela e iglesia. Las prácticas de lactancia originadas en estos diferentes grupos pueden satisfacer o poner en riesgo la salud de los niños amamantados (57).

V. CONCLUSIONES

1. El 77.5% de las madres presentaron un nivel de conocimientos adecuados y el 22.5% un nivel de conocimientos inadecuados.
2. El 67.5% tienen de 20 a 25 años de edad, el 67.5% tienen pareja, el 42.5% con instrucción secundaria, el 42.5% proceden de zona urbana, el 85.0% trabajan fuera del hogar, el 82.5% tuvieron control prenatal completo y el 85.0% tiene una mala cultura.
3. El 75.0% de las madres brindan lactancia materna exclusiva y el 25.0% brinda lactancia mixta, no se encontró madres que brindan lactancia artificial.
4. No existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento materno y lactancia en niños menores de 6 meses.
5. Existe relación estadística significativa entre la tenencia de pareja y el trabajo con la lactancia. No existió relación estadística significativa entre la edad, grado de instrucción, procedencia, control prenatal y cultura con la lactancia en niños menores de 6 meses.

VI. RECOMENDACIONES

- ✓ El profesional de enfermería deberá ocupar un rol protagónico y privilegiado en la promoción, protección y apoyo de la Lactancia Materna, ya que es el personal que tiene la oportunidad de estar en contacto directo con la díada madre-hijo las 24 hs. del día.

- ✓ El profesional de Enfermería deberá implementar y reforzar programas educativos sobre lactancia materna exclusiva, específicamente para las madres adolescentes de los pueblos de recursos económicos bajos con el propósito de mejorar el nivel de conocimientos de dichas madres, al respecto.

- ✓ Los programas educativos deben realizarse en un tiempo determinado con una determinada población, para desarrollar un nivel cognoscitivo adecuado con el uso de talleres vivenciales en donde las madres puedan desempeñarse de una manera correcta en su rol maternal realizando un seguimiento para corroborar el aprendizaje en la práctica diaria. No se debe dejar de lado la etapa prenatal, ya que esta es muy importante para ir concretando los conocimientos que determinen la correcta lactancia materna que se inicia al nacer el bebé.

- ✓ Realizar una inversión mayor en los programas existentes en el país que velan por el cumplimiento y la promoción de las políticas y normas que buscan fomentar la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida.

- ✓ El fomento de la recuperación de la lactancia materna es una estrategia primordial reconocida por su alto potencial de mejorar la salud pública. La promoción de la lactancia exclusiva requiere de un trabajo largo y sostenido no solo de las madres, sino de toda la nación.

- ✓ Desarrollar futuro trabajos de investigación, similares al presente estudio que permitan comprender y aplicar los procesos alrededor de la práctica de la lactancia materna exclusiva, permitiendo la intervención objetiva sobre esta problemática, así mismo seguir conociendo como la población materna evoluciona sobre el conocimiento de estos aspectos.

VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Organización Mundial de la Salud (2011).** "Lactancia Materna".
Fecha de acceso: 18/03/13. Disponible en:
<http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
- 2. Lawrence, R. (2007).** "Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica". 6° Ed. Edit. Elsevier. España. Fecha de acceso: 18/03/13. Disponible en:
http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf
- 3. Lawrence, R. (2002).** "La Lactancia Materna". Edit. Mosby. Fecha de acceso: 18/03/13. Disponible en:
http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Composicion%20eche%20materna,.pdf
- 4. MINSA, UNICEF. (1995).** "Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud". Fecha de acceso: 03/04/13. Disponible en:
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>
- 5. Asociación Española de Pediatría. (2010).** "Lactancia Materna".
Fecha de acceso: 03/04/13. Disponible en:

<http://www.aeped.es/documentos/protocolos-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion>.

6. **Reeder, S. y Martín, L. (1998).** "Enfermería Materno Infantil. La familia, el neonato y el cuidado de la salud de la mujer". 10° Ed. Edit. Harla S.A. de C.V. México.

7. **Pazos, S. (2008).** "Factores influyentes en la lactancia materna". Edit. Las Américas. México. Fecha de acceso: 18/04/13. Disponible en:<http://maternidad-lactancia.blogspot.com/2007/>

8. **Thomas, W. (2004).** "Medicamentos y lactancia materna". Edit. Emisa España.

9. **Gonzales, A. (2005).** "Lactancia Materna en la Sierra Peruana". Edit. Salud. Lima-Perú. Fecha de acceso: 18/04/13. Disponible en: <http://mujerjoven.netiview.php>

10. **Aguilar, M y Fernández, M. (2005),** "Lactancia Materna Exclusiva". Perú. Fecha de acceso: 18/04/13. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfmlno54/RFM050000406.pdf>

11. **Newell, J. (2009).** "Revista Científica de Loma Linda" Volumen 10. Edit. Las Américas. México DF.

- 12. Aguayo, J y Colab. (2008).** "Manual de Lactancia Materna". Edit. Médica Panamericana. España
- 13. Dominguez, J. (2008).** "The Milk, The most important in the world". Edit. Amauta. Ginebra, EE. UU. Fecha de acceso: 19/04/13. Disponible en: <http://www.EE.UU.enelmundo.com/saludparalosbebes/html>
- 14. OPS. (2009).**"Cuba con los mejores resultados en lactancia materna". Fecha de acceso: 19/04/13. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2009/08/04/cuba-con-los-mejores-resultados-en-lactancia-materna-segun-ops/>
- 15. Mastragelo, M; Maceal, A. y Alargan, A. (2010).** "Fortalecer la Lactancia Materna en América Latina". Fecha de acceso: 19/04/13. Disponible en: <http://www.Espectador.com>
- 16. Egas, R. (2008).** "La lactancia materna en declive en América Latina". Quito Ecuador Fecha de acceso: 19/04/13. Disponible en: <http://ecuador.nutrinet.org/noticias/80/138-la-lactancia-materna-en-declive-en-america-latina>
- 17. Veneman, A. (2009).** "Retomando el tema de la Lactancia Materna en la Región de América Latina y el Caribe". Fecha

de acceso: 19/04/13. Disponible en:
http://www.unicef.org/lac/lactancia_maternatacro.pdf.

18. García, H. (2011). "Semana de la Lactancia Materna en el Perú".
Dirección General de Promoción de la Salud —MINSA. Perú.
Fecha de acceso: 19/04/13. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/lactancia/archivos/jornadas/DrHamiltonGarcia_DGPS_situacion.pdf

19. Ministerio de Salud (2012). "Lactancia Materna Tarea de todos". Perú.
Fecha de acceso: 20/04/13. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/lactancia/index.html>

20. Oficina De Prensa Y Relaciones Públicas MINSA (2011).
"Establecimientos de salud cuentan con lactarios"
Perú. Fecha de acceso: 19/04/13. Disponible en:
<http://www.minsagob.pe/portada/Especiales/2011/lactancia/activosINP0685-LACTARIOS.pdf?notw=10558>

21. MINSA (2011). "Plan de promoción y fomento de la lactancia materna". Fecha de acceso: 19/04/13. Disponible en:
<http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/promocion/2011/PLANPROMOCION LEA 2011.pdf>

- 22. Zúñiga, G. (2010).** "Hospital La Caleta alerta que lactancia materna evita hasta un 22% de muertes". Diario de Chimbote. Fecha de acceso: 19/04/13. Disponible en: <http://www.diariodechimbote.com/portada/noticias-locales045795-hospital-la-caleta-alerta-quelactanciamaterna-evita-hasta-un-22-de-muertes>
- 23. Gonzales, R. (2010).** "Essalud promueve beneficios de la lactancia materna". Diario, de Chimbote. Fecha de acceso: 19/04/13. Disponible en: <http://www.diariodechimbote.comiportada/noticias-locales/45770-essalud-promueve-beneficios-dela-lactancia-materna>
- 24. Mestre y Urbano (2003).** "Conocimientos, creencias y actitudes de las madres de la comunidad de cambalache sobre la lactancia materna Puerto Ordaz Estado Bolívar". Venezuela.
- 25. Alvarado, D. y Canales, A. (2006).** "Conocimiento y prácticas que poseen las madres sobre lactancia materna exclusiva" en la Universidad de Salud San Rafael Obrajuelo, Departamento de la Paz en el año 2006. Brazil.

- 26. Melo De Carvalho y Cabral (2006).** "Conocimientos y actitudes acerca de la lactancia en primíparas ciudad de Recife, Pernambuco". Brasil.
- 27. Gamboa, E y López, M.(2008).** "Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable". Chile.
- 28. Calderón, I y Rodríguez, M. (2008).** "¿Conocen nuestras madres acompañantes lo suficiente sobre lactancia materna?". Cuba.
- 29. García, M. y Colab. (2008).** "Nivel de conocimientos sobre lactancia materna en un grupo de embarazadas en el Policlínico Docente "Marta Martínez", Julio-Diciembre 2008". España.
- 30. Meredia, M. (2001).** "Creencias y prácticas que tienen las madres sobre la lactancia materna que limitan su exclusividad en los niños menores de 6 meses que se atienden en Hospital de Santa Rosa". Lima.
- 31. Ferro, M y Flores, H. (2006).** "Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de Octubre a Diciembre del 2005". Lima.

- 32. Viera, R. (2009).** "Factores Socioculturales que influyen la práctica de la lactancia en madres primíparas en el Centro de Salud de Táchala". Fecha de acceso: 20/02/13. Disponible en: <http://sigb.LaCatolica.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/21736.pdf>
- 33. Contreras, M.; Villanueva, B. y Zambrano, N.(2000).** "Factores asociados a la alimentación al seno materno del niño menor de 1 año de edad. Comunidad rural Cambio Puente del Distrito de Santa 2000". Nuevo Chimbote. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa.
- 34. Aguirar, A.; Ganoza, E. y Vega, M.(2002).** "Algunos factores sociodemográficos y creencias de la madre del niño menor de un año sobre el amamantamiento relacionado al tipo de lactancia entre dos comunidades rurales, 23 de Octubre del Distrito de Nuevo Chimbote y, Santa Clemencia del Distrito de Chimbote- 2002". Nuevo Chimbote. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa.
- 35. Rodríguez, L. y Vilchez, Y. (2009).**"Factores socioculturales relacionados al nivel de conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes primíparas. Hospital La Caleta – Chimbote

2009". Nuevo Chimbote. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa.

36. Maldonado, Z. y Vásquez, H. (2011). "Factores Sociales, Nivel de Conocimientos y actitudes en madres primíparas sobre lactancia materna. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote, 2011". Nuevo Chimbote. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa.

37. Mercer, R. (2010). "Teoría Adopción del Rol Maternal". Edit. Panamericana. E.E. U.U. – California. Accedido el 20/01/2014. Disponible en: <http://www.quedarembrazada.com.ar/index.php/el-embarazo/21-salud-en-el-embarazo/497-teoria-adopcion-del-rol-maternal.pdf>

38. Flores, A.; Bustos, M. y Gonzáles, R. (2005). "Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos", México. Accedido el 20/01/14. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf061e.pdf>

39. García, E. (2007). "Características familiares y psicosociales" España. Accedido el 22/01/14. Disponible en: http://www.wikilearning.com/monografia/factores_de_riesgo_e

n_el_desarrollo_del_nino-

caracteristicas_familiares_y_psicosociales/23929-12

- 40. Beth, A. (2010).** "Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia materna". Brasil. Accedido el 23/01/14. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica4.pdf>
- 41. Palais, R. (2008).** "Lactancia Materna en la Culturas aborígenes de nuestro país, en especial de las comunidades del Perú". Accedido el 23/01/14. Disponible en: <http://www3.sap.org.ar/congresos/staticfiles/actividades/congresos/congre2008/pedsoc/material/frackcultura.pdf>
- 42. Calvo, C. (2009).** "Factores económicos, culturales, asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento". Costa Rica.
- 43. Faúndez, A. (2010).** "Control Prenatal en Obstetricia". 2° Ed. Edit. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Accedido el 25/01/14. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/alto riesgo/control_prenatal.html.
- 44. Barona, N. y Alvarez, A. (2005).** "Sociedad y Salud". 1° Ed. Edit. SyS. Bolivia.

- 45. Asociación Española de Pediatría (2008).** "Manual de lactancia materna". Ed. Panamericana. Madrid-España.
- 46. Lucas, E. (2002).** "Lactancia Materna". Madrid – España. Accedido el 23/01/14. Disponible en:
http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulo2.php?id_articulo=295
- 47. Lori, G. (2007).** "Desarrollo de la Primera Infancia: Un potente Ecuador" E.E.U.U. Accedido el 20/01/14. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf
- 48. Watson, T. (2009).** "Importancia de la lactancia materna". Limusa. España-Madrid.
- 49. Asociación Española de Pediatría. (2004).** "Lactancia Materna: Guía para profesionales". Fecha de acceso: 20/02/13. Disponible en:
http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
- 50. Palomino, J. (2008),**"Factores Sociales" Edit. Las Américas. Chile.
Fecha de Acceso: 12/01/13. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000300006

- 51. Ferro M. y Flores, H. (2007).** "Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en puérperas". Fecha de acceso: 20/02/13. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/ferro_sm/pdf/ferro_sm-TH.1.pdf
- 52. Gómez, K. y Ruiz, M. (2006)** "Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica sobre lactancia materna exclusiva en madres gestantes que acuden al control prenatal del hospital de apoyo I Jamo de Tumbes en el año 2006". Tumbes.
- 53. González, F. y Santos, D. (2009).** "Lactancia materna y Actitudes". 1° Ed. Edit. Dominicana. República Dominicana.
- 54. Ochoa, G. (2010).** "Conocimientos, saberes y practicas sobre lactancia materna". 1° Ed. Edit. Campeón. Colombia – Bogotá.
- 55. Rodríguez, A. (2006).** "Psicología Social". Edit. ISBN. México: Trillas.
- 56. Barriuso, L. (2006).** "Factores Relacionados con el Abandono de la Lactancia Materna". 1° Ed. Edit. Médica Panamericana SA. Madrid – España.

- 57. Behar, I. (2011).** "Creencias y mitos de las madres que amamantan". 2° Ed. Edit. Flores. Cuba.
- 58. Baca, C y Estrada, C. (1999).** "Algunos Factores que influyen en el tipo de Lactancia que practican las madres con niños menores de 6 meses de edad. Cono Nor-Este del Distrito de Nuevo Chimbote 1996". Nuevo Chimbote. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa.
- 59. Marriner, T. (2011).** "Adopción del rol materno convertirse en madre de Ramona T. Mercer". 7° Ed. Edit. Elsevier. España.
- 60. Grau, P. (2005).** "Morbilidad en el Lactante de seis meses y su relación con la alimentación". Rev. Cubana Pediatría. Cuba.
- 61. Naranjo, A. (1998).** "Lactancia Materna: su reproducción en los juegos de roles". Rev. Cub Med Gen. España.
- 62. Fernández, M. (2010).** "Aspectos epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia materna durante del primer año de vida". Rev Cubana Med Gen Integr
- 63. Cuminski, M; y Suarez, E. (2008).** "Crecimiento y desarrollo, hechos y tendencias". Publicación científica N° 510. OPS. Washington D C.

64. Pérez, R. (2009). "Patrones de la lactancia natural". Rev. Cub Med Gen. Bolivia.

65. Delgado, J.; Solórzano, A. (2012). "Ley de Promoción de la Lactancia Materna" Accedido el 10/01/13. Disponible en:
http://www.unicef.org/peru/spanish/PL.1094-2011_-_

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANEXO N° 01

**ENCUESTA: NIVEL DE CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE
LACTANCIA**

AUTORES: Huamán, Alva y Silva; adaptado por Cueto, G. y López, R.

INSTRUCCIONES: Estimada madre de familia, a continuación le realizaremos una lista de preguntas las cuales usted tendrá que marcar (x) de acuerdo a los conocimientos que presente. Este cuestionario será anónimo reservando así su identificación.

Respecto a la Alimentación de su bebé:

1. ¿Qué entiende usted por Lactancia Materna Exclusiva?
 - a. Es brindar solamente lactancia materna al niño.
 - b. Es dar leche materna más agüitas.
 - c. Es dar leche materna más leche artificial.
 - d. No sabe.

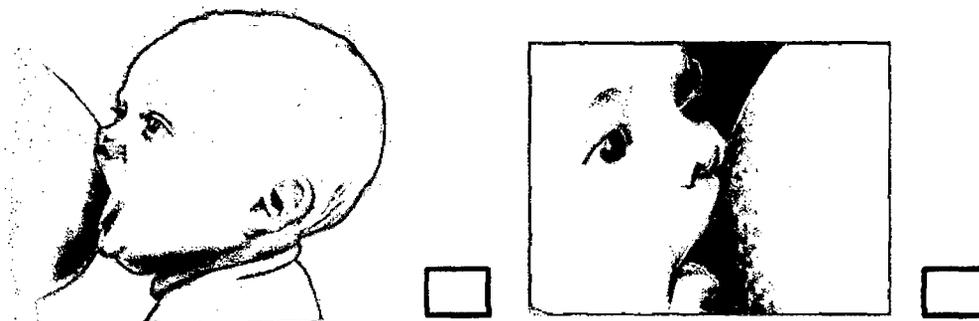
2. ¿Hasta qué edad debe dar Lactancia Materna Exclusiva a su bebé?
 - a. Hasta los 3 meses.
 - b. Hasta los 6 meses.
 - c. Hasta los 12 meses.
 - d. Hasta más de los 12 meses.

3. ¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna a su bebe?
 - a. Inmediatamente cuando nace.
 - b. A las 2 horas de nacido el bebé.
 - c. Cuando el niño llora de hambre por primera vez.
 - d. A las 4 horas de nacido el bebé.

4. ¿Cada que tiempo debe de mamar su bebé?
 - a. Cada 3 horas o a libre demanda.
 - b. Cada 6 horas
 - c. Solamente cuando el niño llora
 - d. Cuando se despierta de dormir.

5. ¿Qué hace cuando sus pezones están enrojecidos y dolorosos?
 - a. Aplica vaselina o aceite.
 - b. Continúa amamantando a su bebé por periodos cortos y acude al médico.
 - c. Suspende definitivamente la lactancia materna.
 - d. No sabría que actitud adoptar.

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



7. Si usted trabajara y/o sale fuera de casa ¿Cómo alimentaría a su bebé menor de 6 meses?
- a. Tendría que darle leche artificial
 - b. Le daría leche materna mientras me encuentre en casa, y artificial cuando tenga que dejar a mi bebé.
 - c. Tendría que extraerme la leche y conservarla para que le den a mí bebe mientras dura mi ausencia.
 - d. No sabe.
8. ¿Si su niño tuviera diarrea?
- a. Le suspendería la lactancia materna.
 - b. Le daría solamente suero oral.
 - c. Le daría leche materna más veces al día.
 - d. Le daría solamente agüitas.
9. ¿Cómo almacenaría la leche materna, para conservarla?
- a. En cualquier recipiente.
 - b. En un recipiente de vidrio, limpio, con tapa y en lugar fresco.

- c. En un recipiente cerca de la cocina.
- d. En un recipiente de plástico.

10. Marque la gráfica correcta donde muestra la posición de la madre para dar de lactar a su bebe:





Colocar verdadero (V) o falso (F), según crea conveniente sobre LACTANCIA MATERNA:

11. ¿Es más económica y no necesita complemento? ()

12. ¿Se encuentra exactamente a la temperatura adecuada en cualquier momento? ()

13. ¿Ayuda a espaciar el periodo de otra gestación? ()

14. ¿La succión del bebé estimula la contracción del útero? ()

15. ¿Para interrumpir la succión, introduce un dedo en su boquita para que suelte el pezón? ()

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERA



ANEXO N° 02

CUESTIONARIO: FACTORES SOCIOCULTURALES MATERNOS

AUTORES: López, Pacheco y Usquiano; adaptado por Cueto, G. y López, R.

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es anónimo tiene como objetivo obtener datos sobre los factores sociales de la madre. Se le pide marcar con un aspa (X) donde corresponda. Muchas Gracias.

A) FACTORES SOCIALES:

1. EDAD:

a. 20 -25 ()

b. 26-35 ()

2. TENENCIA DE PAREJA:

a. Con pareja ()

b. Sin pareja. ()

3. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

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

4. PROCEDENCIA:

- a. Urbano. ()
- b. Urbano Marginal. ()
- c. Rural ()

5. TRABAJO:

- a. Fuera del hogar ()
- b. Dentro del hogar ()

6. CONTROL PRENATAL

- a. Completo ()
- b. Incompleto ()

B) FACTORES CULTURALES:

Marque con una (X) la respuesta correcta.

1. ¿Una alimentación deficiente en la madre produce leche mala?

Si ()

No ()

2. Si tiene poca producción de leche. ¿Debe dar de lactar a su bebé?

Si ()

No ()

3. ¿Una madre enferma de alguna infección pasajera debe dar de lactar a su bebe?

Si ()

No ()

4. ¿Ud. Cree que la madre que da de lactar a su niño menor de 6 meses puede trabajar?

Si ()

No ()

5. ¿Los pechos blandos tienen leche?

Si ()

No ()

6. Cuando la madre lava ropa o toma bebidas heladas. ¿Debe dar de lactar a su bebé?

Si ()

No ()

7. Cuando la madre come ají. ¿Debe dar de lactar a su bebé?

Si ()

No ()

8. Cuando la madre consume bebidas alcohólicas. ¿Debe dar de lactar a su bebé?

Si ()

No ()

9. Cuando la madre consume alimentos ácidos. ¿Debe dar de lactar a su bebé?

Si ()

No ()

10. ¿Considera que el líquido amarillento (calostro) que secreta la mama los primeros días después del parto, se le debe dar de lactar al bebé?

Si ()

No ()

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANEXO N° 03

ENCUESTA: LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES.

AUTORES: Cueto, G. y López, R.

INSTRUCCIONES: Estimada madre de familia, a continuación le realizaremos una pregunta la cual usted tendrá que marcar con una (x) de acuerdo a la lactancia que practique. Este cuestionario será anónimo reservando así su identificación.

1. ¿QUE LACTANCIA PRACTICA UD. CON SU BEBÉ MENOR DE 6 MESES?

a) Lactancia Materna Exclusiva:

Cuando solo le da el pecho a su bebé. ()

b) Lactancia Mixta:

Cuando le da el pecho más leche de tarro. ()

c) Lactancia Artificial:

Cuando solo le brinda a su bebe leche ()

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANEXO N° 04

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Acepto colaborar en el proyecto de investigación: **“NIVEL DE
CONOCIMIENTOS Y FACTORES SOCIOCULTURALES MATERNOS
RELACIONADOS A LA LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES.
HOSPITAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE 2013.”**,
ejecutado por las tesis de la Escuela de Enfermería de la Universidad
Nacional del Santa; con el fin de incrementar los conocimientos científicos en el
área de la lactancia materna y promover la salud materna.

Firma del investigador

Firma del colaborador