

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

ESCUELA DE POSGRADO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**“FACTORES PRESENTES EN LA LACTANCIA
MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS
AÑOS EN EL C.S CALLAO, 2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
SALUD PÚBLICA

PICON CABALLERO, YOVANNA

SERNAQUE FLORES, CARMITA DEL MILAGRO

Callao, 2018

Perú

**“FACTORES PRESENTES EN LA LACTANCIA
MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS
AÑOS EN EL C.S CALLAO, 2018”**

PICON CABALLERO, YOVANNA
SERNAQUE FLORES, CARMITA DEL MILAGRO



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

ACTA N° 184 -2018
ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL XLII CICLO DE TALLER DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Siendo las **14:30** hrs, del día Domingo 02 del mes de Diciembre del dos mil dieciocho, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reunió el Jurado Evaluador del XLII Ciclo Taller de Tesis para Obtener Título de Segunda Especialidad Profesional, conformado por los siguientes Miembros:

- **Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO** **PRESIDENTA**
- **Mg. RAUL MORE PALACIOS** **SECRETARIO**
- **Dr. CESAR AUGUSTO RUIZ RIVERA** **VOCAL**

Con la finalidad de evaluar la sustentación de la Tesis Titulada:

“ **FACTORES PRESENTES EN LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD CALLAO, 2018**”


Presentado por: Don (ña) **PICON CABALLERO YOVANNA**, y
 Don (ña) **SERNAQUÉ FLORES CARMITA DEL MILAGRO**

Con el quorum establecido según el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Callao, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N° 309-2017-CU del 24 de Octubre de 2017.

Luego de la Sustentación, los Miembros del Jurado Evaluador, formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas.

En consecuencia, el Jurado Evaluador acordó **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa de *Muy Buena*....., y calificación cuantitativa de *diecinueve (19)* la Tesis para optar el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**, conforme el artículo 27° del Reglamento mencionado, con lo que se dio por terminado el acto, siendo las 15:00, del mismo día.

Bellavista, 02 de Diciembre del 2018.



Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO
 Presidenta



Mg. RAUL MORE PALACIOS
 Secretario



Dr. CESAR AUGUSTO RUIZ RIVERA
 Vocal

HOJA DE REFERENCIA

Dra. Nancy Susana Chalco Castillo	Presidente
Econ. Raúl More Palacios	Secretario
Mg. César Augusto Ruiz Rivera	Vocal
Dra. Ana Elvira López De Gómez	Suplente

ASESORA

Dra. Juana Gladys Medina Mandujano

NUMERO DE LIBRO:	03
NÚMERO DE FOLIO:	87
NUMERO DE ACTA:	184-2018
FECHA DE APROBACIÓN DE TESIS:	02-12-18
RESOLUCIÓN DE SUSTENTACIÓN:	1475-2018-D/FCS

DEDICATORIA

A Dios por guiarnos en nuestro camino.

A nuestros padres por su incondicional apoyo.

A todos los que nos apoyaron y motivaron a la realización de esta investigación.

INDICE	1
TABLAS DEL CONTENIDO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCION	7
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1. Descripción de la realidad problemática	8
1.2. Formulación del problema general y específicos	10
1.3. Objetivos generales y específicos	10
1.4. Limitantes de la investigación	11
II. MARCO TEÓRICO	12
2.1. Antecedentes internacional y nacional	12
2.2. Marco	19
2.2.1. Teórico	19
2.2.2. Conceptual	28
2.2.3. Teórico-conceptual	62
2.3. Definición de términos básicos	63
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	65
3.1. Hipótesis	65
3.2. Operacionalización de variables	66

CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION	67
4.1. Tipo y diseño de la investigación	67
4.2. Población y muestra	67
4.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información documental	68
4.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información de campo	69
4.5. Análisis y procesamiento de datos	69
CAPITULO V: RESULTADOS	70
CAPITULO VI: DISCUSION DE RESULTADOS	88
6.1 Contrastación de la hipótesis	88
6.2 contrastación de los resultados con estudios similares	90
6.3 Responsabilidad ética	95
CONCLUSIONES	96
RECOMENDACIONES	96
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	97
ANEXOS	104
Anexo N° 1. Matriz de consistencia	
Anexo N° 2. Consentimiento informado	
Anexo N° 3. Cuestionario	
Anexo N° 4. Juicio de expertos	
Anexo N° 5. Evaluación de fiabilidad del instrumento	
Anexo N° 6. Matriz de datos	

TABLAS DEL CONTENIDO

Tabla N° 5.1. Características generales de las madres y la lactancia materna de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	70
Tabla N° 5.2. Factores Sociales presentes en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	71
Tabla N° 5.3. La edad y la presencia de la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	72
Tabla N° 5.4. La experiencia previa y la presencia de la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	74
Tabla N° 5.5. El estado civil y la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	76
Tabla N° 5.6. Grado de Instrucción y la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	78
Tabla N° 5.7. Ocupación y lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	80
Tabla N° 5.8. Conocimientos sobre la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	82
Tabla N° 5.9. Conocimientos y la presencia de lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	83
Tabla N° 5.10. Mitos y Creencias sobre la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	85

Tabla N° 5.11. Mitos y Creencias y presencia de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	86
--	----

GRÁFICOS DE CONTENIDO

Grafico N° 5.1. La edad y la presencia de la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	73
Grafico N° 5.2. La experiencia previa y la presencia de la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	75
Grafico N° 5.3. El estado civil y la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	77
Grafico N° 5.4. Grado de Instrucción y la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	79
Grafico N° 5.5 Ocupación y lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	81
Grafico N° 5.6. Conocimientos sobre la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	82
Grafico N° 5.7. Conocimientos y la presencia de lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	84
Grafico N°5.8. Mitos y Creencias sobre la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	85
Grafico N° 5.9. Mitos y Creencias y presencia de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018	87

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de Identificar los factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018. El tipo de investigación fue descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por una muestra de 45 madres de niños menores de 2 años que acuden a consulta; la técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento empleado un cuestionario. Los resultados fueron respecto a la dimensión factor social, del 100% (45) de las madres, el 53% (24) se encuentran dentro del grupo etario de 19 a 29 años, el 49% (22) tiene de 2 a 3 hijos de los cuales el 27% (12) son menores de 6 meses, el 27% (12) tienen entre 6 y 11 meses, el 47% (21) tienen entre 12 y 24 meses; el 64% (29) son alimentados con lactancia materna; el 84% (38) tiene como estado civil conviviente o casada; respecto al grado de instrucción el 47% (21) de las madres de familia tiene como grado de instrucción secundaria, el 62% (28) tienen de ocupación ser amas de casa. Respecto a la dimensión factor cultural, el 71% (32) presentaron un nivel de conocimientos medio sobre lactancia materna; el 47% (21) presentaron un nivel medio de presencia de mitos y creencias. Conclusiones: Las madres trabajadoras fuera del hogar y el grado de instrucción superior son factores de riesgo maternos de duración breve de la lactancia materna en niños menores de 2 años; y el nivel de conocimientos y de mitos y creencias sobre la lactancia materna están presentes en un nivel medio.

Palabras claves: Lactancia Materna, Factores, Factores Sociales, Factores Culturales, Conocimiento, Mitos y Creencias

ABSTRACT

The present study was carried out with the objective of identifying the factors present in breastfeeding in mothers of children under two years of age in the Callao Health Center, 2018. The type of research was descriptive of cross section. The study population consisted of a sample of 45 mothers of children under 2 years of age who attended the consultation; The technique used was the survey and the instrument used a questionnaire. The results were regarding the social factor dimension, of 100% (45) of the mothers, 53% (24) are within the age group of 19 to 29 years, 49% (22) have of 2 to 3 children of which 27% (12) are under 6 months, 27% (12) are between 6 and 11 months, 47% (21) are between 12 and 24 months; 64% (29) are fed breastfeeding; 84% (38) have a marital or married status; Regarding the level of education, 47% (21) of mothers have a secondary level of education, 62% (28) are employed as housewives. Regarding the cultural factor dimension, 71% (32) presented a medium level of knowledge about breastfeeding; 47% (21) presented an average level of presence of myths and beliefs. Conclusions: Working mothers outside the home and the level of higher education are maternal risk factors of short duration of breastfeeding in children under 2 years of age; and the level of knowledge and of myths and beliefs about breastfeeding are present at a medium level.

Keywords: Breastfeeding, Factors, Social Factors, Cultural Factors, Knowledge, Myths and Beliefs

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), recomiendan la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis primeros meses de vida, complementándola con otros alimentos hasta los dos años de edad. La leche materna es el alimento ideal para el niño. Le proporciona todos los nutrientes necesarios como proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y hierro. Es considerada una inmunización natural contra muchas enfermedades, cambia su composición según las necesidades del bebé según su crecimiento. Siendo no solo beneficioso para el niño sino también para la madre ya que ayuda a prevenir enfermedades posteriores, como complicaciones post parto, entre otras explicadas en el desarrollo del estudio.

En el Perú, a pesar de los esfuerzos realizados por los Establecimientos de Salud para promover y difundir información sobre los beneficios para el niño y la madre sobre la lactancia materna, no se logra el objetivo de hacer que las madres sepan sobre los beneficios, ya que se ven influenciadas por múltiples factores.

El presente estudio de investigación titulado “Factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018” tiene el objetivo de identificar estos factores brindando información objetiva implementando así estrategias para mejorar y promover la lactancia materna.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

La leche materna es el alimento natural e ideal que el niño necesita proporciona todos los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo del niño. No solo es un conjunto de nutrientes apropiados para el niño, también es “un fluido vivo con más de 200 componentes conocidos, que interactúan y que tienen más de una función cada uno, generalmente una nutricional y otra de protección contra las infecciones o de estímulo al desarrollo¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), y diversas organizaciones internacionales, recomiendan ofrecer la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y posteriormente continuarla acompañada de alimentos complementarios hasta los dos años de vida o más, de acuerdo con los deseos de la madre y del lactante.

Sin embargo, en la actualidad, el tema de la lactancia materna es preocupante, ya que ha ido desapareciendo la cultura del amamantamiento, pues se ha perdido esa costumbre transmitida de madres a hijas. Parte del motivo es la publicidad de reemplazar la leche materna por sucedáneos por parte de compañías multinacionales. Según los datos publicados por UNICEF en el 2016, globalmente sólo un 43% (2 de cada 5) de los niños continúan recibiendo Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida. En América del Norte se ha disminuido la lactancia materna por el uso del biberón, presentando como consecuencia un déficit de crecimiento y desarrollo. Todo este cambio se observa con más énfasis en México, EE. UU. y Canadá, entre otros países, pero con un menor porcentaje. En América del Sur entre los países que tienen porcentajes importantes de lactancia materna exclusiva son Bolivia con 54% y Chile con 63%.

En el Perú, Según la información proporcionada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2017), a nivel nacional, la proporción de niños y niñas con lactancia materna exclusiva en el año 2016 fue de 69.8% y en el año 2017 es de 64.2%, habiendo una disminución de 5 puntos porcentuales, siendo estos resultados preocupantes.

En la actualidad cada día vemos más niños alimentados con sucedáneos de leche materna, o alimentados con leche materna por un periodo de tiempo muy corto, muchas veces antes de cumplir los 6 meses de vida, lo cual afecta su desarrollo y crecimiento en el futuro.

En la institución donde realizamos la presente investigación, nuestro centro laboral, el Centro de Salud "Callao", en el servicio de Control del Crecimiento y Desarrollo del niño y niña sana (CRED), la enfermera es la responsable de brindar información adecuada y oportuna a las madres de familia sobre cómo amamantar adecuadamente a sus niños. Se observó en el establecimiento que a pesar de la consejería brindada en lactancia materna a las madres de niños de 0 a 2 años, las madres adoptan conductas inadecuadas para este proceso tan importante para el desarrollo del niño, por ejemplo, de ofrecer sucedáneos de la leche materna o iniciando la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad del niño, motivo por el cual profundizamos más el tema con este estudio.

Estas anomalías respecto a los posibles factores presentes en la madre en relación a la lactancia materna observadas en el Centro de salud Callao nos permiten plantear el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son los factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años del centro de salud Callao, 2018?

1.2. Formulación del problema general y específicos

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores sociales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018?
- ¿Cuáles son los factores culturales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018?

1.3. Objetivos generales y específicos

1.3.1. Objetivo general

Identificar los factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.

1.3.1. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.
- Identificar los factores culturales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.

1.4. Limitantes de la investigación

El presente estudio de investigación tuvo las siguientes limitaciones.

Limites teórico: A nivel nacional, encontramos pocos trabajos de investigación sobre la lactancia materna continua, asimismo a nivel local en nuestra institución de estudio no hay registros de algún estudio de investigación referente al tema, motivo por cual no hemos podido hacer el análisis de la situación a nivel local.

Limitante temporal: Las madres de familia encuestadas disponían de poco tiempo, por diversas actividades. Así mismo el tiempo para realizar las encuestas fue limitado ya que el personal se encontraba en horario laboral.

Limitante espacial: Los resultados obtenidos en la presente investigación solo se pueden generalizar en poblaciones de igual características.

Limitante de recursos humanos y económicos. Se requirió más encuestadores por la cantidad de madres de familia, asimismo económicamente está presente investigación es autofinanciada.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

A continuación, se presentan los estudios realizados a nivel nacional e internacional que se encuentran relacionados con el presente estudio.

2.1.1. Antecedentes nacionales

MARQUEZANO RIVERA, Mayra. Piura Perú, 2017. En su estudio de tipo seccional transversal. Titulado: **Prevalencia y factores maternos asociados a duración de la lactancia materna en niños menores de dos años, en el Hospital III de Piura de ESSALUD.** El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo asociados a la duración de lactancia materna en niños durante los primeros dos años de vida. La muestra estuvo conformada por 164 madres y sus hijos menores de 2 años edad, se separó en dos grupos mayores de 1 año y de 0 a 12 meses para determinar si la edad, estado conyugal, nivel educativo, trabajo materno, tipo de parto eran factores de riesgo asociado a duración breve de la lactancia materna. Los resultados obtenidos fueron: El promedio de lactancia materna fue de 15.53 ± 4.6 meses y la LME osciló entre 3 y 6 meses con un promedio de 5.65 ± 0.849 meses. A los 6, 12, 18 y 24 meses la prevalencia de lactancia materna fue de 96.35%, 79.2%, 34% y 20.7% respectivamente. La prevalencia de duración adecuada de lactancia materna fue de 79.2%. La madre trabajadora y el grado de instrucción superior de la madre fueron factores de riesgo significativo de duración breve de lactancia materna. La edad, el estado civil conviviente y el tipo de parto no fueron factores de riesgo de duración breve de lactancia materna. ².

CARHUAS CÓRDOVA, Jem. Lima, Perú. 2016. En su estudio de tipo descriptivo correlacional, titulado: **Factores asociados al abandono de la lactancia materna en un Centro de Salud de Lima Metropolitana, 2015** el objetivo de

este trabajo de investigación fue determinar los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de 55 madres de niños menores de 12 meses que acudían a su control de Crecimiento y desarrollo durante el mes de noviembre, se obtuvo los siguientes resultados: Del 100% de las madres encuestadas de niños menores 12 meses , el 58% se encuentran dentro del grupo etario de 20 a 29 años, el 47% tiene de 2 a 3 hijos de los cuales el 53% son menores de 6 meses y el tipo de alimentación que recibe en un 45% es de lactancia materna exclusiva; el 60% tiene como estado civil conviviente; el 60% procede de la costa; respecto al nivel educativo se observa que el 65% de las madres de familia tiene como grado de instrucción secundaria. Se concluyó que no existe asociación entre los factores socioeconómicos y culturales con el abandono de la LME ³.

TÁMARA MAUTINO, Maily. Lima Perú, 2016. Estudio de tipo analítico aplicativo con enfoque cuantitativo y transversal, titulado: **Factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses del consultorio de CRED del C.S. Daniel Alcides Carrión Chincha, 2011;** el objetivo fue determinar los factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses, la muestra estuvo conformada por 50 madres de familia, la técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento fue el cuestionario; para su estudio consideró que los factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva son clasificados en factores extrínsecos (laboral, cultural y del neonato) y factores intrínsecos (físicos, cognitivas y psicológicas). Se concluyó los factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva predominan los factores de tipo extrínseco y dentro de estos factores los de mayor relevancia son la falta de consejería personalizada para continuar la LME, la falta de apoyo en el trabajo para mantener la LME y el regreso prematuro de la madre lactante al trabajo ⁴.

SALSAVILCA SALSAVILCA, Emilda y VALLES CAMPOS, Silvana. Lima Perú 2016. En su estudio de revisión sistemática observacional y retrospectivo, titulado: **Factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva del recién nacido sano.** Trabajó con el objetivo de determinar los factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva en el recién nacido sano. Eligieron 15 artículos de texto completo, teniendo como resultado de los artículos revisados, el 53% señala a la cesárea como principal factor para retrasar el inicio de la lactancia. También encontramos que los factores negativos para la duración de la lactancia son: uso de biberón 40%, hipogalactia 33%, heridas en los pezones 20%, retorno de la madre al trabajo 20%, edad materna < 25 años, falta de control prenatal, bajo nivel educativo y primiparidad. Son factores positivos para la duración de la lactancia: el inicio precoz de la lactancia, el contacto piel a piel, la multiparidad, mayor nivel educativo y la orientación sanitaria que reciba la madre sobre lactancia. Se concluyó que la cesárea constituyó el principal factor negativo para el inicio de la lactancia. El contacto piel a piel, el alojamiento conjunto, la orientación sanitaria a la madre son factores positivos para el inicio y la duración de la lactancia. Son factores negativos para la duración de la lactancia: uso del biberón, hipogalactia, heridas en los pezones, retorno de la madre al trabajo, primiparidad y el bajo nivel educativo ⁵.

DEL CARPIO GÓMEZ, Jasmín. Lima, Perú. 2015. En su estudio de tipo descriptivo correlacional, titulado: **Factores Socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el Centro de Salud Nueva Esperanza 2014.** Trabajó con el objetivo de determinar los factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en una muestra de 32 madres adolescentes, el resultado fue que en relación a los factores socioculturales el 56% corresponden al factor cultural y 44% corresponden al factor social.

Respecto a la dimensión factores sociales el 84% tienen un estado civil de convivientes, 84% son nivel educativo secundario, 56% proceden de Lima y 84% son amas de casa. En relación a la dimensión factores culturales; el indicador conocimientos muestra que el 63% no recibieron información sobre la lactancia materna exclusiva, 72% no tienen carnet de CRED y 53% empezaron a dar alimentos líquidos a sus niños menores de seis meses. Con respecto al indicador creencias, el 84% tienen “creencias” que cuando están dando de lactar y lavan ropa “le pasan frío por la leche al niño, por lo que él tiene cólicos”; el 22% refieren que desconocen que la cantidad de leche aumenta, “sólo si la madre consume alimentos hervidos y toman abundante líquido”; el 56% refieren que a través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad; el 75% de madres refieren que “las medicinas que la madre recibe le pasa por la leche al bebé”; el 6% refieren que desconocen que “la primera leche materna que es transparente puede ser dañina”; el 63% refieren que “es necesario dar biberón antes de los 6 meses cuando la madre no tiene mucha leche”; el 47% refieren que “las agüitas de anís, manzanilla, entre otras infusiones, previenen el cólico y los gases al bebé”; el 19% refieren que desconocen “si el bebé recibe otros líquidos aumenta el riesgo de tener infecciones a su estómago”; el 78% refieren que “la cólera de la madre altera la leche de pecho” y el 41% refieren que “la leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian”. Se concluyó que los factores socioculturales sí prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, siendo los factores de mayor prevalencia, los factores culturales ⁶.

2.1.2. Antecedentes internacionales

BETANCOURT MENDEZ, Katherine P. Ecuador. 2018. En su estudio, de tipo descriptivo, y cuantitativo, titulado: **Factores socioeconómicos y culturales que influyen en la calidad de la lactancia materna en madres adolescentes del barrio “Herlinda Klinger” de la ciudad de Esmeraldas.** Trabajo con el objetivo de conocer los factores que influyen en la calidad de la lactancia materna, la muestra estuvo conformada por 30 madres adolescentes en periodo de lactancia materna. Obteniendo como resultado: que el 60% de las madres están en un rango de edad entre 16 a 18 años, el 50% de las familias obtienen un sueldo mínimo, se conoció que el 30 % de los niños está entre 2 a 4 meses de edad, mientras el 63% de las madres adolescentes brindan lactancia materna, y de ese porcentaje el 37 % brinda lactancia materna exclusiva, con un porcentaje elevado del 63% posee los que brindan alimentos como coladas, leche artificial ,ya que no pueden dar de lactar a sus niños por motivos de estudio o trabajo. Se concluyó que muchas madres adolescentes no están bien alimentadas, para proporcionar una adecuada lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida del niño, perjudicando su salud y la del menor, ya que por falta de recursos económicos se ven obligadas a salir a trabajar, con lo que ocurre una incompleta alimentación del RN ⁷.

MÉNDEZ JACOBO, Névedy; GARCÍA ROJAS, Luisa. México. 2014. En su estudio de tipo descriptivo, prospectivo, observacional y transversal, titulado: **Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán.** El objetivo fue analizar los factores sociodemográficos que influyen en el abandono de la lactancia materna, en una muestra de 86 mujeres en periodo de puerperio de la planta de ginecología. El resultado fue que las causas por las cuales se abandona la LME son: edad menor de 25 años 19.1%, vivir en

Zona urbana 16.9%, estado civil unión libre 15.7% y por el trabajo 9%. Se concluyó en la mayoría de mujeres la edad, el nivel educativo y la localidad son los principales factores que influyen en cuanto al abandono de la lactancia materna antes del tiempo recomendado ⁸.

BECERRA BULLA, Fabiola y ROCHA CALDERÓN Libertad; Colombia, 2014. En su estudio titulado: **El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna.** El objetivo fue identificar los factores determinantes de tipo social, cultural y familiar que inciden en el éxito o fracaso de la práctica de la lactancia materna. Realizaron una búsqueda sistemática en bases de datos como: Scielo, Medigraphic, Redalyc, SINAB Universidad Nacional, Dial Net, ScienceDirect, MedLine, PubMed, Cochrane Database, Elsevier y EBSCOhost. Obteniendo como resultado que entre los factores que protegen la lactancia materna se encuentran: el apoyo de la familia, el acompañamiento de la pareja y el haber tenido una experiencia previa positiva con otros hijos. El rol que ejerce la abuela es discordante en distintos estudios. La mayoría de estudios concluyen que a mayor nivel de escolaridad hay mayor prevalencia de lactancia materna. Las madres trabajadoras le dan de lactar menos tiempo a sus hijos, aunque en entornos laborales donde la madre está protegida con políticas legales, la duración es mayor. Los niños de las madres que se dedican al hogar lactan más. Se concluyó que el entorno materno es fundamental en la planeación de programas y proyectos que promuevan la lactancia ⁹.

LÓPEZ M, Beatriz; MARTÍNEZ Leidy. Colombia. 2013. En su estudio realizado en Colombia de tipo descriptivo transversal titulado: **Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín;** trabajaron el objetivo de identificar los motivos de del abandono temprano de lactancia materna exclusiva en la ciudad

de Medellín en el año 2011 en una muestra de 303 madres con hijos menores de 24 meses. El resultado fue que el abandono temprano ocurrió principalmente antes de los cuatro meses de edad del niño(a). Los principales motivos fueron problemas con producción láctea, rechazo del bebé, actividades u ocupaciones de la madre y el estado de salud. Los alimentos como reemplazo o complementarios a la leche materna, fueron principalmente fórmulas infantiles. Conclusiones: los motivos de abandono temprano han cambiado, porque ahora es clave que la madre tenga el conocimiento necesario para aumentar la producción de leche materna, la orientación por parte de personal entrenado y que le brinden a esta las condiciones laborales que se lo permitan ¹⁰.

DÍAZ GÓMEZ, Martha y RUZAFÁ MARTÍNEZ, María. España. 2013. En su estudio realizado en España, de tipo observacional transversal, titulado: **Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna.** El objetivo fue conocer las motivaciones y barreras percibidas por las madres para iniciar o mantener la LM; la muestra estuvo conformada por 569 madres con hijos menores de 2 años. El resultado fue que el 88% de las madres daban LM o lo habían hecho. La edad media del destete fue 4,6 meses. El principal motivo para suspender la lactancia fue la sensación de baja producción de leche 29% seguido de la incorporación al trabajo 18%. El 67% de las madres indicaron que la decisión de dar de lactar la habían tomado ellas mismas. La dificultad para combinar la LM con la actividad laboral 43%, dar el pecho en lugares públicos 39%, los despertares nocturnos 62% y el menor aumento de peso del lactante 29% fueron los inconvenientes más referidos. La incorporación laboral fue el principal motivo para elegir la lactancia artificial 34% y para iniciar la lactancia parcial 39%. Concluyendo que la dificultad para combinar la LM con la actividad laboral, dar el pecho en lugares públicos, los despertares nocturnos y el menor aumento de peso del lactante, fueron los

inconvenientes más referidos. La incorporación laboral fue el principal motivo para elegir la lactancia artificial y para iniciar la lactancia parcial ¹¹.

2.2. MARCO

2.2.1. TEÓRICO

En la presente investigación se tomó como modelos las teorías de Nola Pender, Ramona Mercer y Kathryn E. Barnard.

NOLA PENDER “MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD”

Esta teoría identifica en el ser humano factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Metaparadigmas:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: se representan las interacciones entre los factores cognitivo-preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal ¹².

RAMONA MERCER “TEORÍA DE LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL”.

Esta teoría propone la necesidad de que el profesional de enfermería tenga en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, 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 ¹³, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y 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 ¹⁴. El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema ¹⁵.

1. El microsistema es el entorno inmediato se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre madre de familia 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 en la dualidad

madre- niño". La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño ¹⁶.

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

3. 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 ¹⁷.

Metaparadigmas:

Salud: es la percepción previa que tendrá la madre respecto a su salud.

Persona: se refiere aquella mujer que pueda alcanzar una individualización personal mediante el logro de su propia condición de persona.

Entorno: se considera al apoyo, el amor del cónyuge, los amigos y familiares, como aquellos factores que hagan capaz a una mujer adoptar el rol de madre.

Enfermería: Es la responsable en promover la salud, ya que tendrá una continua interacción con la gestante en todo su periodo de maternidad, ayudando a que la madre se vea cada vez más vinculada a su hijo, permitiendo que se vaya desarrollando el rol de madre ¹⁸.

TEORÍA DE KATHRYN E. BARNARD: "MODELO DE INTERACCIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD INFANTIL"

Esta teoría propuso que las características individuales de cada miembro influyen en el sistema de interacción de padres-hijos y que el comportamiento

adaptativo modifica esas características para satisfacer las necesidades del sistema relacional ¹⁹. La teoría imita ideas de la psicología y del desarrollo humano, y se centra en la interacción de la madre y el lactante con el entorno. Su teoría se basa en escalas diseñadas para medir los efectos de la alimentación, la enseñanza y el entorno ²⁰. La interacción entre el padre o madre (cuidador) y el niño según su modelo se da mediante cinco señales y actividades: claridad del lactante en la emisión de señales, reactividad del lactante a los padres, sensibilidad de los padres a las señales del lactante, capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante y actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres. Define estas modificaciones como conductas adaptativas. El modelo está centrado en el entrenamiento a los padres, con énfasis en el desarrollo del niño y en los padres como terapeutas, es un modelo terapéutico, centrado en los padres y cuyo objetivo central es prestar apoyo y orientaciones a estos para que puedan hacer frente a las reacciones comportamentales del hijo ²¹.

Metaparadígm

Persona: Cuando Barnard describe a una persona o a un ser humano, habla de la capacidad de participar en una interacción en la que ambas partes del dúo aportan cualidades, habilidades y respuestas que afectan a la interacción. Este término incluye a los bebés, a los niños y a los adultos.

Salud: La salud es un estado dinámico del ser en el que el potencial de desarrollo y el potencial conductual de un individuo se realizan hasta el mayor número posible. Para la finalidad de este documento, la salud se observa como un continuo que va de la enfermedad al bienestar. Cada ser posee fuerzas y limitaciones que proceden de la interacción de los factores ambientales y hereditarios. El dominio relativo de las fuerzas y limitaciones determinan el lugar del individuo en el continuo bienestar – enfermedad.

Entorno: Se ven afectados tanto al niño como al cuidador e incluye recursos sociales y financieros disponibles que puede satisfacer todas las necesidades básicas

Enfermería: En 1966, Barnard definió la enfermería como un proceso mediante el cual el paciente es ayudado a mantener y a promover su independencia. Este proceso puede ser educativo, terapéutico o de restablecimiento; implica la facilitación del cambio, más probablemente un cambio en el entorno. Quince años más tarde, definió la enfermería como “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud”.

En el contexto de cuidado centrado en la familia, el papel es ayudar a las familias a ofrecer condiciones que promuevan “el crecimiento y el desarrollo de los miembros familiares²².”

2.2.1.1. MARCO NORMATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA ¹

Hasta hace algo más de 100 años todos los niños eran amamantados. Desde entonces, diversos factores contribuyeron a que la lactancia disminuyera en todo el mundo.

A fines del siglo XIX, con la industrialización y la incorporación de la mujer como fuerza de trabajo, los patrones de alimentación en los países desarrollados cambiaron.

Ocurrieron avances importantes en la industria de los alimentos infantiles, buscando un producto para sustituir la lactancia.

El parto se institucionalizó. En los servicios materno-infantiles se adoptaron prácticas y rutinas que ocasionaron la separación de madre e hijo después del parto, retardando el inicio de la lactancia o administrando otros líquidos como alimento inicial, entre ellos, fórmulas lácteas industrializadas.

Se perdió la enseñanza de la lactancia de una generación a otra. Las mujeres iban a dar a luz sin tener las habilidades ni la confianza para amamantar a sus bebés porque no habían visto a otras mujeres dando de lactar.

A esto se sumó la falta de educación e información del personal de salud en el manejo de la lactancia, y la publicidad y la promoción indiscriminadas de los sucedáneos de la leche materna en los servicios de salud, directamente a los profesionales o mediante muestras y folletos.

La declinación de la lactancia tuvo consecuencias en todos los medios sociales y económicos, pero fue en los países en vías de desarrollo, con condiciones económicas y sanitarias deficientes, donde las consecuencias fueron evidentes y desastrosas. El abandono de la lactancia trajo como resultado un aumento de las infecciones, déficit de crecimiento y desarrollo desnutrición y posteriormente la muerte.

En el Perú, a pesar de ser un país cuyas madres tradicionalmente adoptaban el amamantamiento como modo de alimentación de sus bebés, la exclusividad y la prevalencia de la lactancia materna también disminuyeron, lo que trajo un aumento de la morbilidad y de la mortalidad infantil, como se demostraría en algunas investigaciones.

En 1974, en la Asamblea Mundial de la Salud advirtió el descenso de la lactancia en el mundo, relacionándolo, entre otros, a la promoción indiscriminada de sucedáneos de leche materna, recomendando a los estados miembros adoptar medidas correctivas. En 1978 en la Asamblea Mundial de la Salud volvió a recomendar la regulación de la promoción de esos productos. En 1979 se realizó una Reunión Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentación del Lactante y del Niño pequeño y, finalmente, en 1981 se aprobó el Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la Leche Materna.

En 1982, el Perú fue el primer país Latinoamericano en adoptar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, con fuerza de ley, en el primer Reglamento de Alimentación Infantil (DS N° 020-82).

En 1989, OMS/UNICEF suscriben la declaración conjunta sobre —Protección, promoción y apoyo a la Lactancia Maternal, instando a todos los sectores de la sociedad, especialmente a los servicios de salud, a que los padres tengan acceso a educación en lactancia materna y apoyo para ponerla en práctica.

En 1990, en Florencia, 32 países firman la llamada Declaración de Innocenti, que insta a los gobiernos a adoptar el Código, así como a dar leyes y otras medidas para proteger la maternidad y los derechos de las madres trabajadoras, y que en 1995 todas las maternidades del mundo cumplan los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa. Cada establecimiento que provea servicios de maternidad y cuidado de los recién nacidos deberá cumplir los Diez pasos hacia la Lactancia Materna exitosa:

1. Tener una política de lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal de salud de modo que pueda poner en práctica esa política.
3. Informar a las embarazadas los beneficios que ofrece la lactancia y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la primera media hora del nacimiento.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aun cuando tengan que separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna sin ningún otro alimento o bebida, a menos que esté médicamente indicado.

7. Practicar el alojamiento conjunto - permitir a las madres y a los niños permanecer juntos 24 horas al día.
8. Alentar el amamantamiento a libre demanda.
9. No dar chupones ni biberones a los niños alimentados a pecho.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo y referir a las madres a ellos, al alta del hospital o clínica.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud y UNICEF lanzan la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. En 1992, el Ministerio de Salud acoge la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño poniendo en marcha, en 1993, el Plan de Implementación de la Iniciativa, instituyendo además la Semana de la Lactancia Materna en el Perú en agosto.

En el Perú, en 1996 y en el 2001 se establecen algunos derechos de las madres trabajadoras, como son el descanso prenatal y postnatal y la hora diaria de lactancia hasta el año.

En el Perú, en el 2006 se promulga un nuevo Reglamento de Alimentación Infantil (D.S. N° 009-2006-SA). Ese mismo año se dispone la ampliación de la hora de lactancia para madres trabajadoras en caso de nacimientos múltiples y la obligación de las Instituciones del Sector Público de implementar lactarios en donde laboren 20 a más mujeres en edad fértil.

En el 2010, la Alianza Mundial pro Lactancia Materna WABA (coalición mundial de personas y organizaciones dedicadas a la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en todo el mundo), del cual es miembro el estado peruano, tiene como Lema "Lactancia Materna: cumplamos con los 10 pasos - Hospitales Amigos y más" ²³.

En el año 2014 mediante Resolución Ministerial N° 260-2014/MINSA se elabora la "Guía Técnica de Implementación de Grupos de Apoyo Comunal para

Promover y Proteger la Lactancia Materna Exitosa”, el cual tiene como objetivo establecer las disposiciones técnico normativas para que el Personal de Salud fomente la implementación de grupos de apoyo comunal que promuevan y protejan la lactancia materna exitosa; con la finalidad de contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil en nuestro país ²⁴.

En el año 2015 mediante resolución Ministerial N° 462-2015/MINSA se elabora la "Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna", el cual tiene como objetivo establecer los criterios conceptuales, metodológicos e instrumentales para desarrollar la consejería en lactancia materna que apoye y facilite el ejercicio del derecho de las madres a amamantar a sus niñas y niños hasta los dos años o más ²⁵.

2.2.2. CONCEPTUAL

2.2.2.1. GENERALIDADES SOBRE FACTORES PRESENTES EN LA LACTANCIA MATERNA

Factores son aquellos elementos que pueden condicionar una situación volviéndose causantes del cambio o transformación de los hechos, un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre la responsabilidad de la variación o de los cambios ²⁶.

Pese a los diversos esfuerzos en la normativa internacional y nacional para proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Se plantea por qué muchas mujeres deciden no brindarle a su hijo lactancia materna, a pesar de sus innumerables cualidades y de toda la promoción que se le ha dado. Algunos autores señalan que la mayoría de las madres inicia la lactancia materna y por diversos factores sociales, económicos y culturales influyen para que se produzca una caída en el porcentaje de madres que lactan a sus hijos menor al tiempo recomendado ^{27, 28}.

La literatura revela cada vez más estudios que definen determinantes sociales y culturales de la lactancia. En las comunidades de baja renta, los factores que generalmente parecen influenciar decisiones respecto a la lactancia están asociados con la instrucción, el empleo y la familia ²⁹.

2.2.2.1.1. FACTORES SOCIALES

Existen distintos factores por los cuales una mujer decide no proporcionarle leche materna a su hijo recién nacido; diversos estudios sugieren que estos factores condicionantes son tan diversos y personales como cada mujer, y a su vez estas están influenciadas por las vivencias y percepciones que han ido adquiriendo éstas a lo largo de toda su vida ³⁰.

El factor social es uno de los condicionantes de la lactancia materna, podemos enunciar algunos factores como la edad, estado civil, estructura familiar, ingresos económicos, ocupación de la madre, grado de instrucción, y redes de apoyo.

Edad

Es el tiempo que ha vivido el ser humano, permite dividir la vida humana en distintos periodos temporales, es uno de los indicadores importantes para medir el grado de Madurez y responsabilidad de la madre.

De acuerdo a algunas investigaciones, se observa que la edad es un factor que influye en el abandono temprano de la LME, ya que se pudo comprobar que las madres más jóvenes son más propensas a abandonar la LME antes de los 6 meses de vida, esto debiéndose a que son más vulnerables a la influencia familiar y social, y las recomendaciones que se les da, así como más propensas a cambios psicológicos ⁸.

Estado civil

Desde el punto de vista jurídico, el estado civil es el conjunto de situaciones en que se encuentran las madres en la sociedad, respecto de los derechos y obligaciones que le corresponden, derivados de acontecimientos como el nacimiento, matrimonio, divorcio y fallecimiento.

Algunos estudios mencionan que las madres casadas, presentan mayor porcentaje de lactancia materna, el apoyo familiar es uno de los pilares fundamentales para continuar con la lactancia materna, por el contrario, la falta de apoyo de la figura paterna, afecta la continuidad de la lactancia materna, ya que la madre soltera son el sustento del hogar ³¹.

Ingreso económico

Una persona puede recibir ingresos, por su actividad laboral, comercial o productiva el nivel de ingreso está asociado a la calidad de vida, a mayores ingresos mejor calidad de vida a menor ingreso, no satisface las necesidades básicas, menor calidad de vida.

Una mejor situación económica, también está relacionada con el riesgo de no brindar lactancia materna al niño, esto se debe a que la madre cuenta con los recursos necesarios para brindarle sucedáneos de la leche materna a su niño.

Un beneficio de la lactancia materna es el ahorro a la economía del hogar, por lo que la madre de bajos recursos económicos no va a tener recursos para poder adquirir sucedáneos, ya que implica mayores costos, y afecta su economía familiar ³⁰.

Grado de instrucción

El nivel de instrucción de una persona, es el grado más elevado de estudios que poseen o están realizando, sin tener en cuenta si han terminado o provisional o definitivamente incompletos. Es el nivel de educación de la madre, para que adquiera más conocimientos y pueda adquirir nuevas conductas, que mejoren la calidad de vida de sus niños, se dice que una madre bien educada va entender mejor y va adoptar buenas prácticas con respecto a la alimentación de su niño.

Algunos estudios, identificaron que a menor nivel de escolaridad hay una mayor proporción de lactancia inadecuada: de los niños que no lactaron adecuadamente, el 34.1% sus madres tenían bachillerato completo, 42.3% no lo habían completado, 7.1% tenían primaria completa y 7.1% universidad completa ³².

Respecto a la relación de los motivos de abandono temprano de la lactancia materna exclusiva con la escolaridad de las madres en Colombia, se observó

que el principal motivo de abandono fueron los problemas con la producción de leche en todas las madres, pero especialmente en aquellas cuyo grado de escolaridad era la primaria. En las madres universitarias y con carrera tecnológica o técnica, uno de los motivos principales fue la realización de otras actividades u ocupaciones, las cuales se incrementan con el nivel de escolaridad de las mismas ¹⁰.

Redes de Apoyo

Estos factores son influyentes a la hora de evaluar el éxito de la lactancia materna, padres, pareja, familiares, amigos, personal de salud, influyen en el éxito o fracaso de la lactancia materna, son un factor muy importante, ya que con sus consejos influye mucho en la decisión de la madre de amamantar.

Además, algunos autores sugieren que el contacto con el personal de salud durante la atención prenatal y post parto está asociado con la duración y frecuencia del amamantamiento, esto sin importar si el servicio de salud es público o privado. Navarro (2003) menciona que la educación prenatal, los aspectos hospitalarios relacionados con el parto y puerperio precoz, el acceso a la atención primaria y el seguimiento a través de sus consultas a través de sus consultas y por último la existencia de talleres y de grupos de apoyo a la lactancia, son aspectos importantes a tomar en cuenta para la promoción y el fomento de la lactancia.

Las actitudes familiares, médicas y culturales, las condiciones económicas, presiones comerciales y las políticas y normas, nacionales e internacionales pueden favorecer o desfavorecer la lactancia ²⁸.

Experiencia previa

Se debe de tomar en cuenta si la madre ya tuvo una experiencia previa con la lactancia y como fue esta. Como señala Blázquez 2004, si además la experiencia de amamantar ha sido dolorosa y se han tenido dificultades de inicio, por desconocimiento de una técnica adecuada o por falta de información y apoyo, se transmite a las siguientes generaciones un mensaje de frustración y rechazo hacia la lactancia ³³.

Ocupación

Está relacionado con la actividad económica a la que se dedica la madre y en muchos casos, esta condiciona que la madre interrumpa la lactancia materna, hoy en día ambos padres trabajan fuera de casa y están obligados a dejar a sus niños al cuidado de terceras personas, muchas de estas mujeres trabajadoras no cuentan con facilidades en sus trabajos para amamantar a sus hijos, por diversas razones.

El conflicto que existe entre maternidad y trabajo pone de manifiesto la importancia social de la lactancia materna. Las mujeres que dan el pecho tiene derecho a trabajar y las mujeres que trabajan tienen derecho a dar el pecho. La lactancia materna requiere una definición de trabajo que respete la crianza y la simbiosis madre criatura como hechos indispensables para el desarrollo del ser humano ³³.

Según varios autores, el descenso de la frecuencia y la duración de la lactancia al seno materno se debe a dos grandes causas: una ha sido la promoción (apoyada por los medios masivos de comunicación) de la lactancia artificial, basada en la utilización del biberón y las leches industrializadas; la segunda causa ha sido la integración de las mujeres al mercado de trabajo remunerado, lo que les impide, poco tiempo después del parto, mantenerse cerca de sus hijos para amamantarlos correctamente ³⁴.

2.2.2.1.2. FACTORES CULTURALES

Son un conjunto de elementos que tienen que ver con las tradiciones culturales y expresiones que varían de una sociedad a otra.

La cultura juega un papel importante en la sociedad, y sobre todo en el amamantamiento, esto se debe a que las mujeres se ven influenciadas por prácticas, creencias, mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven, incluye costumbres, códigos, normas reglas por ejemplo vestimenta, religión, costumbres, norma de comportamiento etc.

En algunas culturas se considera que una buena madre es la que amamanta a su hijo desde muy pequeño, otras creen que una buena madre era aquella mujer que tenía una gran cantidad de leche en sus mamas y amamantaba hasta que el niño dejaba de lactar, otras culturas pensaban una mujer que no tenía leche era considerada un fracaso como esposa, y como madre, debido que las mujeres son las únicas que pueden dar de lactar a sus niños ³⁵.

2.2.2.1.2.1. MITOS Y CREENCIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

Mito

Narración maravillosa situada fuera del tiempo histórico y protagonizada por personajes de carácter divino o heroico. Historia ficticia o personaje literario o artístico que encarna algún aspecto universal de la condición humana ³⁶.

Creencias

Cada cultura y época, de acuerdo a sus conocimientos, creencias y valores, desarrolla maneras propias de enfrentar la crianza y la lactancia. Si bien la mayoría de los pueblos ha respetado y estimulado la lactancia aprovechando sus ventajas, en muchas ocasiones, épocas y lugares la lactancia se ha visto entorpecida por diversas circunstancias. El calostro ha sido un blanco preferente

de creencias erradas, siendo muchas veces considerado poco útil, inservible o incluso dañino, provocando que en muchos lugares sea desechado. El propio Aristóteles concluye que no debe ser consumido por el recién nacido. Hoy, aún se escucha decir que es una leche delgada y que no satisface al niño. Las madres también han sido culturalmente afectadas por ideas que han contribuido al abandono del amamantamiento. Se ha señalado, por ejemplo, que la lactancia las debilita. Se les ha prohibido alimentos que pueden dañar la leche o al niño, y se las ha purgado cuando el lactante se ha enfermado. Desde los tiempos de Galeno y Efeso se les ha restringido las relaciones sexuales por corromper la leche. Para Hipócrates la leche era una modificación de la sangre menstrual del útero, que llega allí mediante conexiones internas, idea que subsistió hasta la era moderna. Los cánones de belleza en diversas épocas, han destacado el aspecto lúdico de los pechos, o idealizado los pechos pequeños, promoviendo su inviolabilidad, e imponiendo vestidos muy ajustados, influyendo en las madres para que eviten la lactancia. Muchas rutinas en la atención del nacimiento, han contribuido a dificultar la lactancia materna. Las drogas y medicamentos para el dolor, el manejo activo del parto, la separación del niño en las primeras horas después del nacimiento, y horarios rígidos de lactancia, etc., son un ejemplo de estas prácticas. Son innumerables los mitos, costumbres y rituales que, tanto negativa como positivamente, han afectado la lactancia. Pertenecen a las culturas, y en general reflejan la posición social o valoración cultural de la mujer, y la importancia asignada al desarrollo del vínculo. Es así como los pueblos pacíficos, con alta valoración por los valores femeninos y el vínculo, se asocian a lactancias prolongadas y protección de la relación vincular madre hijo ³⁷.

A continuación, presentamos los principales mitos y creencias clasificadas de la siguiente manera ^{38,39}:

1. Mitos y creencias sobre las madres

- *Las mujeres con pecho pequeño, no pueden amamantar*

Realidad: el tamaño de los pechos no influye en la lactancia.

- *No todas las mujeres producen leche de buena calidad*

- *No todas las mujeres producen leche suficiente para satisfacer al bebe*

Realidad: todas las mujeres producen leche de buena cantidad y leche suficiente porque la lactancia es proceso regido por la oferta y la demanda

- *La madre no puede comer ciertos alimentos durante la lactancia*

- *Hay que beber mucha agua /mucha leche*

- *Evitar alimentos que producen gases*

- *Evitar alimentos que dan sabor (ajo, cebolla...) o picantes*

- *Comer más / hacer dieta*

Realidad: en todo el periodo de gestación y durante la lactancia, la mujer necesita una dieta balanceada. No hay alimentos que aumenten o disminuyen la producción de leche. A mayor succión corresponde una mayor producción de leche. No hay alimentos preferidos ni prohibidos. Los líquidos, según la sed.

- *Si la madre esta enojada o asustada no debe dar de lactar*

Realidad: El estrés o miedo extremo puede aletargar el flujo de leche, pero se trata de una respuesta temporal del organismo ante la ansiedad.

- *Si las madres están embarazadas de otro bebe deben dejar de amamantar*

Realidad: Aun estando embarazadas de otro bebe la madre puede seguir amamantando. Algunas hormonas que el cuerpo produce en el periodo de

gestación pueden cambiar el sabor de la leche (pero no su calidad) y por lo tanto el niño podrá progresivamente dejar de lactar.

- *La mujer que lacta no puede tener relaciones sexuales, porque la leche se daña*

Realidad: Las relaciones sexuales no dañan la leche

- *Si la madre está enferma, no debe dar de lactar y si sigue dando de lactar no puede tomar medicación*
- *Si toma antibióticos debe dejar de amamantar*

Realidad: Por la leche, transferimos defensas al niño/a que le protegen de la infección. Si la mujer está enferma (gripe, resfriado, tos, diarrea etc.) puede amamantar, teniendo las medidas de higiene adecuadas: Lavado de manos y protección respiratoria. En cuanto a los medicamentos, muchos pueden tomarse durante la lactancia (web: www.e-lactancia.org) Si no hubiera fármaco compatible alternativo, se puede mantener la producción de leche con extracción mientras dura el tratamiento para después retomar la lactancia y no abandonarla. Si se trata de otra enfermedad más grave antes de tomar cualquier medicación deberá consultar a su médico.

- *Una vez que se interrumpa la lactancia no se puede volver amamantar*

Realidad: Con una técnica adecuada y apoyo tanto las madres como los bebés pueden retomar la lactancia, luego de un cambio de leche materna o fórmula. Esta práctica es vital durante emergencia

- *Lavarse los pezones antes y después de cada toma porque están llenos de microorganismos*

Realidad: Las glándulas de Montgomery de la areola segregan sustancias bactericidas. El exceso de lavado destruye la protección natural y favorece las lesiones del pezón.

- *La LM engorda*

Realidad: La LM ayuda a rebajar el peso ganado en el embarazo generalmente a partir del 3er mes.

- *La LM te arruina el pecho*

Realidad: Las modificaciones del pecho se producen durante el embarazo, no por el hecho de dar o no lactancia.

- *Dar de mamar impide quedarse embarazada, es eficaz como anticonceptivo*

Realidad: NO es fiable como método si no se cumplen condiciones como: bebé menor de 6 meses, amenorrea materna y lactancia materna intensiva día y noche.

- *Si tiene prótesis de silicona, la silicona pasa a la leche e intoxica al niño*

- *No se debe amamantar después de hacer deporte / teñirse el pelo*

- *No deben practicarse intervenciones dentales con anestesia local ni empastes dentales durante la lactancia*

- *No deben practicarse radiografías durante la lactancia (salvo contrastes yodados)*

Realidad: Ninguno de estos motivos justifica restringir/interrumpir la lactancia.

- *Con pezón plano o invertido, se hace imposible la lactancia*

- *Hay que masajear con alcohol/aceite de oliva/ el pezón durante el embarazo para curtirlo, y estirarlo si se tiene poco*

Realidad: Los bebés no se agarran del pezón para mamar, sino de la areola.

Una buena posición es más eficaz que cualquier dispositivo.

- *Lo habitual es que dar de mamar sea doloroso, sobre todo al principio*

- *Te va a doler varias semanas hasta que se forma el callo*

- *Si te duele el pezón, lo mejor es una pezonera, siempre la agarran mejor.*

- *Si duele al dar el pecho, hay que hacer tomas más cortas*

Realidad: Lo fundamental para evitar el dolor es una buena colocación al pecho. La pezonera sólo sirve en casos muy especiales, Las tomas cortas impiden una buena alimentación del RN.

- *La falta de leche suele ser un problema familiar que se transmite de madres a hijas ("mi madre no pudo dar el pecho, ni mis hermanas, así que yo tampoco podré")*

Realidad: ¡No es cierto!

- *Si el pecho está blando o suave, es que está vacío, no hay leche suficiente.*
- *Hasta que no notas el pecho "lleno" y duro, no te pongas al niño al pecho, porque no sacará leche.*
- *Si no te gotean los pechos entre tomas es que no hay suficiente leche*
- *Con el sacaleches me extraigo poca cantidad, No tengo suficiente*

Realidad: La cantidad de leche que el pecho produce depende de la estimulación del mismo. Con el tiempo deja de parecer "duro y lleno".

Lo único que aumenta la PRODUCCIÓN DE LECHE es la succión eficaz y el vaciado de la mama, que se consigue si el bebé mama a demanda y de manera correcta (o se extrae con sacaleches)

*aumentan los niveles de prolactina en sangre y eliminan del interior de la glándula el factor inhibidor de la lactancia (FIL).

- *Los sustos o impresiones fuertes te pueden cortar la leche*
- *Bañarse con agua fría corta la leche*
- *Hay alimentos que aumentan la producción: infusiones, cerveza...*

Realidad: Estimulan la producción como la estimula la propia succión del bebé.

2. Mitos y creencias sobre la calidad de la leche

- *El calostro debería ser desechado porque es sucio y antigénico.*

Realidad: El calostro no se debe desechar porque contiene muchos nutrientes y factores de defensa que fortalecen el sistema inmunológico del bebe. Es como una vacuna.

- *El calostro es amarillo porque ha permanecido mucho tiempo en el pecho y por eso está podrido.*

Realidad: Es amarillo porque esta rico en beta carotenos (una sustancia que previene de muchas enfermedades). Además, contiene proteínas, vitaminas y es altamente nutritivo.

- *Él bebe no debería succionar hasta que salga la leche blanca.*

Realidad: La lactancia debe iniciar inmediatamente después del parto, la madre no debe esperar que baje le leche blanca para dar de amamantar.

- *La leche de los primeros días nunca es suficiente*
- *Los primeros días no hay leche, sólo agüilla...*
- *Hasta que me suba la leche, tendré que darle biberón*
- *El calostro no alimenta...*
- *¡No me sale nada!*

Realidad: El calostro es maravilloso y fundamental como primer alimento del RN, es suficiente y adecuado.

- *Mi leche es aguada, no alimenta*
- *En mi familia tenemos la leche “floja”*
- *Si el niño no engorda bien, es que tu leche no es buena*
- *La leche materna es muy líquida, la de biberón es más espesa y alimenta más*

Realidad: La leche de todas las madres alimenta. Va variando su composición de acuerdo a la necesidad del bebé. Al principio es más acuosa y rica en lactosa y después al final de la toma, más grasa y saciante.

- *Los disgustos pasan al bebé a través de la leche*
- *La leche de las madres muy nerviosas alimenta menos y transmite los nervios a su bebé*

Realidad: Los bebés perciben las emociones de la madre por su especial sensibilidad al contacto con ellas, no por la leche en sí. La leche de la madre sólo alimenta.

- *Después de los 6 meses, la leche ya no alimenta al niño, necesita cereales/fruta/ayuda...*

Realidad: La leche materna, tal como recomienda la OMS, será la principal fuente de alimentación de los niños hasta aproximadamente hasta los dos años de edad, cuando se haya terminado de introducir la alimentación complementaria. Y exclusiva hasta los 6 meses: ni fruta, ni cereales, ni “ayuditas”.

- *Hay alimentos prohibidos que la madre no debe de tomar para que la leche no coja mal sabor*

Realidad: Los bebés están acostumbrados a las variaciones de sabor de la leche materna en función de los diferentes alimentos. Nunca “sabe mal”, incluso les gusta más con sabor a ajo...

3. Mitos y creencias sobre lo que necesita el niño o niña

- *Los niños se deben amamantar por más tiempo que las niñas porque si no estás últimos serán más fértiles en la edad adulta.*

Realidad: La leche materna hace que los niños crezcan sanos, fuertes e inteligente. Hay que amamantar niños y niñas por el mismo tiempo sin diferencias.

- *Se debe dejar de amamantar cuando el niño o la niña aprenda a caminar.*

Realidad: Los bebés deben ser alimentados solo con leche materna hasta los 6 meses a partir de los 6 meses hasta los dos años hay que complementar el consumo de leche materna con otros alimentos.

- *Se deben introducir uvas antes de los 6 meses para que el niño aprenda a hablar más rápido.*

Realidad: No se deben introducir alimentos líquidos o sólidos antes que él bebe cumpla seis meses. No hay ninguna evidencia científica que las uvas contribuyan a que el niño hable antes

- *Los bebés necesitan beber aguas aromáticas té y coladas para fortalecer el estómago, o si están enfermos y tienen diarrea.*
- *Cuando el niño esta con diarrea, la madre no debe darle de lactar porque piensan que le va hacer daño.*

Realidad: La leche está compuesta en un 90% de agua, por lo tanto, los bebés no necesitan líquidos adicionales. Al contrario, si un niño esta con diarrea se le debe de dar a libre demanda leche materna, ya que va a reponer todos los líquidos que ha perdido, y así evitar la deshidratación. La mejor manera de fortalecer al bebe es dándole leche materna todas las veces que él la pida. Si la diarrea es severa consulte al médico.

- *El biberón es inofensivo e higiénico.*

Realidad: Una higiene incorrecta en los utensilios del bebé puede provocar infecciones. El uso prolongado del biberón perjudica la dentición y el habla del niño y de la niña.

- *El contacto con agua fría o tomar bebidas heladas le va transmitir enfermedades respiratorias a su niño por la lactancia*

Realidad: No tienen ninguna relación.

- *El bebé se queda con hambre porque:
Sigue llorando, querrá comer más y no tengo suficiente*

Las tomas empiezan a ser más frecuentes de lo habitual

Me pide “antes de tiempo”

Realidad: Si el bebé tiene más hambre, darle más pecho. La lactancia debe ser “a demanda” sin restricciones ni pautas previas.

4. Creencias sobre la Técnica de la lactancia

Así, recogemos frases comunes como estas:

A DEMANDA/LECHE MÁS GRASA AL FINAL

- *“Diez minutos de cada pecho cada tres horas”*
- *“Se deben dar siempre de los dos pechos en cada toma”*

Realidad: Sin reloj, sin horarios, a demanda. Sólo un pecho por toma suele ser suficiente. Es fundamental alcanzar la leche del final, más grasa y saciante.

A DEMANDA /FÁCIL DIGESTIÓN

- *“Si das el pecho muy seguido/ si no esperas al menos tres horas entre las tomas, no das tiempo a que se rellene”*
- *“Si le das muy seguido, el niño se empacha”*
- *“Hay que organizar cuanto antes el horario de las tomas, para que el bebé se regule y aprenda”*
- *“Si le das cada vez que pide, no se acostumbra a comer a sus horas y le puede hacer daño al estómago”*
- *si le das cada vez que pide vas a malcriarlo// Mimar y calmar al bebé en brazos o al pecho lo malcría*
- *A medida que crecen los bebés van adquiriendo un horario fijo para las tomas*

Realidad: Los bebés no necesitan que les impongamos horarios. Ellos marcan la pauta en función de sus necesidades. La rigidez no encaja con la

riqueza y variabilidad de su desarrollo. La leche materna se digiere fácil y rápidamente (20 minutos).

SUCCIÓN NO NUTRITIVA (confusión tetina/pezón/chupetes)

- *Desde que pasan los primeros diez minutos mamando, ya no tragan / sólo juegan con el pezón / te usan de chupón”*
- *No hay que permitir que el bebé esté en el pecho si no “le toca” comer*

Realidad: Los bebés necesitan la succión no nutritiva, durante la cual se relajan y estimulan la producción láctea. El chupete es un invento para “suplantar” esta necesidad.

TOMAS NOCTURNAS:

- *Las tomas nocturnas de pecho favorecen las caries en el bebé*
- *Pasados los primeros meses el bebé dormirá toda la noche*
- *si se despierta varias veces por la noche es que tienes poca leche y se queda con hambre*
- *Si el bebé no duerme del tirón es porque ya necesita un suplemento (leche de fórmula).*

Realidad: Las tomas nocturnas son NORMALES y NECESARIAS para una producción láctea adecuada. Los bebés se despiertan por la noche por la propia fisiología de su sueño.

COMPARACIONES CON EL BIBERÓN

- *Con el biberón siempre sabes cuánto come, te quedas más tranquila*
- *Con la teta nunca sé cuánto come, con el biberón me quedo más*

Realidad: Tranquila “es imposible saber cuánta leche toma un bebé amamantado”. Hay métodos indirectos para saber si la leche es suficiente. Es fundamental la confianza en la regulación mutua madre/bebé.

- *Con el biberón desde el principio, el padre puede participar más y así se vincula mejor con su bebé*

Realidad: Los padres tiene miles de otras maneras para vincularse con sus bebés sin ser la alimentación (baños, masajes, juegos, paseos, porteo...)

- *Las leches artificiales modernas son idénticas a la leche materna, ya no hay diferencia*
- *Con el biberón echan más eructos porque les alimenta más.*

Realidad: La leche artificial, por ahora, no iguala en muchos aspectos a la materna. Los niños alimentados con biberón se pierden las ventajas para la salud que implica la lactancia materna

2.2.2.1.2.2. CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SOBRE LACTANCIA MATERNA

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a menudo que aumenten los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas ⁴⁰.

Conocimiento Ordinario o Informal:

Son los conocimientos adquiridos en la vida cotidiana, a través de la experiencia que tiene una persona al realizarse con el mundo durante toda su vida social y que son captados por los sentidos. Este conocimiento se manifiesta a través de un lenguaje simple y natural. Es por este sistema que las personas aprenden sobre su proceso salud – enfermedad y suelen complementarlo a su vez con

otros medios como periódicos, volantes relatos y revistas de publicaciones en general ⁴¹.

Conocimiento Científico o Formal:

Son aquellas representaciones verdaderas que pueden ser probadas y contrastadas científicamente por tener una base teórica en libros ya existentes dentro de nuestra vida social. Se manifiesta a través de un lenguaje más complejo. Estos conocimientos son brindados por los centros educacionales donde se organiza como conocimiento científico por tener un plan curricular. Estos conocimientos son a su vez dentro de su programación, programas de carácter cultural o científico brindados por profesionales o especialistas en un tema específico ⁴¹.

El aprendizaje: adquisición o cambio

El aprendizaje comporta adquisición de información o conocimiento, de habilidades o destrezas, de estrategias, de formas nuevas de comportamiento o actuación que implican modificación de las adquisiciones precedentes. A su vez, las competencias adquiridas constituyen la base de nuevas adquisiciones o cambios, que se manifiestan en la cognición y la acción. Las distintas teorías del aprendizaje, sean cognitivas o constructivas, sean asociativas o conductistas, coinciden en proclamar que aprender implica cambiar conocimientos o conductas precedentes, postulando que el aprendizaje constituye un proceso en que, a partir de las adquisiciones previas, se producen reorganizaciones o reestructuraciones del conocimiento y conducta. Esto es, se trata de cambio o modificación de lo que se sabe y de lo que hace ⁴².

El desarrollo de estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil necesitan identificar los conocimientos y creencias que posee la población sobre la lactancia materna. Es así que 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 de las mujeres para amamantar a sus hijos ⁴³.

2.2.2.2. ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE LACTANCIA MATERNA

DEFINICIÓN DE LACTANCIA MATERNA

Es definida como un acto natural por lo cual el organismo de la mujer se prepara desde la pubertad hasta la culminación del embarazo y como un comportamiento aprendido, mediante el cual le proporciona un alimento ideal al niño para su crecimiento y desarrollo, aumenta su sistema inmunológico, protegiéndolo de muchas enfermedades.

La lactancia materna o conducta de amamantamiento es así una conducta interactiva diádica mediada por el eje neuroendocrino. La interacción madre – recién nacido durante la lactancia, es un proceso dinámico que evoluciona en el tiempo y debiera organizarse en una postura ajustada a los 3 o 4 días o sea al alta de maternidad debiera estar ajustada.

En tanto conducta interactiva diádica, el amamantamiento evidencia el grado de armonía del dialogo corporal, tónico y cenestésico entre los protagonistas.

La madre transmite mensajes emocionales a través de la postura, el tono muscular y la forma en que sostiene al bebé. Las modificaciones de postura y de tono muscular son captadas por el bebé modulando el ritmo de succión del bebé, la madre debe acoplarse sincrónicamente respetando las pausas del bebé, la intensidad y el vigor con que mama, tolerar el dolor y las sensaciones placenteras que en ocasiones desconciertan e inquietan a madres con estructuras de personalidad rígidas y superheroicas ⁴⁴.

El éxito de la lactancia materna depende de una buena información recibida antes del nacimiento por parte del profesional de la salud, aprender correctamente las técnicas de amamantamiento en los primeros días de vida ²⁵.

LECHE MATERNA

La leche materna o también llamada leche humana, es la secreción producida por las glándulas mamarias después del calostro, cuya función es alimentar al lactante estando la madre en condiciones saludables, contiene todos los nutrientes que el lactante necesita para su crecimiento y desarrollo, en los primeros meses de vida y le proporciona múltiples beneficios anticuerpos que lo protegen contra muchas enfermedades sobre todo las infecciones respiratorias agudas y gastrointestinales.

La leche materna está libre de contaminantes y gérmenes que pueden perjudicar la salud del lactante. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) describe la leche materna como “la primera inmunización del bebé que ayuda a prevenir contra diarrea, otitis, infecciones pulmonares y otros problemas de salud.” Varios estudios indican los beneficios físicos, mentales y emocionales que la lactancia trae a los niños ^{45, 46}. Estudios poblacionales con mayores tasas de éxito respecto a la lactancia han mostrado menores tasas de morbilidad y mortalidad infantil, disminución de las tasas de enfermedades crónicas (ej. cáncer, diabetes, obesidad, etc.) y mejora en el desarrollo cognitivo ⁴⁷.

INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

El inicio de la lactancia materna debe empezar, inmediatamente después del parto, durante la primera hora de vida del recién nacido.

El Parto natural, sin el uso de intervenciones innecesarias, como drogas, analgésicos, instrumentación y cesárea favorece el inicio de la lactancia materna,

disminuye el riesgo fetal y neonatal, disminuye la depresión puerperal y aumenta la autoestima de la mujer, facilitando el apego madre hija o hijo.

Siempre que se pueda, se debe realizar el contacto madre e hija o hijo. En las cesáreas también se debe hacer dejando libres las manos de la madre y facilitando la lactancia materna lo más pronto posible. El padre puede participar apoyando o haciendo el contacto cuando no es posible con la madre.

En los partos y nacimientos con dificultades, el contacto debe posponerse si la madre o la del bebe, requieren atención especial, informando a la madre lo que sucede para tranquilizarla. El regreso a la normalidad lo más pronto posible disminuirá los riesgos ²⁵.

El incremento de los niveles de hormona de estrógeno y progesterona en el nacimiento incrementan la producción láctea.

TIPOS DE LECHE:

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son: el calostro, la leche de transición, la leche madura.

El Calostro

El calostro es la primera leche que produce la madre inmediatamente después del parto, dura entre 3 a 4 días. El calostro es espeso, puede ser transparente o amarillo pegajoso.

Es el único alimento que el niño necesita en los primeros días de nacido.

El calostro es una leche muy valiosa, tiene todos los elementos necesarios para nutrir al niño o niña desde su nacimiento.

Protege al niño o niña contra infecciones y otras enfermedades, los niños que toman calostro son bebés más sanos.

Tiene dosis de vitamina A y otros micronutrientes que son necesarios desde el nacimiento, protege al niño y niña contra infecciones y otras enfermedades a las cuales la madre ha sido expuesta.

Es un purgante natural porque limpia el estómago del recién nacido ⁴⁸.

Leche de transición

Es la leche que se produce entre el 4^o y el 15^o día de postparto. Entre el 4^o y el 6^o día se produce un aumento brusco de la producción de leche, sigue aumentando hasta llegar a 600 a 700 ml/día, entre los 15 a 30 días posparto.

Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de la producción láctea.

La leche de transición varía día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

Leche madura

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos. Cuando la lactancia está en regresión, la leche involuciona y pasa por una etapa claustral antes de desaparecer totalmente.

El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses posparto, y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre ⁴⁴.

Tiempo de Lactancia Materna

La OMS recomienda hasta los 6 meses lactancia materna exclusiva y desde los 6 meses a más debe continuar con su lactancia y al mismo tiempo se le va introduciendo alimentos complementarios hasta los 2 años de edad o más, de acuerdo a la decisión de la madre y el niño.

Lactancia materna exclusiva

Es cuando la madre alimenta a su niño exclusivamente con leche materna, sin introducir leche artificial o algún otro alimento complementario; ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes.

La lactancia materna exclusiva, hasta los 6 meses de edad, tiene muchos beneficios para él bebe y la madre aumenta el sistema inmunológico, protege al bebe de muchas enfermedades a futuro, disminuye el riesgo de infecciones gastrointestinales, y para la madre, una pérdida de peso más rápida tras el parto y un retraso del retorno de las menstruaciones.

Lactancia materna libre demanda

La alimentación a libre demanda es cuando al bebe se le da de lactar cada vez que él quiera, sin restricción a nada, hasta que él bebe se llene y suelte el pecho, alimentarlo con frecuencia y con seguridad, mientras más succione mayor producción láctea tendrá la madre, la Dra. Verónica Valdez Pediatra experta en lactancia de la Pontificia Universidad Católica y consultora de UNICEF, dice que la clave del éxito de la lactancia a libre demanda esta durante el primer mes ⁴⁹.

Lactancia materna mixta

La alimentación mixta consiste en alimentar al bebé con biberones de leche extraída de tu pecho o con fórmula infantil y también dándole el pecho.

Es la combinación de la leche materna con la artificial, la utilización de los dos complementa la alimentación del bebe, esto se da debido a que la madre tiene insuficiente producción de leche (Hipogalactia) o cuando la madre tiene algún problema patológico o psicológico que le impide la producción láctea.

Por estas razones, es necesario añadir la leche en formula, la mayoría de bebés prefieren la tetina del biberón por la facilidad con la que pueden succionar el alimento, incluso puede llegar a rechazar el pecho.

Además, la falta de estimulación en los pechos por la succión del bebé hace que cada vez la producción de leche sea menor. Los especialistas recomiendan entonces, sacar la leche materna con la ayuda de un sacaleches y así, de vez en cuando, realizar una toma de biberón con esta leche, así la mamá no perderá la capacidad de producir leche.

Lactancia artificial

Es la alimentación con leches maternizadas conocidas como fórmulas lácteas, preparadas artificialmente a base de leche de vaca.

Se llaman formulas adaptadas porque se adaptan a las características del bebé, su organismo del bebé no está lo suficientemente desarrollado y tiene algunas funciones inmaduras. Por ejemplo, el aparato digestivo tiene poca capacidad de asimilación, él bebe regurgita con facilidad durante los primeros meses de vida, debido a la escasa motilidad del esófago y baja tonicidad.

Algunas madres le dan a su niño lactancia artificial, porque trabajan todo el día y no pueden estar con él bebé.

Pero también hay una controversia ya que alimentación artificial afecta la economía de la madre ⁵⁰.

Técnicas de lactancia

Succión

De una buena succión, depende el éxito de la lactancia materna

Cuando el lactante, tiene deseos de mamar no es abrir la boca, también se tiene que hacer una serie de maniobras, para que él bebe tenga buen agarre del pezón y areola, el pezón debe estar en dirección al paladar.

Para una correcta succión no es necesario presionar el pecho, pero si desea ayuda, puede coger el pecho entre el dedo índice y pulgar en forma de C ⁴⁹.

Los 4 signos más importantes para un correcto agarre

- Mentón toca el seno
- La boca está bien abierta
- El labio inferior este vuelto hacia afuera
- La areola está más visible por arriba de la boca que por abajo.

Signos de inadecuado agarre

- El mentón no toca el pecho
- El labio inferior este vuelto hacia dentro
- Más areola visible debajo de la boca del niño ⁵¹.

Posición del niño

Se coloca al bebe de manera perpendicular al pezón, el pezón, tiene que estar frente al bebe, el cuerpo de la madre con el del niño tiene que estar cuerpo con cuerpo, él bebe es el que tiene que ir al pecho de la mama.

La cabeza del bebe debe de apoyarse en el antebrazo de la madre y no en el codo, así él bebe no esfuerza su cuello para llegar al pezón de la mama.

La nariz del bebe debe de tocar el pecho, pero sin presionar al bebe para dejarlo respirar libremente, tenemos que estar segura que él bebe succione correctamente con la boca bien abierta ⁴⁵.

Correcta posición del niño

- El cuello del niño este derecho o algo curvado hacia atrás
- El cuerpo del niño esta vuelto hacia la madre
- El cuerpo del niño está próximo hacia la madre
- Todo cuerpo del niño esta sostenido por la madre

Posición incorrecta del niño

- El cuerpo del niño esta torcido o flexionado hacia adelante
- El cuerpo del niño está retirado de la madre
- El cuerpo del niño no está junto a la madre
- Solo cabeza y cuello están sostenidos por la madre ⁵¹.

Posición de la madre

La posición de la madre para amamantar al bebe es primordial para evitar problemas como grietas en el pezón, congestión mamaria, lumbalgia, la madre debe de encontrarse en un ambiente tranquilo relajado agradable cómoda con la espalda y los pies bien apoyados. La madre debe estar en una posición adecuada ⁴⁹.

Posiciones para la lactancia materna:

Posición natural o biológica: La madre recostada y la o el bebé echado en decúbito ventral sobre ella.

Posición clásica: madre sentada y bebé acunado.

Madre acostada: en esta posición es importante que el personal de la salud oriente y apoye a la madre para que sepa evitar riesgos de ahogamiento de la o el bebé.

Posición por debajo del brazo: Útil cuando hay gemelos, conductos lácteos bloqueados, y dificultad en el agarre.

Alza con el brazo opuesto: Útil en bebés muy pequeños. Bebés enfermos.

Posición de caballito. Útil: Bebés hipo/hipertónicos, fisura palatina y mamas muy grandes.

Posición en canasta: Útil en Bebés gemelos alimentados simultáneamente. En caso de cesárea para no presionar la herida operatoria ²⁵.

Beneficios de la lactancia materna

Beneficios para el lactante

- Efecto protector del síndrome de muerte súbita.
- Mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
- Se digiere muy fácil en el lactante y disminuye no produce estreñimiento como los sucedáneos.
- Su temperatura es adecuada para el lactante
- Forma sus dientes y desarrolla los músculos de la cara cuando él bebe succiona
- No se prepara y no se contamina con el medio ambiente
- Menor incidencia de desnutrición infantil.
- Aumenta el sistema inmunológico y disminuye la incidencia de alergias e infecciones respiratorias y digestivas.
- Protege contra enfermedades crónicas prevenibles a futuro como Diabetes Mellitus, obesidad, y contra el cáncer.
- Protege contra infecciones del oído medio en la primera infancia.

Beneficios para la madre

- La intensa interacción de la madre con su hijo que amamanta produce un apego emocional que promueve el desarrollo integral de la madre.

- El útero se contrae por el estímulo de la succión después del parto, la oxitócica contrae el útero para evitar el sangramiento y su involución uterina.
- Una lactancia adecuada permite que las madres pierdan progresivamente el peso
- La estimulación de los pechos y la succión del bebe evita que se congestionen y reduce la grasa acumulada, ayudando a mantener la elasticidad.
- La lactancia materna cumple un rol muy importante en la prevención del cáncer de mama, ovario.
- No cuesta nada es gratis, ayudando a mejorar la economía de la familia.
- Las madres que alimentan a su niño con leche materna, tiene mayor productividad porque su niño no se va a enfermar, no va a necesitar de los servicios de salud ⁵².

Beneficios para la comunidad

La leche materna es un alimento natural, que no necesita fabricarse, ni envasarse y mucho menos transportarse. Evita la contaminación del medio ambiente porque no se van a desechar sus envases. Por el contrario, sucede con la leche maternizada, o artificial se fabrican, se conserva en envases y eso contamina nuestro medio ambiente, también ahorra el agua porque no se va utilizar agua para su fabricación, Si el lactante toma leche materna, no se va enfermar eso significa que el estado no va a gastar en medicamentos ni los servicios básicos de salud, para recuperarse.

Las madres que dan de lactar a su niño van a tener niños más fuertes sanos inteligentes, y un buen capital humano en el futuro, y más seguros de sí mismo.

EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA

La extracción de leche puede resultar útil en diversas circunstancias, separación temporal del bebe, inicio de la actividad laboral, o por cualquier enfermedad de la madre o niño.

Lo primero, se debe de lavarse las manos, el pecho no es necesario lavárselo, simplemente con la ducha habitual.

Coger un recipiente limpio con boca ancha donde se vaya a guardar la leche La madre debe de colocarse en un lugar tranquilo, ponerse cómoda y coger el pecho en forma de C, Apretar hacia adentro, como intentando juntar los dedos que presionan desde la parte inferior de pecho con el pulgar, que se apoya encima y sin dejar de apretar, empujar hacia delante, hacia el pezón, como queriendo exprimir los conductos.

Sentir que la piel se desliza hacia delante sobre ellos y pensar en empujar la leche hacia afuera, repetir este proceso varias veces, despacio sin lastimarse, pero con firmeza. Al principio va a salir poca cantidad de leche unas cuantas gotas, luego va a salir a chorro, por los orificios del pezón.

Si se va extraer la leche de forma manual o con un sacaleches primero se debe preparar los pechos para que sea más rápida su extracción.

Estimulación del pecho

Masajea

El pecho se masajea, oprimiéndolo a la caja torácica costillas, usando movimientos circulares con la yema de los dedos, después de unos segundos cambiar con el otro pecho.

Frota

Se frota el pecho suavemente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que se produzca cosquilleo. Se continúa con este movimiento desde la parte superior del pecho, hacia el pezón por todo alrededor.

Sacude

Ambos pechos suavemente inclinándose hacia delante

EXTRACCIÓN MANUAL TÉCNICA DE MARMET

Es cómoda, sencilla y barata. se ahorra la limpieza y la esterilización de los utensilios, hay que lavarse las manos y estimular el pecho, inclinarse hacia adelante.

1. Coloca el dedo pulgar y los dedos índices y medio formando una letra c a unos 3 o 4 cm del pezón, evitar que el pecho descansa sobre la mano.
2. Empuja los dedos hacia atrás sin separarlos .si tienes los pechos grandes o caídos, primero levantarlos y después empuja los dedos hacia atrás.
3. Repetir para vaciar rota la posición de los dedos para vaciar todos los cuadrantes del pecho .se utiliza ambas manos en cada pecho.
4. No se debe exprimir, deslizar ni estirar, la extracción no debe causar dolor
5. Se alterna la estimulación y extracción en ambos pechos.

EXTRACCIÓN CON SACALECHES

El procedimiento es el mismo que la extracción manual, empieza con un buen lavado de manos, estimular la bajada de leche y se coloca el sacaleches, siempre siguiendo las instrucciones del fabricante.

Existen dos tipos de extractores

Mecánicos o manuales, y eléctricos.

El modelo mecánico más adecuado es el de tipo palanca.

TIEMPO DE EXTRACCIÓN

El procedimiento completo estimulación y extracción, dura aproximadamente 30 minutos.

1. Extrae la leche de cada pecho de 3 a 5 minutos
2. Masajea, frota y sacude
3. Extrae nuevamente de cada pecho de 3 a 5 minutos
4. Se extrae una vez más de 2 a 3 minutos.

CONSERVACIÓN DE LA LECHE

- Temperatura ambiente (hasta 25°C): 6-8 horas
- Frigorífico hasta 4 días
- Congelador en interior de nevera 2 semanas
- Congelador 3 meses
- Congelador arcón (- 18°C): 6 meses

ALMACENAMIENTO

Puede usar recipientes de boca ancha, tamaño adecuado, fáciles de cerrar y de limpiar y de uso alimentario, además de biberones y bolsas específicas.

La limpieza de los recipientes, lavado normal y secar, una vez al día esterilizar, lavar con lavavajillas

Se puede mezclar la leche extraída durante el día en el mismo envase, y consérvala en el frigorífico.

Es posible que la leche tenga aspecto “cortada”, agitar el recipiente antes de usarla.

Para congelar la leche, se tiene que enfriar

Etiqueta los envases con la fecha de extracción para usar siempre la leche más antigua.

ADMINISTRACIÓN DE LA LECHE EXTRAÍDA

La leche puede darse a temperatura ambiente. Se debe atemperar o entibiar la leche hasta alcanzar una temperatura similar a la corporal, colocándole en un envase con agua caliente, en el que se pone el frasco con la leche extraída (no se somete al fuego como ocurría con el baño maría porque afecta a las sustancias prebióticas y algunas células vivas).

Debe administrarse de la siguiente manera:

Con taza y cucharita, colocando al niño en posición semi-sentado.

Tener en cuenta que el bebé menor de cuatro meses empuja hacia afuera lo que toca con la lengua, por ello la persona que lo alimenta debe evitar tocar la lengua con la cucharita o la taza.

La leche calentada no debe volver a refrigerarse y se eliminará la leche que no tomó.

USO DE LA TAZA:

Siente al bebé en una posición vertical o semi-vertical en su regazo.

Sostenga la taza descansando ligeramente en el labio inferior de la o el bebé. Incline la taza de modo que la leche alcance justo los labios de la o el bebé.

La o el bebé se pone alerta y abre su boca y sus ojos.

NO VIERTA la leche dentro de la boca de la o el bebé, deje que él mismo tome la leche.

USO DEL RE-LACTADOR:

Tenga leche extraída en una taza en cantidad suficiente según requerimiento de la o el bebé.

Fije con cinta adhesiva una sonda nasogástrica delgada lo más cerca al pezón de manera que la o el bebé se alimente y a su vez estimule al pezón al succionarlo.

El otro extremo de la sonda estará dentro de la taza.

Regule el flujo de la leche de la sonda cuando succione la o el bebé (doblando la sonda).

Recomiende que la o el bebé lacte cada dos (2) horas.

Ir reduciendo progresivamente la leche extraída en la taza (en cantidad y en frecuencia) hasta que la madre recupere la producción de leche.

PROBLEMAS QUE PUEDEN SURGIR Y COMO SOLUCIONARLOS

PECHOS CONGESTIONADOS

Se congestionan durante las primeras horas a la subida de leche, entre el 3er y 5to día las mamas se congestionan se hinchan se ponen duras, se evita que se congestionen, colocando al bebe en el pecho de la madre para que succione a libre demanda y descongestione las mamas, se recomienda colocar calor húmedo, paños con agua caliente, ducha de agua caliente, masajes de manera circular, quitará el dolor e inflamación de las mamas. Si el dolor persiste se le recomienda analgésicos ibuprofeno, paracetamol ⁵³.

PEZONES DOLOROSOS Y GRIETAS

Las grietas son fisuras que pueden aparecer en el pezón y areola, son dolorosas, pero no hay razón para dejar de dar de lactar al niño, se evitan y curan con una adecuada técnica de amamantamiento.

La boca del bebe tiene que coger pezón y areola para evitar estas grietas.

Para evitar estas grietas es recomendable echar unas gotitas de leche en el pezón de la madre, y dejarla secar, la leche tiene propiedades antisépticas, reparadoras. Si están muy congestionadas y dolorosas lo recomendable es consultar al especialista.

OBSTRUCCIÓN DE CONDUCTOS

Se nota como un bulto hinchado caliente y doloroso en unos de los pechos, se debe hacer masajes para que la leche obstruida drene, también se recomienda peinar con peine de dientes estrechos, se debe colocar al bebe en una buena posición para ayudar con el vaciado del pecho.

MASTITIS

Es una infección de la mama esto puede ser causado por las grietas del pezón, pechos congestionados, y obstrucción de los conductos.

Se presenta con dolor profundo en los pechos y pezones, también se puede presentar con una fiebre elevada síntoma de una gripe, vómitos nauseas, dolor de cabeza, malestar general, enrojecimiento, y calentura en la zona donde los conductos están obstruidos, él bebe suele estar irritado e incómodo, se recomienda el lavado de manos, evitar la humedad de los pechos.

El dolor es un signo de agarre incorrecto, hay que corregirlo para que no cause más problemas.

ESCASEZ DE LECHE

En el transcurso de la lactancia puede haber periodos en que se produzca menos leche, se darán cuenta porque él bebe coge el pecho y no sale nada de leche se desespera se pone inquieto, irritable al no recibir la cantidad necesaria de alimento.

Se recomienda que él bebe succione, la succión estimula la producción de leche, la madre tiene que estar tranquila y relajada ⁴⁴.

2.3.3. TEÓRICO-CONCEPTUAL

En el presente estudio se tomó en cuenta las teorías de Nola Pender con su “Modelo de Promoción de la Salud”, la teoría de Ramona Mercer con su “Teoría de la adopción del rol maternal” y la teoría de Kathryn E. Barnard con su “Modelo de interacción para la evaluación de la salud infantil”, debido a que efectivamente sus propuestas ayudaran a la realización de las diferentes intervenciones de enfermería en la promoción de la lactancia materna, ya que ellas proponen la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta los diferentes factores que influyen de manera positiva o negativa a la lactancia materna como el entorno familiar, social y cultural para la consejería a la madre del niño lactante, mejorando así el estado de salud y el crecimiento y desarrollo adecuado del niño. Es por ello que como enfermeras debemos promover y mejorar nuestra consejería en lactancia materna tomando en cuenta los diferentes factores en el entorno de la madre, apoyándola en sus dificultades en su proceso de amamantamiento.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Factores

Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación volviéndose causantes del cambio o transformación de los hechos, un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre el la responsabilidad de la variación o de los cambios.

Factores sociales

Son elementos que determinan una situación en las personas y sociedad, el factor social es uno de los condicionantes de la lactancia materna, podemos enunciar algunos factores sociales como la edad, estado civil, estructura familiar, ingreso económico, grado de instrucción, si trabaja la madre.

Factores culturales

Son un conjunto de elementos que tienen que ver con las tradiciones culturales y expresiones que varían de una sociedad a otra.

La cultura juega un papel importante en la sociedad, y sobre todo en el amamantamiento, esto se debe a que las mujeres se ven influenciadas por prácticas, creencias, mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven, incluye costumbres, códigos, normas reglas por ejemplo vestimenta, religión, costumbres, norma de comportamiento etc.

Lactancia materna

Definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; asimismo es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre.

El Calostro

Es la primera leche que produce la madre inmediatamente después del parto, dura entre 3 a 4 días. El calostro es espeso, puede ser transparente o amarillo pegajoso.

Lactancia materna exclusiva

Es cuando la madre alimenta a su niño exclusivamente con leche materna, sin introducir leche artificial o algún otro alimento complementario; ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes.

Lactancia materna libre demanda

La alimentación a libre demanda es cuando al bebe se le da de lactar cada vez que él quiera, sin restricción a nada, hasta que él bebe se llene y suelte el pecho, alimentarlo con frecuencia y con seguridad, mientras más succione mayor producción láctea tendrá la madre.

Lactancia materna mixta

La alimentación mixta consiste en alimentar al bebé con biberones de leche extraída de tu pecho o con fórmula infantil y también dándole el pecho.

Es la combinación de la leche materna con la artificial, la utilización de los dos complementa la alimentación del bebe.

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

Existen factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.

3.1.2. Hipótesis específicas

- Existen factores sociales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.
- Existen factores culturales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.

3.2. Operacionalización de variables

“FACTORES PRESENTES EN LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS EN EL C.S CALLAO, 2018”

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
V1 Factores presentes en la Lactancia Materna	<p>La lactancia materna es un proceso natural, mediante el cual la madre se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano del niño.</p> <p>Existen distintos factores por el cual una mujer decide no proporcionarle leche materna a su hijo recién nacido; diversos estudios sugieren que estos factores condicionantes son de carácter social y cultural.</p>	<p>Sociales</p> <p>Culturales</p>	<p>Edad</p> <p>Experiencia previa</p> <p>Estado civil</p> <p>Instrucción</p> <p>Ocupación</p> <p>Mitos y creencias</p> <p>Conocimientos</p>	<p>Numeral</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>

CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Tipo y diseño de investigación

El siguiente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo porque busca proponer soluciones al problema de estudio. Utilizamos el método descriptivo y de corte transversal pues permite obtener información sobre los factores presentes en la lactancia materna en un lugar y tiempo determinado.

4.2. Población y muestra

La población en estudio estuvo conformada por 50 madres de niños menores de 2 años, usuarias del consultorio de Crecimiento y Desarrollo del niño sano, que asisten al Centro de Salud "Callao" Callao 2018.

La muestra estuvo conformada por 45 madres de niños menores de 2 años, usuarias del consultorio de Crecimiento y Desarrollo del niño sano que asisten al Centro de Salud "Callao". En el presente estudio se necesitó una muestra, la cual fue calculada utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N^2}}$$

Z = Margen de la confiabilidad o números de unidades de desviación estándar distribución normal que producirá un nivel deseado de confianza para una confianza de **95%**, **X=0.05**, **Z=1.96**

n = Tamaño de la muestra

S = Desviación estándar de la población aproximada (0.4)

E = Error o diferencia máxima entre la medida maestra y la media de la población al 95%, **E=5%=0.05**

N = Población

Tenemos los siguientes datos:

Z = 1.96 (95%)

E = 0.05

S = 0.4

N = 50

$$n = \frac{(0.4)^2}{\frac{(0.05)^2}{(1.96)^2} + \frac{(0.4)^2}{50}} = \frac{0.16}{\frac{0.0025}{3.8416} + \frac{0.16}{50}} = \frac{0.16}{0.0006508 + 0.0032}$$

$$n = \frac{0.16}{0.0038508} = 45$$

Como resultado se obtuvo una muestra conformada por 45 madres de niños menores de 2 años, usuarias del consultorio de Crecimiento y Desarrollo del niño sano, que asisten al “Centro de Salud Callao”, 2018.

4.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información documental

TÉCNICA: Para el efecto de recolección de datos se utilizó la encuesta porque permitió obtener información sobre los datos generales de la madre tales como grado de instrucción, nivel económico, tipo de conocimiento que tiene la madre sobre el tema.

INSTRUMENTO: El instrumento utilizado fue el cuestionario diseñado de manera estructurada de acuerdo a los indicadores de variables de estudio; consto de 15 preguntas y una guía de 10 ítems.

4.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información de campo

Para la recolección de datos en el campo de estudio se realizarán las respectivas coordinaciones y los trámites administrativos pertinentes de la siguiente manera:

- Se realizó las coordinaciones respectivas para obtener la autorización del Centro de Salud Callao a través de una solicitud al médico jefe del Centro de Salud Callao.
- Una vez obtenida la autorización se coordinó con la enfermera responsable para establecer el cronograma de recolección.

4.5. Análisis y procedimientos de datos

- Luego de la recolección de datos se procesó la información utilizando el programa estadístico SPSS, previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz.
- Los resultados se presentan en tablas y/o gráficos estadísticos facilitando su análisis e interpretación, considerando el marco teórico.

CAPITULO V: RESULTADOS

Tabla N° 5.1. Características generales de las madres y la lactancia materna de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018

		Frecuencia	Porcentaje %
Edad de la madre	Menor de 18 años	1	2%
	19 a 29 años	24	53%
	Mayor de 30 años	20	44%
Número de Hijos	1 hijo	23	51%
	2 o más hijos	22	49%
Edad de su niño	Menor de 6 meses	12	27%
	De 6 meses a 1 año	12	27%
	De 1 año a 2 años	21	47%
Niños con lactancia materna	Si	29	64%
	No	16	36%

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 5.1. Podemos observar que la muestra constituida por 45 madres que asisten al Centro de Salud "Callao", se caracteriza por que del 100% (45), el 53%(24) se encuentra dentro del grupo etario de 19 a 29 años, el 51% (23) tiene solo 1 hijo, de los cuales el 47% está (21) en el grupo etario de 1 a 2 años de edad. Podemos apreciar también en referencia a las características de la lactancia de las madres el 64% (29) brinda lactancia materna a sus hijos.

Tabla N° 5.2. Factores Sociales presentes en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018

		Frecuencia	Porcentaje %
Estado Civil	Soltera o separada	7	16%
	Casada o conviviente	38	84%
Grado de Instrucción	Primaria	5	11%
	Secundaria	21	47%
	Superior	19	42%
Ocupación	Ama de Casa	28	62%
	Trabajadora independiente	13	29%
	Trabajadora dependiente	4	9%

Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

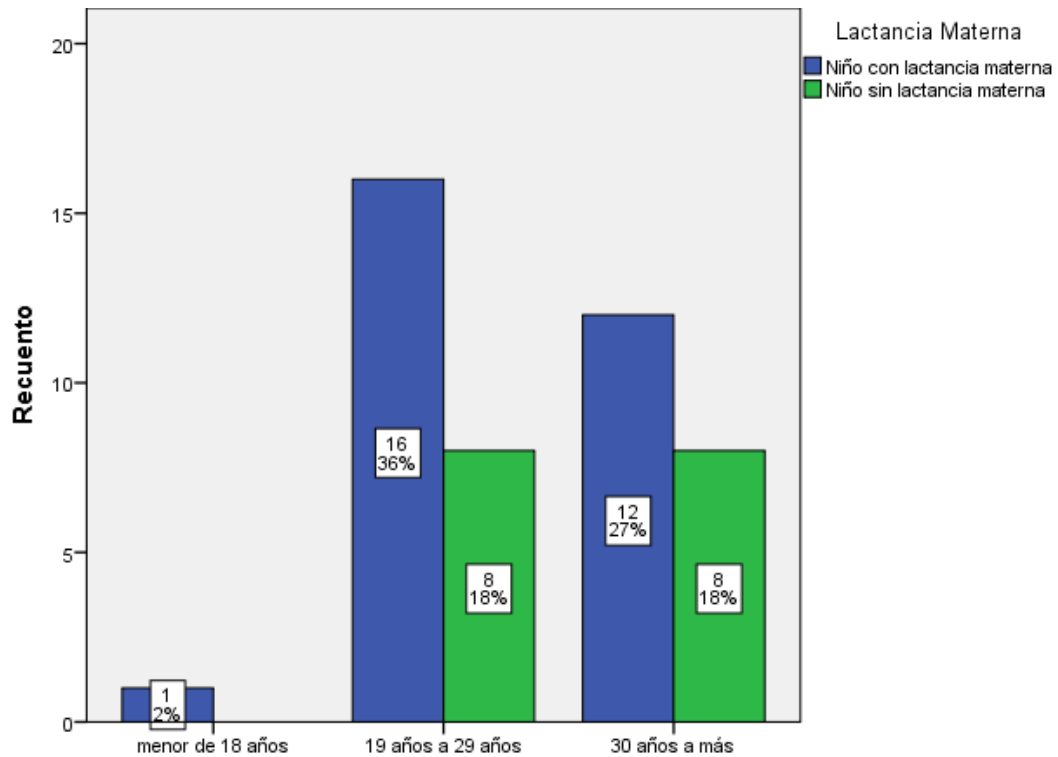
En la tabla 5.2. En referencia a los factores sociales podemos apreciar de la muestra, un 64% (29) presenta estado civil de conviviente, el 47% (21) presenta un grado de instrucción nivel secundario, el 62% (28) tiene de ocupación ser ama de casa, 29% trabaja independientemente y un 4% trabaja dependientemente.

Tabla N° 5.3. La edad y la presencia de la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018

			Lactancia Materna		Total
			Niño con lactancia materna	Niño sin lactancia materna	
Edad de la Madre	menor de 18 años	Recuento	1	0	1
		% dentro de Edad de la Madre	100%	0%	100%
		% del total	2%	0%	2%
	19 años a 29 años	Recuento	16	8	24
		% dentro de Edad de la Madre	67%	33%	100%
		% del total	36%	18%	53%
	30 años a más	Recuento	12	8	20
		% dentro de Edad de la Madre	60%	40%	100%
		% del total	27%	18%	44%
Total	Recuento	29	16	45	
	% dentro de Edad de la Madre	64%	36%	100%	
	% del total	64%	36%	100%	

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 5.1. La edad y la presencia de la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018



Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

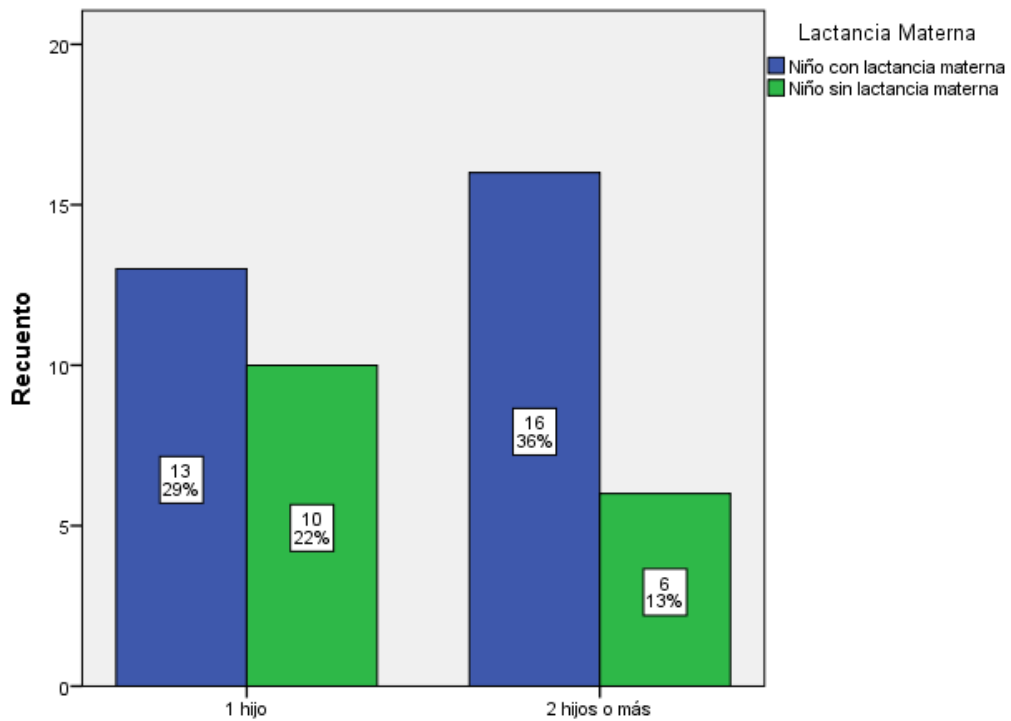
En la Tabla N° 5.3 y el grafico N° 5.1 Podemos observar la relación con el indicador edad y la lactancia materna, observamos que el grupo etario de 19 a 29 años, el 67% (16) mantiene la lactancia materna y el 33% (8) no; del grupo de 30 a más el 60% (12) mantiene la lactancia materna y el 40% (8) no, mientras que del grupo de menores de 18 años el 100% (1) mantiene la lactancia materna. Podemos inferir entonces que en el grupo de 18 a 29 años prevaleció en su mayoría la lactancia materna.

Tabla N° 5. 4. La experiencia previa y la presencia de la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018

			Lactancia Materna		Total
			Niño con lactancia materna	Niño sin lactancia materna	
Experiencia Previa	1 hijo	Recuento	13	10	23
		% dentro de Experiencia Previa	57%	43%	100%
		% del total	29%	22%	51%
	2 hijos o más	Recuento	16	6	22
		% dentro de Experiencia Previa	73%	27%	100%
		% del total	36%	13%	49%
Total	Recuento		29	16	45
	% dentro de Experiencia Previa		64%	36%	100%
	% del total		64%	36%	100%

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 5. 2. La experiencia previa y la presencia de la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018



Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

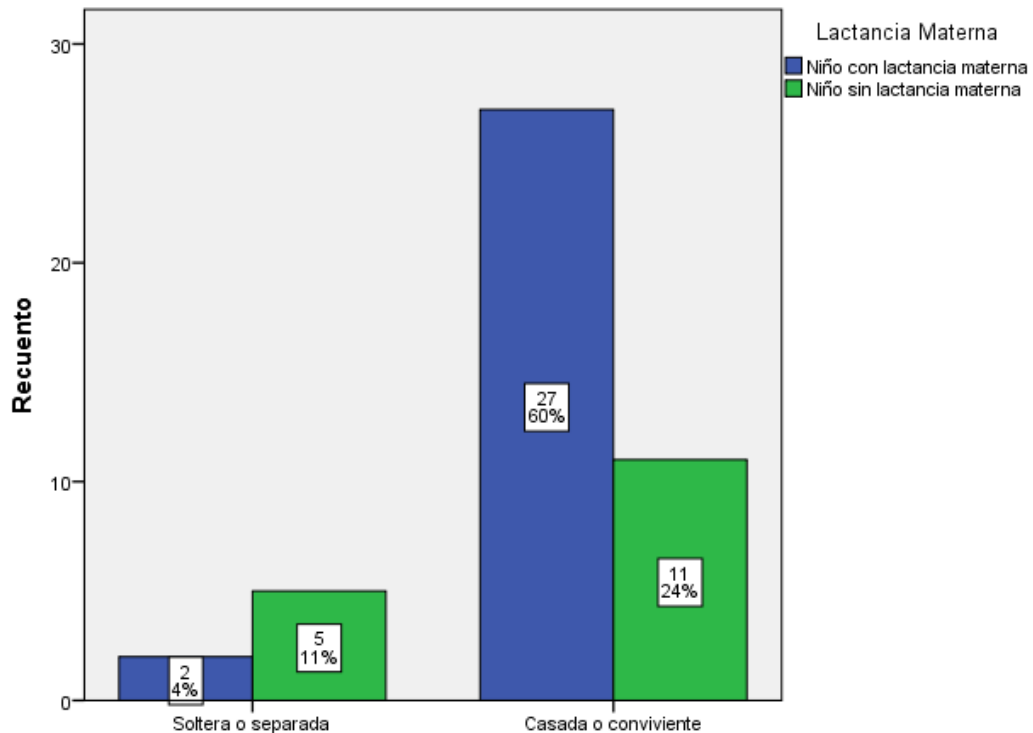
En relación al indicador experiencia previa con la lactancia materna, podemos observar en la tabla 5.4 y grafico 5.2. Las madres primerizas el 57%(13) mantienen la lactancia materna, mientras que 43 % (10) no; en la madre con más de 2 hijos el 73% (16) mantienen la lactancia materna, mientras un 27% (6) no. Podemos inferir que las madres con experiencia previa de más de un hijo prevalecen en su mayoría la lactancia materna.

Tabla N° 5.5. El estado civil y la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018

			Lactancia Materna		Total
			Niño con lactancia materna	Niño sin lactancia materna	
Estado Civil	Soltera o separada	Recuento	2	5	7
		% dentro de Estado Civil	29%	71%	100%
		% del total	4%	11%	16%
	Casada o conviviente	Recuento	27	11	38
		% dentro de Estado Civil	71%	29%	100%
		% del total	60%	24%	84%
Total		Recuento	29	16	45
		% dentro de Estado Civil	64%	36%	100%
		% del total	64%	36%	100%

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 5.3. El estado civil y la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018



Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

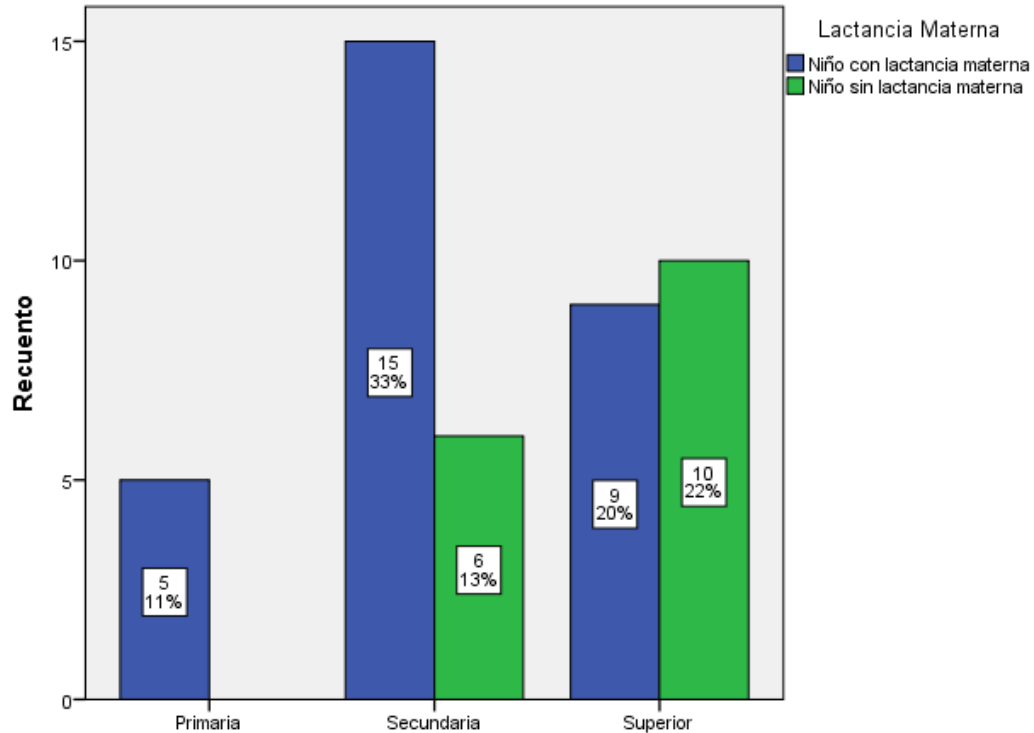
En relación al estado civil de las madres, observamos en la tabla 5.5 y gráfico 5.3 que del grupo de madres casadas o convivientes mantienen la lactancia materna en un 60% (27), mientras un 24% (11) no; del grupo de madres solteras o separadas un 4% (2) mantienen la lactancia materna, mientras que un 11% (5) no. Podemos inferir que en las madres casadas o convivientes hay mayor prevalencia de la lactancia materna, mientras que en la madre soltera o separada en su mayoría, el 11% (5) no mantiene la lactancia materna.

Tabla N° 5.6. Grado de Instrucción y la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018

			Lactancia Materna		Total
			Niño con lactancia materna	Niño sin lactancia materna	
Grado de Instrucción	Primaria	Recuento	5	0	5
		% dentro de Grado de Instrucción	100%	0%	100%
		% del total	11%	0%	11%
	Secundaria	Recuento	15	6	21
		% dentro de Grado de Instrucción	71%	29%	100%
		% del total	33%	13%	47%
	Superior	Recuento	9	10	19
		% dentro de Grado de Instrucción	47%	53%	100%
		% del total	20%	22%	42%
Total		Recuento	29	16	45
		% dentro de Grado de Instrucción	64%	36%	100%
		% del total	64%	36%	100%

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 5.4. Grado de Instrucción y la lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018



Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

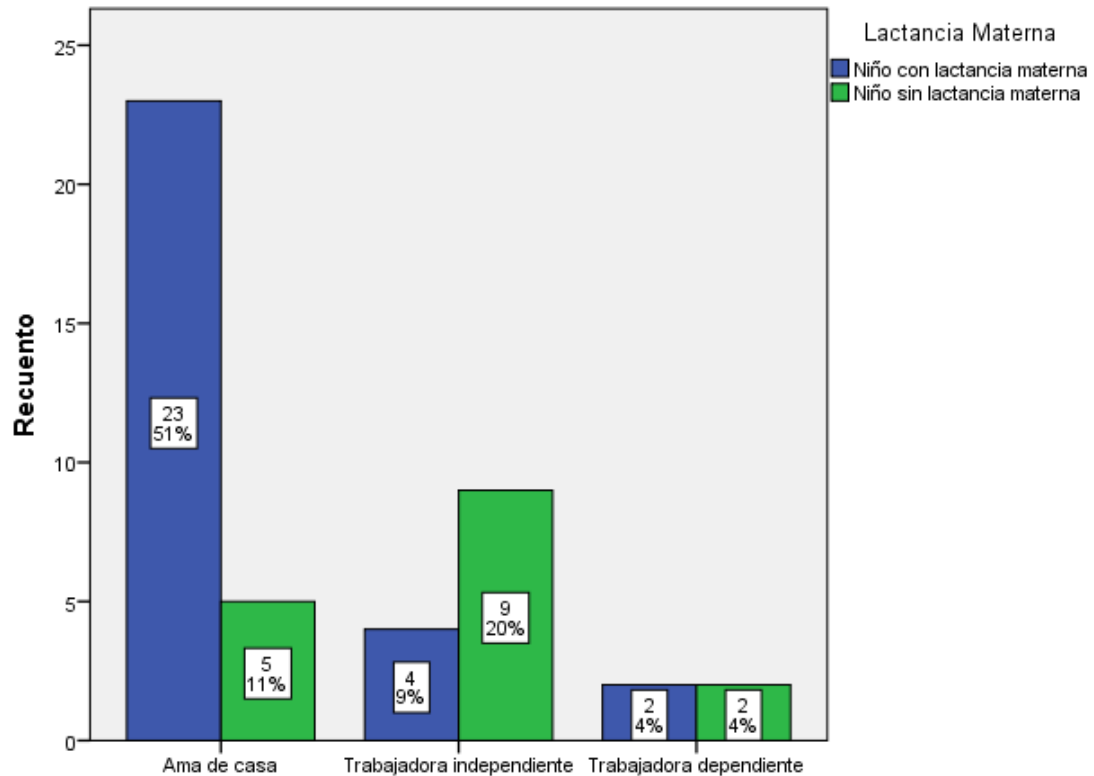
En relación al grado de instrucción de las madres, observamos en la tabla 5.6 y grafico 5.4 que las madres con primaria mantienen el 100% (5) la lactancia materna, del grupo de secundaria el 71% (15) mantienen la lactancia materna, mientras el 29% (6) no; del grupo de madres con nivel superior de educación el 47% (9) mantienen la lactancia materna, mientras un 53% (10) no. Podemos inferir que en el grupo de madres con mayor grado académico menor es la prevalencia de la lactancia materna.

Tabla N° 5.7. Ocupación y lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018

			Lactancia Materna		Total
			Niño con lactancia materna	Niño sin lactancia materna	
Ocupación Ama de casa	Recuento		23	5	28
	% dentro de Ocupación		82%	18%	100%
	% del total		51%	11%	62%
Trabajadora independiente	Recuento		4	9	13
	% dentro de Ocupación		31%	69%	100%
	% del total		9%	20%	29%
Trabajadora dependiente	Recuento		2	2	4
	% dentro de Ocupación		50%	50%	100%
	% del total		4%	4%	9%
Total	Recuento		29	16	45
	% dentro de Ocupación		64%	36%	100%
	% del total		64%	36%	100%

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 5.5. Ocupación y lactancia materna en las madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018



Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

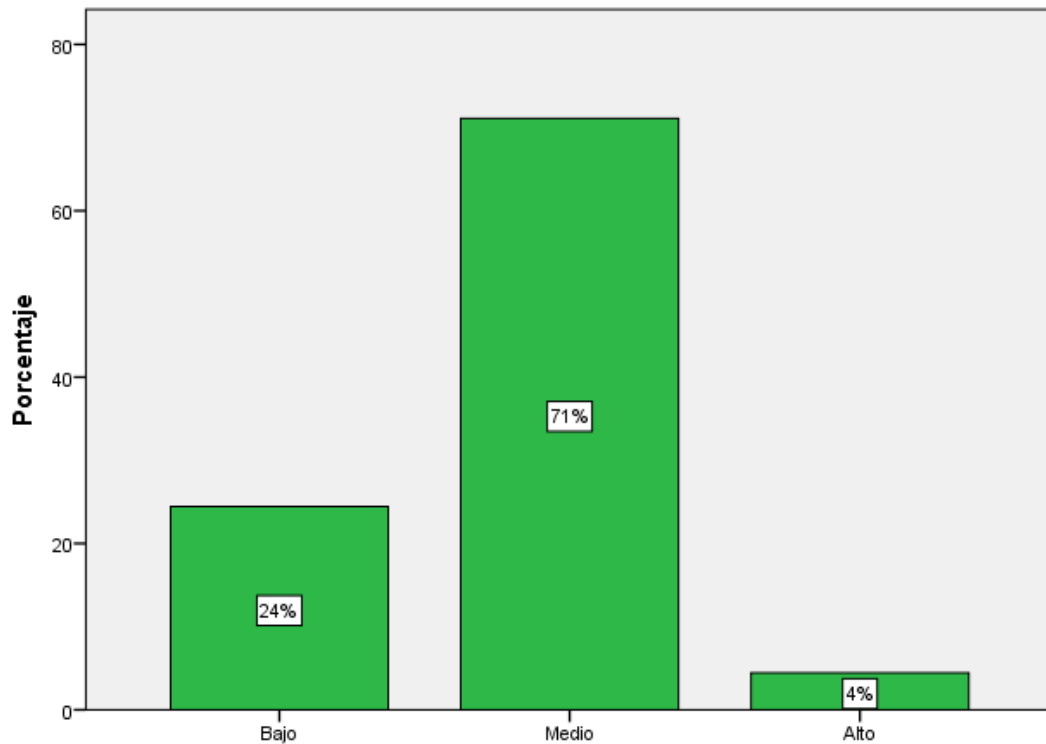
En relación a la ocupación de las madres, podemos observar en la tabla 5.7 y grafico 5.5 que en las madres amas de casa el 78% (25) mantienen la lactancia materna, mientras que un 7% no; del grupo de madres trabajadoras independientes solo el 31% (4) mantiene la lactancia materna, mientras que un 69% (9) no. Del grupo de madres trabajadoras dependientes el 50% (2) mantienen la lactancia materna y el otro 50% (2) no, Podemos inferir que en las madres trabajadoras hay menor prevalencia de la lactancia materna.

Tabla N° 5.8. Conocimientos sobre la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018

Conocimiento		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	11	24%
Medio	32	71%
Alto	2	4%
Total	45	100%

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 5.6. Conocimientos sobre la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018



Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

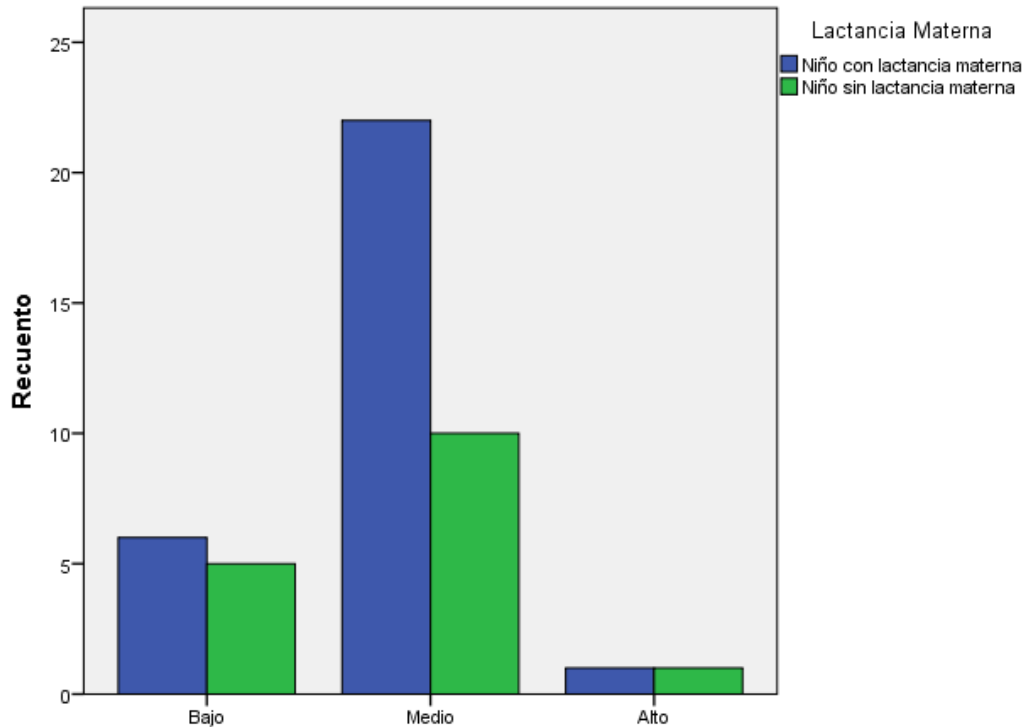
En la tabla 5. 8 y grafico 5.6 se puede observar los resultados del nivel de conocimiento sobre lactancia materna, donde se obtuvo que un 71% (32) de las madres encuestadas presentan conocimientos en un nivel medio, 24% (11) en un nivel bajo y solo un 4% (2) en un nivel alto. Podemos inferir que sobre los conocimientos en lactancia materna las madres en general están en un nivel medio.

Tabla N° 5.9. Conocimientos y la presencia de lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018

		Lactancia Materna		Total
		Niño con lactancia materna	Niño sin lactancia materna	
conocimiento Bajo	Recuento	6	5	11
	% dentro de conocimiento	55%	45%	100%
	% del total	13%	11%	24%
Medio	Recuento	22	10	32
	% dentro de conocimiento	69%	31%	100%
	% del total	49%	22%	71%
Alto	Recuento	1	1	2
	% dentro de Nivel de conocimiento	50%	50%	100%
	% del total	2%	2%	4%
Total	Recuento	29	16	45
	% dentro de Nivel de conocimiento	64%	36%	100%
	% del total	64%	36%	100%

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 5.7. Conocimientos y la presencia de lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018



Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

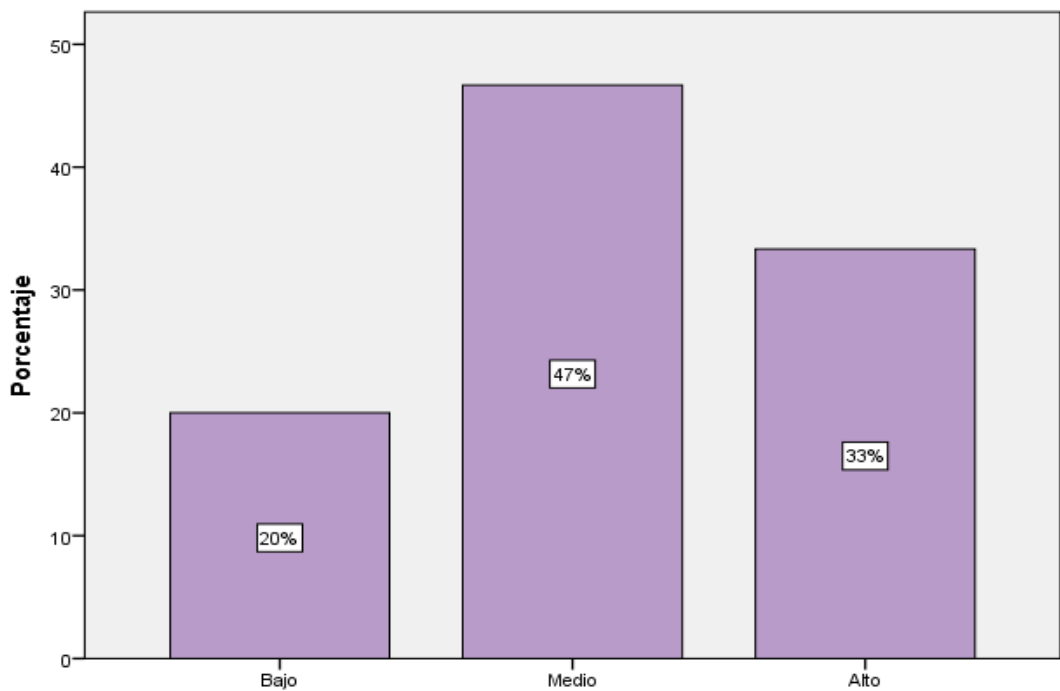
En relación a los conocimientos y la presencia de la lactancia materna, podemos observar en la tabla 5.9 y grafico 5.7 que las madres con un nivel de conocimiento bajo sobre lactancia el 55%(6) mantienen la lactancia materna, mientras un 45%(5) no; las madres con un nivel de conocimiento medio el 69% (22) mantienen la lactancia materna, mientras el 31% (10) no; mientras las madres con un nivel de conocimientos alto el 50% (1) mantienen la lactancia materna y el otro 50% (1) no. Podemos inferir que las madres con un nivel de conocimientos medio prevalecen en su mayoría la lactancia materna.

Tabla N° 5.10. Mitos y Creencias sobre la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018

Mitos y creencias		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	9	20%
Medio	21	47%
Alto	15	33%
Total	45	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 5.8. Mitos y Creencias sobre la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018



Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

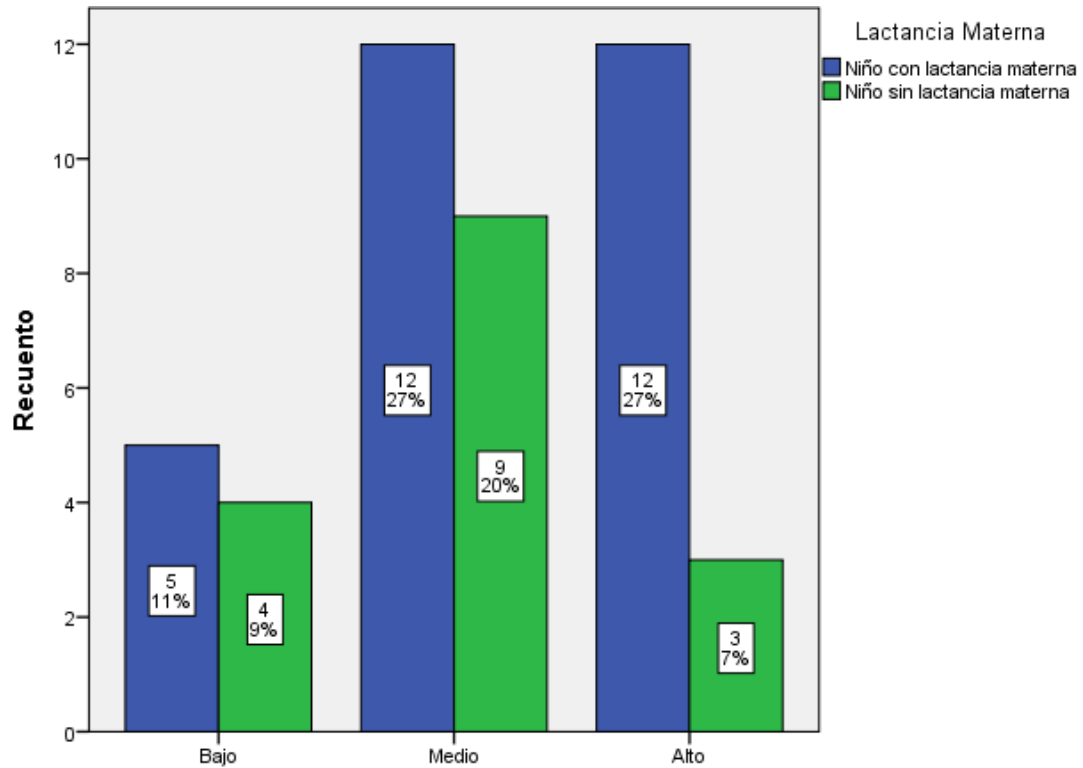
En la tabla 5.10 y gráfico 5.8. Podemos observar sobre los mitos y creencias percibidos sobre la lactancia materna el 46.7% (21) de las madres presentan un nivel de mitos y creencias medio, mientras que el 33.3% (15) presentan un nivel alto de mitos y creencias, y el 20% (9) tiene un nivel bajo de mitos y creencias. Podemos inferir que las madres de familia presentan un nivel medio de mitos y creencias sobre la lactancia materna.

Tabla N° 5.11. Mitos y Creencias y presencia de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018

			Lactancia Materna		Total
			Niño con lactancia materna	Niño sin lactancia materna	
Nivel de mitos y creencias	Bajo	Recuento	5	4	9
		% dentro de Nivel de mitos y creencias	56%	44%	100%
		% del total	11%	9%	20%
	Medio	Recuento	12	9	21
		% dentro de Nivel de mitos y creencias	57%	43%	100%
		% del total	27%	20%	47%
	Alto	Recuento	12	3	15
		% dentro de Nivel de mitos y creencias	80%	20%	100%
		% del total	27%	7%	33%
Total		Recuento	29	16	45
		% dentro de Nivel de mitos y creencias	64%	36%	100%
		% del total	64%	36%	100%

Fuente: Elaboración propia

Grafico N° 5.9. Mitos y Creencias y presencia de la lactancia materna en madres de niños menores de 2 años en el Centro de Salud "Callao". Callao, Perú; 2018



Fuente: Elaboración propia

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En relación al nivel de mitos y creencias de las madres y la presencia de la lactancia materna, podemos observar en la tabla 5.11 y grafico 5.9 que las madres con nivel bajo de mitos y creencias el 56% (5) mantienen la lactancia materna, mientras un 44% (4) no; las madres con nivel de mitos y creencias medio el 57% (12) mantienen la lactancia materna, mientras un 43% (9) no, las madres con nivel de mitos y creencias alto el 80% (12) mantienen la lactancia materna, mientras un 20% no. Podemos inferir que las madres presentan un nivel medio de mitos y creencias y a pesar de eso mantienen en su mayoría la lactancia materna.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de la hipótesis

El presente estudio al ser una investigación de tipo descriptiva univariable se buscó demostrar la hipótesis general planteada: Existen factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018. Además de las hipótesis específicas: Existen factores sociales y culturales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018

Para poder contrastar y demostrar esta hipótesis se elaboró tablas y gráficos estadísticos considerando las dos dimensiones: factores sociales y factores culturales. Comprobando que, si existen factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.

Hipótesis específicas

En la dimensión factores sociales por ser datos descriptivos se elaboró cuadros y gráficos independientes con sus indicadores edad, experiencia previa, estado civil, grado de instrucción y ocupación, dando como resultado que no está presente la lactancia materna en un 71% (5) de las madres con estado civil soltera o separada, en un 53% (10) en las madres con grado de instrucción superior y en un 69% (9) en madres trabajadoras. El cual confirma que, si existen factores sociales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.

En la dimensión factor cultural, en el indicador conocimientos, se puede observar los resultados del nivel de conocimiento sobre lactancia materna, el 71% (32) de las madres encuestadas presentan conocimientos en un nivel

medio, 24% (11) en un nivel bajo y solo un 4% (2) en un nivel alto. Podemos inferir que sobre los conocimientos en lactancia materna las madres están en un nivel medio. En relación a los conocimientos y la presencia de la lactancia materna, podemos observar que las madres con un nivel de conocimiento bajo sobre lactancia el 55%(6) mantienen la lactancia materna, mientras un 45%(5) no; las madres con un nivel de conocimiento medio el 69% (22) mantienen la lactancia materna, mientras el 31% (10) no; mientras las madres con un nivel de conocimientos alto el 50% (1) mantienen la lactancia materna y el otro 50% (1) no. Podemos inferir que las madres con un nivel de conocimientos medio prevalecen en su mayoría la lactancia materna. En relación al factor cultural, en el indicador mitos y creencias sobre la lactancia materna de las madres observamos que el 46.7% (21) presentan un nivel de creencias medio, mientras que el 33.3% (15) tienen un nivel alto de mitos y creencias sobre la lactancia materna, y el 20% (9) tiene un nivel bajo de mitos y creencias. Podemos inferir que las madres de familia presentan un nivel medio de mitos y creencias sobre la lactancia materna. En relación al nivel de mitos y creencias de las madres y la presencia de la lactancia materna, podemos observar que las madres con nivel bajo de mitos y creencias el 56% (5) mantienen la lactancia materna, mientras un 44% (4) no; las madres con nivel de mitos y creencias medio el 57% (12) mantienen la lactancia materna, mientras un 43% (9) no, las madres con nivel de mitos y creencias alto el 80% (12) mantienen la lactancia materna, mientras un 20% no. Podemos inferir que las madres a pesar de sus mitos y creencias mantienen la lactancia materna. Con estos resultados podemos comprobar que sí existes factores culturales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.

6.2. Contrastación de los resultados con estudios similares

Existen distintos factores por los cuales una mujer decide no proporcionarle leche materna a su hijo recién nacido; diversos estudios sugieren que estos factores condicionantes son tan diversos y personales como cada mujer, y a su vez estas están influenciadas por las vivencias y percepciones que han ido adquiriendo éstas a lo largo de toda su vida, según Calvo (2008), estos factores determinantes en la lactancia materna son de índole social y cultural. Según la OMS y la UNICEF la edad recomendada de brindar la lactancia materna a los niños es exclusivamente hasta los 6 meses, y acompañado de otros alimentos hasta los dos años o más, hasta que la mama y el niño lo decidan.

En el presente estudio realizado, estudiamos los factores sociales y culturales presentes en la lactancia materna. En referencia al factor social, sus indicadores son edad, experiencia previa, grado de instrucción, estado civil, y ocupación. En referencia al factor cultura medimos el nivel de conocimientos y nivel de mitos y creencias presentes sobre lactancia materna.

En relación con el indicador edad y la lactancia materna, observamos que el grupo etario de 19 a 29 años, el 67% (16) mantiene la lactancia materna y el 33% (8) no; del grupo de 30 a más el 60% (12) mantiene la lactancia materna y el 40% (8) no, mientras que del grupo de menores de 18 años el 100% (1) mantiene la lactancia materna. Podemos inferir entonces que en el grupo de 18 a 29 años prevaleció en su mayoría la lactancia materna. Estudios realizados por Marquezano (2017) y Román (2016) coinciden con nuestros resultados donde las madres que brindaban lactancia materna en su mayoría estaban entre los rangos de 19 a 29 años. Resultados que coinciden con el estudio de Marczuk. M y Torres, concluyendo que ha este rango de edad el

nivel de conocimiento de las madres es adecuado, principalmente en aspectos como la importancia nutricional e inmunológica de la lactancia para los infantes. Al respecto hay además otros estudios como de Quispe et al. en Ica-Perú; se encontró que madres con edades entre 30 a 49 años tienen mayor riesgo de abandono de lactancia materna.

En relación al indicador experiencia previa, se observó que las madres primerizas el 57%(13) mantienen la lactancia materna, mientras que 43 % (10) no; en las madres con más de 2 hijos el 73% (16) mantienen la lactancia materna, mientras un 27% (6) no. Podemos inferir que las madres con experiencia previa de más de un hijo prevalecen en su mayoría la lactancia materna. Estudios similares como Laghi Rey, A et al (2013), concluye que la frecuencia de abandono de LME en la muestra evaluada fue alta relacionada a la primiparidad, en relación a los problemas con el pezón y la percepción de que su hijo se encuentra insatisfecho con la LME fueron factores asociados.

En relación al estado civil de las madres, observamos que del grupo de casadas o convivientes mantienen la lactancia materna en un 71% (27), mientras un 29% (11) no; del grupo de madres solteras o separadas un 29% (2) mantienen la lactancia materna, mientras que un 71%(5) no. Podemos inferir que en las madres casadas o convivientes hay mayor prevalencia de la lactancia materna. Estudios similares como el de Félix Valenzuela F (2009) menciona que “El abandono precoz de la lactancia materna ocurre con mayor frecuencia entre las madres solteras ya que le atribuye a la inestabilidad emocional y falta de apoyo instrumental necesarios durante este periodo”, asimismo Swain (2009) menciona que las madres casadas, presentan mayor porcentaje de lactancia materna, el apoyo familiar es uno de los pilares fundamentales para continuar con la lactancia materna, por el contrario, la falta de apoyo de la figura paterna, afecta la continuidad de la lactancia materna, ya que la las madres solteras son el sustento del hogar

En relación al grado de instrucción de las madres, observamos que las madres con primaria mantienen el 100% (5) la lactancia materna, del grupo de secundaria el 71% (15) mantienen la lactancia materna, mientras el 29% (6) no; del grupo de madres con nivel superior de educación el 47% (9) mantienen la lactancia materna, mientras un 53% (10) no. Podemos inferir que en el grupo de madres con mayor grado académico menor es la prevalencia de la lactancia materna. Analizando los datos del ENDES 2014 cuando se analiza el nivel de la lactancia materna exclusiva según el nivel educativo de la madre, se observa que ésta aumenta en las mujeres sin nivel educativo o que tienen solo primaria con un 86% y desciende en las mujeres con educación secundaria con 77.1% y, en las mujeres con educación superior con 54.8%; por tanto, se da una relación inversa entre educación y lactancia materna. Es decir que a mayor nivel educativo se evidenciara menor práctica de la lactancia materna. Al respecto controversial ya que se han realizado otros estudios en donde hay una relación significativa con el nivel de educación de la madre, relacionada a la duración de la lactancia materna. Respecto a la relación de los motivos de abandono temprano de la lactancia materna exclusiva con la escolaridad de las madres en Colombia, López B et al (2013), se realizó un estudio en las madres universitarias y con carrera tecnológica o técnica, uno de los motivos principales fue la realización de otras actividades u ocupaciones, las cuales se incrementan con el nivel de escolaridad de las mismas

En relación a la ocupación de las madres, podemos observar que en las madres amas de casa el 78% (25) mantienen la lactancia materna, mientras que un 7% no; del grupo de madres trabajadoras independientes solo el 31% (4) mantiene la lactancia materna, mientras que un 69% (9) no. Del grupo de madres trabajadoras dependientes el 50% (2) mantienen la lactancia materna y el otro 50% (2) no, Podemos inferir que en las madres trabajadoras hay menor prevalencia de la lactancia materna. Estudios similares Félix J. (2009)

señala que: el no trabajar fuera del hogar es un factor protector en la duración de la lactancia materna exclusiva.

En relación al factor cultural, en el indicador conocimientos, se puede observar los resultados del nivel de conocimiento sobre lactancia materna, el 71% (32) de las madres encuestadas presentan conocimientos en un nivel medio, 24% (11) en un nivel bajo y solo un 4% (2) en un nivel alto. Podemos inferir que sobre los conocimientos en lactancia materna las madres están en un nivel medio. En relación a los conocimientos y la presencia de la lactancia materna, podemos observar que las madres con un nivel de conocimiento bajo sobre lactancia el 55%(6) mantienen la lactancia materna, mientras un 45%(5) no; las madres con un nivel de conocimiento medio el 69% (22) mantienen la lactancia materna, mientras el 31% (10) no; mientras las madres con un nivel de conocimientos alto el 50% (1) mantienen la lactancia materna y el otro 50% (1) no. Podemos inferir que las madres con un nivel de conocimientos medio prevalecen en su mayoría la lactancia materna. En concordancia con otros estudios, en Argentina Itatí A. (2010), realizó una investigación donde predomina el nivel de conocimiento regular, sobre lactancia materna en puérperas, asimismo Gerónimo et al. (2014), reportó que el nivel de conocimiento en 300 madres puérperas fue regular en un 67.3% (202) y alto 24% (72). Así también Zapata (2011), informó que el 50% de las madres en estudio tuvieron un nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna y solo el 36.6% tuvieron un nivel de conocimiento bueno.

En relación al factor cultural, en el indicador mitos y creencias sobre la lactancia materna de las madres observamos que el 46.7% (21) presentan un nivel de creencias medio, mientras que el 33.3% (15) tienen un nivel alto de mitos y creencias sobre la lactancia materna, y el 20% (9) tiene un nivel bajo de mitos y creencias. Podemos inferir que las madres de familia presentan un

nivel medio de mitos y creencias sobre la lactancia materna. En relación al nivel de mitos y creencias de las madres y la presencia de la lactancia materna, podemos observar que las madres con nivel bajo de mitos y creencias el 56% (5) mantienen la lactancia materna, mientras un 44% (4) no; las madres con nivel de mitos y creencias medio el 57% (12) mantienen la lactancia materna, mientras un 43% (9) no, las madres con nivel de mitos y creencias alto el 80% (12) mantienen la lactancia materna, mientras un 20% no. Podemos inferir que las madres a pesar de sus mitos y creencias mantienen la lactancia materna. Estos resultados son similares a los hallazgos de la investigación de Villaverde Vergara E, donde señala que “La mayoría de las madres adolescentes tienen creencias que no favorecen la lactancia materna exclusiva, es común encontrar que piensen que la producción tenga relación con el tamaño de las mamas o alimentos que favorecerían la producción de leche, pero esto es erróneo fisiológicamente el único estímulo es la succión; sin embargo si es importante una alimentación balanceada en este periodo. Así mismo estudio realizado por Rojas Paredes M (2018) obtuvo resultados similares en donde el 52% de las madres tiene presente los mitos sobre todo en relación al lactante menor y con relación a la madre el 32% tiene presente los mitos. Los resultados coinciden con los estudios realizados en Tumbes, Perú por Cesar Roblecilla y otros (2000) donde se demuestra que las creencias y mitos influyen en la duración de La lactancia materna exclusiva, condicionando su más temprano Abandono.

6.3. Responsabilidad ética

Para la presente investigación, antes de la ejecución del estudio se solicitó el permiso necesario a la institución para la realización de la investigación; a las madres de familia se les informó los objetivos de la investigación y se les brindó un consentimiento informado que fue firmado por los participantes que aceptaron voluntariamente ser parte del estudio. Al aplicar el cuestionario no se registraron los datos de los participantes con el objetivo de guardar confidencialidad de la información obtenida.

Los resultados obtenidos serán empleados sólo para responder a los objetivos de la investigación.

CONCLUSIONES

- Esta investigación nos ha permitido identificar los factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud “Callao”, siendo estos factores los sociales y culturales.
- En relación a los factores sociales, se identificó que, en las madres con educación superior, estado civil solteras o separadas y las madres que trabajan en su mayoría no está presente la lactancia materna.
- En relación a los factores culturales, los conocimientos que tienen las madres de familia sobre la lactancia materna están presentes en un nivel medio, asimismo los mitos y creencias están presentes en un nivel medio.

RECOMENDACIONES

- Desarrollar estrategias tendientes a mejorar la duración de la lactancia materna en mujeres con grado de instrucción superior y que trabajan. Realizando sesiones educativas, talleres demostrativos, grupos de apoyo para las madres de familia desde la gestación informándoles sobre los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica, mostrándoles cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aun cuando tengan que separarse de sus hijos.
- Alentar el amamantamiento a libre demanda, la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad y continuada con alimentos complementarios hasta los dos años o más, de acuerdo con los deseos de la madre y del lactante.
- Intensificar la información sobre las verdades acerca de los mitos y creencias de la lactancia materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Salud (MINSA). Documento técnico curso taller “Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño”. Perú; 2009. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/Libro_promocion_y_apoyo_a_la_Lactancia.pdf
- 2) Marquezano Rivera MI. Prevalencia y factores maternos asociados a duración de la lactancia materna en niños menores de dos años [tesis]. Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana; 2017
- 3) Carhuas Córdova JR. Factores asociados al abandono de la lactancia materna en un Centro de Salud de Lima Metropolitana [tesis]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2016.
- 4) Támara Mautino MA. Factores que intervienen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses del consultorio de CRED del C.S. Daniel Alcides Carrión Chíncha [tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2016.
- 5) Salsavilca EJ, Valles Campos SE. Factores que influyen en el inicio y duración de la lactancia materna exclusiva del recién nacido sano [tesis]. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud; 2016
- 6) Del Carpio Gómez, JN. Factores Socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el Centro de Salud Nueva Esperanza [tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2015.
- 7) Betancourt Méndez KP. Factores socioeconómicos y culturales que influyen en la calidad de la lactancia materna en madres adolescentes del

- barrio “Herlinda Klinger” de la ciudad de Esmeraldas [tesis]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Escuela de Enfermería; 2018.
- 8) Méndez Jacobo N, García Rojas Vásquez LE, Reyes Barretero DY, et al. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán. México: Artículo Nutrición Hospitalaria; 2014. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n6/35originalpediatria05.pdf>
 - 9) Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva DM, et al. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Bogotá- Colombia: Revista de la Facultad de Medicina. Departamento de Nutrición Humana. Universidad Nacional de Colombia; 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.44051>
 - 10) López B, Martínez L, Zapata, N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Colombia: Universidad de Antioquia Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 2013. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12026437013>
 - 11) Díaz-Gómez NM, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, Del Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. Rev Esp Salud Pública. Vol. 90. 2016. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e40016.pdf>
 - 12) Cisneros F. Teorías y Modelos de Enfermería y su Aplicación. Disponible en:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
 - 13) Mercer R. Becoming a mother versus maternal role attainment. J NursScholarsh. EEUU. 2004; 36(3): 226-32
 - 14) Mercer R. A theoretycal framework for spudying factors that impact on the maternal role. Nursing Research. EEUU. 74. 1981

- 15) Mercer R. Modelo de adopción del rol maternal. Maternal role: Models and consequences. Documento presentado en la International research conference patrocinado por el Council of Nursing Research y la America Nurses Association, Los Angeles, CA. EEUU. 1991
- 16) Mercer R. Parents at risk. New York: Springer. EEUU. 1990
- 17) Mercer R. Becoming a mother: Research on maternal identity from Ruby to the present. New York: Springer. EEUU. 1995
- 18) Cisneros F. Teorías y Modelos de Enfermería y su Aplicación. Disponible en:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
- 19) Barnard KE. Nursing child assessment and training: Learning resource manual. Seattle: University of Washington; 1978
- 20) Kelly JF, Barnard KE. Assessment of parent-child interaction: Implications for early intervention. In S. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), Handbook of early childhood intervention. Cambridge: Cambridge University Press; 2000
- 21) Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ma Edición. España: Elsevier; 2011.
- 22) Laguado Jaimes E. Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Colombia: Universidad de Santander. Revista Cuidarte; 2013
- 23) Ministerio de Salud. Promoción de la Semana de la Lactancia Materna. del Perú; 2010. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/lactancia/norma/RM-615-2010promoci%C3%B3n%20de%20la%20semana%20lm.pdf>
- 24) Ministerio de Salud. Propuesta Multisectorial de Promoción, Prevención y Apoyo de la Lactancia Materna. Perú; 2014. Disponible en:
http://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/semana_lactancia_materna/4BRreincorporacion-al-trabajo-MINSA.pdf

- 25) Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica para la consejería en lactancia materna. Lima- Perú; 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4173.pdf>
- 26) Diccionario DefinicionABC. Definición de factores. Revisado: 23 de septiembre del 2018. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/general/factores.php>
- 27) OMS, UNICEF. Declaración conjunta. Protección, Promoción y Apoyo de la lactancia natural. Función especial de los servicios de maternidad. Ginebra, Suiza; 1989.
- 28) Ilabaca J, Atalah E. Comparación de la prevalencia y porcentaje de acuerdo entre dos métodos de análisis de la lactancia materna. Chile: Revista chilena de Pediatría; 2002. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000600004#02
- 29) Marques NM, Lira PI, Lima MC, et al. Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: a longitudinal study. Pediatrics. Brasil: Department of Maternal and Child Health, Federal University of Pernambuco, Recife, Brazil; 2001
- 30) Calvo Quiroz C. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Costa Rica: Ensayo de Revista de Enfermería Actual; 2008. Disponible en: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/factoreslactancia.pdf>
- 31) Swain Müller F, Aparecida Silva I. Las representaciones sociales de un grupo de mujeres amamantadoras sobre el apoyo a la lactancia materna. Brasil: Rev Latino-Am. Enfermagem; 2009. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/es_09.pdf
- 32) Piñeros BS, Camacho NJ, et al. Factores que inciden en la suspensión de la lactancia materna exclusiva. Colombia: Orinoquia Universidad de Los Llanos; 2004. Disponible en: <http://goo.gl/1qROgE>.

- 33)Blázquez, María Jesús. Ecofeminismo y Lactancia III Congreso de Lactancia Materna, Santander. España. 2004.
- 34)Vandale S; Rivera M, Kageyama M, Et Al. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. Salud Pública México. 1997. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341997000500003&lng=en&nrm=iso
- 35)Oliver A, Richart M, Cabrero J, Pérez S, Et Al. Factores Asociados al Abandono de la lactancia Materna Durante los Primeros 6 Meses de Vida. Rev. Latino-Am, Enfermagem. Brasil. 2010. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_12.pdf
- 36)Real academia española. Concepto de mito. 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=PQM1Wus%7CPQMf1C3>
- 37)Aguilar M. Lactancia Materna. España; 2004. Disponible en: <http://www.uylibros.com/verlibro.asp?xprod=0&id=47889&idcat=15&idsubcat=9&idarea=58>.
- 38) UNICEF. Mitos sobre la lactancia. 2018. https://www.unicef.org/Mitos_de_la_lactancia_materna.pdf
- 39) Sánchez A. Mitos y creencias populares sobre lactancia materna. España. 2018. Disponible en: http://saludmaternoinfantil.es/wp-content/downloads/curso2014/charlas/MITOS_LM.pdf
- 40)Vásquez Delgado RDP. Conocimiento, Actitudes y Prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis. [tesis]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2012.
- 41)Bunge M. La ciencia, su método y filosofía. Buenos Aires- Argentina: Editorial Siglo XX; 1988; p. 35.
- 42)Rivas M. Procesos Cognitivos y Aprendizaje Significativo. Madrid. España; 2008; p. 24.

- 43) Carreño Ochoa G. Conocimientos, saberes y prácticas sobre lactancia materna. Bogotá-Colombia: Estudio de línea de base. DABS 2003. Alcaldía Mayor de Bogotá; 2003.
- 44) Ministerio de Salud de Chile. Manual de lactancia materna. Chile. 2010. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
- 45) Araujo CL, Victoria CG, Hallal PC, Gigante DP. Breastfeeding and overweight in childhood: evidence from the Pelotas 1993 birth cohort study. *Intern J Obesity. Brasil; 2006.* Disponible en: <https://www.nature.com/articles/0803160>
- 46) Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Da Costa MP. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP. *Rev Latino-Am Enferm. Brasil; 2007*
- 47) Brunken GS, Silva SM, Franca GVA, Escuder MM, Venancio SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in Midwestern Brazil. *JPED.* 2006
- 48) UNICEF. Manual de Lactancia materna. Ecuador; 2012. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/Manual_lactancia_materna_web_1.pdf
- 49) Aguayo J, Serrano P, Calero C. Amamantar es un derecho de salud entre otros. *Suplemento Lactancia Materna. Salud entre todos.* 2000.
- 50) Compendio de Pediatría. Lactancia Artificial y Mixta. Editorial Ciencias Médicas. 2018. Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php?title=Lactancia_artificial_y_mixta&oldid=2277616
- 51) Ministerio de salud del Perú. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia (AIEPI). 1ra Edición. Perú. 2003. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/serumsbvs/Suppo1tFiles/enfermedadesprevalentesinfancia.htm>

- 52) Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. España. 2010. Disponible en: http://www.riojasalud.es/f/old/ficheros/af_protocolo_lactancia.pdf
- 53) Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Consumo Gobierno de las Illes Balears. Guía de Lactancia Materna. España. 2009. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FACTORES PRESENTES EN LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS EN EL C.S CALLAO, 2018”

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
¿Cuáles son los factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018?	Identificar los factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.	Existen factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.	Factores	Sociales	Edad Experiencia previa Estado civil Instrucción Ocupación	1 2 5 6 7
PROBLEMAS ESPECÍFICOS: ¿Cuáles son los factores sociales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018?	OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar los factores sociales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS: Existen factores sociales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.		Culturales	Conocimientos Mitos y creencias	8-15 16
¿Cuáles son los factores culturales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018?	Identificar los factores presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.	Existen factores culturales presentes en la lactancia materna en madres de niños menores de dos años en el Centro de Salud Callao, 2018.				

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Estoy de acuerdo de participar en la investigación.

Se me ha explicado que en la actualidad existen Factores que afectan en la lactancia materna en niños menores de 2 años y cómo repercute en nuestra salud, educación, entorno social y familiar, cuestiones que yo reconozco y acepto.

Existen propuestas a desarrollar por el personal de enfermería para mejorar la lactancia materna en nuestros niños y por ende adquirir mejores conocimientos sobre como amamantar adecuadamente.

Mi participación es voluntaria, por lo cual y para que así conste firmo este consentimiento informado junto al profesional que me brindo la información.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

FECHA:

ANEXO N° 3

CUESTIONARIO

Me dirijo con mucho respeto hacia usted solicitándole su apreciada colaboración en el llenado del siguiente cuestionario con el fin de determinar los **FACTORES PRESENTES EN LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD “CALLAO”, 2018**. Por ende, sus respuestas tendrán un carácter de anonimato y será de tipo confidencial por lo que se les solicita ser lo más honestos y exactos en sus respuestas. Agradezco su colaboración.

La información obtenida será el soporte para la consistencia de nuestra investigación.

DATOS GENERALES SOBRE LA MADRE Y LA LACTANCIA

1. Edad de la madre
 - a. Menor de 18 años
 - b. De 19 a 29
 - c. De 30 a más

2. Número de hijos:
 - a. 1
 - b. 2 o más

3. Edad del último hijo
 - a. Menor de 6 meses
 - b. De 6 meses a 11 meses
 - c. De 12 meses a 24 meses

4. ¿Su niño recibe leche materna?

- a. Si
- b. No

FACTOR SOCIAL

5. ¿Cuál es su estado civil?

- a. Soltera o separada
- b. Casada o conviviente

6. Grado de instrucción de la madre

- a. Sin Educación
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior técnico y/o universitario

7. A que se dedica

- a. Ama de casa
- b. Trabajo y/o estudio

FACTOR CULTURAL

Conocimientos

8. Sabe usted: ¿Qué es el calostro?

- a. Leche amarilla que se produce los primeros tres días luego del parto
- b. Un líquido blanquecino que aparece después del embarazo
- c. Leche amarilla con alto contenido de azúcares
- d. No sabe.

9. Sabe usted ¿Cuándo se debe iniciar la lactancia materna?

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

- c. A las 24 horas de nacido
- d. Cuando él bebe llore de hambre por primera vez

10. Sabe Ud. ¿cada cuánto tiempo se da de lactar al niño?

- a. Cada 2 a 3 horas
- b. Espera que se despierte
- c. Cada vez que llora
- d. Cada vez que quiera a libre demanda

11. ¿Cuál es la acción que ayuda a producir mayor cantidad de leche materna?

- a. Una alimentación balanceada
- b. A mayor succión del bebé
- c. Tomar abundantes líquidos
- d. No sabe

12. ¿Hasta qué edad es recomendable continuar dándole de lactar al niño?

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

13. ¿Por qué cree que es importante la lactancia materna para el niño?

- a. Porque lo protege de enfermedades digestivas, respiratorias, infecciones de oído y alergias.
- b. Porque se asegura un crecimiento normal y saludable para el bebé.
- c. Porque se asegura que el niño tenga una mejor capacidad de aprendizaje en el futuro.
- d. Todas las anteriores.

14. Marque la gráfica correcta: ¿Cuál cree usted es la posición correcta de



para la lactancia?

15. La leche materna guardada a temperatura ambiente (sin ser refrigerada)

¿hasta cuánto tiempo puede durar?

- a. Hasta 1 hora
- b. De 2 o 3 horas
- c. De 6 a 8 horas
- d. No Sabe

16. Mitos y creencias

Marque usted lo que considere correcto

<i>Algunas madres no producen suficiente leche.</i>	V	F
<i>Si las madres están embarazadas de otro bebe deben dejar de amamantar</i>	V	F
<i>Una vez que se interrumpa la lactancia no se puede volver amamantar</i>	V	F
<i>Después de los 6 meses, la leche ya no alimenta al niño.</i>	V	F
<i>La leche de las madres muy nerviosas alimenta menos y transmite los nervios a su bebé</i>	V	F
<i>Mimar y calmar al bebé en brazos o al pecho lo malcría</i>	V	F
<i>La ingesta de líquidos aumenta la producción de leche.</i>	V	F
<i>El contacto con agua fría, algunos alimentos y el uso de medicamentos son impedimentos para lactar.</i>	V	F
<i>“Si le das cada vez que pide, no se acostumbra a comer a sus horas y le puede hacer daño al estómago”</i>	V	F
<i>Las leches artificiales modernas son idénticas a la leche materna, ya no hay diferencia</i>	V	F

ANEXO N° 4
JUICIO DE EXPERTOS

Validez de contenido según apreciación de 8 Jueces Expertos

Número de items	Juez1	Juez 2	Juez3	Juez4	Juez5	Juez6	Juez 7	Juez8	suma	probabilidad
1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
5	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
6	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
7	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00390625
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00390625
10	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
11	1	1	1	1	1	1	1	1	8	0.00390625
										0.04296875
										0.00390625

En la prueba binomial para validar el instrumento el resultado fue 0.0039, el cual indica que el instrumento es válido, ya que debe ser menor de 0.05 según lo recomendado, por lo tanto si existe concordancia entre los jueces expertos.

ANEXO N° 5

EVALUACIÓN DE FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para el presente estudio se utilizó Método Kuder Richardson conocido como KR20, por utilizarse ítems dicotómicos. Se utilizó para realizar la prueba piloto del instrumento utilizado, con una muestra de 12 madres de niños menores de 2 años. Sobre los resultados indican que según se acerque más el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad, considerando una fiabilidad respetable a partir de 0.80.

Realizada la prueba de fiabilidad, los resultados son 0.81, que indica una fiabilidad respetable del instrumento.

$$r_{ii} = \frac{n}{n-1} * \frac{Vt - \sum pq}{Vt}$$

En donde:

r_{ii} = coeficiente de confiabilidad.

N = número de ítems que contiene el instrumento.

V_t = varianza total de la prueba.

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

$$K (18) = 0.81$$

Nº	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10		
1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1		15
2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0		6
3	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		4
4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1		5
5	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0		7
6	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1		9
7	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1		9
8	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1		6
9	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1		10
10	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1		16
11	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1		14
12	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1		6
p	0.58	0.67	0.50	0.42	0.42	0.83	0.75	0.33	0.33	0.50	0.58	0.58	0.25	0.33	0.33	0.50	0.25	0.75	vt	16.63
q=1-P	0.42	0.33	0.50	0.58	0.58	0.17	0.25	0.67	0.67	0.50	0.42	0.42	0.75	0.67	0.67	0.50	0.75	0.25		
pq	0.24	0.22	0.25	0.24	0.24	0.14	0.19	0.22	0.22	0.25	0.24	0.24	0.19	0.22	0.22	0.25	0.19	0.19		3.97

ANEXO N° 6
MATRIZ DE DATOS

N°	P3	P4	P1	P2	S1	S2	S3	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	1	1	1	1	3	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
3	2	2	1	1	0	3	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	3	2	0	0	1	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1
5	3	2	1	0	0	3	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
6	3	1	1	0	1	3	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
7	1	1	1	0	1	4	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
8	3	1	1	0	0	4	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
9	3	2	1	1	1	4	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1
10	1	1	0	1	1	4	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1
11	2	2	0	1	1	4	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
12	3	1	0	1	1	3	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
13	3	1	1	1	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1
14	3	1	1	0	1	3	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
15	3	1	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
16	1	1	1	0	1	3	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1
17	3	1	0	1	1	3	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
18	2	1	1	0	1	3	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1
19	2	1	0	1	1	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
20	3	1	0	1	1	2	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
21	1	1	0	1	1	3	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1
22	1	1	1	0	1	3	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1
23	3	2	1	0	1	3	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
24	3	2	0	0	0	4	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	2	2	1	0	1	4	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0
26	2	1	0	1	1	3	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1
27	2	2	0	1	0	3	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1
28	3	2	1	1	1	3	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1
29	3	2	0	0	1	4	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1
30	3	1	0	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
31	3	1	1	0	1	3	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1
32	1	1	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1
33	1	1	1	0	1	4	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1
34	2	2	1	0	1	4	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
35	1	1	0	0	1	2	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1
36	3	2	0	0	1	3	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1
37	2	2	0	1	1	4	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1
38	1	1	1	0	1	4	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1
39	3	1	0	1	1	4	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
40	1	1	1	0	1	3	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
41	2	1	1	1	1	4	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1
42	1	1	0	1	1	4	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1
43	3	2	0	0	0	4	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1
44	3	2	1	0	1	4	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1
45	1	1	0	0	1	3	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1