

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**FACTORES SOCIOCULTURALES Y SU RELACION CON EL
TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN EL
CENTRO DE SALUD JOSE BOTERIN - CALLAO 2016**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

MARÍA ISABEL YERÉN CHIRRE

Callao, diciembre, 2016
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | PRESIDENTA |
| ➤ MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | SECRETARIA |
| ➤ MG. ANA ELVIRA LÓPEZ Y CASTILLO | MIEMBRO |

ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ

N° de Libro: 01

N° de Acta: 005

Fecha de Aprobación de tesis: 05 de Abril del 2017.

Resolución Decanato N°526-2017-D/FCS

Agradecimientos

A Dios por bendecirme y llegar hasta donde he llegado, por hacer realidad este sueño anhelado.

A mi asesora la Mg. Haydee Román por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis, a la Dra. Nancy Chalco, Mg Mery abastos y Mg. Ana López, por el apoyo ofrecido en este trabajo, por el tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

Dedicatoria

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis papitos por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. Por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han infundido siempre, por el valor mostrado para salir adelante.

INDICE

	Pág.
TABLAS DE CONTENIDO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION	
1.1. Determinación del Problema	7
1.2. Formulación del Problema	13
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.4. Justificación	14
1.5. Importancia	16
II. MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes de estudio	18
2.2. Marco conceptual	23
2.3. Definición de términos básicos	54
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	
3.1. Variables de la Investigación	56
3.2. Operacionalización de variables	57
3.3. Hipótesis	60
IV. METODOLOGIA	
4.1. Tipo de investigación	61
4.2. Diseño de investigación	61
4.3. Población y muestra	62
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	64
4.5. Procedimientos de recolección de datos	65
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos	65
V. RESULTADOS	67
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados	73
6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares	76

VII. CONCLUSIONES	80
VIII. RECOMENDACIONES	81
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	82
ANEXOS	
• Matriz de Consistencia	88
• Prueba Binomial	90
• Consentimiento Informado	91
• Cuestionario	92
• Matriz de consistencia	95

TABLAS DE CONTENIDO

	Pág.
1. Tabla 5.1 Factores Sociales y su relación con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016.	66
2. Tabla 5.2 Nivel de Conocimiento en madres con niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016.	68
3. Tabla 5.3 Creencias Erróneas en madres con niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016	69
4. Tabla 5.4 Tipo de Lactancia en niños menores de 1 año en el centro de Salud José Boterín – Callao 2016.	70
5. Tabla 5.5 Factores Socioculturales y su relación con el Tipo de Lactancia en niños menores de 1 año en el centro de Salud José Boterín – Callao 2016.	71

	Pág.
1. Gráfico 5.2 Factores Sociales y su relación con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016.	66
2. Gráfico 5.3 Nivel de Conocimiento en madres con niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016.	68
3. Gráfico 5.4 Creencias Erróneas en madres con niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016	69
4. Gráfico 5.5 Tipo de Lactancia en niños menores de 1 año en el centro de Salud José Boterín – Callao 2016.	70
5. Gráfico 5.1 Factores Socioculturales y su relación con el Tipo de Lactancia en niños menores de 1 año en el centro de Salud José Boterín – Callao 2016.	71

RESUMEN

El presente trabajo trata sobre los factores socioculturales y su relación con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín, Callao, cuyo objetivo general fue determinar los factores socioculturales que se relacionan con el tipo de lactancia, para lo cual la metodología empleada fue de enfoque cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal, carácter descriptivo, no experimental. Se utilizó como técnica "La Encuesta", el instrumento utilizado fue "El Cuestionario". El procesamiento y tabulación de datos se realizó utilizando el programa Excel y el paquete estadístico SPSS V.20, la función estadística que se utilizó fue Chi cuadrado de Pearson y Estadístico Exacto de Fisher. La población estuvo compuesta por 135 madres de las cuales 58 conformaron la muestra. Se obtuvo como resultados que los factores sociales se relacionan un 62.5% y los culturales en 37.5%. Se concluyó que los factores socioculturales se relacionan con el tipo de lactancia, dentro de los factores sociales, los indicadores que se relacionan son el número de hijos, edad del hijo, la edad de la madre, la ocupación, el apoyo familiar, el grado de instrucción y el ingreso económico. Dentro de los factores culturales, el indicador conocimientos evidencia que más de la mitad de las madres tiene conocimientos sobre los beneficios e importancia de la lactancia materna. Se recomienda que el equipo de salud del primer nivel adopte medidas necesarias, que ayuden a concientizar a todas las madres sobre la importancia de la lactancia materna y las soluciones que existen para seguir amamantando a sus hijos aunque ellas estudien o trabajen y así el beneficio sea para el niño y también para la madre.

Palabras clave: amamantar – anticuerpo – destete – lactancia materna – lactancia mixta – lactancia artificial – leche materna.

ABSTRACT

The present work Jose Boterín treats on the sociocultural factors and his relation with the type of lactation in 1-year-old minor children in the Center of Health, Callao, whose general aim was to determine the sociocultural factors that relate to the type of lactation, for which the used methodology was of quantitative, retrospective approach, of transverse court, descriptive, not experimental character. It was in use as technology "The Survey", the used instrument was "The Questionnaire". The processing and tabulation of information was realized using the program Excel and the statistical package SPSS V.20, the statistical function that I use was square Chi of Pearson and exact statistician of Fisher. The population was composed by 135 mothers of which 58 shaped the sample. There was obtained as results that the social factors relate 62.5 % and the cultural ones in 37.5 %. One concluded that the sociocultural factors relate to the type of lactation, inside the social factors, the indicators that relate are the number of children, age of children, the age of the mother, the occupation, the familiar support, the degree of instruction and the economic revenue. Inside the cultural factors, the indicator knowledge demonstrates that more than the half of the mothers has knowledge on the benefits and importance of the mother lactation. There is recommended that the equipment of health of the first level should adopt necessary measures, which help to teach all the mothers on the importance of the mother lactation and the solutions that exist to continue nursing his children though they study or work and this way the benefit being for the child and also for the mother.

Key words: nurses - antibody - weaning - mother lactation - mixed lactation - artificial lactation - mother milk.

I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

Actualmente las prácticas de la lactancia materna no coinciden con las recomendaciones dadas por la OMS, debido a que la LME hasta los 6 meses de edad es una práctica poco común. Según la Academia Americana de Pediatría en 1995 la LME en EEUU al 6° mes de era de 21%, en México, el Consejo Nacional de Población reporto en 1997 una tasa de LME, en menores de 4 meses de 33.6%. La OMS ha estimado que el fomento de la lactancia materna podría llevar a una reducción de 25% de la mortalidad por enfermedades diarreicas en los primeros 6 meses de vida. ¹

Se debe recordar que en los años 90 la OMS y la UNICEF convocaron a los gobiernos y a las organizaciones internacionales para proteger, promover y apoyar la lactancia, esto con fines de mejorar la nutrición y supervivencia del lactante. Este llamado a la acción conocida como Declaración de Inocente, condujo a que se tomaran una serie de medidas positivas, entre estas se estableció los Hospitales Amigos de Los Niños para ayudar a fomentar la práctica de lactancia óptima. Muchos países nombraron coordinadores nacionales para la lactancia y prevalencia de la lactancia y desarrollaron políticas nacionales a este respecto. Pese a todos los esfuerzos, la prevalencia de la lactancia continúa con cifras bajas.¹

La OMS ha estimado que el fomento de la lactancia podría llevar a una reducción de 25% de la mortalidad por enfermedades diarreicas en los primeros seis meses de vida. Sin embargo, muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima. Por ejemplo, en término medio solo aproximadamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses recibieron lactancia exclusivamente materna durante el periodo de 2007 – 2014.²

Los niños amamantados tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses que los niños no amamantados. La lactancia materna reduce drásticamente las muertes por las infecciones respiratorias agudas y la diarrea, dos importantes causas de mortalidad infantil, así como las muertes por otras enfermedades infecciosas (OMS-*The Lancet*, 2000). Las consecuencias potenciales de las prácticas óptimas de lactancia materna son especialmente importantes en los países en desarrollo donde se registra una alta carga de enfermedad y un escaso acceso al agua potable y el saneamiento. En cambio, los niños no amamantados de los países industrializados también corren un mayor riesgo de morir: un estudio reciente sobre la mortalidad pos neonatal en los Estados Unidos encontró un aumento del 25% en la mortalidad de los lactantes no amamantados. En el *Estudio de la cohorte del milenio*, del Reino Unido, la lactancia materna exclusiva durante seis meses se relacionó con una disminución del 53% en las hospitalizaciones por diarrea y una disminución del 27% en las infecciones de las vías respiratorias.²

Es en este punto donde plantea el por qué muchas mujeres deciden no brindarle a su hijo alimentación materna, a pesar de sus innumerables propiedades y de toda la promoción que se le ha dado por parte de diversas organizaciones. La lactancia debe ser una decisión de la madre que se ve influenciada por una serie de factores y no un acto que impongamos arbitrariamente a toda mujer. Algunos autores señalan que la mayoría de las madres inician la lactancia natural, aunque diversos factores sociales y culturales han influido para que se produzca una caída en el porcentaje de madres que lactan a sus hijos por el tiempo recomendado.

La elección del amamantamiento o de la lactancia artificial depende en gran parte de circunstancias ligadas a factores geográficos, raciales, familiares,

sociales, culturales, religiosos, económicos, políticos, de educación sanitaria, entre otros. (Ekwo EE, 1983) (Sánchez E, 1989a)

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 están influenciadas por las vivencias y percepciones que han ido adquiriendo estas a lo largo de toda su vida. En la actualidad son miles de mujeres que se incorporan día a día a la actividad económica fuera de su hogar, muchas de estas mujeres no cuentan con facilidades en sus trabajos para amamantar a sus hijos, por diversas razones.

Si bien las tasas de lactancia materna no disminuyen a nivel mundial, y muchos países han experimentado un aumento significativo en la última década, sólo el 38% de los niños de menos de seis meses de edad en el mundo en desarrollo reciben leche materna exclusivamente y sólo el 39% de los niños de 20 a 23 meses edad se benefician de la práctica de la lactancia materna.³

En América Latina, solo el 38% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. En algunos países, la lactancia materna exclusiva ha sido particularmente resistente al cambio. Por ejemplo durante los años 20 se han estancado en República Dominicana ya que tenía el porcentaje más bajo de la región (8%) y en México disminuyó el 20% a 14,5%, sin embargo, en el mismo periodo, otros países han mostrado un extraordinario progreso como Colombia, donde aumentos de 15% a 43%.⁴

Por término medio en América Latina y el Caribe los niños son alimentados exclusivamente con leche materna durante 14 meses, aunque al igual que

con otras prácticas de lactancia materna hay una gran variabilidad en la duración, que va de 7 meses en la República Dominicana y el Uruguay hasta 18 meses o más en Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras y el Perú. En algunos países han aumentado de forma extraordinaria, como en el Brasil, donde entre 1986 y el 2006 aumento de 6 a 14 meses. En otros países como México, durante más de 20 años han permaneció estable en 10 meses.⁴

El Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y las Asociaciones Profesionales de expertos del Perú recomiendan el amamantamiento exclusivo por 6 meses, iniciándolo en la primera hora del nacimiento y continuado hasta más allá de los 2 años, con alimentación complementaria apropiada, como la manera óptima de alimentar al lactante y al niño pequeño.⁵

En el Perú, el amamantamiento es una práctica natural y culturalmente aceptada, por lo cual al año 2013, según ENDES, se registró un 72% de lactancia materna exclusiva, colocando al país en el primer puesto en la región de América Latina y El Caribe; sin embargo, cuando se analiza el comportamiento a lo largo de la línea del tiempo de tres indicadores claves a) inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacido(a) del niño(a), b) la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida y c) la lactancia materna complementaria; se evidencian escasos avances.⁶

Durante la última década, la lactancia materna exclusiva ha oscilado entre el 67,2% y el 68,3% siendo menores los niveles en las zonas costeras urbanas, debido a la promoción del consumo de fórmulas infantiles y sucedáneos de la leche materna tanto en los establecimientos de salud como en los medios de

comunicación y las escasas condiciones para que las mujeres que deciden trabajar puedan ejercer la lactancia materna durante el horario laboral.⁷

Los resultados a nivel nacional de la encuesta ENDES 2012 revelan que el 67,6% de niños(as) menores de seis meses de edad tuvieron lactancia materna exclusiva y el 7,1% que tenían entre 06 a 09 meses continuaban alimentándose solo con leche materna. También se ha venido incrementando el uso del biberón en niños(as) menores de seis meses, siendo un canal que facilita el consumo de las fórmulas infantiles o sucedáneos de la leche materna.⁸

A nivel regional, en Ayacucho el 84% de los niños lactó en la primera hora de nacido, y en Apurímac y Huancavelica el 63 y 68.3% respectivamente, mientras que en Lima y esta práctica solo ocurre en el 35.9% de los niños y en Loreto en el 49.4% de los casos. De otro lado, en Lima el 40% de niños recibió otros líquidos o alimentos antes de dar la primera mamada, mientras que en las regiones de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Loreto esta práctica inadecuada de ofrecer otros líquidos o alimentos antes de la primera mamada solo ocurre entre el 12 y 15% de niños y niñas. Adicionalmente, a nivel nacional se estima que el 23.3% de niños y niñas menores de seis meses, recibe biberón, así como el 51% de niños de 12 a 17 y de 18 a 23 meses, factores que aumentan su riesgo de enfermar y de morir, principalmente de enfermedades como la diarrea y las infecciones respiratorias.⁵

Asimismo, cuando se analiza el nivel de la lactancia materna exclusiva según el nivel educativo de la madre, según ENDES 2014, vemos que es mayor en las mujeres sin nivel educativo o que tienen solo primaria con un 96%, descendiendo 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, lo que conlleva a centrar nuestras acciones de información, educación y comunicación en las mujeres del área urbana, de la costa, y que tiene nivel educativo superior.⁹

El INEI dio a conocer que el 65.2% de las niñas y niños menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva, siendo mayor en el área rural (79.2%) que en la urbana (59.4%). Según departamentos, destacó Apurímac, donde el 94.5% de niñas y niños menores de 6 meses recibieron este tipo de alimentación especial. Entre las razones por las cuales los niños dejan de tener lactancia exclusiva se encuentran los problemas de succión, cuando la madre no tiene leche o cuando la madre trabajaba. Las autoridades ponen especial atención en los nutrientes que reciben las madres lactantes en las zonas rurales, a fin de lograr una buena alimentación del infante.¹⁰

En el 2012, se comprobó la implementación de 249 lactarios lo cual representó un incremento del 36% en comparación con el año 2011. Durante ese año, el servicio beneficio a 581 mujeres trabajadoras. Además, con la aprobación de la Ley N° 29896 durante el año 2012 se promovió la implementación de lactarios en 8 empresas privadas, iniciativa que permitió beneficiar a 53 mujeres trabajadoras en periodo de lactancia y 32 mujeres en gestación. Durante el año 2013, se viene identificando 24 lactarios institucionales más en el sector privado; beneficiando a 569 mujeres que tiene hijos en edad de lactar y a 332 mujeres que se encuentran en periodo de gestación. De esta manera, a la actualidad se cuenta con 327 lactarios identificados en el sector público y privado, 225 ubicados en Lima y 102 en provincias. Según el Informe anual 2012, La provincia Constitucional del Callao, desde el 2012, cuenta con 12 lactarios en su totalidad.⁷

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores sociales que se relacionan con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año.
- Identificar los factores culturales que se relacionan con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año.
- Identificar el tipo de lactancia en niños menores de 1 año.
- Establecer la relación entre los factores socioculturales y el tipo de lactancia en niños menores de 1 año.

1.4. Justificación

El presente trabajo de investigación surge de la necesidad de establecer los factores socioculturales que se relacionan con el tipo de lactancia en madres con niños menores de 1 año, siendo importante ya que la alimentación al seno materno ha ido disminuyendo en las últimas décadas, debido a la urbanización, la comercialización de sucedáneos de leche materna y el aumento de las actividades de las mujeres dentro de la fuerza productiva del país. La lactancia materna debe ser exclusiva durante los seis primeros meses de vida. La importancia de la leche materna en la alimentación del lactante está plenamente demostrado a través del tiempo, la cual le proporciona protección contra las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, mayor estabilidad psicológica la niño, evita estados alérgicos al portar elementos inmunológicos, facilita el desarrollo de los maxilares, la erupción y alineación de los dientes.

Al mismo tiempo, la mujer que da de lactar tendrá beneficios, siendo estos los de corto plazo como: menor hemorragia postparto, mayor rapidez de contracción uterina, prevención de la anemia, los beneficios a media plazo son: recuperación más rápida de peso y silueta, periodo más largo de amenorrea y los beneficios a largo plazo son el menor riesgo de padecer osteoporosis,, fracturas de cadera, columna espinal, cáncer de mama y de ovario; y además, el ahorro económico, puesto que genera un beneficio para la madre y su economía, pues la leche materna es gratis, y se considera que un bebe que lacta exclusivamente leche materna enferman menos, por consiguiente, se genera un ahorro en consultas, medicamentos, estancias hospitalarias, ausentismo laboral por parte de los padres y disminución de la mortalidad (por cada año mueren 1.5 millones de niños por enfermedades prevenibles con la leche materna).

Las madres y los bebés forman una unidad biológica y social inseparable, y la salud y la nutrición de unas no pueden separarse de la salud y la nutrición de los otros. La prevalencia y duración de la lactancia materna son aún bajas aunque se ha observado un incremento en las áreas que están bajo la supervisión del médico de la familia. No obstante, son muchas las madres que inician la lactancia mixta a partir del concepto erróneo de que su leche no satisface al bebé, no pocas veces inducidas a ello por los médicos.

La investigación tendrá un aporte significativo para las madres y niños que asisten al Centro de Salud José Boterín, ya que gracias a esto, el personal de salud podrá intervenir de manera efectiva en dicho problema, mejorar la salud y la alimentación de los niños, educar a las madres sobre la importancia de la leche materna, dependiendo de la situación de cada madres, para así evitar la incidencia de niños con desnutrición y enfermedades consecuencia de dicho problema.

1.5. Importancia

La familia constituye un eslabón fundamental en la sociedad, de ahí la importancia que tiene el ambiente familiar para el crecimiento y desarrollo de un niño, y más aún en su alimentación y a que la importancia que tiene la lactancia materna, esta incluye efectos beneficiosos al niño/a como: aspectos biológicos, nutricionales, inmunológicos y psicológicos entre otros; en la esfera afectiva la lactancia materna produce un impacto inigualable al facilitar el vínculo del niño con la madre.

Actualmente se sigue reconociendo la importancia de la lactancia materna en todo el mundo, especialmente en las comunidades que disponen de menos recursos, donde constituye la única forma asequible de alimentar a sus lactantes, ya que la leche humana es un fluido biológico muy completo que contiene agua como mayor componente y representa aproximadamente el 90%, carbohidratos, lípidos, proteínas (incluidas inmunoglobinas), calcio, fósforo, vitaminas, elementos trazos, factores de crecimiento y otros elementos como el hierro, zinc, flúor, hormonas, que hacen de la leche humana el alimento completo para el niño.

La lactancia materna debe ser exclusiva durante los primeros meses de vida, porque protege al niño/a contra diarreas, otitis, infecciones respiratorias, alergias, meningitis, enfermedad atópica, eccema, asma, diabetes, infecciones, linfoma, Crohn, mal oclusión dentaria y obesidad, entre otras enfermedades. Al mismo tiempo la mujer que da de lactar tendrá menos riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario, osteoporosis y hemorragia posparto; y además, va perdiendo el peso acumulado durante el embarazo.

Dar de lactar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño, dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo, el contacto con la piel

suave y caliente de la madre brinda tranquilidad y placer a ambos, es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económicas, como higiénicas y afectivas. La leche materna es un recurso biológico natural de bajo costo, el cual contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan la respuesta del cerebro del niño. La labor de promoción de la lactancia materna debe ser un trabajo que comienza con la educación para la salud, que debe realizarse en cada casa de salud, el mismo que debe llegar a las futuras madres explicando las ventajas que ofrece la lactancia materna y la técnica adecuada para poder dar de lactar.

Para que la lactancia materna se inicie y establezca debidamente, es preciso que durante el embarazo y el puerperio las madres cuenten con el apoyo activo, no sólo de sus familiares y la comunidad, sino también del personal salud, y de todos los que se ponen en contacto con las futuras y nuevas madres, que a la vez estén interesados por promover la lactancia natural y sean capaces de facilitar la información oportuna y poseer un buen conocimiento sobre la lactancia.

La Lactancia Materna es un tema de Salud Pública que consta como línea prioritaria de investigación en la Escuela de Promoción y Educación para la Salud, ya que nosotros somos los mayores responsables en modificar hábitos y costumbres de los individuos así también es nuestro deber impartir conocimientos y ciertas técnicas que ayudarán a las personas a llevar mejores condiciones de Salud.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudio

- ✓ **OLIVER ROIG, Antonio (España - 2012)** en su trabajo "EL ABANDONO PREMATURO DE LA LACTANCIA MATERNA: INCIDENCIA, FACTORES Y ESTRATEGIAS DE PROTECCION, PREVENCION Y APOYO A LA LACTANCIA", titulado en España, cuyo objetivo de investigación fue describir y explicar el fenómeno del abandono prematuro de la lactancia materna, para lo cual la metodología usada fue un tipo de estudio descriptivo, de corte longitudinal. Participaron 270 parejas madres/lactantes, mediante el cual se concluyó que los resultados sugieren la necesidad de aumentar el apoyo tras el alta de hospital y que el éxito de la lactancia materna está muy vinculado a la existencia de una experiencia positiva anterior. ¹¹

- ✓ **CARI GUTIERREZ, Yeáneth (Bolivia - 2007)** en su trabajo "SITUACION DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y FACTORES QUE DETERMINAN LA DURACION EN MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "LOS ANDES" EL ALTO OCTUBRE 2005", titulada en Bolivia, cuyo objetivo fue identificar la situación de la lactancia materna exclusiva y factores relacionados con su duración en madres atendidas en el Hospital Materno Infantil "Los Andes", para lo cual la metodología utilizada fue un estudio de corte transversal, descriptivo y correlacional en madres atendidas en la consulta externa de dicho hospital. La muestra estuvo conformada por 307 madres se le aplicó la entrevista personal relacionada con la lactancia materna exclusiva para identificar la

madres adolescentes tiene relación significativa con las prácticas de lactancia materna.¹⁹

- ✓ **TORRES SOLIS, Grisselly Paola (Perú – 2014)**, en su trabajo “RELACION ENTRE EL FACTOR SOCIOCULTURAL Y LA PRACTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES CON LACTANTES DE SEIS MESES DE EDAD DEL SERVICIO DE CRED DEL PUESTO DE SALUD JOSE CARLOS MARIATEGUI HUACHO-2014”, titulada en Perú, cuyo objetivo fue identificar la relación entre el factor sociocultural y la práctica de lactancia materna exclusiva de madres con lactantes de seis meses de edad. Para lo cual la metodología empleada fue de tipo no experimental, de nivel descriptivo y de diseño correlacional. La muestra estuvo compuesta por 42 madres. Mediante lo cual se concluyó que, existe relación entre el factor sociocultural y la práctica de la lactancia materna exclusiva, el factor social se relaciona en un 24% con la lactancia materna; es decir, la edad y la ocupación de las madres con lactantes de seis meses de edad hace que la práctica de lactancia sea inadecuada. El factor cultural se relaciona en un 76% con la lactancia materna; es decir, el nivel de conocimientos y el grado de instrucción hace imposible que la práctica de lactancia sea adecuada.²⁰

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Factor Social

El nivel social es uno de los condicionantes de la lactancia materna, de este podemos mencionar algunos factores como la estructura familiar, así como

también la influencia que ejerce el medio en el que se desenvuelve cotidianamente.

El factor social juega un papel importante en el deterioro de la lactancia materna

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

Se destaca que la edad materna influye en las prácticas de la lactancia materna exclusiva por ejemplo las madres adolescentes tienen más probabilidad de abandonar la lactancia materna por influencia de su grupo familiar. Esto probablemente se deba al desconocimiento por parte de la familia y de la madre adolescente sobre los beneficios de la lactancia materna. Por otra parte, las mujeres de mayor edad se tardan más en obtener una producción completa de leche, sin embargo con una buena orientación y apoyo esta madre pudiera superar este obstáculo sin necesidad de acudir a la administración de sucedáneos.

Asimismo la paridad o el número de hijos pueden ser de gran ayuda dependiendo del éxito o fracaso durante el amamantamiento.

Otro indicador importante es la ocupación de la madre, ya que depende directamente del tiempo que tiene la madre para dar de lactar al menos. Si bien es cierto, la mujer que es ama de casa, tendrá el tiempo necesario para brindar lactancia materna exclusiva, a diferencia de la madre que es estudiante o trabajadora, que no estarán en casa durante varias horas, no dispondrán del tiempo necesario para brindar una lactancia materna

exclusiva y optaran muchas veces, por una lactancia mixta y en otros caso, por una lactancia artificial.

El conflicto que existe entre maternidad y trabajo pone de manifiesto la importancia social de la lactancia materna. Las mujeres que dan el pecho tienen derecho a trabajar y las mujeres que trabajan tienen derecho a dar el pecho. La lactancia materna requiere una definición de trabajo que respete la crianza y la simbiosis madre criatura como hechos indispensables para el desarrollo del ser humano. (Blázquez, 2004).

El apoyo familiar es importante para la madre, ya que está claramente relacionado con el bienestar familiar. Está demostrado que el principal apoyo social, se encuentra en la familia, siendo el apoyo del esposo y de sus familiares, y de ellos dependerá de alguna manera en el tipo de lactancia que la madre elija para su hijo.

El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Este indicador influye directamente en la madre para el cuidado de su hijo, pudiendo encontrarse muchas veces solteras, sintiéndose desprotegidas, influyendo eso en la elección del tipo de lactancia.

Algunos estudios mencionan que las madres casadas presentaron mayores porcentajes de lactancia materna exclusiva, el apoyo familiar es uno de los pilares fundamentales de la mantención de la lactancia materna, por el contrario, la falta de apoyo paterno y el hecho de que las mujeres solteras son los pilares económicos de su familia serían las causas que llevarían a no continuar con la práctica de lactancia materna eligiendo los sucedáneos de la leche humana como parte de la alimentación de sus hijos.

La decisión de como alimentar a un niño es de la madre, y la tomara durante el embarazo. Si durante los controles prenatales no se le incentiva, prepara y motiva sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva tanto para ella como para su bebe, esta madre tendrá un desinterés por amamantar a su hijo y optara por brindar otro tipo de lactancia siendo estas, la lactancia materna mixta o la lactancia artificial.

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. (Vandale – Toney, Rivera etal., 1997).

El nivel educativo es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Se corresponden con las necesidades individuales de las etapas del proceso psico-físico-evolutivo articulado con el desarrollo psicofísico, social y cultural. El nivel de escolaridad de la madre determinara la capacidad para ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento, adquirir nuevas conductas a los largo de su existencia tanto en ámbitos individuales como colectivos, convirtiéndose de esta manera en un factor bastante importante cuando se trata de la comprensión y entendimiento de cualquier información relacionado con la lactancia materna exclusiva. La implementación de la lactancia materna es también influenciada por el grado de escolaridad que poseen las madres.

Algunos estudios han demostrado que un nivel superior es un predisponente positivo para la lactancia materna, esto porque las mujeres cuentan con mayores conocimientos y comprensión sobre beneficios que tiene la leche materna en la salud de sus hijos.

González (2002) dice que el grado de instrucción materna y la utilización de la lactancia materna son directamente proporcionales, por lo que es más duradera en madres de nivel universitario, lo que está relacionado con una mejor información y comprensión de las ventajas de este tipo de alimentación.

Una mejor condición económica también está relacionada con un mayor riesgo de no proveer lactancia al seno materno, esto quizás se deba a que se cuentan con los recursos económicos necesarios para adquirir sucedáneos de la leche materna. Se debe recordar que un beneficio de la lactancia materna es el ahorro a la economía del hogar, por lo que una madre de bajos recursos no va a contar con las facilidades para adquirir estas fórmulas lácteas a que implica mayores gastos y un golpe en la economía familiar.

Aun hoy en día a muchas mujeres trabajadoras se les presenta distintos obstáculos para hacer valer sus derechos en cuanto a la licencia para amamantar, ya que de una u otra forma se les mina el espacio que poseen, dado que en sus lugares de trabajo se les niega este derecho y si estas lo hacen valer se ven expuestas a perder el empleo. Se debe tomar en cuenta que muchas de estas mujeres son trabajadoras informales, las cuales no cuentan ni siquiera con algún tipo de respaldo por el tipo de trabajo u oficio que realizan.

2.2.2. Factores Culturales

La cultura juega un papel muy importante en el amamantamiento, esto porque las mujeres se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven.

En algunas culturas se consideraba buena madre a la que amantaba a su hijo desde muy temprana edad, esto porque según algunos la lactancia al pecho es una práctica naturalizada propia de cada mujer.

En Italia de los años 20 se creía que una buena madre era aquella mujer que tenía gran cantidad de leche en sus senos y amamantaba hasta edades avanzadas a sus hijos. Una mujer que no tenía leche era considerada un fracaso como esposa y como madre debido al argumento que son las mujeres las únicas capaces de amamantar. (Castilla 2005)

El Código de Hammurabi contenía regulaciones sobre la práctica de lactancia, así como durante los siglos XVIII la alimentación era brindada por las nodrizas, ya que las madres de esa época deseaban mantener su belleza. (Delgado, Arroyo 2006)

El temor a que alguna circunstancia pudiera afectar las posibilidades de la lactancia siempre ha estado presente como un riesgo potencial para el futuro del hijo hasta mediados del siglo XX, cuando se hizo posible la administración de leches de fórmula adaptada a los niños en los que por alguna razón no era posible la lactancia materna. La mayoría de las sociedades y culturas ha utilizado prácticas y rituales para que la mujer que daba a luz tuviera leche suficiente para criar a su hijo. En muchos casos se relacionaban con creencias paganas como arrojar calostro a las paredes de la habitación de la recién parida o colocar ciertas prendas o hierbas bajo el colchón para que tuviera abundancia de leche (Martín, 2009:22) o rituales

religiosos como oraciones escritas e imágenes de la virgen o santos que se escondían en algún lugar de la casa.

En las grandes culturas clásicas del Mediterráneo, frecuentemente existía alguna Diosa Madre relacionada con la lactancia, en Egipto la diosa Isis, en Grecia la diosa Hera y en Roma la diosa Rumia. La necesidad de una deidad a la que pedir por una buena lactancia confirma la idea de que en muchas ocasiones el fracaso lácteo era una realidad muy temida y frecuente. Cuando ciertos factores escapaban al control y entendimiento humano, poner las expectativas en la intercesión de dioses, amuletos o remedios pudo proporcionar cierta esperanza y tranquilidad beneficiosa a las madres que se encontraban en dicha situación.

Las representaciones artísticas de la Virgen María lactando a su hijo Jesús aparecieron durante los primeros siglos de la era cristiana. Se transformaron o adaptaron las antiguas creencias paganas de la zona del Mediterráneo en el culto a la advocación de la Virgen como María Lactans, Galactrofusa, Virgo Lactans, Madonna Lactans o Virgen de la Leche, cuyas imágenes han llegado a nuestros días a través de la pintura, escultura o iconografía en el caso de la iglesia ortodoxa. Según Knibiehler (1996), la representación de María como madre lactante, posee una gran significación simbólica sobre la maternidad: "La leche evoca la devoción sin límites de la madre, la entrega de su cuerpo, ...". Durante los siglos XV y XVI, muchos palacios, ermitas, iglesias y catedrales poseían alguna imagen de la Virgen lactancia al niño, que estaba en consonancia con los cánones de belleza de cada momento artístico (Rodríguez Peinado, 2013). Este tipo de representaciones de la Virgen disminuyen a partir del Concilio de Trento que censuro las imágenes del pecho desnudo de María La Contrarreforma Católica trajo consigo la potenciación de la advocación de la Inmaculada como ejemplo de perfección y virtud y el abandono del culto a la representación de la Virgen María como

madre nutricia y educadora del hijo divino. La protección de la lactancia paso a ser desempeñada por aquellas representaciones que ensalzaban la virginidad, como es el caso de las santas cuyo martirio consistió en la mutilación de los pechos (Fernández, 200:66). El culto a Santa Águeda se extendió por los pueblos y ciudades de Italia como la principal intercesora de las enfermedades de los pechos y de la lactancia.

En la actualidad, nos encontramos con un mosaico cultural dentro de la misma sociedad con una superposición de distintas prácticas y creencias. Algunas de ellas han llegado de la mano de nuevos sectores de población inmigrante, otras son resignificaciones de viejas creencias o supersticiones y otras han nacido al compás de las nuevas tecnologías de la comunicación como “nuevas informaciones” o “nuevas filosofías de vida”, relacionadas con visiones biologicistas de las que se comparten a través de páginas de internet, foros temáticos o blogs, y que en ocasiones, arrastran tanta carga ideológica como lo hacían algunas creencias y supersticiones del pasado.

Hoy en día la estética juega un papel muy importante en la decisión de brindar o no la lactancia al seno materno, esto por la explotación del cuerpo femenino como objeto sexual por parte de los medios de comunicación. Muchas mujeres no brindan lactancia a sus hijos ya que tienen la creencia de que esto les deteriora la apariencia de las mamas. También a muchas les da vergüenza amamantar en público, mientras que otras pueden considerar que es más elegante la alimentación con el biberón y que este es un símbolo de estatus social.

2.2.3. Tipos de Lactancia

A. Lactancia Materna

La lactancia materna es una característica inherente al ser humano. Es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna. La OMS y el UNICEF lanzaron en 1992 la iniciativa Hospitales amigos de los niños con el fin de fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo de la lactancia materna. La base de la iniciativa son los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS y el UNICEF titulada *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding*. Las pruebas de la eficacia de los Diez pasos se han resumido en una revisión científica.

La OMS y el UNICEF elaboraron un curso de 40 horas sobre asesoramiento en materia de lactancia materna destinado a formar a profesionales sanitarios para que puedan prestar un apoyo especializado a las madres lactantes y ayudarlas a superar los problemas que puedan presentarse. Ambas instituciones han elaborado también un curso de 5 días sobre asesoramiento en materia de alimentación del lactante y del niño pequeño, cuya finalidad es capacitar a los profesionales para que puedan fomentar la lactancia materna, la alimentación complementaria y la alimentación del

lactante en el contexto de la infección por VIH. Las aptitudes básicas de apoyo a la lactancia materna también forman parte del curso de capacitación para trabajadores sanitarios del primer nivel en materia de AIEPI, en el que se combinan aspectos preventivos y asistenciales. La evaluación del asesoramiento de los profesionales sanitarios capacitados y los agentes de salud comunitarios en materia de lactancia materna ha demostrado que se trata de una intervención eficaz para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva.

La producción de leche materna dependerá de la demanda de tu bebé, o sea que cuanto menos le des el pecho, menos leche producirás. Una vez que empieces a complementar la alimentación de tu bebé con fórmula, aunque sólo sustituyas una de la toma diaria, disminuirá la cantidad de leche que produces. Además de este mecanismo, la naturaleza se ha ingeniado la forma en que la mama produzca la cantidad de leche que el bebe necesita, se llama "factor inhibidor de la producción de leche". La última parte de la leche tiene una sustancia grasa que, si no es tomada por el bebe y se queda en el pecho materno, disminuye la producción de leche. En cambio, si el bebe toma todo el pecho materno incluyendo esta sustancia la producción de leche no se inhibe y; por el contrario, aumenta.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) coincide con organizaciones como la Asociación Médica Americana (American Medical Association, AMA), la Asociación Dietética Americana (American Dietetic Association, ADA) y la Organización Mundial de la salud (OMS) al recomendar la lactancia materna como mejor opción para alimentar a un bebé. La lactancia materna contribuye a la defensa contra las infecciones, a prevenir alergias y a proteger contra diversas afecciones crónicas.

➤ Calostro

El calostro (o primera leche), es una secreción espesa, que puede ser transparente o amarillenta, se empieza a producir en la mama de la mujer a mediados del embarazo y se excreta durante los primeros días post parto. Es un nutriente ideal y se considera como la primera vacuna que recibe el niño/a, por la protección inmunológica que asegura la transición exitosa del ambiente intra-uterino a un ambiente extrauterino no estéril. El calostro ha sido preparado por la madre durante el embarazo y es justo la cantidad que el niño/a necesita y lo más importante, si el niño mama frecuentemente aumentará la cantidad de calostro y el bebé recibirá todos los beneficios que solo el calostro le puede entregar.

Composición y Beneficios:

- El volumen de calostro producido entre el primer y cuarto día después del parto es de 2 a 20 ml por mamada, y aunque algunas mujeres piensan que este líquido transparente que parece suero no alimenta a sus bebés, es suficiente para satisfacer las necesidades energéticas del recién nacido, le permite organizar progresivamente su capacidad de alimentarse y es el volumen adecuado para lograr un buen funcionamiento de los riñones del niño/a.
- A través del calostro la madre le entrega a su hijo gran cantidad de glóbulos blancos que también ayudan a prevenir infecciones en el recién nacido.
- Contiene muchas proteínas (especialmente inmuno-globulinas), que le entregan al recién nacido una dosis muy importante de defensas contra infecciones virales y bacterianas. El calostro contiene Betacaroteno que le da el color amarillento a esta leche, y que además es el precursor de la vitamina A, esta vitamina juega un

rol muy importante en el desarrollo de la retina del niño y en la protección contra infecciones.

- Ayuda a activar el sistema inmunitario del pequeño.

Propiedades del Calostro

- La leche materna tiene la capacidad de variar su composición en una mamada, durante el día y a medida que el niño/a va creciendo. El calostro tiene una gran cantidad de proteínas, vitaminas (A, E, K) y algunos minerales como sodio y zinc, pero tiene menor cantidad de grasa y lactosa que la leche madura, que es secretada después de la primera semana post parto.
- La lactosa que le entrega la leche materna al recién nacido, le ayuda a mantener un buen nivel de azúcar en la sangre, permite la eliminación de deposiciones y evita que los niños hagan ictericia neonatal.
- Las inmunoglobulinas que contiene la leche materna, cubren la parte interna del aparato digestivo del niño, impidiendo que se adhieran bacterias, virus, parásitos y otros gérmenes. Esta protección se mantiene durante todo el tiempo que la madre está amamantando a su hijo/a.

➤ **Leche Materna**

La leche materna es un tejido vivo, por lo que es muy variable en su composición. Esto significa que es un fluido lleno de células cuya concentración varía en el tiempo. La leche que un niño mama al empezar una toma es por ejemplo, diferente a la que toma cuando se está acabando. De igual modo el calostro es muy diferente a la leche transicional y esta lo es con respecto a la leche madura.

La leche materna contiene células vivas que protegen al bebé, y además, factores inmunoprotectores, antiinflamatorios, hormonales, de desarrollo cerebral, de protección intestinal, de estimulación endocrina y otros muchos que no contienen las fórmulas, por más caras que son. Además, la leche de cada mamá es personalizada para su bebé, pues proviene de su sangre y es la continuación de lo que le alimentaba cuando estaba en el útero.

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas.

B. Lactancia Materna Exclusiva

La Lactancia Materna en forma exclusiva (LME) es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida.

La OMS define como lactancia materna exclusiva (LME) la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua. En el 2002 durante la 55ª

Asamblea Mundial de Salud conocida como «Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño» realizada en Ginebra, se recomendó que la LME deba realizarse durante los primeros seis meses de vida, y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los 2 años como mínimo.

La LME no es un comportamiento totalmente instintivo; existe un importante componente cultural transmitido de generación en generación, que pierde relevancia con el paso de los años, al igual que la cultura del amamantamiento, cediendo el paso a una continua promoción a la alimentación con biberón y el uso de fórmulas infantiles, lo que impacta esta práctica.

Por ello, instituciones como el Fondo Nacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven diversas acciones para fomentar el apoyo y la orientación a las madres, con el fin de asegurar la LME por los primeros 6 meses de vida y prevenir enfermedades y muertes en los menores de 5 años de edad.

Los beneficios de la LME, tanto para el recién nacido como para la madre, han sido evidenciados en múltiples estudios; sin embargo, esta información no ha contribuido al incremento del número de mujeres que ofrecen esta forma de alimentación de manera exclusiva a sus bebés por 6 meses.

Este problema es más evidente al hablar de madres adolescentes, quienes son susceptibles a la influencia social, a su nivel de conocimientos y a la calidad de la atención de los servicios de salud, que resultan determinantes en la decisión de dar, o no, leche materna a sus hijos.

Ventajas de la Lactancia Materna para el bebe:

- Tiene la composición ideal para el bebé y se adapta, variando la proporción de nutrientes, a medida que el niño crece.
- Es rica en hierro que se absorbe mejor que el de la leche artificial y su proporción de calcio/fósforo es más adecuada.
- El bebé la digiere mucho mejor.
- Los bebés que toman pecho padecen menos estreñimiento.
- Protege al niño de infecciones (bronquitis, gastroenteritis, otitis, meningitis) porque la leche materna es rica en inmunoglobulinas (defensas que la madre pasa al bebé).
- Protege de la muerte súbita del lactante.
- Favorece el desarrollo intelectual y de la visión ya que la leche materna es rica en ácidos grasos de cadena larga llamados LC-PUFA que es un componente muy importante de la membrana que recubre a las neuronas y de la retina.
- Los bebés alimentados al pecho tienen menos caries y deformaciones dentales.
- Protege de enfermedades futuras: asma, alergia, obesidad, diabetes, colitis ulcerosa, Crohn, arterioesclerosis e infarto de miocardio.

Ventajas de la Lactancia Materna para la madre:

- Fortalece el vínculo emocional madre-hijo.
- Es un momento muy placentero y gratificante para la madre y el bebé.
- Las madres que amamantan pierden el peso ganado durante el embarazo con más facilidad.

- Favorece la involución uterina tras el parto (ayuda a que el útero, que ha crecido tanto durante el embarazo, vuelva a su tamaño normal).
- Existe menor riesgo de anemia, depresión e hipertensión después del parto.
- Las madres que lactan tienen menor incidencia de cáncer de mama y ovario. Protege contra la osteoporosis.

Ventajas de la Lactancia Materna para la sociedad:

- Debido al menor número de enfermedades en los niños que toman lactancia materna ocasiona menor gasto sanitario y de recursos públicos.
- Menor absentismo laboral de los padres por la menor incidencia de enfermedad en sus hijos.
- Ayuda a la economía familiar, reduciendo el gasto en alimentación (no hay necesidad de comprar leche ni biberones o tetinas).
- Es ecológica: no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse.

C. Lactancia Complementaria

La lactancia complementaria es aquella alimentación del lactante que comporta la recepción de la leche de la madre y de una fórmula artificial. Es la alimentación tanto con leche materna como con leche artificial. Es conveniente que, antes de dar alguna toma con leche artificial, la madre se extraiga leche y tenga congelada una reserva en previsión de eventualidades puntuales.

Aunque lo ideal es la lactancia materna, hay situaciones que requieren implantar la lactancia mixta. Dichas situaciones son:

- La madre no desea dar el pecho o no puede por algún motivo puntual.
- La madre no tiene suficiente cantidad de leche o no es de calidad.
- Imposibilidad de dar toda la toma de leche materna.
- Tránsito de lactancia materna a lactancia artificial (destete).

Algunas madres deciden complementar la lactancia con leche artificial cuando vuelven a trabajar. A veces les es difícil extraerse leche con regularidad, pero no quieren abandonar completamente la lactancia. Otras complementan la alimentación de sus bebés porque éstos no estaban recibiendo suficiente leche materna para un crecimiento adecuado. Y algunas mamás lo hacen porque quieren tener la libertad de que un familiar o niñera le dé un biberón al bebé de vez en cuando.

En ambos casos, la situación plantea un problema. Dado que al niño le cuesta menos esfuerzo succionar la tetina del biberón que el pecho, el resultado es el posible final de la lactancia materna. La producción de leche materna está estimulada por la succión del bebé y, en consecuencia, cuanto menos mama, menos leche produce la madre. Por tanto, si se desea continuar con la lactancia materna, se aconseja poner al niño al pecho a menudo, sin recurrir nunca a la leche artificial.

D. Lactancia Artificial

La lactancia artificial es la alimentación con fórmulas lácteas preparadas artificialmente, siendo la base de los mismos la leche de vaca. Se llaman fórmulas adaptadas porque se adaptan a las características del bebé. Su organismo no está lo suficientemente desarrollado y tiene algunas funciones incompletas. Así por ejemplo, el aparato digestivo tiene poca capacidad de asimilación, regurgita fácilmente durante los primeros meses debido a la escasa motilidad del esófago y la baja tonicidad del cardias (válvula de inicio

amamantando. Una postura incorrecta está relacionada con la hipogalactia (insuficiente producción de leche) e irritación del pezón, ambas se solucionan con una buena técnica.

Entre las posiciones para amamantar correctamente se debe tener en cuenta tanto la posición de la mamá como la del niño. Tenemos:

- Posición sentada o de cuna: Coloque almohadas en los antebrazos de las sillas e indique a la madre que el bebé debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Tómelo con el brazo y acérquelo contra el seno en un abrazo estrecho. Manténgalo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño.
- Posición debajo del brazo, de sandía: El niño es sostenido sobre el antebrazo de la madre y su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado. Se colocarán almohadas para ayudar a la madre a sostener el peso del cuerpo del niño. (Pérez 2002)
- Posición Sementada: Coloque la cama en posición semifowler, sostenga la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre. Esta posición se utiliza cuando hay heridas abdominales (cesárea).
- Posición acostada: Si la madre está acostada en decúbito lateral, utilice almohadas que le den apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones que puedan afectar la lactancia, también coloque almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebé.

El procedimiento correcto para amamantar es teniendo un soporte en el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros

cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los labios del niño con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada. (Caballero 2001)

Recuerde a la madre que debe acercar el niño al seno y no el seno al niño, previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón.

Estimule el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, introduzca el pezón y la areola. Si se resiste, jale suavemente hacia abajo su barbilla para lograr una correcta succión. Los labios del niño deben estar totalmente separados, sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la lactancia materna. Si adopta la posición incorrecta se debe retirar del seno e intentar de nuevo. Es importante que los labios permanezcan evertidos (boca de pescado). Permita al recién nacido la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto. El amamantamiento nocturno aumenta la producción de leche.

Tenemos que tener en cuenta que tanto el número de tomas que el niño realiza al día, como el tiempo que invierte en cada toma es muy variable y por tanto no hay que establecer reglas fijas. Hay que ofrecer el pecho "a demanda". Por lo tanto, la frecuencia de las tomas debe regularse según la demanda del niño, de acuerdo a la necesidad que tiene de recibir alimento y de hidratarse. No hay que esperar que el niño llore para amamantarlo. (Niño 2012)

En los primeros días, el vaciamiento gástrico se produce más o menos cada hora y media. A veces las madres identifican esto como que la leche materna no es suficiente y recurren a la artificial que mantiene satisfecho al niño por más tiempo porque se digiere más lentamente.

El lactante toma leche 10-12 veces al día, unas 8 como poco. A veces son más tomas pero muy cortas y otras veces son más espaciadas pero más largas. Lo que no es normal es que el bebé pase horas seguidas mamando, es entonces cuando debemos revisar la técnica de amamantamiento ya que seguramente se deberá a que la succión no es eficaz, porque la postura no es la adecuada. Siempre que sea posible, ofrézcale ambos senos cada vez que lo amamante. La siguiente vez que lo amamante, comience con el seno con el que terminó la última vez. (Ayela 2012).

Cuando el bebé es recién nacido, la mayoría de las sesiones de amamantamiento duran entre 20 y 45 minutos. Sin embargo, dado que los recién nacidos a menudo están somnolientos, quizás sea necesario tener paciencia y perseverancia durante este período. Amamante a su bebé del primer lado hasta que deje de succionar, ya no tenga las manos en puño, y parezca somnoliento y relajado. Cuando esto suceda, interrumpa la succión, haga eructar al bebé y pase al otro lado. Siga amamantando a su bebé hasta que deje de comer del segundo seno. Si bien la mayoría de los bebés comen de ambos senos en cada sesión de amamantamiento, algunos bebés quedarán satisfechos después de comer de un sólo seno. Observe si su bebé realiza succiones prolongadas y lentas, y si escucha cuando traga.

Es normal que los bebés realicen “tomas seguidas”, es decir, que coman varias veces seguidas y luego, pasen varias horas sin comer. Durante los primeros días de vida, es posible que los recién nacidos normales y saludables se amamanten cada una hora o varias veces en una hora, especialmente durante las horas de la tarde y la noche. Su bebé debería estar satisfecho después de la toma seguida. (Avalos 2011).

2.2.4. Bases Epistemológicas

En el presente estudio se aplica el modelo de la teoría de enfermería de Ramona Mercer ("Teoría del Rol Maternal"). Esta se basa en estudios de la maternidad no tradicional ya que ella se centró en estudiar a las madres adolescentes, madres añosas, madres enfermas y madres con niños portadores de defectos, familias que experimentan estrés ante parto, padres de alto riesgo y madres que sufren parto por cesárea, otros autores ya habían trabajado en este punto pero se centraban en la aceptación del embarazo y del primer mes después del parto, Mercer amplía este periodo hasta los doce meses después del parto.

También se aplicó el modelo de teoría de Madeleine Leininger ("Teoría de la Diversidad y la Universalidad"), ya que ella declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica de enfermería que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirían y basaran en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias. Y afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas.

Otro modelo que se aplicó fue el de Kristam M. Swanson ("Teoría de los Cuidados"), ya que ella define que las personas, las madres, niños y familia del programa de lactancia materna, deben ser vistos por enfermería, como seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando son capaces de manifestar sus pensamientos, sentimientos y conductas.

Y por último, se aplicó también la teoría de Nola Pender ("Modelo de Promoción de Salud"), ya que esta teoría ayuda para explicar las relaciones

Los avances obtenidos en las últimas décadas en la composición de leches para lactantes a partir de modificaciones de la leche de vaca, han conseguido productos químicamente similares a la leche materna, aunque desprovistos de las propiedades inmunitarias de la leche materna.

2.2.6. Bases Culturales

La gran importancia dada a las razones y consejos sobre la lactancia materna que sabios y eruditos, desde los tiempos de Aristóteles hasta la actualidad han empujado para justificar su conveniencia para la madre y para el hijo, seguramente se encuentra en el hecho de que gran cantidad de mujeres que se lo podían permitir, no querían dar el pecho; lo que nos demuestra el débil equilibrio entre lo natural y lo cultural de las actividades humanas. Frecuentemente, se cita dentro de las culturas clásicas a las madres espartanas como ideal de maternidad por el hecho de que amamantaban a sus hijos independientemente de su rango y posición social.

En realidad lo que hacían era seguir las normas y costumbres establecidas, como también lo era la norma de que todos los recién nacidos fueran sometidos a un examen minucioso por un grupo de ancianos, como informa en su obra Plutarco (Sancho Rocher, 2012: 171); si se detectaba alguna deficiencia o malformación, sería expuesto, desechado o abandonado en el Monte Taigeto, una forma de eutanasia que en la actualidad escandalizaría, pero que para dicha sociedad era tan normal como el amamantamiento del niño que pasaba dicho examen.

En los lugares de escasos recursos, donde habitualmente hay falta de condiciones de sanidad y agua potable, la lactancia materna puede salvar la vida de los recién nacidos. La lactancia materna brinda protección contra las enfermedades infecciosas, en especial las infecciones gastrointestinales, que contribuyen en gran medida a la morbilidad y mortalidad infantil en los países

en vías de desarrollo. Sin embargo, si las personas piensan que la leche materna por sí sola no es lo suficientemente nutricional para un niño de menos de tres o cuatro meses, esto puede desalentar a los prestadores de salud para que recomienden la lactancia materna prolongada en forma exclusiva.

Aunque todas las sociedades han contemplado la lactancia materna como un hecho natural y necesario para la vida del recién nacido, las prácticas sobre la misma han sido muy diferentes según los contextos socioculturales y temporales, siendo también la variable el significado e interpretación que el individuo da a dichas prácticas en un momento y circunstancias específicas, o lo que es lo mismo, según las representaciones sociales que existen en cada grupo, momento y lugar.

La maternidad segura, la atención de salud de la madre y la supervivencia del recién nacido forman parte esencial de la propia vida, También son fundamentales para el trabajo decente y la productividad de las mujeres, así como para la igualdad de género en el trabajo. Por lo tanto, la protección de la maternidad es un derecho laboral fundamental y ha quedado consagrado en tratados universales fundamentales de derechos humanos. El bienestar infantil y la protección de la maternidad son preocupaciones principales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) desde su creación en 1919. En la actualidad, prácticamente todos los países han promulgado leyes sobre protección de la maternidad en el trabajo.

2.2.7. Bases Teóricas

➤ “Teoría Del Rol Maternal” – Ramona Mercer

Ramona Mercer, con su teoría de Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan 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 interés de la teoría de Mercer más allá del concepto de “madre tradicional”, abarcando factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante, igualmente es importante resaltar el amor y apoyo de la pareja como factores predisponentes para hacer posible un cuidado integral del binomio madre-hijo. El cuidado materno perinatal, es uno de los ámbitos de la profesión de enfermería, en donde éste ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la vida del proceso de gestación, trabajo de parto, parto, posparto y estratificación hacia la vida extrauterina de su neonato. Actualmente la atención binomio madre – hijo sigue modelos biomédicos, la aplicación de la teoría de Ramona Mercer a la práctica se fundamenta en la adquisición de la diada como parte del que hacer propio de enfermería.

La autora habla de que la adopción del rol maternal es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante el embarazo y proceso del parto, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de sus cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol.

Se toma como base esta teoría, porque de acuerdo con Mercer el rol materno es algo que debe aprender la madre y va a depender de su entorno social, familiar, cultural; es por eso que todos estos factores afectaran de una manera u otra la lactancia materna, actividad principal del rol materno.

➤ **“Teoría de la Diversidad y la Universalidad” – Madeleine Leininger**

Madeleine Leininger, con su teoría de la diversidad y la universalidad, definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias en salud y la enfermedad y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de cultura.

Esta teoría tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturales pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de los profesionales, ya que la cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los valores que las personas que influyen en sus decisiones y acciones.

Con esta mirada de enfermería, la lactancia materna es una práctica natural, transmitida de generación en generación, que refleja la adopción de prácticas de cuidado para la misma por las madres con el apoyo de su familia, las cuales surgen de la experiencia de la persona, grupo familiar y comunidad; luego, lo que más desea una madre y su familia cuando acuden a los cuidados de enfermería en el programa de lactancia materna es encontrar calidad, que se consigue cuando se tienen en cuenta los conocimientos sobre las prácticas, creencias y valores de los cuidados culturales, puesto que éstos están arraigados e influenciados por los contextos del punto de vista del mundo, lengua, formas de pensamiento, religión o espiritualidad, parentesco, sociedad, política, educación, economía, tecnología y entorno de la cultura . En consecuencia los cuidados enfermeros basados en la cultura,

son beneficiosos, saludables y satisfactorios contribuyendo al bienestar de madres, niños, niñas, familia, grupos y comunidades dentro del entorno y sus contextos. Si el profesional de enfermería, ignora el conocimiento propio de madres y familia (conocimiento genérico o étnico) alrededor de la lactancia materna, tendiendo a reconocer su propio conocimiento (profesional o ético) como único y verdadero, genera conflictos culturales, prácticas de imposición cultural, dolor, estrés e insensibilidad en el cuidado.

Con base en lo anterior, los aspectos culturales juegan un papel importante en las prácticas de cuidado que la madre y su familia aplican en su vivir diario, las cuales nacen del conocimiento generacional sólido, en un sistema de creencias y tradiciones culturales que impiden que las personas cambien fácilmente, es por esto que a la enfermera le es preciso combinar el conocimiento empírico y estético para promover el autocuidado durante la lactancia materna respetando los modos de vida de cada persona y su contexto.

Se toma como modelo esta teoría, porque permitirá proporcionar cuidados coherentes con la cultura de cada persona, donde se deberá trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura.

➤ **“Teoría de los Cuidados” – Kristam M. Swanson**

Kristam M. Swanson concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un serpreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Propone cinco procesos básicos (conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias).

Para Swanson, Enfermería es cuidado informado para el bienestar del otro (madres, neonatos y familia). Este se informa mediante el conocimiento empírico a partir de enfermería y de ciencias a fines, humanidades, experiencias clínicas y los valores personales y sociales de las personas.

Además, las experiencias vitales de madres, niños y familia están influidas por una compleja interacción de lo genético, espiritual y su capacidad de ejercer la autonomía, por lo cual las personas moldean y son moldeadas por el medio donde viven. Las madres con sus recién nacidos, apoyados en su familia, son seres dinámicos, en crecimiento, espirituales (las conecta con una fuente eterna, misterio, vida, creatividad y serenidad. Este puede ser el alma, un poder superior, energía positiva), que se autoreflejan y que desean estar conectados con otros. La autonomía les ofrece la capacidad de decidir cómo actuar, ante un rango de posibilidades; por tanto el Profesional de Enfermería debe aceptar la individualidad, asumir el liderazgo en la lucha por los derechos humanos, igualdad al acceso a los servicios de salud y otras causas humanitarias. Si el Profesional de Enfermería piensa en las madres, niños y familias que buscan sus cuidados en el programa de lactancia materna, también necesitan pensar en sí mismas, en otras enfermeras y su cuidado y demandan ser cuidadas por los demás.

Otro fenómeno de interés que aborda Swanson en el cuidado de Enfermería es la salud, como el restablecimiento del bienestar de madres, niños y sus familias de apoyo, siendo éste un complejo de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud.

Finalmente, el profesional de enfermería, debe considerar el entorno que rodea a madres, niños y familias, como el contexto donde viven, que ellos

influyen y son influenciados por aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos, económicos, religiosos, entre otros.

➤ **“Modelo de Promoción de Salud” – Nola Pender**

Nola Pender y su Modelo de Promoción de la Salud, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería, identifica en el individuo factores cognitivo-preceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud y que son modificados por las características situacionales, personas e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanísticos, toma la persona como un ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida.

Se toma como modelo esta teoría, porque permite integrar tanto a la enfermera como a la persona respecto a las conductas que promueven el bienestar humano, tanto físico, mental y social y es importante ya que el cuidado de un niño dependerá principalmente de su madre, y esta tendrá que tener y/o adoptar conductas positivas para el bienestar de ambos.

2.3. Definición de términos básicos u otros contenidos dirigidos a fundamentar la propuesta de investigación:

1. **Amantar:** Criar o alimentar un mamífero a una cría con la leche de sus mamas.
2. **Anticuerpo:** sustancia segregada por los linfocitos de la sangre para combatir una infección de virus o bacterias que afecta al organismo.
3. **Defensas:** Mecanismos naturales de los organismos para mantener su equilibrio frente a agentes o circunstancias patógenas normales o extraordinarias.
4. **Destete:** Es el fin de la lactancia en mamíferos.
5. **Lactancia materna:** Es un tipo de alimentación que consiste en que un bebe se alimente con la leche de su madre.
6. **Lactancia materna exclusiva:** Periodo de 0 a 6 meses en el que el niño solo recibe lactancia materna.
7. **Lactancia mixta:** Es la alimentación tanto con leche materna como con leche artificial.
8. **Lactancia artificial:** Es una leche de vaca modificada que intenta asemejarse lo más posible a la leche materna.
9. **Leche materna:** Alimento natural producido por la madre para alimentar al recién nacido.

10. **Mama:** Órgano glandular ubicado en el pecho.

11. **Pezón:** Parte central, eréctil y más prominente de los pechos o tetas, por donde los hijos chupan la leche.

12. **Succión:** Extracción de un líquido con los labios.

III. VARIABLES E HIPOTESIS

3.1. Variables de la Investigación

Variable 1

✓ Factores Socioculturales

Cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal modo que, un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma.

Variable 2

✓ Tipo de Lactancia

Es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños. Existen tres tipos: Lactancia Materna exclusiva, Lactancia complementaria y lactancia artificial.

3.2. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
FACTORES SOCIO-CULTURALES	Los factores sociales son las experiencias y las realidades que te ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida. También pueden estar definidos por las regiones y los vecindarios.	Factor Social	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad de la madre <ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 a 17 años ▪ 18 a 29 años ▪ 30 a 59 años ✓ Ocupación <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ama de casa ▪ Estudiante ▪ Trabajador ✓ Apoyo Familiar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pareja ▪ Madre ▪ Suegra ▪ Pareja y familia ✓ Estado Civil <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soltera ▪ Casada ▪ Conviviente ▪ Separada ✓ Ingreso económico <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suficiente ▪ Insuficiente 	<p style="text-align: center;">Ordinal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente

	<p>El factor cultural podría considerarse como el más determinante en la evolución y desarrollo de una sociedad. Y uno de los que más perceptiblemente diferencian a una comunidad de otra. De él se alimentan las costumbres, la educación, las creencias, los prejuicios y un sinnúmero de otros derivados.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grado de Instrucción <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primaria Completa ▪ Secundaria completa ▪ Técnico superior ▪ Superior universitario 	
		<p>Factor Cultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Creencia Erróneas sobre la lactancia materna ✓ Desconocimiento sobre la lactancia materna. 	<p>Ordinal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto

TIPO DE LACTANCIA	La Lactancia Materna en forma exclusiva (LME) es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido, ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida. La lactancia complementaria es aquella alimentación de la leche de la madre y de una fórmula artificial. La lactancia artificial es la alimentación con fórmulas lácteas preparadas artificialmente.	Lactancia Materna Exclusiva	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipo de Alimentación <ul style="list-style-type: none"> ▪ Solo leche materna ▪ Leche materna y fórmula ▪ Solo fórmula 	<ul style="list-style-type: none"> Ordinal <ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente
	Lactancia Complementaria			
	Lactancia Artificial			

3.3. Hipótesis

➤ Hipótesis Alterna

Los factores socioculturales se relacionan significativamente con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín Callao 2016.

➤ Hipótesis Nula

Los factores socioculturales no se relacionan significativamente con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín Callao 2016.

IV. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Investigación

Tomando en cuenta el problema y los objetivos del presente estudio, este pertenece al enfoque cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal, de carácter descriptivo.

Es cuantitativa porque analiza la realidad social descomponiéndola en variables, es relativamente constante y adaptable al tiempo.

Es retrospectiva porque se registrara la información en un tiempo específico y se aplicara un cuestionario directamente a la población de estudio.

Es de corte transversal porque se realizan una serie de observaciones y estudia las variables con una medición en un corte del tiempo.

Esta investigación además es de carácter descriptivo porque se encuentra en un primer nivel de investigación donde no hay manipulación de variables o comparación de grupos.

4.2. Diseño de Investigación

Se trata de una investigación de diseño correlacional, de corte transversal, no experimental, donde el propósito es determinar si la aplicación de la variable independiente, en este caso factores socioculturales, tiene relación con la variable dependiente; es decir, tipo de lactancia en madres con niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016.

DETERMINACION DE LA MUESTRA

1. Fórmula para hallar el tamaño de la muestra

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{NE^2 + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

n: Tamaño de la muestra

Z²: Nivel de confianza (1.96)

p: Es la variabilidad positiva (0.5)

q: Es la variabilidad negativa (0.5)

N: Es el tamaño de la población

E: Es la precisión o el error (0.05)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 135}{135 \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 99.7 = 100$$

2. Reajuste de tamaño de muestra

Si $n/N > \text{ó} = 0.05$ es necesario utilizar el factor de corrección de población finita. Si reemplazamos: $100/135 = 0.74$

Es necesario realizar el reajuste de tamaño de muestra. Para ello:

$$nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

Dónde:

nf: Muestra final por la corrección de muestra

N: Tamaño de la población (135)

n: Tamaño de la muestra (100)

Reemplazamos tenemos que $nf = 58$

✓ Criterios de inclusión :

A dicha investigación se incluirán a las madres asistentes al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud José Boterín con hijos de 0 a 11 meses de edad.

✓ Criterios de exclusión:

A dicha investigación no se incluirán a las madres asistentes al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud José Boterín con hijos mayores de 12 meses de edad.

4.4. Técnicas e instrumentos

Se utilizó como técnica “La encuesta”, la cual nos permitió obtener información proporcionado por nuestros mismos sujetos de estudio.

El instrumento utilizado fue “El cuestionario”; el cuestionario comprende 21 ítems: 3 ítems son para recoger datos generales y 18 ítems dirigidos estrictamente a las madres lactantes con hijos menores de 1 año de edad. El tipo de ítems es cerrado, y de elección múltiple. Este instrumento se empleará con la finalidad de evaluar los indicadores de las variables a estudiar.

Con los 21 ítems se podrá evaluar la relación entre los factores socioculturales y el tipo de lactancia en niños menores de 1 año, elaborándose tablas para su mayor comprensión y análisis de las mismas.

Se realizó la validación respectiva en el juicio de expertos, teniendo como resultado en la prueba binomial el valor de $p= 0.015$.

4.5. Procedimiento de recolección de datos

Para realizar el estudio de investigación, se envió una solicitud dirigida a la Lic. Margarita Egoavil Calderón, jefa del Centro de Salud “José Boterín”, y a la Lic. Maribel Carrasco Pimentel, jefa de enfermería, solicitando el permiso para la aplicación del cuestionario a las madres con hijos/as menores de 1 año que se atienden en dicha institución.

4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos

El procesamiento y tabulación de datos se realizó utilizando el programa Excel y el paquete estadísticos SPSS V.20, previa elaboración de tablas de de códigos y matriz.

Para evaluar la relación estadísticamente significativa o no entre las variables en estudio se utilizó la estadística descriptiva, que permite entender el comportamiento de las variables. La función estadística utilizada fue el Chi Cuadrado de Pearson y el Estadístico exacto de Fisher, para la determinación estadística de la asociación entre factores socioculturales y el tipo de lactancia.

Los datos obtenidos fueron ordenados, clasificados, codificados y analizados para su presentación mediante cuadros y gráficos estadísticos expresados en números y porcentajes para su mayor rendimiento.

Para realizar la medición del nivel de conocimientos y el nivel de creencias, se asignó un puntaje de un (1) punto para las preguntas cerradas correctas y cero (0) puntos a las contestadas incorrectamente, con lo cual se obtuvo un puntaje total de 6 puntos en ambos caso.

Determinación del Nivel de Conocimiento:

- **Conocimiento Bajo** **0 – 2 puntos**
- **Conocimiento Medio** **3 – 4 puntos**
- **Conocimiento Alto** **5 – 6 puntos**

Determinación del Nivel de Creencias:

- **Nivel Bajo** **5 – 6 puntos**
- **Nivel Medio** **3 – 4 puntos**
- **Nivel Alto** **0 – 2 puntos**

V. RESULTADOS

Cuadro 5.1

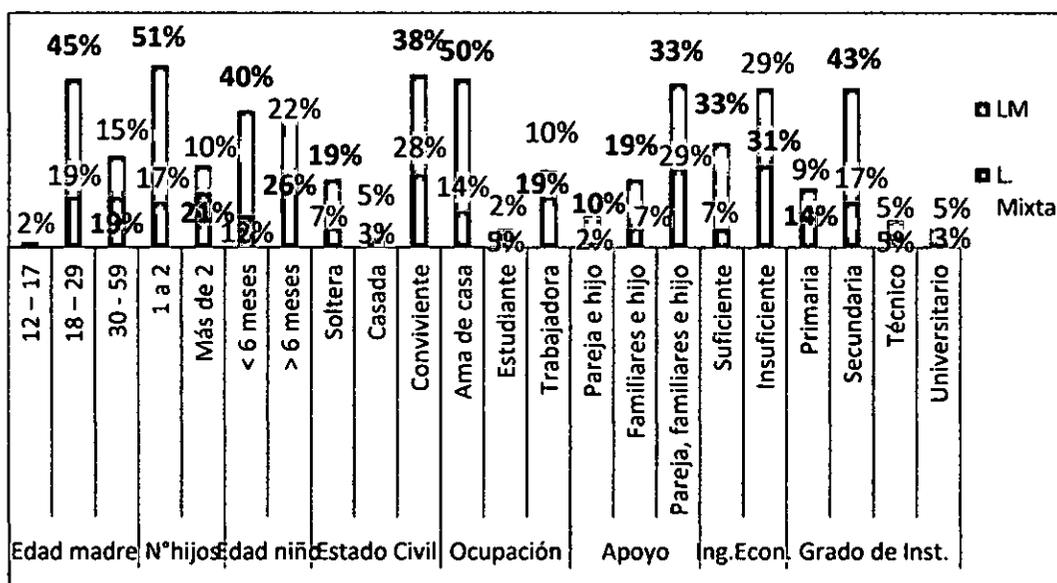
Factores Sociales y su relación con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016.

Factores Sociales		Tipo de Lactancia				Total	
		LM	%	L. Mixta	%	N°	%
Edad de la madre	12 – 17	1	2%	0	0%	58	100%
	18 – 29	26	45%	11	19%		
	30 - 59	9	15%	11	19%		
N° de hijos	1 a 2	30	51%	10	17%	58	100%
	Más de 2	6	10%	12	21%		
Edad del niño	< 6 meses	23	40%	7	12%	58	100%
	> 6 meses	13	22%	15	26%		
Estado Civil	Soltera	11	19%	4	7%	58	100%
	Casada	3	5%	2	3%		
	Conviviente	22	38%	16	28%		
Ocupación	Ama de casa	29	50%	8	14%	58	100%
	Estudiante	1	2%	3	5%		
	Trabajadora	6	10%	11	19%		
Apoyo Familiar	Pareja e hijo	6	10%	1	2%	58	100%
	Familiares e hijo	11	19%	4	7%		
	Pareja, familiares e hijo	19	33%	17	29%		
Ingreso Económico	Suficiente	19	33%	4	7%	58	100%
	Insuficiente	17	29%	18	31%		
Grado de Instrucción	Primaria	5	9%	8	14%	58	100%
	Secundaria	25	43%	10	17%		
	Técnico	3	5%	3	5%		
	Universitario	3	5%	1	2%		

Fuente: Resultados propios de la investigación.

Grafico 5.1

Factores Sociales y su relación con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016.



Fuente: Resultados propios de la investigación.

En el grafico 5.1, se observa que los factores sociales que intervienen esta la edad del madre, el 45%(26) de 18 a 29 años brindan LM en relación al 19%(11) de 30 a 59 años que da L.Mixta, por el número de hijos, el 51%(30) de las que tienen menos de 2 hijos brinda LM, y el 21%(12) que tienen más de 2 hijos da L.Mixta. De los niños menores de 6 meses solo el 40%(23) recibe LM, y de los mayores de 6 meses solo el 26%(15), L.Mixta. El 19%(11) de las madres solteras y el 38%(22) que son convivientes brindan LM. El 50%(29) de las amas de casa da LM y el 19%(11) de las trabajadoras da L.Mixta. El 19%(11) de las madres que viven con familiares e hijos y el 33%(19) de las que viven con pareja, familiares e hijos dan LM. El 33%(19) de las madres que consideran que su ingreso económico es suficiente dan LM, y el 31%(18) que lo considera insuficiente da L.Mixta. De acuerdo al grado de instrucción, el 52%(30) de las que tienen solo primaria y secundaria dan LM, mientras que el 7%(4) que tiene educación superior, L.Mixta.

Cuadro 5.2

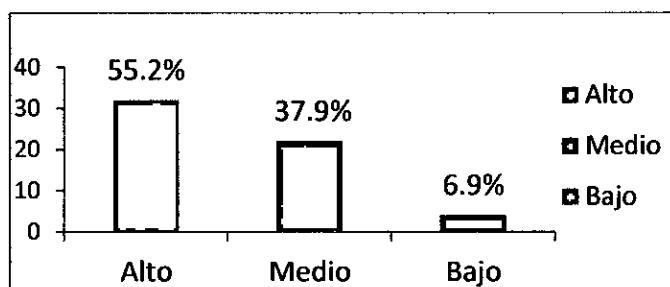
Nivel de Conocimiento en madres con niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016.

Conocimientos	Madres	
	N°	%
Alto	32	55.2%
Medio	22	37.9%
Bajo	4	6.9%
Total	58	100%

Fuente: Resultados propios de la investigación.

Grafico 5.2

Nivel de Conocimiento en madres con niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016.



Fuente: Resultados propios de la investigación.

En el grafico 5.2 se observa que dentro del Factor Cultural según el indicador nivel de conocimiento de las madres acerca de la lactancia materna exclusiva, se evidencia que tiene un nivel alto de conocimientos el 55.2% (32), un nivel el 37.9% (22), mientras que un nivel bajo en conocimientos solo el 6.9% (4) de las madres encuestadas.

Cuadro 5.3

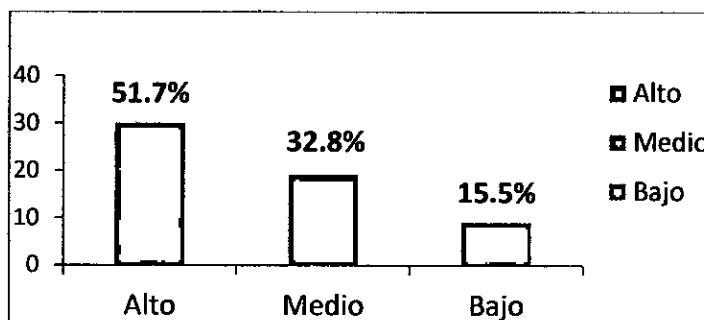
Creencias Erróneas en madres con niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016

Creencias Erróneas	Madres	
	N°	%
Alto	30	51.7%
Medio	19	32.8%
Bajo	9	15.5%
Total	58	100%

Fuente: Resultados propios de la investigación.

Grafico 5.3

Creencias Erróneas en madres con niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016



Fuente: Resultados propios de la investigación.

En el grafico 5.3 se observa que dentro del Factor Cultural según el indicador creencias erróneas de la madre acerca de la lactancia materna, se evidencia que tienen un nivel alto de creencias el 51.7% (30), un nivel medio el 32.8 (19), mientras que un nivel bajo en creencias solo el 15.5% (9) de las madres encuestadas.

Cuadro 5.4

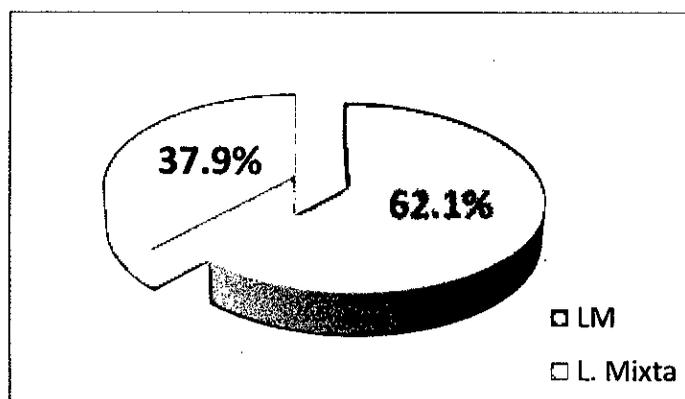
Tipo de Lactancia en niños menores de 1 año en el centro de Salud José Boterín – Callao 2016.

Tipo de Lactancia	N°	%
LM	36	62,1%
L. Mixta	22	37.9%
Total	58	100%

Fuente: Resultados propios de la investigación.

Grafico 5.4

Tipo de Lactancia en niños menores de 1 año en el centro de Salud José Boterín – Callao 2016.



Fuente: Resultados propios de la investigación.

En el gráfico 5.4 se observa que el 62.1% de las madres brinda lactancia materna exclusiva a sus hijos, mientras que el 37.9% brinda lactancia mixta. No existe madre que brinde lactancia artificial a sus hijos menores de 1 año.

Cuadro 5.4

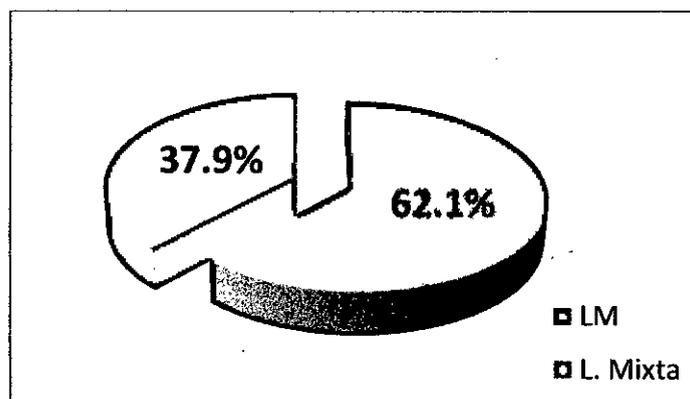
Tipo de Lactancia en niños menores de 1 año en el centro de Salud José Boterín – Callao 2016.

Tipo de Lactancia	N°	%
LM	36	62,1%
L. Mixta	22	37.9%
Total	58	100%

Fuente: Resultados propios de la investigación.

Grafico 5.4

Tipo de Lactancia en niños menores de 1 año en el centro de Salud José Boterín – Callao 2016.



Fuente: Resultados propios de la investigación.

En el gráfico 5.4 se observa que el 62.1% de las madres brinda lactancia materna exclusiva a sus hijos, mientras que el 37.9% brinda lactancia mixta. No existe madre que brinde lactancia artificial a sus hijos menores de 1 año.

Cuadro 5.5

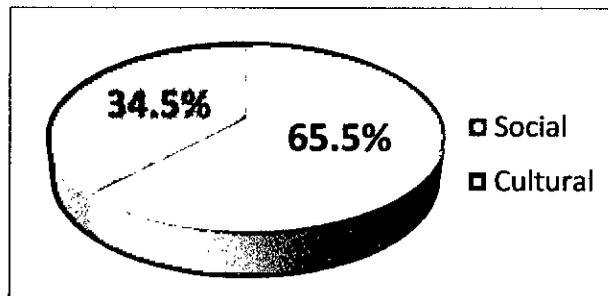
Factores Socioculturales y su relación con el Tipo de Lactancia en niños menores de 1 año en el centro de Salud José Boterín – Callao 2016.

Factor	N°	%
Social	38	65,5%
Cultural	20	34.5%
Total	58	100%

Fuente: Resultados propios de la investigación

Grafico 5.5

Factores Socioculturales y su relación con el Tipo de Lactancia en niños menores de 1 año en el centro de Salud José Boterín – Callao 2016.



Fuente: Resultados propios de la investigación

En el gráfico 5.5 se observa que los factores Sociales se relacionan en un 65.5%, mientras que los factores culturales solo se relacionan en un 34.5% con el tipo de lactancia en madres con niños menores de 1 año.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de la hipótesis

H1: Los factores socioculturales se relacionan significativamente con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín Callao 2016.

H0: Los factores socioculturales no se relacionan significativamente con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín Callao 2016.

De acuerdo a las pruebas estadísticas, se puede concluir que existe una relación significativa entre los factores socioculturales y el tipo de lactancia con grado de significancia < 0.05 , por lo tanto se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

Relación entre la Variable Factor Sociocultural y Tipo de Lactancia

Para analizar la relación entre la variable Factor Sociocultural y el tipo de lactancia no se considera la prueba Chi-cuadrado, ya que muchas frecuencias esperadas (90.9%) son menores que 5, por ello y sobre la base de la prueba exacta de Fisher se puede concluir que existe relación entre el factor sociocultural y el tipo de lactancia. (Sig. = $0.020 < 0.05$)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,278 ^a	15	,020
Estadístico Exacto de Fisher	.	.	,020
Asociación lineal por lineal	16,740	1	,000
N de casos válidos	58		

a. 32 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

Relación entre la Variable Factor social y Tipo de Lactancia

Para analizar la relación entre la variable Factor Social y el tipo de lactancia no se considera la prueba Chi-cuadrado, ya que muchas frecuencias esperadas (90.9%) son menores que 5, por ello y sobre la base de la prueba exacta de Fisher se puede concluir que existe relación entre el factor social y el tipo de lactancia. (Sig. = 0.040 < 0.05)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,999 ^a	10	,040
Estadística Exacto de Fisher			,040
Asociación lineal por lineal	14,719	1	,000
N de casos válidos	58		

a. 20 casillas (90,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

Relación entre el Nivel de conocimientos y Tipo de Lactancia

Para analizar la relación entre el nivel de conocimientos y el tipo de lactancia no se considera la prueba Chi-cuadrado, ya que muchas frecuencias esperadas (50.0%) son menores que 5, por ello y sobre la base de la prueba exacta de Fisher se puede concluir que existe relación entre el nivel de conocimiento y el tipo de lactancia. (Sig. = 0.011 < 0.05)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,964 ^a	4	,011
Estadístico Exacto de Fisher			,011
Asociación lineal por lineal	2,917	1	,088
N de casos válidos	58		

a. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,90.

Relación entre Creencia Erróneas y Tipo de Lactancia

Para analizar la relación entre las creencias erróneas y el tipo de lactancia no se considera la prueba Chi-cuadrado, ya que muchas frecuencias esperadas (64.3%) son menores que 5, por ello y sobre la base de la prueba exacta de Fisher se puede concluir que no existe relación entre las creencias erróneas y el tipo de lactancia. (Sig. = 0.224 >0.05)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,200 ^a	6	,224
Estadístico Exacto de Fisher			,224
Asociación lineal por lineal	3,477	1	,062
N de casos válidos	58		

a. 9 casillas (64,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,14.

6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares

Los resultados del estudio de investigación demuestran que los factores socioculturales tienen relación con el tipo de lactancia, siendo la lactancia materna la elegida por las madres para brindarles a sus hijos menores de 1 año.

Concordamos con la OMS que recomienda “mantener como patrón fundamental la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses y luego, junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida”, pero no se cumple al 100% con esta recomendación y se evidencian en los resultados presentados, porque en nuestro estudio solo el 62.1% de madres brinda lactancia materna exclusiva sin llegar a las cifras estimadas, situación que sigue preocupando porque sabemos que “La leche materna es el alimento ideal para el bebé ya que lo protege de enfermedades infecciosas, asegurando un crecimiento y desarrollo óptimo potenciando su capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar a corto y largo plazo”(UNICEF).

Por otro lado de acuerdo al ENDES 2014, cuando se analiza el nivel de la lactancia materna exclusiva según el nivel educativo de la madre, se observa que esta se 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 un 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 exclusiva. Esto concuerda con este estudio porque las madres con estudios de primaria y secundaria que pertenecen al 52% del total brindan lactancia materna exclusiva a sus hijos, mientras que las madres que poseen nivel técnico o universitario solo el 10% brinda lactancia materna exclusiva,

concordando que a mayor grado de instrucción es menor la cantidad de niños amamantados.

Según Castilla M. Victoria (2005) quien sostiene que: "muchas mujeres no brindan lactancia a sus hijos en público, mientras que otras pueden considerar que es más elegante la alimentación con el biberón y que este es un símbolo de estatus social. Esto coincide con nuestro estudio, ya que en el indicador de creencias erróneas el 51.7% de madres posee un nivel de creencias erróneas alto, pero a pesar de estas creencias la lactancia materna exclusiva prevalece en un 62.1% del total de la población.

Contrastando con lo hallado por Broche Cando Caridad, quien encuentra que desde el nacimiento predominó la lactancia mixta, con una tendencia progresiva a la lactancia artificial a partir del cuarto mes, encontrándose mayor frecuencia en madres con conocimientos deficientes sobre lactancia materna, y fueron estas las que lactaron a sus bebés por menos tiempo. De acuerdo al nivel escolar se encontró que el 64.6% de madres con nivel secundaria abandono la lactancia antes de cumplir el cuarto mes, seguida de las de nivel bachillerato con 21.9% y técnico medio con 13.5%, concluye que las madres que poseen menor grado de instrucción amamantaban menor tiempo a sus hijos. Estos resultados difieren con nuestro estudio, ya que las madres que tienen como nivel de escolaridad, primaria y secundaria completa que es el 52%, brinda lactancia materna exclusiva, mientras que solo el 10% de las madres que tienen grado de instrucción superior brinda lactancia materna.

Contrastando con lo hallado por Del Carpio Gómez Jazmín, quien encuentra que los factores socioculturales que se relacionan son los culturales que se relacionan en un 56% y los sociales en un 44%, lo que significa que los factores culturales prevalecen más y son los que se relacionan en mayor

difiere respecto al ingreso económico, ya que a pesar de considerar que su ingreso económico es insuficiente el 31% de las madres decide dar lactancia mixta. Y de acuerdo al apoyo familiar, solo las madres que viven con su pareja e hijo (2%) brindan lactancia mixta a diferencia de las que tienen el apoyo de familiares y de su pareja (29%) que brindan solo lactancia materna.

VII. CONCLUSIONES

1. Se determinó que los factores sociales se relacionan en un 65.5% con el tipo de lactancia, situación que sigue afectando a la lactancia materna. Se encontró que los indicadores que se mas relacionan son: por el grado de instrucción solo el 63% de las madres brindan LM, la edad de la madre, la edad del niño, el estado civil, la ocupación de la madre, el apoyo familiar y el ingreso económico con un 62% respectivamente de madres que brindan LM; y por el número de hijos siendo un 61% de madres que brinda LM.
2. Se determinó que los factores culturales se relaciona en un 34.5% con el tipo de lactancia. Dentro del cual, dependiendo a los indicadores, encontramos que 55.2% de las madres poseen un alto nivel de conocimientos acerca de la lactancia materna independientemente de la edad, grado de instrucción y el medio socioeconómico en el que se desenvuelven, caso contrario al 44.8% que poseen un nivel medio con tendencia a bajo ya que no tienen buena información sobre lactancia materna y no se desenvuelven bien en la práctica del amamantamiento; sin embargo, también el 51.7% de las madres poseen un nivel alto sobre creencias erróneas contrario al 48.3% de las madres que poseen un nivel medio con tendencia a bajo.
3. Se determina que existe predominio con un 62.1% de la lactancia materna como forma de alimentación principal del lactante menor de 1 año, a diferencia de la lactancia complementaria.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Continuar con las acciones educativas encaminadas a incrementar la información adecuada sobre la lactancia materna exclusiva, mejorando la capacitación de las enfermeras que intervienen en el plan educacional durante los controles de niño sano, informando también a las madres sobre la conservación de la leche materna para que las madres que trabajan y/o estudian puedan seguir alimentando al niño. Es necesario divulgar la necesidad e importancia de la lactancia materna a toda la población, fomentándola incluso desde el círculo infantil a través de los juegos de roles donde participan ambos sexos, recordando la necesidad de sensibilizar también al varón.
2. Implantar nuevas estrategias de educación sobre lactancia materna, no solo dentro de los establecimientos de salud sino también dentro de la comunidad, para poder disminuir así el grado de creencias en las madres dentro de la comunidad y toda la población pueda tener conocimientos sobre la lactancia materna e incentiven a las madres a brindarla a sus hijos.
3. Implantadas las estrategias de trabajo para incrementar la prevalencia de la lactancia materna, se hace necesario una re-evaluación permanente, para verificar el proceso y el impacto del mismo para lograr incrementar el consumo de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 1 año de la localidad y así poder reducir la morbilidad y mortalidad en el primer año de vida.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CALVO QUIRÓS, Cindy, **Factores socioeconómicos, culturales asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento**. Costa Rica 2009.
2. **Lactancia Materna: Protección Temprana contra infecciones**. República Dominicana 2016. Disponible en: <http://www.infectoteam.com/lactancia-materna-proteccion-temprana-contrainfecciones>
3. **Semana Mundial de la Lactancia Materna 2013**. México 2013. Disponible en: <http://www.juarezdiario.com/juarez/semana-mundial-de-lactancia-materna-2013/>
4. LOMBARDI, Cintia, LUTTER, Chessa. **Apoyo a las madres que amamantan: cercano, continuo y oportuno**. Estados Unidos 2013.
5. MINSA, **La lactancia materna en el Perú y el cumplimiento del código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna – Reglamento de alimentación infantil en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima, Loreto**. Perú 2011.
6. MINISTERIO DE SALUD, **Semana Mundial de la Lactancia Materna Plan de Comunicaciones 2016**. Perú 2016. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/lactancia/matcom/Plan_de_comunicaciones_LM2016.pdf
7. MINISTERIO DE SALUD. **Lactancia Materna Un Derecho Universal**. Perú 2013. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/botines_dvmpv/cuaderno_10_dvmpv.pdf
8. INEI, **encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012**. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/>
9. INEI, **encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014**. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
10. EL PERUANO, **En un 50% cae desnutrición crónica infantil del país**. Perú 2016. Disponible en: <http://www.elperuano.pe/noticia-en-un-50-cae-desnutricion-cronica-infantil.el.pai.41325.aspx>
11. **Determinantes de salud y factores de riesgo**, Perú 2015. Disponible en: <http://b.sb-10.org/pravo/2514/index.html>

12. OLIVER ROIG, Antonio, **El abandono prematuro de la lactancia materna: Incidencia, factores y estrategias de protección, prevención y apoyo a la lactancia**, España 2012.
13. CARI GUTIERREZ, Yeaneth, **Situación de la lactancia materna exclusiva y factores que determinan su duración en madres atendidas en el Hospital Materno Infantil los Andes el Alto Octubre**, Bolivia 2005.
14. BROCHE CANDO, Regla Caridad y colegas, **Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva**, Cuba 2008.
15. V. ALVARADO, Aguin y colegas, **Causas de deserción de lactancia materna exclusiva en madres con niños menores de seis meses de edad**, Venezuela 2011.
16. RAMIREZ DE MATERAN, Mercedes y colegas, **Factores psicológicos y culturales de la lactancia materna en madres del Centro Ambulatorio Los Guayos y Centro Policlínico Valencia**, Venezuela 2002.
17. AMANZO LOPEZ y colega, **Factores que interfieren con la lactancia materna en el hospital Emergencia Grau – Es Salud Lima – Perú**, Perú 2001.
18. CARPIO GOMES, Jazmín, **Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el Centro de Salud Nueva Esperanza**, Perú 2014.
19. CARHUAS CORDOVA, Jem, **Factores asociados al abandono de la lactancia materna en un Centro de Salud de Lima Metropolitana**, Perú 2016.
20. VILLAVERDE VERGARA, Elizabeth Solange, **Factores socioculturales de las madres adolescentes asociados a la lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud Pérez Carranza**, Perú 2013.
21. TORRES SOLIS, Grisselly Paola, **Relación entre el factor sociocultural y la práctica de lactancia materna exclusiva de madres con lactantes de seis meses de edad del servicio de Cred del Puesto de Salud José Carlos Mariátegui, Huacho 2014**, Perú 2014.

22. AVALOS GONZALES, María Marlen, **Comportamiento de algunos factores biosociales en la lactancia materna en los menores de un año**. Cuba 2011.
23. Instituto Materno Perinatal Maternidad de Lima, **Nuestra Familia**, Perú 2014, Vol. 6: 4-10.
24. ROJAS RUIZ, Ana Vilma. **Lactancia materna y factores sociales**, Cuba 2000.
25. AGUILAR PALAFOX, María Isabel, FERNANDEZ ORTEGA, Miguel Ángel. **Monografía Lactancia Materna Exclusiva**, Revista Fac. Med. UNAM México 2007, Vol. 50 N°4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un074g.pdf>
26. UNICEF, **Lactancia Materna**. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html?p=printme
27. MARTINEZ ASMAD, Giovannini María, **Lactancia Materna**, Perú 2011.
28. HODGSON, María Isabel, **Lactancia y nutrición de niños, niñas y madres**, Chile 2013.
29. **Determinantes de salud y factores de riesgo**, Perú 2015. Disponible en: <http://b.sb-10.org/pravo/2514/index.html>
30. NATALBEN Lactancia, **Lactancia, Beneficios para la madre**, Chile 2014. Disponible en: http://www.natalbenlactancia.com/beneficios_madre
31. NARANJO CHANGO, Rosley Maribel, **Diseño de un manual educativo en lactancia materna dirigido a las madres de los niños que asisten a la guardería Estrellitas del mañana**, Ecuador 2011.
32. CONTRERAS, Coty, **El calostro materno y cuáles son sus beneficios**. Disponible en: <http://mamis.cl/2012/06/que-es-el-calostro-y-cuales-son-sus-beneficios/>
33. HELSING, E, **Guía práctica para una buena lactancia (factores que inciden en la práctica de la lactancia materna)**, México 1995.
34. OMS, **Lactancia Materna Exclusiva**, Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
35. HOSPITAL LAS VIRGENES DE LAS NIEVES, **Técnica de Amamantamiento correcto. La posición**. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/tecnica_amamantamiento_correcto.pdf

36. CONTRERAS, Coty, **Que es el calostro materno y cuáles son sus beneficios**. Disponible en: <http://mamis.cl/2012/06/que-es-el-calostro-y-cuales-son-sus-beneficios/>
37. CONTE, Dayris, HERNANDEZ, Keliveth, **Lactancia Materna Exclusiva**, Panamá 2012.
38. OMS, **Temas de Salud- Lactancia materna**, 2016. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
39. OMS, UNICEF, **Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño**, 2003. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf
40. RODRIGUEZ GOMEZ, Mónica, **Preparación a la maternidad Lactancia Materna**, España. Disponible en: <https://www.ginemed.es/Portals/6/Lactancia%20materna%20y%20artificial.pdf>
41. GIL, Ángel, **Tratado de nutrición: Nutrición humana en el estado de salud**, Tomo III 2º edición. España. Pág.: 216-217.
42. BABYCENTER, **La complementación de la lactancia con leche de fórmula**, 2016. Disponible en: <http://espanol.babycenter.com/a4300022/la-complementaci%C3%B3n-de-la-lactancia-con-leche-de-f%C3%B3rmula>
43. MI BEBE Y YO, **Lactancia mixta: cantidades y beneficios**. Disponible en: <http://www.mibebeyyo.com/bebes/alimentacion/alimentacion-bebe/lactancia-mixta-5608>
44. ECURED, **Lactancia artificial y mixta**. Disponible en : https://www.ecured.cu/Lactancia_artificial_y_mixta
45. MARRINER TOMEY, Ann, ALLIGOOD, Martha, **Adopción del rol materno – convertirse en madre de Ramona Mercer**. España 2011.
46. ALVARADO, Laura, GUARIN, Luzmila, CAÑON, Wilson, **Adopción del rol materna de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo**. Colombia 2011.
47. CANO OBANDO, María Fernanda, PIÑEROS NIÑOS, Aida Julia, VARGAS LOPEZ, Ángela María, **Propuesta de cuidado de enfermería durante la lactancia materna enmarcado en la teoría de Kristen Swanson**, Bogotá 2012.

48. **Nola Pender,** 2012. Disponible en:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>
49. **Madeleine Leininger,** 2012. Disponible en
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/madeleine-leininger.html>

ANEXOS

Anexo 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “Factores Socioculturales y su relación con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año del Centro de Salud José Boterín Callao 2016”.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA
¿Cuáles son los factores socioculturales que se relacionan con el tipo de lactancia en niños menores de 6 meses de edad en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016?	<p>Objetivo General</p> <p>Identificar los factores socioculturales que se relacionan con el tipo de lactancia en madres con niños menores de 1 año del Centro de Salud “José Boterín”.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar los factores sociales que se relacionan con el tipo de 	<p>➤ Hipótesis Alternativa</p> <p>Los factores socioculturales se relacionan significativamente con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año de edad en el Centro de Salud José Boterín Callao 2016.</p>	<p>V1: Factores Socioculturales Dimensiones</p> <p>1. Factores Sociales</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad de la madre • Ocupación • Apoyo familiar • Estado civil • Ingreso económico • Grado de instrucción 	<p>De enfoque cuantitativo porque tiene el propósito de analizar la realidad social descomponiéndola en variables, es relativamente constante y adaptable al tiempo.</p> <p>Es retrospectiva porque se registrara la información en un tiempo específico y se aplicara un cuestionario directamente a la población de estudio.</p>	<p>Población:</p> <p>Total 135 madres con hijos/as menores de 1 año</p> <p>Muestra:</p> <p>Muestreo probabilístico aleatorio simple, obteniendo una muestra de 58 madres para el estudio.</p>

	<p>lactancia en niños menores de 1 año.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar los factores culturales que se relacionan con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año. ▪ Identificar el tipo de lactancia en niños menores de 1 año. ▪ Establecer la relación entre los factores socioculturales y el tipo de lactancia en niños menores de 1 año. 	<p>➤ Hipótesis Nula</p> <p>Los factores socioculturales no se relacionan significativamente con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín Callao 2016.</p>	<p>2. Factores Culturales</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencias • Desconocimiento <p>V2: Tipo de Lactancia Dimensiones</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lactancia Materna Exclusiva <ul style="list-style-type: none"> • Solo leche materna. 2. Lactancia Complementaria <ul style="list-style-type: none"> • Leche materna y formula. 3. Lactancia Artificial <ul style="list-style-type: none"> • Solo formula. 	<p>Es de corte transversal porque se realizan una serie de observaciones y estudia las variables con una medición en un corte del tiempo.</p> <p>De carácter descriptivo porque se encuentra en un primer nivel de investigación donde no hay manipulación de variables o comparación de grupos.</p>	
--	---	---	---	--	--

ANEXO 02

PRUEBA BINOMIAL – JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° DE JUEZ							VALOR DE P
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4	1	1	1	1	1	1	1	0.008
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	1	1	0	1	0.062(*)
7	1	1	1	1	1	1	1	0.008

(*) Se realizaron las modificaciones en este criterio, teniendo en cuenta las recomendaciones de los jueces expertos.

SI $P < 0.05$ la concordancia es significativa.

FAVORABLE: 1 (SI)

DESFAVORABLE: 0 (NO)

$P = 0.015$

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“FACTORES SOCIOCULTURALES Y SU RELACION CON EL TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN EL CENTRO DE SALUD JOSE BOTERIN – CALLAO 2016”

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste a Srta. María Isabel Yerén Chirre, bachiller en enfermería de la Universidad Nacional del Callao.

Entiendo que la entrevista formara parte de un estudio sobre los factores socioculturales y su relación con el tipo de lactancia en niños menores de un año en el Centro de Salud José Boterín, en el horario que me convenga. El cuestionario durara 15 minutos.

También estoy enterada que la investigadora puede ponerse en contacto conmigo en el futuro, a fin de obtener más información.

He concebido libremente este cuestionario. Se me ha notificado que es del todo voluntario y que aun después de iniciada puedo reusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas no serán reveladas a nadie y que en ningún momento de este estudio se me identificara jamás en forma alguna. También se me ha informado de que tanto si participo, como si no, no sere afectado de ninguna manera.

Este estudio contribuirá a entender mejor la relación que tienen los factores socioculturales y el tipo de lactancia en niños menores de un año. Sin embrago, yo no recibiré ningún beneficio económico directo como resultado de mi participación. Por lo que el beneficio será la retroalimentación y la capacitación.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que la Srta. María Isabel Yerén Chirre, es la persona a quien debo buscar en caso que tenga alguna pregunta acerca del estudio sobre mis derechos como participante. Puede ser localizada mediante una llamada telefónica al 974664906.

Firma del Entrevistado

Lima – Callao 2016

ANEXO 04



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

CUESTIONARIO

INTRODUCCION

El presente instrumento es parte de un estudio de investigación titulado "Factores socioculturales y su relación con el tipo de lactancia en niños menores de 1 año en el Centro de Salud José Boterín – Callao 2016".

INSTRUCCIONES

Leer atentamente y responder con sinceridad las siguientes preguntas. Este cuestionario es de carácter anónimo por lo tanto es confidencial toda la información.

I. DATOS GENERALES

1. Edad de la madre:

() 12 a 17 años

1

() 18 a 29 años

2

() 30 a 59 años

3

2. Número de hijos:

() De 1 a 2

1

() Más de 2

2

3. Edad del último hijo: _____ meses

Menor de 6 meses

1

Mayor de 6 meses

2

II. FACTORES SOCIALES

1. Estado Civil

() Soltera

1

() Casada

2

() Conviviente

3

2. Ocupación de la madre

- () Ama de casa
() Estudiante
() Trabajadora

3. ¿Con quién vive actualmente?

- () Pareja e hijo () Familiares e hijo
() Pareja, familiares e hijo () Sola con su hijo

4. El ingreso económico que recibe al mes cubre sus necesidades básicas

- () Si () No

5. Grado de Instrucción

- () Primaria completa () Secundaria completa
() Técnico Superior () Superior universitario

III. FACTORES CULTURALES

CONOCIMIENTOS

6. La lactancia materna exclusiva es el alimento ideal para el recién nacido hasta los seis meses.

- () Si () No

7. La leche artificial provee los nutrientes necesarios para el crecimiento del niño y niña

- () Si () No

8. La lactancia materna exclusiva es a libre demanda, cada vez que el bebe lo pide.

- () Si () No

9. La leche materna es importante porque protege al bebe de contraer diferentes enfermedades.

- () Si () No

10. La leche materna disminuye el riesgo de alergias respiratorias y digestivas en el recién nacido.

- () Si () No

11. La lactancia materna ayuda al niño a formar una personalidad más segura e independiente.

() Si 1 () No 0

CREENCIAS

12. Al amamantar por un largo periodo se le caen los pechos.

() Si 0 () No 1

13. A través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad al bebe.

() Si 0 () No 1

14. La primera leche materna que es transparente puede ser dañina ara los bebes.

() Si 0 () No 1

15. Las agüitas de anís, manzanillas y otras infusiones, previene el cólico y los gases en el bebe.

() Si 0 () No 1

16. La cólera de la madre altera la leche del pecho.

() Si 0 () No 1

17. La leche artificial es la mejor opción para madres que estudian o trabajan.

() Si 0 () No 1

IV. TIPO DE LACTANCIA

18. Tipo de alimentación de su hijo:

() Lactancia Materna 1
() Lactancia Mixta 2
() Lactancia Artificial 3

OBSERVACIONES: _____

ANEXO 05

MATRIZ DE CONSISTENCIA

N°	Factores Sociales								Factores culturales											Tipo de Lactancia	
	Edad	N° Hijos	Edad Hijo	Estado Civil	Ocupación	Apoyo Familiar	Ing. Econo.	Grado Inst.	Conocimientos						Creencias						
									Preg 6	Preg 7	Preg 8	Preg 9	Preg 10	Preg 11	Preg 12	Preg 13	Preg 14	Preg 15	Preg 16		Preg 17
1	18-29	1 a 2	< 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	Si	Secundaria completa	Si	No	Si	No	No	No	No	Si	No	Si	Si	No	LM
2	30-59	Más de 2	> 6meses	Conviviente	Trabajadora	Pareja, familiares e hijo	Si	Primaria completa	Si	No	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	Si	No	L. Mixta
3	18-29	1 a 2	> 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	No	Secundaria completa	No	No	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Si	No	LM
4	18-29	1 a 2	< 6meses	Soltera	Ama de casa	Familiares e hijo	No	Secundaria completa	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	LM
5	18-29	1 a 2	> 6meses	Soltera	Ama de casa	Familiares e hijo	Si	Primaria completa	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	No	LM
6	18-29	1 a 2	< 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	Si	Secundaria completa	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	No	Si	LM
7	30-59	Más de 2	> 6meses	Conviviente	Trabajadora	Pareja, familiares e hijo	No	Secundaria completa	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	LM
8	18-29	1 a 2	< 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja e hijo	No	Primaria completa	Si	No	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	Si	LM
9	30-59	Más de 2	< 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	No	Secundaria completa	Si	No	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	LM
10	18-29	1 a 2	< 6meses	Soltera	Estudiante	Familiares e hijo	No	Primaria completa	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	L. Mixta
11	30-59	Más de 2	> 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	No	Secundaria completa	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	L. Mixta
12	30-59	1 a 2	> 6meses	Soltera	Trabajadora	Familiares e hijo	No	Sup. Universitario	No	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No	Si	Si	L. Mixta
13	18-29	1 a 2	< 6meses	Conviviente	Estudiante	Pareja, familiares e hijo	No	Secundaria completa	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	L. Mixta
14	30-59	1 a 2	> 6meses	Soltera	Trabajadora	Familiares e hijo	No	Primaria completa	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	L. Mixta
15	18-29	1 a 2	< 6meses	Soltera	Trabajadora	Familiares e hijo	Si	Tec. superior	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	L. Mixta
16	30-59	Más de 2	> 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	Si	Tec. superior	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	LM
17	30-59	Más de 2	> 6meses	Casada	Trabajadora	Pareja, familiares e hijo	No	Sup. Universitario	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Si	No	LM

18	18-29	1 a 2	> 6meses	Conviviente	Trabajadora	Pareja, familiares e hijo	Si	Tec. superior	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	LM
19	30-59	Más de 2	> 6meses	Casada	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	Si	Primaria completa	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	L. Mixta
20	30-59	Más de 2	< 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	No	Tec. superior	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	No	LM
21	18-29	1 a 2	< 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja e hijo	No	Primaria completa	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	No	LM
22	18-29	1 a 2	> 6meses	Soltera	Ama de casa	Familiares e hijo	No	Sup. Universitario	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	LM
23	18-29	1 a 2	> 6meses	Soltera	Ama de casa	Familiares e hijo	Si	Primaria completa	Si	No	No	Si	No	Si	Si	No	No	No	Si	Si	LM
24	18-29	1 a 2	< 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	No	Secundaria completa	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Si	No	L. Mixta
25	30-59	1 a 2	> 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	Si	Secundaria completa	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	LM
26	18-29	Más de 2	< 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	No	Primaria completa	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	L. Mixta
27	30-59	1 a 2	> 6meses	Casada	Ama de casa	Pareja e hijo	No	Secundaria completa	Si	No	Si	Si	Si	L. Mixta							
28	18-29	1 a 2	< 6meses	Casada	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	Si	Secundaria completa	Si	No	Si	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	No	LM
29	30-59	1 a 2	> 6meses	Conviviente	Trabajadora	Pareja, familiares e hijo	Si	Primaria completa	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	LM
30	18-29	1 a 2	< 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	Si	Secundaria completa	Si	No	Si	No	No	No	No	Si	No	Si	Si	No	LM
31	18-29	1 a 2	< 6meses	Soltera	Ama de casa	Familiares e hijo	No	Secundaria completa	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	LM
32	18-29	1 a 2	< 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja e hijo	Si	Secundaria completa	Si	No	No	Si	No	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	LM
33	30-59	1 a 2	> 6meses	Conviviente	Trabajadora	Pareja, familiares e hijo	No	Secundaria completa	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Si	No	L. Mixta
34	18-29	1 a 2	< 6meses	Soltera	Ama de casa	Familiares e hijo	Si	Secundaria completa	Si	No	Si	No	No	No	No	Si	No	Si	Si	Si	LM
35	18-29	Más de 2	> 6meses	Conviviente	Trabajadora	Pareja, familiares e hijo	No	Tec. superior	No	No	No	Si	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	L. Mixta
36	18-29	1 a 2	< 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja e hijo	No	Secundaria completa	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	LM
37	18-29	Más de 2	> 6meses	Conviviente	Trabajadora	Pareja, familiares e hijo	No	Secundaria completa	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	Si	No	L. Mixta
38	30-59	1 a 2	> 6meses	Conviviente	Trabajadora	Pareja, familiares e hijo	Si	Secundaria completa	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	No	LM
39	18-29	1 a 2	< 6meses	Conviviente	Ama de casa	Pareja, familiares e hijo	Si	Secundaria completa	No	No	Si	Si	No	No	No	Si	No	Si	Si	No	LM
40	18-29	1 a 2	< 6meses	Soltera	Ama de casa	Familiares e hijo	No	Secundaria completa	No	No	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	LM