

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES QUE ACUDEN  
AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO,  
HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA,  
CHACHAPOYAS – 2017**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

**Autora : Bch. Enf. Zoila Rosa Rivadeneyra Santillán**  
**Asesora : Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez**

**CHACHAPOYAS – AMAZONAS**

**2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA  
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES QUE ACUDEN  
AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO,  
HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA,  
CHACHAPOYAS – 2017**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

**Autora : Bch. Enf. Zoila Rosa Rivadeneyra Santillán**  
**Asesora : Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez**

**CHACHAPOYAS – AMAZONAS**

**2018**

## **DEDICATORIA**

A Dios por haberme dado la vida y guiarme por el camino correcto en cada paso que he dado tanto en mi vida personal como universitaria.

A mi madre por haberme brindado su apoyo incondicional a cada momento de su vida, escucharme y darme las fuerzas para culminar con mis metas trazadas.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería por brindarme sus conocimientos, aptitudes y destrezas en mi formación profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

Al director el Dr. Jorge Arturo La Torre y Jiménez del Hospital Regional Virgen de Fátima; la jefa de enfermeras Lic. Enf. Clara Sacramenta Chozo cornejo y a la jefa del servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño Lic. Enf. Sonia Santillán Salazar, por permitirme el ingreso a la institución diariamente para la aplicación de mi instrumento de evaluación.

A todas las madres de niños de 3 a 6 meses que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, por su colaboración de gran valor para la ejecución de la presente investigación.

A mi asesora licenciada en enfermería Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez por brindarme su apoyo, las horas dedicadas a este trabajo de investigación, su paciencia y comprensión.

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**Dr. Policarpio Chauca Valqui**

**Rector**

**Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón**

**Vicerrector Académico**

**Dra. Flor Teresa García Huamán**

**Vicerrectora de investigación**

**Dr. Edwin Gonzáles Paco**

**Decano de la Facultad**

**JURADO DE EVALUADOR**

**(Resolución de Decanato N° 116-2016-UNTRM-VRAC/F.C.S.)**

---

Dr. Enf. Edwin Gonzales Paco  
Presidente de Jurado de Tesis

---

Dra. Enf. Sonia Tejada Muñoz  
Secretaria de Jurado de Tesis

---

Mg. Oscar Pizarro Salazar  
Vocal de Jurado de Tesis

## DECLARACIÓN JURADA DE NO PLAGIO

Yo, Zoila Rosa Rivadeneyra Santillán, identificada con DNI: 45482837, estudiante de la Escuela Profesional de enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.

Declaro bajo juramento que:

1. Soy autora de la tesis titulada:

“Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2017”

La misma que presento para optar:

Título profesional

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para la cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo con responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudiera derivarse para LA UNTRM en favor de terceros por motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones civiles y penales que de mi acción se deriven.

Chachapoyas, 26 de abril del 2018

.....

Firma

## **DECLARACION JURADA**

Yo, **Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez** con DNI N° 40623694, con domicilio legal en el Jr. Bolivia S/N, docente auxiliar tiempo completo de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Doy visto bueno, al informe final de tesis denominado, “**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS – 2017**”. Que estuvo conducida por la estudiante de enfermería Zoila Rosa Rivadeneyra Santillán, de la Escuela Profesional de enfermería.

**Por lo tanto:**

Firmo la presente para mayor constancia.

Chachapoyas, 26 de abril del 2018

---

**Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez**  
**DNI: 40623694**  
**Docente de la Escuela Profesional de enfermería**

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Autoridades universitarias	v
Jurado evaluador	vi
Declaración jurada de no plagio	vii
Visto bueno de la asesora	viii
Índice	ix
Índice de tablas	x
Índice de figuras	xi
Índice de anexos	xii
Resumen	xiii
Abstract	xiv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	4
III. MARCO TEÓRICO	5
IV. MATERIALES Y MÉTODOS	27
- Tipo y diseño de investigación	
- Población muestral	
- Métodos, técnicas e instrumento de recolección de datos	
- Análisis y presentación de datos	
V. RESULTADOS	31
VI. DISCUSIÓN	34
VII. CONCLUSIÓN	39
VIII. RECOMENDACIONES	40
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	45

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2017	31
Tabla 2: Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva según dimensiones en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2017	32

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2017	31
Figura 2: Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva según dimensiones en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2017	32

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1	46
Matriz de consistencia	
Anexo 2	47
Operacionalización de variables	
Anexo 3	50
Instrumento de evaluación del nivel conocimientos sobre lactancia materna exclusiva	
Anexo 4	58
Validez del instrumento de recolección de datos	
Anexo 5	63
Confiabilidad del instrumento de recolección de datos	
Anexo 6	67
Clasificación y puntaje del instrumento	
Anexo 7	69
Caracterización de la población sobre el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017	
Anexo 8	70
Edad y nivel de conocimientos sobre LME de las madres que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017	
Anexo 9	70
Escolaridad y nivel de conocimientos sobre LME de las madres que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017	
Anexo 10	71
Ocupación y nivel de conocimientos sobre LME de las madres que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017	
Anexo 11	71
Pariedad y nivel de conocimientos sobre LME de las madres que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017	
Anexo 12	72
Edad en meses y nivel de conocimientos sobre LME de las madres que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017	
Anexo 13	72
Capacitación y nivel de conocimientos sobre LME de las madres que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017	

## RESUMEN

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo; de tipo observacional, prospectivo, transversal, análisis estadístico univariado, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Virgen de Fátima; la población muestral estuvo constituida por 40 madres de familia, se utilizó como instrumento el “Cuestionario nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva” elaborado por la autora, cuya validez por juicio de expertos fue  $VC = 8.8817 > VT = 1.6449$  y una alta confiabilidad de 0.94. Los resultados evidenciaron que del 100% (40) de las madres encuestadas; 82.5%(33) percibió un nivel de conocimiento medio y el 17.5%(7) nivel bajo. Según las dimensiones: importancia de LME el 75% (30) percibió un nivel de conocimiento bajo y 25% (10) nivel medio, en la dimensión beneficios de LME el 65% (26) percibió un nivel de conocimiento medio y el 35% (14) nivel bajo, en ventajas de LME el 65% (26) percibió un nivel de conocimiento bajo, y 35% (14) nivel medio, en la dimensión técnicas de LME el 85% (34) percibió un nivel de conocimiento medio y el 15% (6) nivel bajo. Además, el 50% de la población tiene una edad comprendida entre 16 a 20 años, el 40% se encuentran en la secundaria, el 47.5% se dedica a su hogar y además trabaja, el 75% son primíparas y el 70% han recibido al menos una capacitación. En conclusión el nivel de conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva fue en su mayoría en un conocimiento medio, según las dimensiones de importancia y ventajas de LME, en más de la mitad se encuentra un nivel bajo y en las dimensiones de beneficios y técnicas de LME, más de la mitad es de nivel medio de conocimientos.

**Palabras claves:** nivel de conocimientos, lactancia materna exclusiva, madres.

## ABSTRACT

The present investigation was of a quantitative, descriptive level; of observational, prospective, cross-sectional type, univariate statistical analysis, whose objective was to determine the level of knowledge about exclusive breastfeeding in the mothers that attend the service of growth and development of the Regional Hospital Virgen de Fátima; the sample population was constituted by 40 mothers, the "Questionnaire level of knowledge on exclusive breastfeeding" elaborated by the author, whose validity by expert judgment was  $VC = 8.8817 > VT = 1.6449$  and a high reliability of 0.94. The results showed that 100% (40) of the mothers surveyed; 82.5% (33) perceived an average knowledge level and 17.5% (7) low level. According to the dimensions: importance of LME, 75% (30) perceived a low level of knowledge and 25% (10) average level, in the benefits dimension of LME 65% (26) perceived an average level of knowledge and 35% (14) low level, in advantages of LME 65% (26) perceived a low level of knowledge, and 35% (14) average level, in the technical dimension of LME 85% (34) perceived an average level of knowledge and 15% (6) low level. In addition, 50% of the population is between 16 and 20 years old, 40% are in high school, 47.5% are dedicated to their home and also work, 75% are primiparous and 70% have received at least one training. In conclusion, the level of knowledge about exclusive breastfeeding was mostly an average knowledge, according to the dimensions of importance and advantages of LME, in more than half there is a low level and in the dimensions of benefits and techniques of LME, more than half is of average level of knowledge

**Keywords:** level of knowledge, exclusive breastfeeding, mothers.

## **I. INTRODUCCIÓN**

Dar de mamar es el mejor comienzo de la vida de un niño o una niña. Dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto de la piel suave y calentita de la madre, le da tranquilidad y placer al niño o niña. La compañía, la voz, el olor, el mirarlo a los ojos y el contacto con la madre le dan seguridad y estímulo al hijo o hija. La leche materna favorece su desarrollo y le da al niño o niña el alimento que necesita para estar bien nutrido. La leche materna contiene los aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro, también los protege contra las infecciones y enfermedades (UNICEF, 2012, pp. 9 - 11).

La lactancia materna exclusiva consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos – ni siquiera agua – exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes. (OMS, 2016, p. 1).

El examen de los datos científicos ha revelado que a nivel poblacional la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes (OMS, 2017, p. 1).

La Tarjeta de Puntuación Mundial para la Lactancia Materna, que evaluó las prácticas de lactancia materna en 194 naciones, encontró que sólo el 40% de los niños menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva (únicamente leche materna) y sólo 23 países, entre ellos el Perú, registran índices exclusivos de lactancia materna por encima del 60% (OPS, 2017, p.1).

Amamantar puede ser una tarea difícil al principio, de modo que no debes preocuparte, sino comunicarte con un médico o un asesor de lactancia para que te ayude (Procter y Gamble, 2017, p. 1).

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. (OMS, 2017, p. 1).

La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. Además, reduce la mortalidad de lactantes por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una rápida recuperación de las enfermedades. (OMS, 2013, p. 12).

Si se amamantara a todos los niños del mundo, cada año se podrían salvar unas 220,000 vidas. Un análisis reciente de estudios llevados a cabo en Ghana, la India y el Perú muestra que los lactantes no alimentados al pecho tenían 10 veces más probabilidades de morir que los que recibieron leche materna como alimento predominante o exclusivo. (OMS, 2013, p. 1).

En el Perú, la tasa de lactancia natural exclusiva aumentó espectacularmente durante la década de los noventa –de menos del 20% en 1992 a algo más del 57% en 2000, gracias al esfuerzo desplegado a nivel nacional para capacitar a los trabajadores sanitarios y poner en práctica la iniciativa OMS/UNICEF de hospitales amigos del niño, que certifica el apoyo de los centros de salud a la lactancia materna. En consecuencia, la tasa del Perú está muy por encima de la tasa mundial, pero en los últimos años los progresos se han frenado (2012: 67,5%). En algunas zonas, sobre todo en las ciudades, hay indicios de una tendencia a la baja. (OMS, 2013, p. 1).

La lactancia materna es practicada por menos grupos de mujeres en la población; probablemente porque carecen de los conocimientos y beneficios que proporciona al recién nacido. La lactancia materna, además por verse influenciada por los modernos estilos de vida siendo evidente que la mayor parte de las mujeres en las comunidades siguen estos patrones culturales poniendo en peligro la vida del recién nacido. (OMS, 2017, p. 1)

Actualmente, en el Perú la cifra nacional de lactancia materna llega a 69.2%, sin embargo existen regiones donde apenas se alcanza el 29% (OPS, 2017, p.1). Las tasas son más bajas entre los nacidos en centros de salud, los atendidos en el parto por profesionales sanitarios, los nacidos en zonas urbanas, y los hijos de madres con mayores ingresos y nivel educativo. Esto puede parecer sorprendente, ya que en los países de ingresos altos la situación suele ser la inversa: las madres con más ingresos y nivel educativo tienden más a dar el pecho a su niño. El Perú intentará aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y continuación de la lactancia hasta los 24 meses en un 2% anual hasta 2021. (OMS, 2013, p. 1).

Según la información proporcionada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2016, las regiones de Huancavelica (100%), Pasco (87.3%) y Loreto (77.7%) son las que registran los índices más altos de proporcionar a los niños y niñas con lactancia materna exclusiva, a diferencia de las regiones de Tumbes (29.6%), Ica (40.5%) y Madre de Dios (45.3%) que presentan una menor cantidad. De acuerdo al área de residencia, en el área urbana, la proporción de niños con lactancia materna exclusiva es del 63.2% mientras que en el área rural sube a 84.3% mostrando una diferencia de más de 20 puntos porcentuales. (OPS, 2017, p.1)

De acuerdo a la misma fuente, en el año 2012, el 54.8% de recién nacidos empezó a lactar dentro de la primera hora de haber nacido. Para el 2016, esta cifra disminuyó a 50.5%. En este mismo año, se encontró que en el quintil superior de riqueza sólo el 27.9% de bebés empezaba a lactar dentro de la primera hora de haber nacido, en comparación de aquellos pertenecientes al quintil inferior de riqueza que llegaban al 72%. (OPS, 2017, p.1)

Debido a la necesidad de promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, lo cual es la labor primordial del profesional de enfermería, se realiza esta investigación que servirá como antecedente de futuras investigaciones, además como profesionales de enfermería dedicados al cuidado y la prevención de la enfermedad, será un canal de comunicación con las madres de los lactantes las cuales confiarán sus inquietudes, creencias y prácticas acerca de la lactancia permitiendo identificar sus necesidades y evitando las grandes tasas de morbi – mortalidad de los niños menores de 5 años.

Ante estos argumentos y evidencias encontradas se formuló la siguiente interrogante ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas – 2017? es así como nació el interés de realizar la presente investigación, considerando que las madres que acuden a dicho servicio son las más indicadas para brindar respuesta a esta interrogante.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas – 2017.

### **2.2. Objetivos específicos**

Valorar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva según dimensiones: importancia, beneficios, ventajas y técnicas de amamantamiento.

Caracterizar a la población objeto de estudio.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Antecedentes de la investigación:

Ferrer, K. y Pajuelo, N. (2017). Lima – Perú, cuyo objetivo fue: determinar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva según el sexo en adolescentes de la Institución Educativa nacional de San Felipe, del distrito de Comas, en el periodo Julio – Diciembre del 2015. Sus resultados: el porcentaje de los niveles de conocimiento oscilan entre 39.3% nivel alto, 18.7% nivel medio y 42.01 % nivel bajo mientras que los valores de cada nivel de conocimiento son el alto 145, el medio 69 y el bajo con un valor de 155.

Injante, M. et al. (2017). Ica – Perú, en su trabajo de investigación cuyo objetivo fue: evaluar los conocimientos, identificar las actitudes, determinar las prácticas y revisar la congruencia entre estos tres puntos referentes a lactancia materna exclusiva. Resultados: se concluye que las gestantes tienen buenos conocimientos de lactancia materna exclusiva, sin embargo estos conocimientos no son coherentes con las actitudes y prácticas identificadas.

Miñano, J. (2017). Trujillo – Perú, cuyo objetivo fue: determinar cuáles son los factores que influyen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva (LME) de los lactantes hasta los 6 meses de edad atendidos en el área de Control del Crecimiento y Desarrollo del niño sano durante el periodo de Diciembre del 2016 a febrero del 2017 en el HRDT. Resultados: se incluyeron 104 lactantes, siendo 36.54% que cumplieron con LME hasta los seis meses de edad, con una mediana de inicio de la LME de 2h. la mediana de duración de la LME fue de 3,5 meses. De los factores se encontró que la edad de la madre, la primera gestación, ocupación de la madre y el tipo de parto tuvieron significancia estadística ( $p < 0,05$ ). Además las madres refirieron principal motivo para la interrupción de la LME antes de los seis meses fueron el “poco volumen lacteo” (37,88%), el inicio de actividades laborales o estudiantiles (15,15%) y “el lactante no se llena o queda con hambre” (12,5%).

García, L. (2015). Lima – Perú, en su trabajo de investigación cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva. Sus resultados: el nivel de conocimientos de las madres fue medio en el 51.7%, bajo en el 41.7% y alto en

el 6.7%. Conclusión: Un alto porcentaje de madres presentó un nivel bajo de conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva. Por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas que permitan educar a esta población y a futuras madres lactantes.

Gonzales, I. et al. (2015). Cuba, en su trabajo de investigación cuyo objetivo: identificar causas y consecuencias del abandono de la lactancia materna exclusiva. Resultados: la lactancia artificial fue la más utilizada, con un 57,6 %, la edad de dos meses predominó en el abandono de la lactancia materna, para un 38,4 %, la hipogalactia prevaleció como causa para abandonarla (47,1 %), hubo un 63,2 % de incidencia de enfermedades alérgicas en niños con lactancia artificial, mayor presencia de infecciones respiratorias agudas, con un 87,1 %; enfermedades diarreicas agudas (51,7 %), y malnutridos el 48,3 %, se encontró el 63,8 % de niños normopeso con lactancia materna exclusiva. Conclusiones: predominó la lactancia artificial a partir de dos meses, con la hipogalactia como causa de abandono de la lactancia materna, de forma proporcional aumentó la aparición de enfermedades alérgicas, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y niños mal nutridos.

Rivera, E. et al. (2015). Cuba, en su trabajo de investigación cuyo objetivo fue caracterizar el comportamiento de la lactancia materna exclusiva, según factores biosociales en el Policlínico Docente "Aleida Fernández Chardiet" del municipio La Lisa, en 2015. Sus resultados fueron: el 49,5% de madres mantuvo lactancia materna exclusiva por 6 meses. Solo 34,2% de madres con nivel de escolaridad de secundaria, mantuvo la lactancia materna exclusiva por 6 meses. Concluyó: Casi la mitad de las madres mantuvieron la lactancia materna exclusiva por 6 meses. En las madres en que la lactancia materna exclusiva duró menos de 6 meses, predominaron los siguientes factores biosociales: edad menor de 20 años, nivel de escolaridad de secundaria, estudiantes, primíparas, solteras y las de familia severamente disfuncionales. La insuficiente disponibilidad de leche en las mamas fue la causa más frecuente de supresión de la lactancia materna exclusiva.

Romero, M. y Zaravia, K. (2015). Lima – Perú, en su trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva. Sus resultados revelaron que el 54,32% (n=44) de las madres

adolescentes tenían un nivel de conocimiento regular, el 30,86% (n=25) un nivel de conocimiento malo y el 14,82 % (n=14) un nivel de conocimiento bueno. Concluyendo: el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes fue regular con un 58% (n=47).

Delgado, L. y Nombera, F. (2013). Chiclayo - Perú, en su trabajo de investigación cuyo objetivo general fue: determinar los niveles de conocimientos de las madres adolescentes en las prácticas de la lactancia materna exclusiva. Los resultados fueron: que el 48.4% de madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimientos y solo 10.5% nivel alto; sin embargo 70% no mantienen la duración adecuada, 62.9% no posicionan adecuadamente al bebé, 75.8% no muestran adecuada postura y 64.5% no controlan la frecuencia de amamantamiento.

Guerrero, J y Vera, J. (2013). Ecuador, en su trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento, actitud y técnicas sobre lactancia materna de las madres adolescentes en la Fundación Clínica Humanista Pablo Jaramillo, durante el periodo agosto 2012 a enero 2013. Sus resultados fueron: el nivel 1 (malo) corresponde al 55%, el nivel 2 (regular) al 19%, el nivel 3 (bueno) al 21% y el nivel 4 (excelente) al 5% de la muestra. Por otra parte la actitud que presenta la madre hacia la práctica de la lactancia fue en el nivel 1 (malo) se ubica el 1%, en el nivel 2 (regular) el 9%, en el nivel 3 (bueno) el 26% y en el nivel 4 (excelente) al 64%.

Palacios, E. (2015). Ancash – Perú, en su investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos en relación con el nivel de prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al centro de salud de Coishco en Áncash, 2012. Sus resultados fueron el mayor porcentaje de nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las madres primíparas fue regular y las prácticas fueron adecuadas.

Ferro, M. y Flores, H. (2006). Lima – Perú, en su trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales. Sus resultados: Solamente el 30.1% mostró un nivel de conocimiento bueno; con respecto a la lactancia materna, lo que quiere decir que la gran mayoría 69.9% demostraron un conocimiento inadecuado (entre regular y malo). Concluyendo: El nivel de conocimiento

inadecuado predominó entre regular a malo en un 70 %. El grupo de adolescentes son las que tienen mayor riesgo a tener un conocimiento inadecuado de lactancia materna; del mismo modo que las mujeres que son solteras con grado de instrucción de primaria, las empleadas, las primíparas. La ocupación materna no tuvo relación con el nivel de conocimiento en el presente estudio.

## **3.2. Bases teóricas:**

### **3.2.1. Conocimiento:**

El conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vago e inexacto; en base a ello tipifica al conocimiento en: conocimiento científico y ordinario o vulgar (Bunge, 2004, p. 58).

El primero lo identifica como un conocimiento racional, cuántico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia; y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto, limitado a la observación.

Según el punto de vista del filósofo Salazar Bondy define primero como un acto y segundo como un contenido: dice del conocimiento como un acto que es la aprehensión de una cosa, una propiedad, hecho u objeto por su sujeto consiente, entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. (Salazar, 1953, p. 34).

Conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo, que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando, cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. (Salazar, 1953, p. 34).

Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades, irán cambiando a medida que aumenten los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas: la informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele completarse con otros medios de información: la formal, viene a ser aquella que se imparte en las escuelas e instituciones formadas donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular. (Eyssautier, 2006, p. 89).

**Tipos de conocimiento** (Cazau, P, 1997, pp. 8-10).

**El conocimiento cotidiano:** podemos considerar al saber cotidiano como el más antiguo de todos y cabe suponer que existe desde los albores de la humanidad. Algunas veces fue llamado también “sentido común”, y otras “saber vulgar” y aun “saber pre-científico”. No son aceptables estas dos últimas denominaciones: la primera por desvalorizada, y la segunda por ser excesivamente amplia, ya que hay otras formas de conocimiento, además del saber cotidiano, que también precedieron cronológicamente a la ciencia, como los mitos y la filosofía.

Hemos preferido otra denominación habitual, la de “conocimiento cotidiano” por qué hace hincapié en la idea que es un conocimiento que “usamos todos los días”, más allá de si somos filósofos, científicos, artesanos o simples peones. De hecho, es perfectamente concebible que durante todo el día un eminente científico, luego de investigar concienzudamente la efectividad de una droga que favorezca la coagulación sanguínea en un gran laboratorio (saber científico), llegue a su casa, se corte accidentalmente con el cuchillo y se aplique el viejo remedio que su padre le enseñó, para detener la hemorragia (saber cotidiano).

Conocimiento cotidiano es por ejemplo saber que cuando sopla el viento del sureste tendremos tormenta, saber que si uno pone los dedos en el enchufe se electrocuta, saber que si nos aplicamos una barra de azufre desaparecerá el dolor muscular, saber que si a una persona la halagamos probablemente consigamos que nos haga algún favor. Para todo ello no necesitamos haber estudiado meteorología, ni física, ni psicología, vale decir, el saber cotidiano no es aun saber científico.

**El conocimiento mítico:** dentro de este tipo de saber incluimos una vasta gama de inquietudes humanas, desde las supersticiones hasta las mitologías y las religiones monoteístas, las que, si bien son diferentes entre sí en muchos aspectos, comparten no obstante el hecho de constituir una forma de conocimiento distinta al saber cotidiano y cuyas características enunciaremos a continuación.

**El conocimiento filosófico:** existe una filosofía occidental y una oriental, lo que aquí consideramos como comienzo del conocimiento filosófico tiene relación con la primera, porque la filosofía oriental representa una transición donde aún el saber filosófico propiamente dicho está muy impregnado en el saber mítico-religioso.

En general, el pensamiento oriental corresponde a los sistemas filosófico-religiosos de los países del cercano, medio y lejano oriente, por ejemplo Asia Menor, Siria, Irán, Japón y particularmente India y China. Las filosofías árabes y judías están en un punto intermedio entre el pensamiento oriental y el occidental.

El estudio de aquello que trasciende la percepción inmediata lo denominamos conocimiento filosófico, se basa fundamentalmente en la reflexión sistemática para descubrir y explicar fenómenos. Con este conocimiento no podemos percibir a través de los sentidos al objeto de estudio; pero tenemos la certeza que existe y podemos aproximarnos a él con un plan elaborado para definirlo y caracterizarlo. Cuando conocemos y construimos conocimiento filosófico, también lo podemos hacer de forma sistemática, metódica, analítica y crítica pero, teniendo como objeto de estudio aquello que no podemos tocar, lo intangible. (Abarca R, 2012, pp. 2 – 12).

**El conocimiento científico** (Abarca R, 2012, pp. 2 – 12). Luego de un largo trayecto llegamos así al surgimiento científico, que un poco convencionalmente podemos situar en la época de la historia llamada comúnmente renacimiento o humanismo (siglos XV y XVI). Si tenemos que mencionar a un conspicuo representante de esta nueva forma de conocer deberíamos referirnos, a riesgo de quedar mal con muchos otros, a Galileo Galilei. Examinemos entonces las características de este saber científico, que ha ido creciendo ininterrumpidamente desde entonces hasta nuestros días.

- **El conocimiento científico es racional y experiencial al mismo tiempo.** Esta característica del saber filosófico de estar organizado como un sistema jerárquico deducible de unos a otros, y que es lo

que aquí designamos racionalidad, y fue algo que el saber científico heredó de la filosofía. Incluso algunos autores llegan a considerar esta característica como esencial en la ciencia: Reservamos el término “ciencia” para el conocimiento general y sistemático, esto es, aquel en el cual se deducen todas las proposiciones específicas de unos pocos principios generales.

- **El conocimiento científico es especulativo y práctico al mismo tiempo.** La ciencia no tiene como objetivo aumentar el conocimiento del mundo por una cuestión de afán de saber, sino que también se propone sacarle provecho a ese conocimiento con el fin de poder predecir los acontecimientos y así dominar la naturaleza. “Hereda” así el carácter especulativo de la filosofía, al mismo tiempo que la practicidad del saber que es al mismo tiempo especulativo y práctico.
- **El conocimiento científico es explicativo.** Mientras el saber filosófico intenta explicaciones “últimas”, las explicaciones científicas no tienen tantas pretensiones aunque tampoco llega a extremos de contentarse con las “explicaciones” superficiales del saber cotidiano, ni menos aún con las mágicas del conocimiento mítico. El saber cotidiano podría explicar un ataque de histeria diciendo que alguien la puso nerviosa, o apelando las explicaciones más tautológicas del tipo “y bueno, la mujer estaba loca”. El saber mítico tal vez incorporaría una posesión demoníaca o un maleficio. En cambio, una explicación científica procura explicaciones de otro tipo, invocando procesos inobservables a la teoría de la neurosis, como hace el psicoanálisis.
- **El conocimiento científico es crítico.** La ciencia cambia mucho más rápidamente que los dogmas religiosos, porque no suele aceptar sin más las opiniones prevalecientes y busca ella misma probarlas con sus propios métodos. Bacon decía que la ciencia es un cementerio de teorías, donde las nuevas van matando a las anteriores, y la misma obra de Freud es un ejemplo típico de ello, en cuanto está constituida en un número considerable de rectificaciones de afirmaciones

anteriores, que incluso habían sido planteadas por el mismo creador de psicoanálisis.

**El conocimiento científico** (Abarca R, 2012, pp. 2 – 12) Se centra en el qué de las cosas procurando la demostración a través de la comprobación de los fenómenos en forma sistemática. Tiene una cierta afinidad con el conocimiento vulgar ya que ambos tienen pretensiones de racionalidad y objetividad. Es más afinado que el conocimiento vulgar porque aventura posibles respuestas investigativas y porque critica las explicaciones que surgen a partir del sentido común. Bajo el parámetro del conocimiento científico los fenómenos suceden de determinada forma por alguna razón y no por que sí.

**Conocimiento vulgar** (Abarca R, 2012, pp. 2 – 12) Nos dice que este conocimiento no es explícitamente sistemático ni crítico y que no existe un intento por considerarlo un cuerpo consistente de conocimiento, sin embargo, es un conocimiento completo y se encuentra listo para su utilización inmediata.

**Características:**

- Ha permanecido en el tiempo.
- No tiene orígenes claros.
- Corresponde al patrimonio cultural que ha sido heredado y transmitido por la cultura a través de generaciones de personas.
- También es llamado conocimiento común ordinario o popular

**Medición del conocimiento:**

1. **Conocimiento alto:** denominado bueno, porque hay adecuada distribución cognitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada además hay una corrección profunda con las ideas básicas del tema o materia.
2. **Conocimiento medio:** llamado también regular logrado, hay una integración parcial de ideas manifestaciones, conceptos básicos y emite otros, eventualmente propone modificaciones para un mejor

logro de objetivos y la corrección es esporádica con las ideas de un tema material.

- 3. Conocimiento bajo:** considerado como pésimo, porque hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados, acerca del fundamento lógico. (Ramón, 2012, p. 67).

### **3.2.2. Lactancia materna**

La OMS (2009) define “la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. 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 OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los 6 primeros meses de vida”

La lactancia materna genera sensaciones de placer tanto en el niño como a la madre, y ello porque está producida por un bombardeo de oxitocina y endorfinas (llamadas también hormonas del amor o de la felicidad) contribuyendo a mantener un buen estado de ánimo. Por otra parte, las mujeres que amamantan suelen tener menor tendencia a desarrollar depresión posparto. Además al ser un espacio continuo de compartir entre madre e hijo, es la mejor oportunidad de estimulación en los primeros meses de vida, de cómo la madre mira y acaricia a su hijo mientras da de lactar, podrá transmitirle bienestar, seguridad y la tranquilidad que necesita para ir formando su futura personalidad. (Redacción EC, 2017, p.1).

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuadas. Se recomienda que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que constituya parte importante de la alimentación hasta los dos años. Las curvas de crecimiento confeccionadas a partir del peso y talla de

niños alimentados con leche materna exclusiva los primeros seis meses de vida, muestran un crecimiento superior al de las de referencia basadas en los pesos de niños con lactancia mixta o artificial (OMS, 2013, p. 6).

La leche de cada madre está formulada exclusivamente para su propio bebé y está llena de células que combaten las infecciones y proteínas que ayudarán a mantener al bebé feliz y sano. Amamantar a tu bebé puede ser agradable para ambos, las primeras veces que alimentes a tu bebé son momentos especiales, ningún otro momento puede acercarte más a tu pequeño durante el primer año. Ayudar a tu bebé a obtener los nutrientes importantes que necesita para crecer y desarrollarse es algo maravilloso, pero el tiempo que pasan juntos también es muy importante. Puedes necesitar un poco de práctica al principio, pero hay muchas razones para que pongas tu mejor esfuerzo en amamantar. (Procter y Gamble, 2017, p.1)

La lactancia materna es la primera vacuna del bebé y la mejor fuente de nutrición. Puede reforzar el desarrollo del cerebro. Puede salvar 520.000 vidas de niños en los próximos 10 años. Las madres que amamantan tienen un riesgo reducido de cáncer de ovario y de mama, dos de las principales causas de muerte entre las mujeres. (Huerta E, 2016, p.1)

De acuerdo a la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS, la lactancia materna es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona al bebé los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo adecuado, defensa natural contra las infecciones, y protección contra enfermedades a futuro como diabetes, hipertensión; además permite fortalecer el lazo de amor entre la madre y su bebé (MINSa, 2017, p.1)

En la preparación de una madre a la lactancia, durante el control prenatal es necesario que se le pregunte cómo alimentó a sus otros hijos, qué problemas tuvo, si fue exclusiva o no, qué tiempo amamantó a su hijo, cómo influyó su familia para la lactancia, qué dudas tiene con respecto a la alimentación de su hijo por nacer. Estos interrogantes permiten identificar el problema e intervenir oportunamente para resolver dudas o derivar a la madre al pediatra, de manera que pueda estar preparada cuando nazca su bebé y lograr una lactancia materna exclusiva. El

amamantamiento debe ser estimulado, apoyado y alentado durante el control prenatal. A la gestante se le debe explicar las ventajas de la lactancia para ella y su hijo, prepararla mental y físicamente y al entorno familiar para una lactancia materna exclusiva. En el presente artículo se describe la importancia de la lactancia materna exclusiva, se aborda la interrogante sobre si el parto afecta la lactancia, así como las necesidades nutricionales de la madre lactante. (Urquizo R, 2014, p.1).

**Composición de la leche materna:** (Cuídate plus, 2018, p.1).

La leche materna incluye todos los nutrientes que un recién nacido requiere hasta los seis meses de edad, por lo que será su único alimento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recoge en su libro La alimentación del lactante y del niño pequeño los componentes principales de la leche materna, que son:

- Grasas: En cada 100 mililitros de leche hay 3,5 gramos de grasa, aunque la cantidad que recibe el lactante varía a lo largo de la toma. La grasa se concentra especialmente al final de la toma, por lo que la leche presenta una textura más cremosa que al inicio. Las grasas de la leche materna son importantes para el desarrollo neurológico del niño.
- Carbohidratos: El principal es la lactosa, cuya presencia es más alta que en otro tipo de leches y sirve como fuente de energía. Otros hidratos de carbono presentes en la leche materna son los oligosacáridos, importantes para combatir infecciones.
- Proteínas: La leche materna contiene una menor concentración de proteínas que la leche normal, lo cual la hace más adecuada para los lactantes. Algunas de estas proteínas son la caseína o la alfa-lactoalbúmina. La beta-lactoglobulina, una proteína presente en la leche de vaca y que puede provocar intolerancia a la lactosa, no está presente en la leche materna.
- Vitaminas y minerales: La leche materna ofrece la cantidad adecuada de la mayoría de las vitaminas, a excepción de la vitamina D. Para corregir esa carencia, se debe exponer al bebé a la luz del sol para que la genere de manera endógena, o si no, mediante suplementos vitamínicos.
- Factores anti-infecciosos: Entre ellos se encuentran las inmunoglobulinas, los glóbulos blancos, las proteínas del suero o los oligosacáridos.

- Factores bioactivos: Algunos de ellos son la lipasa, que ayuda a la digestión de la grasa en el intestino delgado; o el factor epidérmico de crecimiento, que estimula la maduración de las células de la mucosa del intestino para mejorar la absorción y digestión de los nutrientes.

**Periodos de la lactancia materna exclusiva.** (Cuídate plus, 2018, p.1).

La Guía Práctica para Padres de la Asociación Española de Pediatría (AEPED) establece dos periodos de lactancia teniendo en cuenta la edad del bebé. Como también recomienda la OMS, la lactancia materna puede extenderse hasta que el niño cumpla los dos años o incluso durante más tiempo si así lo desea la madre.

De cero a seis meses:

- Durante este periodo la leche materna debe ser el único alimento del bebé, excepto si necesita algún tipo de suplemento vitamínico. No es necesario que el bebé tome agua u otro tipo de líquidos: según la OMS la propia leche materna contiene un 88 por ciento de agua, por lo que es suficiente para saciar al lactante. La leche materna tendrá variaciones durante este periodo en cuanto a su composición y cantidad, adaptándose a las necesidades del recién nacido.
- Se llama calostro a la leche materna que se producen durante los dos o tres primeros días tras el parto. Esta leche contiene una mayor cantidad de proteínas y minerales. En adelante, la leche va reduciendo su porcentaje de proteínas y aumenta el contenido en grasas y lactosa.
- En este periodo no hay que establecer un horario para amamantar, sino que el bebé tiene que ser alimentado cuando lo necesite. Generalmente se dan entre 10 y 12 tomas diarias que duran entre 10 y 20 minutos.

Desde los seis meses en adelante:

- A partir de los seis meses, el niño comenzará a necesitar más alimento que el proporcionado por la leche materna. Esta sigue siendo igual de necesaria, y el aporte mínimo diario no debe bajar de los 500 mililitros. Las tomas suelen ser de cuatro o cinco por día hasta el primer año, y a partir de entonces se irán reduciendo de forma progresiva. Tanto la AEPED como la

OMS recomiendan que la lactancia materna se mantenga un mínimo de dos años.

- Una vez pasados estos años de recomendación, la madre puede seguir amamantando a su hijo todo el tiempo que desee. En el momento en que se decida llevar a cabo el destete, no se debe hacer de inmediato, sino que se tiene que reducir paulatinamente la frecuencia.

Bebés prematuros:

- El pediatra determinará si un bebé prematuro puede ser amamantado o no, dependiendo del desarrollo que haya alcanzado. Mientras que algunos lo pueden hacer desde el momento de su nacimiento, para otros habrá que extraer la leche materna de las mamas y suministrarla a través de jeringuillas, sondas o biberones.
- Las tomas de los bebés prematuros suelen ser más frecuentes de lo normal, y además no suelen succionar toda la leche que necesitan, por lo que es frecuente administrar posteriormente leche previamente extraída.
- En algunas ocasiones, la madre puede dejar de producir la cantidad de leche necesaria para su hijo. En estos casos se recurre al método canguro, que consiste en el contacto directo entre la piel del neonato y la madre, lo que estimula la producción de leche.

#### **a. Importancia de la lactancia materna**

Se refiere a la convivencia de esta tanto para la madre como para el niño; en sus funciones fisiológicas, en el desarrollo psicológico y en la relación afectiva entre ambos.

Alimenta a tu recién nacido según él lo demande, es decir, cada vez que quiera comer. El bebé no va a comer grandes cantidades los primeros días ya que su estómago es muy pequeño, pero sí va a querer que lo amamantes a menudo. La mayoría de los recién nacidos necesitan alrededor de 10 a 12 tomas en un período de 24 horas, o una toma cada una a tres horas. (Procter y Gamble, 2017, p.1).

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; esta 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 (OMS, 2017, p.1)

La lactancia materna exclusiva también es importante por sus propiedades anticonceptivas, protege a la madre de un nuevo embarazo durante los seis primeros meses en un 98% (siempre y cuando no haya menstruado) esto hace que se espacien los embarazos.

Siendo la lactancia materna el alimento natural del ser humano al inicio de la vida, hay madres que creen que desde del inicio de la lactancia debe producir abundante leche, lo cual no es cierto; esto se logrará recién a partir de los 10 a 12 días de vida del recién nacido. Cualquier leche artificial que pueda usarse como sustituto para lactantes generará que el bebé se confunda y la madre producirá menor cantidad de leche. Además, si la madre está estresada, liberará más catecolaminas que bloquearán la acción de la oxitocina. Si bien lo más importante para las madres es el apoyo que pueda brindárseles para decidir y llevar a cabo la lactancia materna exclusiva, el personal de salud debe conocer las ventajas, la técnica del amamantamiento, la conservación de la leche si la madre se tiene que incorporar tempranamente al trabajo. A la madre y su entorno siempre hay que darles alternativas para que su hijo reciba solo leche materna. (Urquiza R, 2014, p.1)

#### **b. Ventajas de la lactancia materna**

Las ventajas de la lactancia materna son muchas, hay ventajas para el bebé, para la madre y en general para todos. Entre las ventajas principales podemos mencionar las siguientes:

- Es gratuita.
- Siempre está a la temperatura correcta sin importar la hora.
- Protege al bebé de infecciones y otras enfermedades.

- Protege al bebé de alergias.
- Ayuda al crecimiento del bebé.
- Las madres tienden a perder el peso ganado en el embarazo.
- Evita la desnutrición del bebé.
- Evita enfermedades en la madre como la anemia o la hipertensión.
- Evita el estreñimiento del bebé.
- Reduce el riesgo de cáncer en la madre.

Ventajas para la sociedad:

La leche materna es un alimento ecológico, lo que significa que no necesita fabricarse, envasarse ni transportarse. Esto supone un ahorro de energía al mismo tiempo que se evita la contaminación del medio ambiente. Además, resulta un ahorro en alimentación a la familia.

Puesto que hay una menor incidencia de enfermedades, disminuye a su vez el gasto sanitario.

### c. Técnicas de lactancia materna

El éxito de la lactancia materna depende bastante de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un buen acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre.

No existe una única posición adecuada para amamantar, lo importante es que la madre esté cómoda, que el bebé esté enfrentado y pegado al cuerpo de la madre y que se agarre bien al pecho, introduciendo gran parte de la areola en su boca, para que al mover la lengua no lesione el pezón. Los signos que nos indicarán un buen agarre son: el mentón del bebé toca el pecho, la boca está bien abierta y abarca gran parte de la areola, los labios están hacia fuera (evertidos) y las mejillas están redondas (no hundidas) cuando succiona. Si el bebé se coge bien al pecho la lactancia no duele. (Asociación Española de Pediatría, 2016, p.1)

- **Posición sentada (o posición de cuna):** Se coloca al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. La madre lo sujeta con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo, pero no muy cerca

del codo para que el cuello no se flexione, lo que dificultaría el agarre. Con la otra mano dirige el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que éste la abre, lo acerca con suavidad al pecho.

- **Posición acostada:** La madre se sitúa acostada de lado, con el bebé también de lado, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. Cuando el bebé abra la boca, la madre puede acercarlo al pecho empujándole por la espalda, con suavidad, para facilitar el agarre. Es una posición muy cómoda para la toma nocturna y los primeros días de lactancia.
- **Posición crianza biológica:** La madre se coloca recostada (entre 15 y 65°) boca arriba y el bebé boca abajo, en contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebé desarrollar los reflejos de gateo y búsqueda. La madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos. Esta posición es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho...).
- **Posición en balón de rugby (o posición invertida):** Se sitúa al bebé por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Es importante dar sujeción al cuello y a los hombros del bebé pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello un poco estirado para atrás (de flexionado), para facilitar el agarre. Es una posición adecuada para amamantar a gemelos y a prematuros.
- **Posición de caballito:** El bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre, con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura es útil en casos de grietas, reflujo gastroesofágico importante, labio leporino o fisura palatina, prematuros, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo, a la vez que se sujeta la barbilla del bebé.

#### **d. Beneficios de la lactancia materna**

El inicio temprano de la lactancia materna es muy beneficioso para la salud, la nutrición y el desarrollo infantil e incluso para los periodos

posteriores de la vida, extendiéndose los beneficios a sus madres y a la sociedad en general (MINSA, 2017, p.1)

La lactancia materna proporciona beneficios concretos para tu salud y la del bebé; además de ser una forma ideal de vincular estrechamente madre - nuevo hijo, ayuda a estimular las hormonas que encogen el útero hasta volver a su tamaño previo al embarazo, también ayuda a perder peso después del embarazo, ya que utiliza el tipo especial de grasa que aumentaste durante el embarazo antes de que sea parte de tu cuerpo; por lo tanto, ayuda a perder ese peso a un ritmo adecuado. Las mujeres que amamantan necesitan aumentar de 2 a 4 kg (5 a 10 libras) sobre su peso antes del embarazo para mantener su cuerpo saludable mientras nutren a sus hijos. Si pierdes peso demasiado rápido, podría disminuir la producción de leche cuando el bebé tenga un crecimiento acelerado y necesite comer más. Esos kilos de más desaparecerán de forma natural durante los primeros seis meses. (Procter y Gamble, 2017, p.1)

La succión estimula la secreción de oxitocina y la prolactina de la madre, así como de las hormonas intestinales del recién nacido, importantes para la digestión del calostro y de endorfinas y que le producen calma y placer. (Urquiza R, 2014, p.1)

Durante el proceso de amamantamiento ocurren cambios en el organismo de la madre, incluyendo en sus funciones, al prepararse para la información del embrión comienza a secretar hormonas que intervienen en el desarrollo tanto interno como externo del niño, dichas hormonas están encargadas de activar funciones en el cerebro de la madre, para reproducir sustancias que ayudan a la producción de la leche materna. Hacia el final del embarazo, las mamas ya producen un líquido muy especial que precede a la leche materna: el calostro, una sustancia amarillenta, muy concentrada, de alto poder nutritivo, rica en proteínas y con elevado contenido en “defensas” o anticuerpos. Es el alimento que obtiene el recién nacido en sus primeras mamadas, es ideal para su nutrición inicial, porque la composición del calostro se adecua totalmente a sus necesidades; también es importante para su protección contra las infecciones más comunes, ya que transfiere al bebé los anticuerpos elevados en el organismo materno, hasta que su

propio sistema inmunológico se ponga en funcionamiento. (I Jornada de Lactancia Materna, Hospital Universitario de Getafe, 2008).

Los beneficios son múltiples (MINSA, 2017, p.1):

Para los niños y niñas:

- Favorece el desarrollo físico y emocional del bebé para crecer sano y fuerte.
- Genera un mayor coeficiente intelectual.
- Fortalece el vínculo afectivo madre – bebé
- Reduce el riesgo de infecciones, alergias y
- Promueve la adecuada dentición y el desarrollo del habla.
- Reduce alergias e intolerancia a la leche.
- Disminuye el riesgo de algunas enfermedades crónicas y obesidad en el futuro.
- Protege contra la anemia y desnutrición.

Para la madre:

- Promueve mayor satisfacción y favorece la autoestima de la madre.
- Favorece a la recuperación post parto.
- Contribuye a la disminución del peso y del riesgo de obesidad.
- Genera menor posibilidad de cáncer de ovario y de mama; así como de diabetes tipo 2.
- Reduce la probabilidad de embarazo, siempre y cuando la lactancia materna sea exclusiva, de día y noche y en ausencia de menstruación.
- Reduce la ausencia laboral de la madre, porque su bebe enferma menos.

### **Recomendaciones de la OPS/OMS**

La Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda:

- Empezar a amamantar en la primera hora de vida
- Dar el pecho como alimentación exclusiva durante los primeros 6 meses de vida
- Introducir alimentos sólidos a los 6 meses, prolongando la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más.

**Plan estratégico para reforzar la reglamentación en vigor** (OPS, 2016, p.1):

El Plan Estratégico Multisectorial para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna 2013-2021 reforzará la aplicación de la normativa existente sobre la alimentación de los lactantes, garantizará la disponibilidad de salas de lactancia en los lugares de trabajo, y reevaluará los hospitales que hayan obtenido el certificado de "amigos de la madre y el niño" para confirmar que siguen apoyando la lactancia natural.

Mediante esas medidas, Perú intentará aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuación de la lactancia hasta los 24 meses en un 2% anual hasta 2021.

### **3.3.3. Teorías relacionadas**

**Teoría de la adopción del rol maternal: Ramona T. Mercer.** (Raile, 2015, p. 524).

Esta teoría se centra en la paternidad y en la consecución de un papel maternal. La maternidad implica un profundo cambio en la vida de la mujer que exige un desarrollo continuado porque convertirse en madre es bastante más que asumir un rol por eso se amplió el concepto y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que esto ayuda a difundir la tensión en la dualidad madre niño

Esta teoría se centra en la paternidad y en la consecución de un papel maternal en diversas poblaciones. La aplicación de esta teoría conlleva una serie de consecuencias para el ejercicio de la enfermería en el ámbito de la salud de la mujer y de los lactantes en lo cual la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo, cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel, además de todos los beneficios ya mencionados en la base teórica.

Metaparadigmas desarrollados en la teoría

Persona

Mercer para esta teoría establece los siguientes supuestos:

1. Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida.
2. Además de la socialización de la madre la instrucción de la misma, para tener como respuesta las conductas
3. El compañero del rol de la madre.
4. El niño considerado como un compañero, ya que lleva a la madre a cada proceso de acuerdo s u roll maternal.
5. El compañero íntimo de la madre o el padre
6. La identidad materna se desarrolla con la unión materna.

#### Cuidado o enfermería

Mercer se refiere a la enfermería como la ciencia que pasa de una adolescencia turbulenta a una madurez. Además define a las enfermeras como las personas encargadas de promover la salud en las familias y en los niños y las pioneras desarrollando estrategias de valoración. En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad.

#### Salud

Define la salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura. La resistencia-susceptibilidad la enfermedad. El estado del recién nacido es el grado de enfermedad presente, y el estado de salud del niño según las creencias de los padres y la salud global. También menciona como el estado de salud de toda la familia se ve afectado por el estrés del parto y como se consigue la misma por el rol materno.

#### Entorno

Mercer definió el entorno como el desarrollo de una persona/roll va ligada directamente a este, y no definirse cada uno, expone que hay una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los

ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes.

El uso de esta teoría de la adopción de la rol materno se ha demostrado útil en la investigación y la práctica para las enfermeras preocupadas por la paternidad, esta teoría ayudara que la maternidad y el rol paterno es un proceso multinivel no muy complejo para que este proceso sea lógico y comprensible y que proporcione una base sólida para la práctica.

**Teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget (Orozco, D. et al. 2009, p.2)**

Piaget, sostiene que el desarrollo se basa esencialmente en el proceso de adquisición del conocimiento. Por ello, a esta teoría, también, se le conoce como Epistemología Genética que significa el desarrollo de diversos modos de conocer el mundo exterior.

Según Piaget, los niños utilizan los procesos de la construcción y la invención. Es decir, intentan activamente comprender sus experiencias y entender lo que sucede y al hacerlo construye e inventan ideas y conductas que nunca han visto.

Piaget explica que la conducta y pensamientos de todos los individuos pasa por etapas definidas en las cuales su secuencia no varía ni se omite ninguna de ellas; pero al momento de presentación de cada etapa varia de una a otra haciendo que la demarcación por la edad sea solo una aproximación. Cada etapa se basa en la etapa anterior y a su vez, constituye la base para la etapa posterior cada una de estas tiene muchas facetas.

La teoría de Piaget ayuda a comprender el nivel de conocimiento como va formándose en la persona, la práctica, sus conductas etc., los factores que van influenciando para poder llegar a un buen entendimiento, y así ir midiendo la variable que se está utilizando en esta investigación.

## IV. MATERIAL Y MÉTODOS

### 3.1. Tipo y diseño de investigación:

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: según la intervención del investigador fue observacional, según la planificación de la toma de datos fue prospectivo, según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudio fue transversal, según el número de variables de interés y el análisis estadístico fue univariado (Supo, 2015, pp. 6 - 12).

**Cuantitativo:** porque permitió evaluar las variables mediante un análisis estadístico y probar teorías. **Descriptivo:** porque permitió describir o estimar parámetros en la población de estudio a partir de una muestra; de tipo

**Observacional:** porque no existió intervención del investigador, ya que los datos reflejaran la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador; **prospectivo:** porque los datos necesarios para el estudio fueron recogidos a propósito de la investigación ósea de fuentes primarias, por lo que ha poseído control del sesgo de medición; **transversal:** porque las variables fueron medidas en una sola ocasión. (Supo, 2015, pp. 6 - 12).

El diseño de investigación fue descriptivo (Supo, 2015, pp. 6 - 12), cuyo diagrama fue:



M: Madres de lactantes que acuden al servicio CRED

O: Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva

### 3.2. Población muestral:

**Población muestral:** 40 madres de lactantes cuyas edades fueron comprendidas entre tres y seis meses, y que acudieron al servicio de control de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Virgen de Fátima durante el mes de noviembre del 2017.

### 3.3. Métodos, técnicas e instrumento de recolección de datos

Se utilizó el método de la encuesta y la técnica del cuestionario (Pineda, 2008).

### **Formulario de cuestionario:**

El instrumento estuvo conformado por 30 ítems que componen las 4 dimensiones del nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva. Se utilizó una escala dicotómica de distorsión con respuestas múltiples: a, b, c, d, de las cuales una de ellas fue verdadera (V) y las demás falsas (F) cuyo valor asignado a la respuesta fue:

$$V = 2$$

$$F = 0$$

El rango real del instrumento fue:

- Puntaje máximo: 60 puntos
- Puntaje mínimo: 0 puntos

El rango real para las dimensiones fue:

- Importancia de la lactancia materna exclusiva: (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6) con un puntaje de 0 a 12, se categorizó para ésta dimensión de 9 - 12 puntos como alto conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, de 5 - 8 como medio y de 0 - 4 como bajo
- Beneficios de la lactancia materna exclusiva: (ítems 7, 8, 9, 10, 11) con un puntaje de 0 - 10, se categorizó para ésta dimensión de 7 - 10 como alto conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, de 4 - 6 medio y de 0 - 3 como bajo.
- Ventajas de la lactancia materna exclusiva: (ítems 12, 13, 14) con un puntaje de 0 - 6, se categorizó para ésta dimensión de 5 - 6 puntos como alto conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, de 3 - 4 como medio y 0 - 2 como bajo.
- Técnicas de la lactancia materna exclusiva: (ítems 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) con un puntaje de 0 - 32, se categorizó para ésta dimensión de 22 - 32 como alto conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, 11 - 21 medio y de 0 - 10 como bajo.

Los rangos globales de percepción que se clasificaron fueron:

- El valor del instrumento se ubicó entre los rangos de 41 a 60 puntos fue clasificado como nivel alto de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

- El valor del instrumento se ubicó entre los rangos de 21 a 40 puntos fue clasificado como nivel medio de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva.
- El valor del instrumento se ubicó entre los rangos de 0 a 20 puntos fue clasificado como nivel bajo de conocimientos lactancia materna exclusiva.

**Validez y confiabilidad:**

La validez del instrumento se realizó a través de 5 expertos cuyos resultados fueron sometidos a la prueba binomial y Z Gauss, donde se obtuvo el VC:  $8.8817 > VT 1.64$ , por lo tanto el instrumento es adecuado (Anexo 4). Para la confiabilidad se realizó aplicando la prueba piloto al 25% de la población en estudio, el instrumento se hizo a través del método de Spilth – Halves obteniendo como resultado  $Rip = 0.89$  el cual indica una fuerte confiabilidad del instrumento de medición. Y la máxima confiabilidad se halló mediante Spearman Brown cuyo valor fue de  $Rip = 0.94179$  obteniéndose de esta manera una fuerte confiabilidad (Anexo 5).

**El procedimiento de recolección de datos:**

- Se solicitó autorización para la aplicación de instrumentos de recolección al Director del Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas a través de decanatura de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza.
- Se solicitó autorización a la jefa del servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas.
- Se solicitó el consentimiento informado a cada uno de las madres para la participación de manera voluntaria en la investigación.
- Después de obtener su consentimiento informado, se aplicó la encuesta durante el mes de noviembre del 2017.
- Se revisó los instrumentos luego de aplicarlos, para asegurarse que estén correctamente llenados.
- En la última etapa de recolección de datos, se tabuló los instrumentos para su respectivo análisis estadístico.

### **3.4. Análisis de datos**

Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva de frecuencias, para el procesamiento de datos obtenidos se analizó estadísticamente con ayuda de SPSS versión 23, la hoja de cálculo Excel 2013; así mismo para la presentación de los resultados se utilizó las tablas de frecuencias simples con sus respectivas frecuencias absolutas y relativas, y se representó mediante figuras de barras.

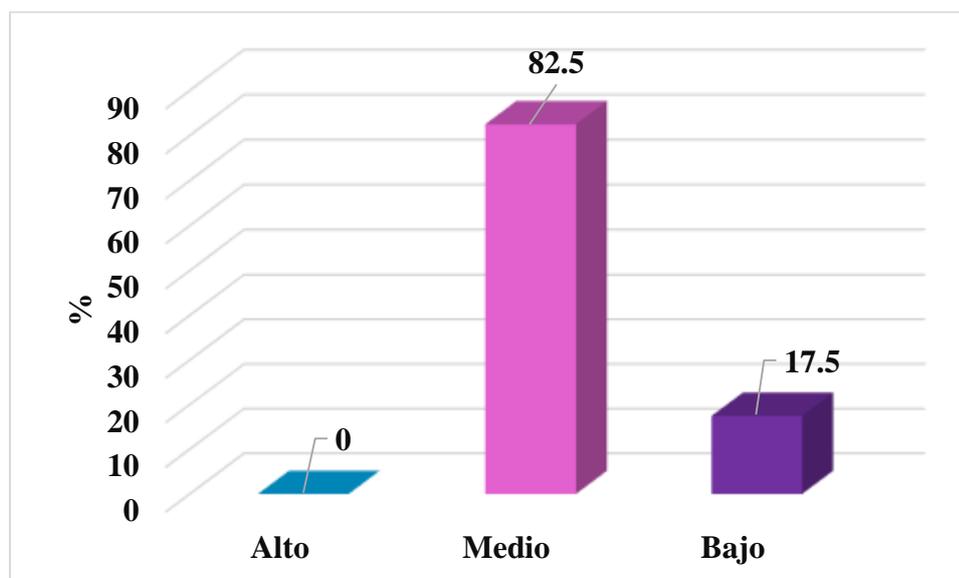
## V.RESULTADOS

**Tabla 1: Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2017**

Lactancia materna exclusiva	fi	%
Alto	0	0
Medio	33	82.5
Bajo	7	17.5
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Fuente: encuesta “nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva”

**Figura 1: Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2017**



Fuente: Tabla 1

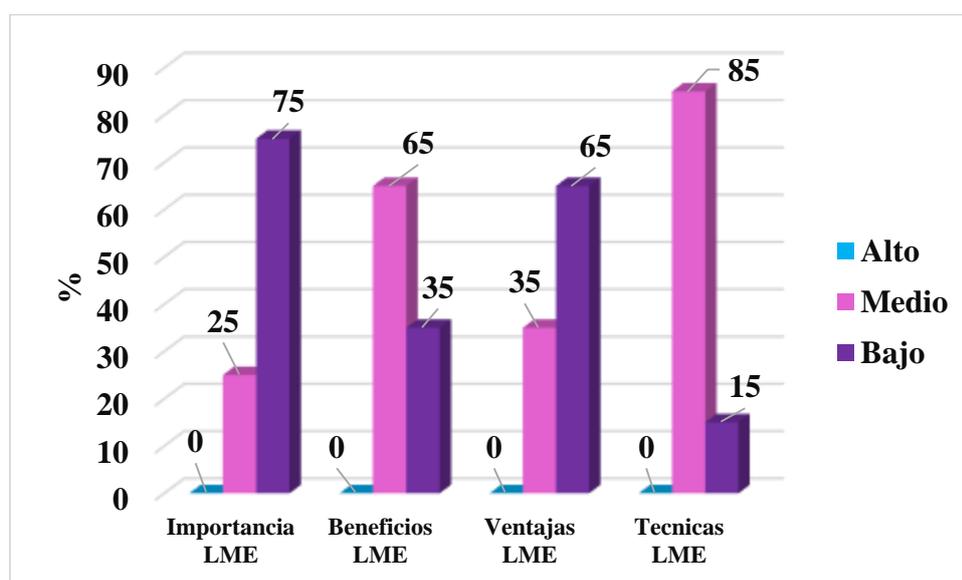
En la tabla y figura 1, se puede observar que del 100% (40) de las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, el 82.5% (33) tienen un nivel medio de conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva y el 17.5% (7) nivel bajo.

**Tabla 2: Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva según dimensiones en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2017**

Dimensiones LME	NIVEL DE CONOCIMIENTOS							
	Alto		Medio		Bajo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Importancia	0	0	10	25	30	75	40	100
Beneficios	0	0	26	65	14	35	40	100
Ventajas	0	0	14	35	26	65	40	100
Técnicas	0	0	34	85	6	15	40	100

Fuente: encuesta “nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva”

**Figura 2: Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva según dimensiones en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2017**



Fuente: Tabla 2

En la tabla y figura 2, se puede observar que del 100% (40) de las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Virgen de Fátima; en la dimensión importancia de la lactancia materna exclusiva el 75% (30) tiene un nivel de conocimientos bajo y 25% (10) nivel medio; en la dimensión beneficios de la lactancia materna exclusiva el 65% (26) tiene un nivel de conocimiento medio y el

35% (14) nivel bajo; en la dimensión ventajas de la lactancia materna exclusiva el 65% (26) tiene un nivel de conocimientos bajo y el 35% (14) nivel medio y en la dimensión técnicas de la lactancia materna exclusiva el 85% (34) un nivel de conocimientos medio y el 15% (6) nivel bajo.

## VI. DISCUSIÓN

**En la tabla y figura 1**, con respecto al nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, se puede observar que del 100% (40); el 82.5% tienen un nivel medio de conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva, esto indica que las madres conocen medianamente la importancia, los beneficios, las ventajas y las técnicas de la lactancia materna exclusiva; mientras que el 17.5% nivel bajo.

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuadas. Las curvas de crecimiento confeccionadas a partir del peso y talla de niños alimentados con leche materna exclusiva los primeros seis meses de vida, muestran un crecimiento superior al de referencia basadas en los pesos de niños con lactancia mixta o artificial (OMS, 2013, p. 6).

En el anexo n° 07, muestra que el 50% oscila entre 16 a 20 años; teniendo el 40% de la población un nivel de escolaridad secundario, donde el 47.5% trabajan y se dedican a su hogar y al cuidado de sus bebés, siendo el 75% madres primíparas de lactantes de 3, 4, 5, 6 meses, a pesar de la caracterización mencionada todas ellas presentan un nivel medio de conocimientos teniendo al menos una capacitación referente al tema.

Al contrastar con otras investigaciones Romero, M. y Zaravia, K. (2015) en su investigación obtiene que el 54.32% tienen un nivel de conocimiento medio, donde participaron 81 madres adolescentes entre 12 y 17 años, de las cuales más de la mitad el 54.32% tenían un nivel medio de conocimiento, además de las cuales el 61.7% se dedicaban a su casa.

García, L. (2015), en su investigación determina que un 51.7% de las madres tuvieron un nivel medio de conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva, esta investigación fue realizada en el Perú, los resultados reflejan antecedentes de nivel nacional, las madres en todo establecimiento de salud o al menos en la mayoría reciben la misma información respecto al cuidado de sus hijos, debido a que el ente mayor (MINSA) comparte la misma información con todos los establecimientos a su cargo, sin embargo a juzgar por los resultados esta información no es completa o las madres no le dan la importancia necesaria.

Palacios, E. (2015), sus resultados coinciden con la investigación , el 45.3% tienen un nivel de conocimiento regular, siendo estas madres primíparas, en comparación con la presente investigación el 75% de la población encuestadas son primíparas de las cuales también la mayoría tenía un nivel de conocimiento medio, en dicha investigación se menciona que las madres primíparas tienen desconocimiento de muchas cosas sobre la crianza de ese nuevo ser, es por ello que se dejan guiar por las demás personas que “ya tienen la experiencia”, a consecuencia de ello muchas veces tienen la información errada o a medias, como se muestra en los resultados plasmados (anexo n°11).

Sin embargo, ante los resultados presentados en la investigación de Ferro, M. y Flores, H. (2006), contradice a la investigación donde presenta que el 69.9% demostró un nivel de conocimiento inadecuado, según la literatura el nivel de conocimiento bajo es aquel considerado como pésimo, porque hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos no son precisos ni adecuados, acerca del fundamento lógico, también se encontró que, Guerrero, J. y Vera, J. (2013). También contradice a la investigación con el 55% en un nivel bajo de conocimiento, sin embargo tratando de encontrar el porqué de los resultados opuestos se encuentra que las investigaciones son en puérperas y en adolescentes respectivamente, en la presente investigación el 60% de la población encuestada son adolescentes sin embargo tienen un nivel de conocimientos medio (anexo 8), es por ello que se concluye que debe existir factores externos que influyan en dichos resultados.

Por otro lado, Salcedo, N. (2016) en su investigación indica que el 34.1% tienen una información previa sobre la lactancia materna exclusiva, obteniendo un nivel medio de conocimientos, también indica que el grado de instrucción es un factor bastante importante cuando se trata de la comprensión y entendimiento de cualquier información. El grupo de puérperas que solo tiene educación primaria presentó el más alto porcentaje de conocimiento malo (32.8%) sobre la lactancia materna, al contrastar con la presente investigación en cuanto a las encuestadas con nivel primaria todas tienen un nivel medio, y respecto al resto de población en su mayoría tienen un nivel medio (anexo 9), y las mujeres que son madres por primera vez, tienen el porcentaje más alto de nivel de conocimiento malo (23.5%) a comparación de las multíparas y gran multíparas, en lo cual nuevamente se contradice en la investigación

realizada donde en el anexo 11, las primíparas tienen un nivel medio de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva, a lo cual se concluye que ninguno de estos factores influyen en el nivel de conocimientos sobre lactancia materna.

De acuerdo con las teorías, en la teoría de la adopción del rol maternal, la maternidad implica un profundo cambio en la vida de la mujer y el uso de esta teoría ha demostrado ser útil en la investigación y la práctica para las enfermeras preocupadas por la paternidad, es por ello que muchas veces en el control mensual del menor se recomienda con bastante persistencia la presencia del padre, en cuanto a la Teoría del talento para el papel materno, la aplicación de esta teoría conlleva una serie de consecuencias para el ejercicio de la enfermería en el ámbito de la salud de la mujer y de los lactantes en lo cual la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo, cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel, es ahí donde el profesional de salud influye constantemente con los consejos, recomendaciones, etc.

Piaget explica que la conducta y pensamientos de todos los individuos pasa por etapas definidas en las cuales su secuencia no varía ni se omite ninguna de ellas; pero al momento de presentación de cada etapa varía de una a otra haciendo que la demarcación por la edad sea solo una aproximación. Cada etapa se basa en la etapa anterior y a su vez, constituye la base para la etapa posterior cada una de estas tiene muchas facetas. Es decir, intentan activamente comprender sus experiencias y entender lo que sucede y al hacerlo construye e inventan ideas y conductas que nunca han visto. En la investigación realizada las madres han recibido a menos una capacitación en los consultorios de control y crecimiento, es por ello el resultado de nivel medio de conocimiento en la mayoría de ellas (anexo 13).

Para tener niños mejor desarrollados en nuestro país, se tiene que mejorar el nivel de conocimientos en las madres sobre la lactancia materna exclusiva.

**En la tabla y figura 2**, se observa que del total de las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Virgen de Fátima; según las dimensiones: importancia de la lactancia materna exclusiva el 75% (30) tiene un nivel bajo de conocimientos lo cual indica que la madre no conoce que la leche materna es buena para su bebé, la razón principal de la LME, su inicio, la importancia del calostro, la edad recomendable y 25% (10) nivel medio; en la dimensión beneficios de la lactancia materna exclusiva el 65% (26) tiene un nivel de

conocimiento medio lo que significa que conoce un poco lo que contiene la LME, y los beneficios tanto para la madre, el bebé y sus beneficios económicos que trae consigo la lactancia materna y el 35% (14) nivel bajo; en la dimensión ventajas de la lactancia materna exclusiva el 65% (26) tiene un nivel de conocimientos bajo lo cual se deduce que la madre no conoce que ventajas brinda la leche materna exclusiva, y el 35% (14) nivel medio; en la dimensión técnicas de la lactancia materna exclusiva el 85% (34) tiene un nivel de conocimientos medio lo cual hace referencia a que las madres eligen un información a medias en cuanto a la posición del bebe, extracción de la leche, el inadecuado amamantamiento, el tiempo de lactar para que tenga todos los nutrientes necesarios, higiene, extracción, almacenamiento, el tiempo de conservación y la preparación de la misma y el 15% (6) nivel bajo.

La lactancia materna exclusiva es muy importante en las funciones fisiológicas, en el desarrollo psicológico y en la relación afectiva de ambos, también es importante por sus propiedades anticonceptivas, para los padres, Romero, M. y Zaravia, K. (2015) en su investigación donde en su dimensión nivel de conocimiento de la importancia de la lactancia materna exclusiva las madres tienen un nivel medio en un 51.9%, en cuanto a la investigación realizada se contradice con sus resultados puesto que el 75% de las madres encuestadas refieren un nivel bajo de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva; en la dimensión beneficios en un nivel malo 46.9% y en las técnicas un nivel medio en un 60.5%, sin embargo en la presente investigación se concluye a un nivel medio en un 65%.

La lactancia materna exclusiva tiene muchos beneficios, como el calostro, una sustancia amarillenta, muy concentrada, de alto poder nutritivo, rica en proteínas y con elevado contenido en “defensas” o anticuerpos, ideal para su nutrición inicial, porque la composición del calostro se adecua totalmente a sus necesidades; también es importante para su protección contra las infecciones más comunes, ya que transfiere al bebé los anticuerpos elevados en el organismo materno, hasta que su propio sistema inmunológico se ponga en funcionamiento, García, L. (2015), en su investigación en la dimensión conocimientos sobre los beneficios el 56.6% tiene un nivel bajo, sin embargo en la dimensión técnicas tiene un nivel medio en un 51.7%, a diferencia de dicho trabajo de investigación en la dimensión beneficios tiene un nivel medio pero en la dimensión técnicas de la lactancia materna exclusiva coinciden con dichos resultados, demostrando un nivel medio en cuanto a las

técnicas, es decir las madres conocen algunas técnicas de la lactancia como la posición correcta, la extracción de leche, almacenamiento, conservación, etc. Y éste conocimiento se debe al personal de salud que trabaja en el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Virgen de Fátima, debido a que ellos mediante sus consejos, recomendaciones y sugerencias que les brindan en cada uno de sus controles.

El éxito de la lactancia materna depende bastante de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como de un buen acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. La lactancia materna es la forma natural de alimentar al bebé. Palacios, E. (2015), en su investigación indica que el 57.8% tiene un nivel adecuado de práctica de la lactancia materna exclusiva, en la presente investigación el 85% tiene un nivel medio de conocimientos de las técnicas de la LME, la investigación fue realizada en madres primíparas y en la ciudad de Ancash, es una investigación pero demuestra que tiene mejor práctica en las técnicas sin embargo en Chachapoyas, con ésta investigación indica que las madres incluso primíparas tienen un nivel medio de conocimientos, a lo cual pueden existir muchos factores, uno de ellos y el más importante podría ser, la poca información brindada por parte del personal de enfermería, debido a la falta de tiempo ya que cada control, según la norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, considera un tiempo prudente de 30 – 45 minutos, sin embargo se observa que no se cumplen con dichos tiempos establecidos.

Con esta investigación se pretende resaltar la importancia de conocer sobre la lactancia materna que debe iniciarse inmediatamente después del nacimiento, si es posible en el lugar donde se realizó el parto para establecer una relación estrecha entre la madre y el recién nacido. Otra de las razones es la importancia de brindar la primera leche, de color amarillo brillante conocida como calostro, la cual es vital por su función de protección al niño contra enfermedades, es de fácil digestión, tiene alto valor nutritivo y ayuda al niño a evacuar sus primeras heces.

## **VII. CONCLUSIONES**

1. El nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, HRVF – 2017, es de medio a bajo.
2. El nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, según las dimensiones de importancia y ventajas de LME, en más de la mitad se encuentra un nivel bajo y en las dimensiones de beneficios y técnicas de LME, más de la mitad es de nivel medio de conocimientos, en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, HRVF – 2017.

## VIII. RECOMENDACIONES

### 1) Al Hospital Regional Virgen de Fátima

- Buscar las debilidades del personal de enfermería que labora servicio de control de crecimiento y desarrollo, y hacerlas presentes para mejorar, a través de talleres mensuales con apoyo de los profesionales y estudiantes de enfermería.
- Investigar los factores de riesgo que influyen en el conocimiento y la práctica de la lactancia materna exclusiva.
- Realizar capacitaciones constantes al profesional de enfermería que labora en dicho hospital, con la finalidad de mejorar las sesiones educativas – demostrativas y con esto, el nivel de conocimientos.

### 2) A la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza: Escuela profesional de enfermería.

- Brindar información clara, precisa, unificada y entendible a los estudiantes para poder ser transmitida adecuadamente y que no sea limitada.
- Ayudar en el incremento de éste conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva mediante sus sesiones educativas – demostrativas y que los estudiantes e internas de enfermería lo hagan con el interés correspondiente.
- Evaluar a los estudiantes e internos de enfermería las sesiones educativas – demostrativas sobre lactancia materna exclusiva que realizan.
- Incentivar a la universidad a la creación de un lactario donde una estudiante y/o interna de enfermería y/o licenciada en enfermería este capacitada y apta para la explicación correcta de la lactancia materna exclusiva.

### 3) A las madres de familia

- Investigar el nivel de recepción de información y los factores que influyen en esto sobre la lactancia materna exclusiva para que las madres puedan captar mejor las sesiones educativas.
- Demostrar más interés por saber cómo pueden mejorar el crecimiento y desarrollo de sus hijos y poder prevenir enfermedades.

## IX.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca, R. (2012). *El conocimiento*. Recuperado el día 15-09-16 desde: <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/metodologiaenfermeria/Tipos%20y%20caracteristicas%20de%20conocimiento.pdf>
- Asociación Española de Pediatría (2016). *Técnicas de lactancia materna, una buena técnica de lactancia permite mantener la producción de leche y evita la aparición de grietas y dolor*. Recuperado en: <http://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/>
- Boungue, M. (2004). *“La investigación científica”*, México: Panamenia
- Cazau, P. (1997). *Los antepasados del conocimiento científico*. Buenos Aires. p. 2,5,8,9,10. Recuperado el 23 de 9 de 2015.
- Cuídate plus (2018). *Lactancia materna*. Recuperado el 03/03/18, en <http://www.cuidateplus.com/familia/bebe/diccionario/lactancia-materna.html>
- Delgado, L., & Nombera, F. (2013) *“nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la practicas de la lactancia materna exclusiva”* Chiclayo – Perú 2013.
- Eyssautier, M. (2006). *“Desarrollo de la inteligencia”*, Metodología de la investigación, México: Panamenia.
- Ferrer, K. (2017). *Estudio sobre la asociación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva según el sexo, en adolescentes de la Institución Educativa Nacional San Felipe del distrito de comas, Lima, Perú 2015*. Tesis para optar el título de licenciado en Nutrición. Universidad Católica Sedes Sapientiae. Perú.
- Ferro, M. y Flores, H. (2006). *Nivel de conocimientos en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005*. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- García, L. (2015). *Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva*. Centro de Salud Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, Lima Enero 2015. Tesis de pregrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.

- Gonzales, I. et al. (2015). *Abandono de la lactancia materna exclusiva, causas y consecuencias. Policlínico José L. Dubrocq. Año 2015. Cuba.* Recuperado en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000500005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500005)
- Guerrero, J. y Vera, J. (2013). *Nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en Madres Adolescentes.* Tesis de pregrado. Universidad del Azuay. Ecuador.
- Huerta, E. (2016). *Perú en ranquin de países con mayor lactancia materna exclusiva.* Recuperado en: <http://vital.rpp.pe/salud/peru-en-ranquin-de-paises-con-mayor-lactancia-materna-exclusiva-noticia-1067699>
- Injante, M. et al. (2017). *Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna de madres que acuden al control pre – natal en un Hospital de Ica – Perú.* Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica.
- MINSA (2017). *Somos lecheros, porque con la leche materna nos protegemos de la anemia.* Perú. Recuperado en <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2017/lactancia/index.asp?op=1>
- Ministerio de Salud del Perú: Lactancia Materna “Somos Lecheros” (2012). *Beneficios de la Lactancia Materna.* Consultado el 3 de agosto del 2016 Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/lacmat/beneficios.html>.
- Miñano, J. (2017). *Factores que influyen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva de lactantes hasta 6 meses de edad.* Tesis para optar el grado de bachiller en medicina. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
- OMS (2017). *Lactancia materna exclusiva.* Recuperado en: [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
- OMS (2013). *Protección de la lactancia materna en el Perú.* Recuperado en: [http://www.who.int/features/2013/peru\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/)
- OPS (2016). *Protección de la lactancia materna en Perú.* Recuperado en: [http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2370:proteccion-lactancia-materna-peru&Itemid=900](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2370:proteccion-lactancia-materna-peru&Itemid=900)
- OPS (2017). *Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna.* Recuperado de:

[http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3850:los-bebes-y-las-madres-del-mundo-sufren-los-efectos-de-la-falta-de-inversion-en-la-lactancia-materna&Itemid=900](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3850:los-bebes-y-las-madres-del-mundo-sufren-los-efectos-de-la-falta-de-inversion-en-la-lactancia-materna&Itemid=900)

Orozco, D. et al. (2009). *Teoría cognitiva de Piaget*. Recuperado en: <http://www.monografias.com/trabajos76/teoria-cognitiva-piaget/teoria-cognitiva-piaget.shtml>

Palacios, E. (2015) “*Conocimientos y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al Centro de salud Coishco*” Ancash – Perú.

Pineda, E. y De Alvarado, E. (2008). *Metodología de la investigación*. 3a ed. EEUU: Washington D C

Procter y Gamble (2017). *Amamantar: todo lo que necesitas saber para las primeras comidas del bebe*. Recuperado en <https://www.pampers.com.pe/recien-nacido/alimentacion/art%C3%ADculo/amamantartodo-lo-que-necesitas-saber-para-las-primeras-comidas-del-bebe>

Procter y Gamble (2017). *Alimentación del recién nacido: la primera vez*. Recuperado en <https://www.pampers.com.pe/recien-nacido/alimentacion/art%C3%ADculo/alimentacion-del-recien-nacido-la-primera-vez>

Raile, M. (2015). “*Modelos y teorías en enfermería*”, 8va edición. Editorial Elsevier España.

Redacción EC (2017). *La lactancia materna refuerza el vínculo y protección del niño: El lazo afectivo que ocurre durante el amamantamiento beneficia en la salud mental del recién nacido*. Recuperado en: <https://elcomercio.pe/tecnologia/ciencias/lactancia-materna-refuerza-vinculo-proteccion-nino-noticia-noticia-447284>

Rivera, E. et al. (2015). *Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva: Policlínico "Aleida Fernández" 2015*. Tesis de especialidad. Ciencias clínicas y patológicas. La habana – Cuba.

Romero, M. y Zaravia, K. (2015). *Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes que asisten al Hospital Nacional*

*Arzobispo Loayza –Lima*. Tesis de pregrado. Universidad Privada Arzobispo Loayza. Perú

Salazar, B. (1999). *“Introducción a la filosofía”*, México: Santana.

Salcedo, N. (2016). *Nivel de conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 1 año que asisten al consultorio de CRED del Puesto de Salud Rafael Belaunde Arequipa, 2015*. Universidad Católica de Santa María. Perú.

Supo, J. (2015). *Metodología de la investigación científica para las ciencias de la salud*. Perú: Universitaria.

UNICEF (2012). *Lactancia materna exclusiva*. Recuperado en: <https://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>

Urquiza, R. (2014). *Lactancia materna exclusiva siempre*. Recuperado en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322014000200011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200011)

Vásquez, R (2012) *“conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al centro de salud San Luis”* Lima – Perú.

Whaley, W. (1995). *“Tratado de enfermería pediátrica”*. Segunda Edición. Interamericana Mc Graw Hill.

# ANEXOS

## ANEXO 1

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	MARCO METODOLOGICO	ESCALA
¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas – 2017?	<p><b>General:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas – 2017.</li> </ul> <p><b>Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva según dimensiones: importancia, beneficios, ventajas y técnicas de amamantamiento.</li> <li>- Caracterizar a la población objeto de estudio.</li> </ul>	Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva.	<p><b>Tipo de diseño de investigación</b></p> <p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Nivel:</b> Descriptivo</p> <p><b>Tipo:</b> Observacional, prospectivo, transversal de análisis estadístico univariado.</p> <p><b>Diseño:</b> Descriptivo</p> <p><b>U/M:</b> 40 madres</p> <p><b>Instrumento:</b> Formulario del cuestionario</p> <p><b>Validez:</b> 8.8817</p> <p><b>Confiabilidad:</b> 0.94</p> <p><b>Análisis:</b> Se utilizó la estadística simple y medida de tendencia como la media, moda y mediana.</p>	<p><b>Variable:</b></p> <p>Ordinal</p> <p><b>Ítems:</b></p> <p>Dicotómica de distorsión, con un valor de:</p> <p>V=2</p> <p>F=0</p>

## ANEXO 2

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	CATEGORÍAS		ESCALA
						D	V	
Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva.	El conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados fundados, vago e inexacto; en base a ello tipifica al conocimiento en conocimiento científico y	El conocimiento es la adquisición de ideas que tienen las madres sobre la lactancia materna exclusiva. Se medirá con la prueba del conocimiento sobre lactancia materna exclusiva. Se medirá con la prueba del conocimiento	Importancia de la lactancia materna exclusiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La lactancia materna es buena para su bebé</li> <li>- Razón principal de LME</li> <li>- Su inicio.</li> <li>- Calostro</li> <li>- Edad recomendable.</li> </ul>	1,2,3,4, 5,6	Alto: 9-12 pts. Medio: 5-8 pts. Bajo: ≤ 4	Alto: 41-60 pts. Medio: 21-40 pts. Bajo: ≤ 20 pts.	Para medir la variable se utilizó la escala: <b>Ordinal</b> Para evaluar los ítems, se utilizó la escala dicotómica de distorsión, donde una de las alternativas es (V) y las demás son (F) con un valor de: V=2 F=0
			Beneficios de la lactancia materna exclusiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que contiene.</li> <li>- Beneficio para el niño.</li> <li>- Beneficios para la madre.</li> </ul>	7,8,9,10, 11	Alto: 7-10 pts. Medio: 4-6 pts. Bajo: ≤ 3		

	ordinario o vulgar.	sobre lactancia materna exclusiva.		- Beneficios económicos				
			Ventajas de la lactancia materna exclusiva.	- Que brinda la LME. - Si tuviera diarrea que haria. - Ventaja para la madre.	12,13,1 4	Alto: 5-6 pts. Medio: 3-4 pts. Bajo: ≤ 2		
			Técnicas de la lactancia materna exclusiva.	- Posición correcta del bebé. - Extracción de leche. - Posición correcta de la boca del bebé. - Heridas - Inadecuado amamantamiento.	15,16, 17,18,1 9,20,21, 22,23,2 4,25,25, 27,28,2 9,30	Alto: 22-32pts. Medio: 11-21pts. Bajo: ≤ 10 pts.		

				<ul style="list-style-type: none"><li>- Cada que tiempo dar de lactar.</li><li>- Tiempo de tomar cada pecho.</li><li>- Interrupción.</li><li>- Que seno dar después que ya lacto</li><li>- Higiene.</li><li>- Extracción</li><li>- Almacenamiento.</li><li>- Tiempo de conservar</li><li>- Como calentar.</li></ul>				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

## ANEXO 3

### Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas



Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería



#### NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

##### I. INTRODUCCIÓN:

El presente trabajo es parte de un estudio de investigación cuyo objetivo es determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2016. Por consiguiente es muy importante y necesario que usted responda con sinceridad ya que las respuestas serán de uso exclusivo para la investigación.

##### II. INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada una de las preguntas y responda con total sinceridad de acuerdo a su criterio y marque con una “x” la respuesta más apropiada para cada pregunta, se debe marcar solamente una respuesta.

##### III. DATOS GENERALES DE LA MADRE:

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| a) Edad: ..... años.          | d) Paridad:  |
| b) Nivel de escolaridad:      | Primípara ( )  |
| Primaria ( )                  | Múltipara ( )  |
| Secundaria ( )                | Gran múltipara más de 5 ( )  |
| Superior universitaria ( )    | e) Número de hijos.....  |
| Superior no universitaria ( ) | f) Recibió capacitación sobre el tema si es si cuantas veces: 1( ) |
| c) Ocupación:                 | g) 2( ) 3 a mas ( )  |
| Ama de casa ( )               |  |
| Estudiante ( )                | IV. DATOS DEL NIÑO   |
| Hogar – trabajo ( )           | h) Edad: ..... meses   |
| Estudio – trabajo ( )         |  |

## V. CONTENIDO:

### a) IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA:

1. Qué entiende por lactancia materna exclusiva:
  - a) Es dar a su bebe sólo leche materna de día y de noche por 6 meses.
  - b) Es dar a su bebé leche materna más agüitas por 6 meses
  - c) Es dar a su bebé leche materna más leche de tarro por 6 meses.
  - d) Es dar a su bebé leche materna más purés.
  
2. Por qué la lactancia materna es buena para su bebe:
  - a) Crecen más sanos e inteligentes
  - b) Es como su primera vacuna
  - c) Contiene todos los nutrientes y agua que necesita
  - d) Esta siempre limpia
  
3. Además de las razones anteriores mencionadas ¿Cuál sería la razón principal por la que usted daría lactancia materna?
  - a) El niño tiene placer
  - b) Se ahorra tiempo
  - c) Ayuda a que el niño y la madre se amen más
  - d) Se ahorra dinero
  
4. Cuando debe iniciar la lactancia materna su bebé
  - a) A las 4 horas de nacido.
  - b) Inmediatamente después del parto.
  - c) A las 24 horas de nacido
  - d) Cuando el bebé llore de hambre por primera vez.
  
5. El calostro (primera leche) es:
  - a) Un líquido segregado por las glándulas mamarias durante el embarazo y los primeros 5 días después del parto.
  - b) Un líquido blanquecino que aparece después del embarazo.

- c) La composición de la leche materna.
  - d) Es un líquido segregado por las glándulas mamarias a partir de la tercera semana luego del parto.
6. ¿Hasta qué edad es recomendable continuar dándole de lactar a su bebé?
- a) Hasta los 2 años
  - b) Hasta los 6 meses.
  - c) Hasta los 12 meses
  - d) Hasta que ya no tenga leche.

**b) BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA**

7. ¿Conoce que contiene la leche materna?
- a) Proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua.
  - b) Grasas, proteínas y agua
  - c) Solo agua, vitaminas y minerales.
  - d) No tengo conocimiento del tema.
8. ¿Por qué cree que es importante para su niño la lactancia materna?
- a) Porque lo protege de enfermedades digestivas, respiratorias, infecciones de oído y alergias.
  - b) Porque se asegura un crecimiento normal y saludable para él bebé.
  - c) Porque se asegura que el niño tenga una mejor capacidad de aprendizaje en el futuro.
  - d) Todas las anteriores.
9. ¿Puede decirme las razones porque la lactancia materna es buena para la mamá?
- a) El útero se acomoda más rápido y da menos hemorragia después del parto.
  - b) Hay menos riesgos de adquirir cáncer de senos y ovarios.
  - c) Evita la hinchazón y dolor de los pechos.
  - d) Todas las anteriores

10. La lactancia materna favorece el vínculo afectivo madre – hijo proporcionando:

- a) Seguridad al bebé ya que se siente protegido por su madre.
- b) Ambos sienten satisfacción y gozo en cada mamada.
- c) Se estimula el amor en el niño, desarrollando la confianza y el apego.
- d) Todas las anteriores.

11. ¿Qué beneficios económicos tiene la lactancia materna?

- a) El niño se enferma menos y se gasta menos dinero en medicinas
- b) No se gasta dinero en otras leches suplementarias para alimentar al bebé
- c) Las dos anteriores.
- d) No tengo conocimiento del tema

e) **VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**

12. ¿Qué ventajas brinda la lactancia materna?

- a) Disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovarios
- b) Disminuye el riesgo de enfermedades del bebé
- c) No tiene ventajas
- d) Desconozco las ventajas

13. Si su bebé menor de 6 meses tuviera diarrea:

- a) Lo suspende la lactancia materna.
- b) Le da panetela y otras agüitas
- c) Le da lactancia materna más suero oral
- d) Le daría pecho con mayor frecuencia.

14.Cuál es la ventaja de dar leche materna para la madre.

- a) Recuperar el aspecto físico
- b) Estimula las contracciones uterinas
- c) Fortalece los sentimientos de la madre

d) No tiene ventajas

f) **TÉCNICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**

15. ¿Cuál es la posición correcta del bebé al seno?

- a) Tomar en los brazos y pegarlo al abdomen de la madre.
- b) Agarrar el seno y estimular los labios del bebé para que abra la boca.
- c) Introducir en la boca del niño el pezón y gran parte de la areola
- d) Todas son correctas.

16. Si tendría la necesidad de salir algunas horas ¿Cómo extraería y conservaría la leche materna?

- a) En un frasco limpio y en refrigerador, hasta las 48 h si fuera necesario
- b) En un recipiente cualquiera limpio y fuera del refrigerador, para consumirla en algunas horas
- c) En un biberón limpio con tetera, listo para consumirlo en temperatura ambiente
- d) Desconozco como extraerle

17. ¿Cuál es la posición correcta del acoplamiento de la boca del niño al seno de la madre?

- a) La boca del bebé debe estar bien abierta para que gran parte de la areola entre en ella y el pezón quede centrado dentro de su boca con la barbilla tocando el pecho y apartando la nariz.
- b) La boca del bebé debe estar semiabierta para que entre en ella solo el pezón.
- c) La boca del bebé debe estar cerrada se debe introducir en la boca del bebé solo el pezón.
- d) No tengo conocimiento del tema.

18. ¿En caso de pezones agrietados (con heridas) que considera usted que debería hacer?

- a) Lavarse los pezones diariamente con agua tibia y jabón.
- b) Echar alcohol
- c) Aplicar un poco de leche materna luego de amamantar, dejar secar por 5 minutos.
- d) a y c

19. ¿Cuál es el problema más frecuente que se presenta cuando no hay una adecuada técnica de amamantamiento?

- a) Heridas en los pezones
- b) Pezones adoloridos
- c) Conductos obstruidos
- d) Todas las anteriores.

20. ¿Cada que tiempo debe dar de mamar a su bebé?

- a) Cada 3 horas
- b) Cada 4 horas
- c) Cada 2 horas o a libre demanda.
- d) Cada hora.

21. ¿Cuánto tiempo debe tomar de cada pecho el bebé?

- a) De 05 a 10 minutos por cada pecho
- b) De 10 a 15 minutos por cada pecho
- c) De 20 a 25 minuto por cada pecho
- d) 30 minuto por cada pecho.

22. La interrupción de la succión es

- a) Jalar el pecho
- b) Introducir un dedo en la boquita para que suelte el seno
- c) Dejar que él bebe suelte el pecho
- d) Desconozco

23. ¿Cómo se sabe por qué pecho hay que empezar a dar de lactar después de que el bebé ya lacto por primera vez en el día?
- a) Empezará de dar de lactar por cualquier seno
  - b) Iniciará con el seno que en la mamada anterior se dio al final
  - c) Iniciará con el seno que en la mamada anterior se dio al inicio.
  - d) Empezará a dar de lactar por el seno que esté más lleno.
24. ¿Cómo debe limpiarse los senos?
- a) Lavar los pezones con jabón o champú
  - b) Bañarse diariamente es suficiente
  - c) Desinfectar con alcohol los pezones.
  - d) No es necesario limpiarlos.
25. ¿Cuál es el problema más frecuente que se presenta en la madre cuando el niño no se ha puesto a mamar desde el nacimiento y que no mama a demanda?
- a) Mastitis (infección a las mamas)
  - b) Ingurgitación mamaria
  - c) Dolor y fiebre
  - d) No tengo conocimiento del tema
26. Si usted trabajara o estuviera fuera de casa ¿Cómo debe de alimentar al bebé?
- a) Tendría que darle leche artificial.
  - b) Le daría leche materna mientras esté con él bebe y leche artificial cuando se separe de él.
  - c) Tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo.
  - d) Tendría que darle leche de tarro en biberón.
27. ¿Sabe Ud. cómo se realiza la extracción de leche materna manualmente?
- a) Se extrae con la pezonera
  - b) Se inicia con masajes colocando la mano en forma de “C” empujando los dedos pulgar e índice hacia el tórax

- c) Consiste en presionar el seno fuertemente hasta que salga leche
- d) Todas las anteriores.

28. ¿Cómo se debe almacenar la leche materna extraída?

- a) En recipientes de vidrio previamente hervidos con tapa en la refrigeradora o en lugar fresco.
- b) En botellas de plástico
- c) En una jarra fuera del refrigerador
- d) En cualquier recipiente y lugar.

29. La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:

- a) 2 -4 horas
- b) 8 -12 horas
- c) 24 horas
- d) 48 horas

30. ¿Cómo se debe calentar la leche extraída?

- a) En el horno microondas
- b) A fuego directo en la cocina
- c) En un recipiente con agua caliente (baño maría)
- d) No tengo conocimiento del tema

GRACIAS!!!

## ANEXO 4

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para determinar la validez estadística del instrumento de medición, se realizó mediante el juicio de expertos, y a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento ( $n = 50$ ), al 0.05 de significancia estadística.

#### A) PRUEBA BINOMIAL

- 1) Hipótesis estadísticas

**H<sub>0</sub>:**  $P = 50\%$  vs. **H<sub>a</sub>:**  $P > 50\%$

**Donde:**

**P** es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La Hipótesis alternativa (**H<sub>a</sub>**) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta), entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “**adecuado**” o “**inadecuado**”.

- 2) Nivel de significancia ( $\alpha$ ) y nivel de confianza ( $\gamma$ )

$\alpha = 0.05$  (5%);  $(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$  (95%)

- 3) Función de prueba

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con

$n = 5$  y  $P = 0.50$  (50%).

- 4) Regla de decisión

Se rechazará la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor

$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05]$  es menor que  $\alpha = 0,05$ .

- 5) Valor calculado (VC)

$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] = \sum C^5 (0.5)^5 (0.5)^{5-k}$

El cálculo de ésta probabilidad acumulada hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial. V.C = **8.8817**

6) Decisión estadística

Para hacer la decisión estadística de cada ítem,

Se comparó el valor P con el valor de  $\alpha = 0.05$ , de acuerdo a la regla de decisión (columna 6), asimismo la significación estadística de la decisión se tiene en la (columna 7) de la tabla.

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%		
<b>1</b>	5	100	0	0	0.03125	**
<b>2</b>	5	100	0	0	0.03125	**
<b>3</b>	5	100	0	0	0.03125	**
<b>4</b>	5	100	0	0	0.03125	**
<b>5</b>	5	100	0	0	0.03125	**
<b>6</b>	5	100	0	0	0.03125	**
<b>7</b>	5	100	0	0	0.03125	**
<b>8</b>	5	100	0	0	0.03125	**
<b>9</b>	5	100	0	0	0.03125	**
<b>10</b>	5	100	0	0	0.03125	**
<b>TOTAL</b>	5049	100	0	0	8.8817	**

Fuente: **Apreciación de los expertos**

\* : Significativa (P < 0.05)

\*\* : Altamente significativa (P < 0.01)

**B) PRUEBA DE LA Z GAUSS PARA PROPORCIONES**

1) Hipótesis estadística

**Ho:** P = 50% vs. **Ha:** P > 50%

**Donde:**

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran los ítems del instrumento de medición como adecuados.

La Hipótesis alternativa (**Ha**) indica que el instrumento de medición es válido, entonces se espera que el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados debe ser mayor que el 50%, ya que la calidad del ítem se establece como “**adecuado: Sí**” o “**inadecuado: No**”.

- 2) Nivel de significancia ( $\alpha$ ) y nivel de confianza ( $\gamma$ )

$$\alpha = 0.05 (5\%); \quad (1 - \alpha) = \gamma = 0.95 (95\%)$$

- 3) Función de prueba

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “válido” y “no válido” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría, y como la muestra (respuestas) es 50, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

$$Z = \frac{p - P}{\sqrt{\frac{P(100 - P)}{n}}} \quad N(0,1)$$

$$\sqrt{\frac{P(100 - P)}{n}}$$

**Donde:**

**Z** = se distribuye como una distribución normal estandarizada con media 0 y varianza 1

**p** = es el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a cada ítem como adecuado (éxito).

**n** = es el número de jueces consultados (muestra)

- 4) Regla de decisión

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal VT = 1.6449

Con estos indicadores, la región de rechazo (RR/Ho) y aceptación (RA/Ho) de la hipótesis nula es: Al 5%: RR/Ho:  $VC > 1.6449$ ; RA/Ho:  $VC < 1.6449$ .

5) Valor calculado (VC)

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de:

$N = 50$ ,  $P = 50\%$  y  $p = 100\%$ . De donde resulta que: **VC = 8.8817**

6) Decisión estadística

Comparando el valor calculado (VC = **8.8817**) con el valor teórico (VT = 1.6449) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística.

- **Entonces el VC = 8.88178 > VT = 1.6449**

- **Con este resultado, se acepta la validez del instrumento de medición.**

**ESCALA DICOTOMICA PARA EVALUAR POR JUICIO DE EXPERTOS**

**APRECIACIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Nº	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica		
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles		
5	Los ítems reflejan el problema de investigación		
6	Los instrumentos abarcan en su totalidad el problema de investigación		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación		
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación		
9	El instrumento abarca las variables e indicadores		
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis		

**MATRIZ DE RESPUESTAS DE LOS PROFESIONALES DE CONSULTADOS SOBRE  
LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN (JUICIO DE EXPERTOS)**

ITEM	EXPERTO*					TOTAL
	1	2	3	4	5	
<b>01</b>	1	1	1	1	1	<b>5</b>
<b>02</b>	1	1	1	1	1	<b>5</b>
<b>03</b>	1	1	1	1	1	<b>5</b>
<b>04</b>	1	1	1	1	1	<b>5</b>
<b>05</b>	1	1	1	1	1	<b>5</b>
<b>06</b>	1	1	1	1	1	<b>5</b>
<b>07</b>	1	1	1	1	1	<b>5</b>
<b>08</b>	1	1	1	1	1	<b>5</b>
<b>09</b>	1	1	1	1	1	<b>5</b>
<b>10</b>	1	1	1	1	1	<b>5</b>

\* Respuesta de los profesionales: 1 = Sí, 0= No

**PROFESIONALES CONSULTADOS:**

1. Lic Enf. Sonia Santillán Salazar (Licenciada en enfermería en el servicio de control y crecimiento del niño - HRVF)
2. Lic Enf. Clara Sacramenta Chozo cornejo (Jefa de enfermeras - HRVF)
3. Lic Enf. Edith Chávez Cáceres (Licenciada en enfermería en el servicio de neonatología - HRVF)
4. Lic. Enf. Karen Espinosa Beraun Jefa de enfermeiras del servicio de neonatología - HRVF
5. Estadístico: Elías Torres Armas. DIRESA AMAZONAS

**ANEXO 5**  
**CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La confiabilidad del instrumento de medición (ficha de encuesta) se estableció a través de la fórmula de Split Halves. Ésta se obtiene en base a las varianzas individuales de los reactivos y a la varianza de la puntuación total de la prueba de impares y pares.

**Tabulación para cálculo de confiabilidad**

ITEMS																
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16
1	2	2	2	0	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	0	2
2	2	0	0	2	2	0	0	2	0	0	0	2	0	0	2	0
3	0	2	2	0	2	0	0	2	2	0	2	0	2	0	0	0
4	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0
5	2	0	0	0	2	2	2	0	2	0	2	0	2	2	0	0
6	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	0	2	2	0
7	2	0	0	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
8	0	0	2	2	0	2	2	2	2	0	0	2	2	0	2	0
9	2	0	0	0	2	0	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0
10	2	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	2	0	0	2	0

ITEMS														
	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30
1	0	0	2	0	2	0	0	2	2	2	2	0	2	2
2	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	2	2	0
3	0	2	2	0	2	2	0	0	2	0	2	0	0	2
4	0	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0
5	2	2	0	0	2	2	2	0	0	0	2	0	0	2
6	0	2	2	0	2	2	0	0	2	2	2	0	2	2
7	2	0	0	0	2	2	0	0	2	2	0	0	2	2
8	0	2	2	2	2	0	0	0	2	2	0	0	2	0
9	2	0	0	0	2	2	2	0	2	0	0	2	0	2
10	0	0	0	2	0	0	0	2	2	0	2	0	2	0

TOTAL	I	P	IP	I2	P2	P + I
36	20	16	320	400	256	36
22	14	8	112	196	64	22
28	18	10	180	324	100	28
16	10	6	60	100	36	16
30	20	10	210	400	100	30
42	22	20	440	484	400	42
22	12	10	120	144	100	22
32	18	14	252	324	196	32
26	16	10	160	256	100	26
24	14	10	140	196	100	24
<b>TOTAL Σ</b>	164	114	1994	2824	1452	

Este se calcula con la fórmula:

**Formula: Split Halves**

$$n\Sigma IP - \Sigma I(\Sigma P)$$

$$rip = \frac{n\Sigma IP - \Sigma I(\Sigma P)}{\sqrt{[(n\Sigma I^2 - (\Sigma I)^2)] [(n\Sigma p^2 - (\Sigma p)^2) ]}}$$

$$rip = \frac{10(1994) - 164(114)}{\sqrt{[10(2824) - (164)^2] [10(1452) - (114)^2]}}$$

$$rip = \frac{19940 - 18696}{\sqrt{[28240 - 26896] [14520 - 12996]}}$$

$$r_{ip} = \frac{1244}{\sqrt{[1344][1524]}}$$

$$\frac{1244}{\sqrt{2048256}}$$

$$r_{ip} = 1244 / 1431.1$$

**r<sub>ip</sub>. 0.87**

**Máximo valor calculado de la confiabilidad**

<b>2 (r<sub>ip</sub>)</b>		
<b>Rip =</b>	<b>—————</b>	<b>= Spearman Brown</b>
	<b>1 + r<sub>ip</sub></b>	

$$Rip = \frac{2 (0.87)}{1 + 0.87}$$

$$Rip = \frac{1.74}{1.87}$$

**Rip = 0.9304**

Aplicando la fórmula el valor de la confiabilidad del instrumento de medición es:

**Rip = 0.9304**

**Obteniéndose de esta manera una alta confiabilidad.**

## **CRITERIOS DE CONFIABILIDAD**

- -1 a 0 : no es confiable
- 0 a 0.49 : baja confiabilidad
- 0.5 a 0.95 : moderada confiabilidad
- 0.79 a 0.89 : fuerte confiabilidad
- 0.9 a 1 : alta confiabilidad

**ANEXO 6**  
**CLASIFICACIÓN Y PUNTAJE DEL INSTRUMENTO**

- **Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, HRVF – 2017.**

Nivel Alto	41 - 60 puntos
Nivel Medio	21 - 40 puntos
Nivel Bajo	0 - 20 punto

- **Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, según dimensión importancia de LME, HRVF – 2017**

Nivel Alto	9 - 12 puntos
Nivel Medio	5 - 8 puntos
Nivel Bajo	0 - 4 punto

- **Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, según dimensión beneficios de LME, HRVF – 2017**

Nivel Alto	7 - 10 puntos
Nivel Medio	4 - 6 puntos
Nivel Bajo	0 - 3 puntos

- **Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, según dimensión ventajas de LME, HRVF – 2017**

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

- **Nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las madres que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo, según dimensión técnicas de LME, HRVF – 2017**

Nivel Alto	22 - 32 puntos
Nivel Medio	11 - 21 puntos
Nivel Bajo	0 - 10 puntos

## ANEXO 7

**Tabla 3: caracterización de la población sobre el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017**

Caracterización		Lactancia materna exclusiva							
		bajo		medio		alto		total	
		fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
EDAD	13 - 15 a	0	0	4	10	0	0	4	10
	16 - 20 a	5	12,5	15	37,5	0	0	20	50
	21 - 25 a	1	2,5	7	17,5	0	0	8	20
	26 - 30 a	1	2,5	4	10	0	0	5	12,5
	31 - 35 a	0	0	1	2,5	0	0	1	2,5
	36 - 40 a	0	0	2	5	0	0	2	5
<b>total</b>		<b>7</b>	<b>17,5</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
NIVEL DE ESCOLARIDAD	primaria	0	0	9	22,5	0	0	9	22,5
	secundaria	5	12,5	11	27,5	0	0	16	40
	sup. univ.	2	5	7	17,5	0	0	9	22,5
	sup. no univ.	0	0	6	15	0	0	6	15
<b>total</b>		<b>7</b>	<b>17,5</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
OCUPACIÓN	estudiante	2	5	10	25	0	0	12	30
	hogar - trabajo	2	5	17	42,5	0	0	19	47,5
	estudio - trabajo	3	7,5	6	15	0	0	9	22,5
<b>total</b>		<b>7</b>	<b>17,5</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
PARIEDAD	primípara	6	15	24	60	0	0	30	75
	multípara	1	2,5	9	22,5	0	0	10	25
<b>total</b>		<b>7</b>	<b>17,5</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
EDAD - MESES	3 meses	2	5	8	20	0	0	10	25
	4 meses	1	2,5	9	22,5	0	0	10	25
	5 meses	1	2,5	9	22,5	0	0	10	25
	6 meses	3	7,5	7	17,5	0	0	10	25
<b>total</b>		<b>7</b>	<b>17,5</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
CAPACITACIÓN	1 cap	3	7,5	25	62,5	0	0	28	70
	2 cap	2	5	4	10	0	0	6	15
	3 a + cap	2	5	4	10	0	0	6	15
<b>total</b>		<b>7</b>	<b>17,5</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Fuente: encuesta “nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva”

## ANEXO 8

### CARACTERIZACIÓN ENTRE DATOS GENERALES DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO CON SU NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

**Tabla 4: Edad y nivel de conocimientos sobre LME de las madres que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017**

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA								
EDAD	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%		
13 - 15 a	0	0	4	10	0	0	4	10
16 - 20 a	5	12,5	15	37,5	0	0	20	50
21 - 25 a	1	2,5	7	17,5	0	0	8	20
26 - 30 a	1	2,5	4	10	0	0	5	12,5
31 - 35 a	0	0	1	2,5	0	0	1	2,5
36 - 40 a	0	0	2	5	0	0	2	5
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>17,5</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Fuente:** encuesta “nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva”  $X^2 = 2,424^a$  gl:5 p: 1.67

## ANEXO 9

**Tabla 5: Escolaridad y nivel de conocimientos sobre LME de las madres que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017**

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA								
ESCOLARIDAD	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%		
Primaria	0	0	9	22,5	0	0	9	22,5
Secundaria	5	12,5	11	27,5	0	0	16	40
Sup. univ.	2	5	7	17,5	0	0	9	22,5
Sup. no univ.	0	0	6	15	0	0	6	15
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>17,5</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Fuente:** encuesta “nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva”  $X^2 = 5,416^a$  gl:3 p: 0.99

## ANEXO 10

**Tabla 6: Ocupación y nivel de conocimientos sobre LME de las madres que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017**

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA								
OCUPACION	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%		
Estudiante	2	5	10	25	0	0	12	30
Hogar – trabajo	2	5	17	42,5	0	0	19	47,5
Estudio – trabajo	3	7,5	6	15	0	0	9	22,5
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>17,5</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Fuente:** encuesta “nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva”  $X^2 = 2.209^a$  gl:2 p: 0.73

## ANEXO 11

**Tabla 7: Pariedad y nivel de conocimientos sobre LME de las madres que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017**

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA								
PARIEDAD	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%		
Primípara	6	15	24	60	0	0	30	75
Múltipara	1	2,5	9	22,5	0	0	10	25
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>17,5</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Fuente:** encuesta “nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva”  $X^2 = 0.519^a$  gl:1 p: 0.43

## ANEXO 12

**Tabla 8: Edad en meses y nivel de conocimientos sobre LME de las madres que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017**

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA								
EDAD - MESES	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%		
3 meses	2	5	8	20	0	0	10	25
4 meses	1	2,5	9	22,5	0	0	10	25
5 meses	1	2,5	9	22,5	0	0	10	25
6 meses	3	7,5	7	17,5	0	0	10	25
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>17,5</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Fuente:** encuesta “nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva”  $X^2 = 1.905^a$  gl:3 p: 1.13

## ANEXO 13

**Tabla 9: Capacitación y nivel de conocimientos sobre LME de las madres que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2017**

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA								
CAPACITACIÓN	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%		
1 capacitación	3	7,5	25	62,5	0	0	28	70
2 capacitación	2	5	4	10	0	0	6	15
3 a + capacitaciones	2	5	4	10	0	0	6	15
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>17,5</b>	<b>33</b>	<b>82,5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Fuente:** encuesta “nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva”  $X^2 = 2.977^a$  gl:2 p: 0.74