

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Enfermería**

**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD FRENTE A  
LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES QUE ASISTEN AL  
CONSULTORIO DE ENFERMERÍA DEL CENTRO  
DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA 2010**

**TESIS**

**Presentada por:**

*Bach. Rosalía Nelly Mamani Churacutipa*

**Para optar el Título Profesional de:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TACNA - PERÚ**

**2011**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD FRENTE A  
LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES QUE ASISTEN AL  
CONSULTORIO DE ENFERMERÍA DEL CENTRO  
DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA 2010**

**TESIS**

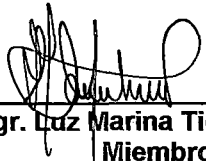
**BACH. ROSALÍA NELLY MAMANI CHURACUTIPA.**

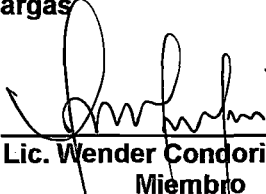
Para optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Aprobado por \_\_\_\_\_, ante el siguiente Jurado

  
Mgr. Elena Cachicatari Vargas  
Presidenta

  
Mgr. Luz Marina Ticona Pajares  
Miembro

  
Lic. Wender Condori Chipana  
Miembro

  
Mgr. María Vargas Salcedo  
Asesor

## DEDICATORIA

A Dios, ya que gracias a él tengo a mi madre y mis hermanos quienes me apoyan en mis derrotas y celebran mis triunfos.

A mis docentes quienes me apoyaron y brindaron todos sus conocimientos, enseñanzas en mi culminar de mi desarrollo profesional.

A mi asesora Mgr. María Vargas Salcedo, por su enseñanza y orientación para el desarrollo de mi profesión.

Y en especial a Juana mi madre a quienes le debo la existencia y todo lo que soy.

## INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
INTRODUCCIÓN.....	iii
<b>CAPÍTULO I: DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Planteamiento del Problema .....	11
1.2. Marco Teórico .....	16
1.3. Antecedentes del Problema .....	43
1.4. Objetivos .....	47
1.5. Hipótesis.....	48
<b>CAPÍTULO II: DE LA METODOLOGÍA</b>	
2.1. Tipo y Diseño de la Investigación.....	49
2.2. Población y Muestra de Estudio.....	49
2.3. Variables de Estudio .....	50
2.4. Métodos y Técnicas de Recolección de Datos.....	50
2.5. Recolección de Datos.....	52

## CAPÍTULO III: DE LOS RESULTADOS

3.1. Procesamiento y Análisis de Datos .....	54
3.2. Resultados .....	54
3.3. Discusión.....	62
3.4. Conclusiones.....	66
3.5. Recomendaciones.....	67
REFERENCIAS .....	69
ANEXOS	

## RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo, de relación, corte transversal y, de diseño no experimental; se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el conocimiento y la actitud frente a la lactancia materna en madres que asisten al consultorio de enfermería del Centro de Salud San Francisco, Tacna 2010. La muestra estuvo conformado por 100 madres; los instrumentos utilizados fueron, uno para medir el nivel de conocimiento y el otro para medir el tipo de actitud frente a la lactancia materna; obtenida la información, los datos fueron procesados en el software SPSS y presentados en tablas estadísticas; para el análisis estadístico se aplicó la prueba de ji cuadrado. Concluyendo que el 50% de madres presentó nivel de conocimiento promedio, el 48% alto y sólo el 2% bajo respecto a la lactancia materna. El 58% presentó tipo de actitud negativa y un 42% positiva frente a la lactancia materna; concluyéndose que existe relación significativa entre el conocimiento y actitud en madres frente a la lactancia materna, mediante la prueba estadística ji cuadrado resultando con un  $p < 0,05$  ( $p = 0,00034$ ) y  $X^2_{cal} 13,67$ .

## ABSTRACT

This research study is descriptive, relational, cross-sectional, nonexperimental design, was carried out to determine the relationship between knowledge and attitude to breastfeeding mothers attending the clinic Nursing Health Center San Francisco, Tacna 2010. The sample consisted of 100 mothers, are utilize tools for data collection, one to measure the level of knowledge and the other, the type of attitude to breastfeeding information obtained, data were analyzed using the SPSS software and presented in statistical tables, for statistical analysis was applied chi-square test. 50% of mothers had average knowledge level, 48% high and only 2% low compared to breastfeeding. 58% had such a negative attitude and 42% positive compared to breastfeeding, concluding that there is significant relationship between knowledge and attitude in front of mothers breastfeeding by the resulting chi-square statistical test with  $p < 0,05$  ( $p = 0,00034$ ) and  $X^2$  cal 13,67.

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, de herencia biológica natural en los mamíferos y llama mucho la atención el hecho paradójico del abandono de esa práctica en el ser humano. Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño; dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto con la piel suave y caliente de la madre le da tranquilidad y placer a ambos.

La lactancia se prepara psicológicamente desde bien temprano en la gestación; se debe persuadir a la futura madre de las ventajas y no ocultarle las dificultades. Para adiestrarla en las técnicas se les enseña la posición acostada y sentada, la de sandio, que es muy favorecedora para después de una cesárea y cómo amamantar gemelos. La madre siempre debe buscar la posición que le sea más cómoda para ella y el niño.

La lactancia materna es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económica, como higiénica y afectiva, es un recurso material de bajo costo, el cual contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan la respuesta del cerebro.

Por la gran importancia de la lactancia materna se ha creado el alojamiento conjunto, que favorece el contacto precoz de la madre e hijo y se impulsa la alimentación a través del seno materno.

Los estudios tipo conocimientos y actitudes, han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental de los diagnósticos para ofrecer información a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y nutrición.

Por su importancia, tanto en la madre como en el niño, nos proponemos conocer el conocimiento y actitud de las madres que asisten al Consultorio de Enfermería del Centro de Salud San Francisco.

En el presente trabajo de investigación se ha considerado el Capítulo I, del Problema; el Capítulo II, de la Metodología; y Capítulo III, de los Resultados, Referencias y los Anexos.

## CAPÍTULO I

### DEL PROBLEMA

#### 1.1. Planteamiento del Problema

La leche materna constituye el mejor alimento que puede darse en forma exclusiva a un niño o niña hasta los seis meses de edad y con otros alimentos hasta los dos años <sup>(1)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) han considerado por décadas a la lactancia materna (LM) fundamental en la alimentación humana y la han promovido mediante diversas iniciativas globales. A nivel internacional existen diversas instituciones que apoyan y promueven la lactancia materna, como la UNICEF, la IBFAN (International Baby-FoodAction Network) y la WABA (World Alliance forBreastfeedingAction), entre otros.

---

<sup>(1)</sup> MINSA- UNICEF (2008) "Plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008". Ministerio de Salud y UNICEF. Perú. Pág.67.

La desnutrición infantil, la deficiencia de micronutrientes sigue siendo los principales problemas de nutrición en el Perú. En menores de 5 años, la desnutrición crónica a nivel nacional es de 24,1% según ENDES Continua 2005, siendo cinco veces más alta en la sierra y selva que en Lima metropolitana.

Con respecto a la prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en menores de 6 meses se incrementó de 52,7% en 1996 a 67,2% en el año 2000, según la ENDES. Sin embargo, los resultados preliminares de la ENDES Continua Ciclo IV 2007, muestran una disminución de un punto respecto al año 2007, es decir, sólo el 66% de las niñas y niños en el ámbito nacional reciben LME hasta el sexto mes de edad.

En relación al uso del biberón todavía es una práctica muy difundida, los reportes de la ENDES Continua 2007 están por encima del 22% en menores de 6 meses y del 37% en niños de 6 a 9 meses.

La práctica de la Lactancia Materna y alimentación complementaria adecuadas son fundamentales para la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo, la salud y la nutrición de los lactantes y niños; para tal fin la duración óptima de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de edad es uno de los aspectos trascendentales de la salud pública que el Ministerio de Salud viene promoviendo, con el

propósito de lograr un estado de salud óptimo y de proteger el potencial de desarrollo humano en la infancia.

La ausencia de información de Lactancia Materna (LME) durante los primeros seis meses de vida es una de las principales causas de diversas enfermedades. A nivel nacional el 66% de bebés menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva, siendo el consumo mayor en las zonas rurales donde el 80% de bebés se alimentan con leche materna, según los resultados preliminares de la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2007; la Red Peruana de la Lactancia Materna ha identificado varios obstáculos que interfieren en la lactancia materna exclusiva, entre los que se encuentran:

Poca información: la mayoría de mujeres desconocen que la lactancia materna es beneficiosa para su propia salud. No están informadas sobre las técnicas de un amamantamiento exitoso en la situación de crisis. Barreras socioculturales: actitudes y creencias que menosprecian a la lactancia materna desaniman a las mujeres en iniciar y/o mantener la lactancia. Falta de apoyo en el lugar de trabajo: pocas madres gozan de licencias de maternidad pagadas, o de tiempos y lugares adecuados para amamantar o extraerse la leche. Prácticas nocivas en los servicios de salud: la distribución de

suministros gratuitos de leches artificiales infantiles en algunos servicios de salud, uso del biberón.

Presiones comerciales: la comercialización de leches artificiales, induce a las madres al consumo de fórmula artificial y diferencia entre la leche materna. Dificultad en la calidad de los servicios: algunos profesionales de la salud, orientan la información inadecuadamente a las mujeres, durante su embarazo, parto o puerperio.

Estos datos nos muestran la necesidad de impulsar las acciones a favor de la lactancia materna, respetando las culturas, valorando las costumbres locales donde se desenvuelve la madre y su niña/o-entorno familiar.

Frente a esta situación el Perú se ha interesado desde hace varios años en promover la práctica de la lactancia materna, ya se empiezan a ver algunos resultados; la encuesta nacional de la situación nutricional realizada en el año 2005, mostró que en los últimos 10 años el porcentaje de mujeres que inician la lactancia materna aumentó en 2,6%, la duración total de la lactancia materna aumentó en 3,6 meses y la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en 1,7 meses. En ese año la duración total promedio fue de 14,9 meses y de Lactancia Materna Exclusiva de 2,2 meses.

A nivel regional no se encuentran estudios relacionados al tema de investigación pero el Gobierno Regional de Tacna desde el año 2009 fomenta la lactancia materna en el marco de su meta regional Desnutrición Cero, considerando que la lactancia materna no sólo sirve para reforzar el vínculo del niño con la madre, sino que se considera fundamentalmente vital para el desarrollo cerebral y corporal en los primeros meses de vida, pero hay madres que erróneamente mantienen muchos mitos respecto a la lactancia materna y descuidan la nutrición de sus bebés; por ejemplo, hay madres que dicen: "mi leche ya no es buen alimento y por eso mejor le doy comida", nada más falso, la leche materna es el mejor alimento para los niños y hasta los 6 primeros meses de vida, debe ser exclusiva sin la interferencia de otros alimentos.

Porque la niñez es la más vulnerable y la mortalidad infantil puede elevarse de 2 a 70 veces más que el promedio por diarreas, enfermedades respiratorias y desnutrición, por tanto la lactancia materna es una intervención que salva vidas y su protección es mayor para los lactantes y niños pequeños. Aún en situaciones que no son de emergencia, los niños menores de dos años que no reciben leche materna, tiene seis veces más probabilidades de morir. Por tanto es necesario seguir fomentando la lactancia materna como respuesta

vital para que las niñas y los niños reciban los nutrientes esenciales permitiéndoles afrontar las enfermedades infecciosas que se presentan.

**Ante el contexto descrito se formuló la siguiente interrogante:**

¿Existe relación entre el conocimiento y la actitud frente a la lactancia materna en madres que asisten al Consultorio de Enfermería del Centro de Salud San Francisco, Tacna 2010?

## **1.2. Marco Teórico**

La lactancia materna es la alimentación con leche de madre. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF) señalan así mismo que "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños".<sup>(2)</sup>

Recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de dos años. La Academia

---

<sup>(2)</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008) "Lactancia materna". Editorial de la OMS. Washington. Pág. 5-89.

Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. El Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y UNICEF.

Según la OMS y el UNICEF (2008) a partir de los dos primeros años la lactancia materna debería mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. En nuestra cultura se tiende a considerar la lactancia materna como algo propio únicamente de bebés de pocas semanas o meses; sin embargo, también se han descrito casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años y los estudios antropológicos publicados concluyen que la franja natural de lactancia en bebés humanos se encuentra situada entre los dos años y medio y los siete.<sup>(3)</sup>

El cerebro humano se desarrolla casi completamente durante los 2 primeros años de vida y la leche materna contiene nutrientes esenciales como proteínas de buena calidad, vitaminas y ácidos grasos (que no se encuentran en ningún otro tipo de alimento ya sea de origen animal o vegetal), indispensables para formar bloques de

---

<sup>(3)</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2008) Ibid. Pág. 5.

construcción cerebral, permitiendo que el cerebro humano se desarrolle casi en su máxima extensión en esta primera etapa de la vida. También contienen sustancias que van a inmunizar y proteger al niño contra infecciones y contaminaciones que se presentan a esta edad, haciendo que crezca sano, protegido, inteligente, despierto y lleno de vida.

Los lactantes alimentados con leche materna exclusivamente hasta los seis meses, contraen menos enfermedades y están mejor nutridos que los que reciben otros alimentos. La alimentación con biberón representa una grave amenaza para la vida y la salud de millones de niños.

Muchas madres no confían en su propia capacidad para amamantar a sus hijos y necesitan recibir el estímulo y apoyo práctico del padre, del niño, del personal de salud, los agentes comunitarios de salud, los familiares, amigos, los grupos de mujeres, los medios de comunicación masiva y las organizaciones sociales de base.

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) es segura, porque contiene factores que protegen, previenen y combaten infecciones como la diarrea, neumonía y reducen el riesgo de alergias particularmente el asma; es sensata, porque contiene los nutrientes necesarios en las cantidades adecuadas y de calidad sin igual; es sostenible, porque

contribuye a la seguridad alimentaria de la familia y es satisfactoria, porque cuando se da de lactar se crean lazos especiales de apego entre la madre y su niño.

Sin embargo, muchas madres necesitan tener confianza en su capacidad de dar de lactar, ya que su leche es la más segura y la mejor para su niño; por lo tanto es importante que la madre comience la lactancia inmediatamente después del parto para estimular la producción de leche.

*Ventajas de la lactancia:*

- La lactancia es conveniente, porque es el alimento que tiene una disponibilidad fácil para el niño y no requiere preparación o equipo especial;
- La leche materna suministra un adecuado balance y una cantidad de nutrientes que son ideales para el niño lactante;
- El calostro y la leche materna tienen elementos anti infecciosos que ayudan a limitar las infecciones;
- La alimentación con biberón aumenta el riesgo de infecciones por contaminación con organismos patógenos en la leche, la fórmula láctea y el agua que se usa en la preparación, así como los biberones, chupetes y otros artículos utilizados para la alimentación del niño;

- La lactancia es más económica que la alimentación con biberón, que comprende los costos de la fórmula, o la leche de vaca, los biberones y los chupetes al igual que el combustible necesario para la esterilización;
- La lactancia prolonga la duración de la anovulación postparto y ayuda a las madres a espaciar los embarazos;
- La lactancia promueve un mayor vínculo y relación entre la madre y el niño;
- Aparentemente se observa un menor riesgo de alergias, obesidad y ciertos problemas de salud en niños amamantados con leche materna en comparación con los que se alimentan en forma artificial.

*Problemas de alimentar con biberón o sucedáneos de la leche materna:*

### *Infección*

Mientras que la leche materna es protectora, los métodos alternativos de alimentación infantil aumentan el riesgo de infección, debido sobre todo a que la contaminación lleva a un mayor consumo de organismos patógenos; la mala higiene, especialmente en la alimentación con biberón, es una causa importante de gastroenteritis y diarrea en la infancia; la fórmula para niños y la leche de vaca son

un buen vehículo y medio de cultivo para organismos patógenos; y es muy difícil suministrar un alimento limpio y estéril, para alimentar a un niño con un biberón en las siguientes circunstancias:

- Cuando el agua que utiliza la familia se obtiene de un manantial o pozo contaminados con excrementos humanos (relativamente pocos hogares en los países en desarrollo tienen su propio suministro seguro de agua corriente).
- Cuando la higiene del hogar no es buena y el ambiente de la casa está contaminado con moscas y excrementos.
- Cuando no existe un refrigerador u otro espacio seguro para guardar la fórmula reconstituida o la leche de vaca.
- Si no existe una cocina, y cuando se necesita hervir el agua para esterilizar el biberón, alguien tiene que recoger combustible y prender el fuego.
- Cuando no hay utensilios apropiados para limpiar el biberón después de su uso y éste es de plástico deteriorado o es una botella de gaseosa prácticamente imposible de limpiar.
- Cuando la madre tiene relativamente pocos o ningún conocimiento sobre el papel de los gérmenes en la enfermedad.

### *Malnutrición*

La alimentación artificial puede contribuir de dos maneras importantes a la malnutrición proteinoenergética (MPE), incluyendo el marasmo nutricional. Primero, como ya se mencionó, los niños alimentados con una fórmula láctea tienen más probabilidad de sufrir infecciones, incluyendo la diarrea, que contribuyen a deficiencias en el crecimiento y a la MPE en la infancia y en la edad preescolar. Segundo, las madres de familias pobres a menudo diluyen excesivamente la fórmula. Debido al alto costo de los sustitutos de leche materna, la familia compra muy poca cantidad y trata de estirarlos usando menos cantidad de fórmula en polvo, que la recomendada para cada comida. El niño quizá recibe el número correcto de comidas y el volumen de líquido recomendado, pero cada comida se encuentra tan diluida que puede ser muy bajo su contenido de energía y otros nutrientes para lograr el crecimiento óptimo. El resultado es: la falta de crecimiento y tal vez desarrollo lento de marasmo nutricional.

### *Problemas económicos*

Una desventaja muy importante de la alimentación con fórmulas lácteas es el costo para la familia y para la nación. La leche materna se produce en todos los países, pero la fórmula láctea no. La fórmula láctea es un alimento muy costoso, y si los países la importan, tienen

que gastar innecesariamente divisas externas. La elección de la lactancia materna en vez de la alimentación con biberón, por lo tanto, aporta una importante ventaja económica para las familias y para los países pobres.

*Propiedades y valor de la leche materna:*

Inmediatamente después de dar a luz al recién nacido, la madre produce calostro por ambos pechos. En pocos días, la leche «llega» y aumenta en cantidad para suplir las necesidades del niño. La producción de leche de una madre está influenciada sobre todo por las exigencias de su bebé, cuya succión estimula la secreción de la leche. Mientras más succiona el recién nacido, mayor cantidad de leche producirá la madre. La cantidad con frecuencia aumenta de alrededor de 100 a 200 ml al tercer día del nacimiento a 400-500 ml en el momento en que el bebé tiene diez días de edad.

La producción puede continuar aumentando hasta 1 000 ó 1 200 ml por día. Un niño sano de cuatro meses de edad, de peso promedio y que crece normalmente, si se alimenta al pecho exclusivamente, recibirá de 700 a 850 ml de leche materna en un período de 24 horas. Al considerar que los bebés pueden comer tanto cuanto deseen, siempre tendrán suficiente leche. Esta es probablemente la única oportunidad en la vida en que una persona puede comer tanto cuanto

deseo y siempre que lo desee. La alimentación de acuerdo con la demanda - en cualquier momento, día o noche - es el método de lactancia que se practica tradicionalmente. Se logra mejor si la madre está feliz, relajada, confiada y libre para estar con su bebé todo el tiempo. En estas circunstancias, la madre y el niño forman lo que se ha denominado una unidad bivalente - una pareja especial.

Un litro de leche materna produce cerca de 750 kcal. La leche de vaca suministra más o menos tres veces más proteína y cuatro veces más calcio, pero tan sólo alrededor de 60 por ciento de los carbohidratos presentes en la leche materna humana (véase la tabla 1).

Casi todos los estudios indican con claridad que los nutrientes que hay en la leche de una madre sana y bien nutrida, satisfacen todas las necesidades nutricionales del niño si consume suficiente leche. Aunque el contenido de hierro de la leche materna es bajo, es suficiente y bien absorbido lo que evita la anemia durante los primeros cuatro a seis meses de vida. La leche de vaca tiene inclusive menor contenido de hierro y el bebé no lo absorbe muy bien, por lo tanto, los niños alimentados con leche de vaca quizá desarrollen anemia por carencia de hierro.

Tabla N ° 01

Comparación del contenido de nutrientes de leche humana y leche de vaca en 100 g

Tipo de leche	Energía (kcal.)	Carbohidrato (g)	Proteína (g)	Grasa (g)	Calcio (mg)	Hierro (mg)
Leche humana	70	7,0	1,03	4,6	30	0,02
Leche de vaca	61	5,4	3,3	3,3	119	0,05

Fuente: Ministerio de Salud 2004

De particular importancia es la presencia en el calostro y en las leches maternas de factores anti infecciosas (que no se encuentran presentes en la fórmula para el lactante). Estos incluyen:<sup>(4)</sup>

- Algunos anticuerpos e inmunoglobulinas que actúan en el intestino del niño y atacan a los organismos que causan enfermedades, y evitan así una infección en el lactante;
- Células vivas, sobre todo glóbulos blancos, que pueden producir sustancias importantes como interferón (que pueden combatir los virus), inmunoglobulina a, lactoferrina y lisosomas;
- Otros factores, como el factor bífido que ayuda a ciertas bacterias amigas, como los lactobacilos, a crecer y proliferar en el intestino del niño, donde ayudan a garantizar un entorno ácido (por el ácido

<sup>(4)</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008) op.cit. Pág. 6.

láctico) que es desfavorable para el crecimiento de organismos patógenos.

En términos simples, la leche materna contribuye a que el intestino del bebé sea un medio adverso y hostil para los organismos causantes de enfermedad. Las heces de un niño amamantado difieren en su aspecto de las de un niño que se alimenta con fórmula.

La leche materna, particularmente debido a la inmunoglobulina que contiene, parece proteger a los bebés contra las alergias, en contraste, la leche no humana y las proteínas de vaca presentes en los sustitutos de la leche materna, al igual que otras sustancias que contienen las fórmulas infantiles durante su fabricación, pueden provocar alergias, siendo la consecuencia más grave en niños alimentados con fórmula; una mayor tasa de eczema, otras alergias, cólicos y el síndrome de muerte infantil repentina (SMIR), con respecto a niños que reciben leche materna.

Asimismo, además de todo lo anterior, los productos manufacturados son muy costosos.

La conservación de la leche es muy fácil, puede usarse recién extraída o conservar a temperatura ambiente, en el frigorífico o incluso en un congelador doméstico. Por ejemplo a temperatura

ambiente, siempre que ésta sea en torno a los 21 ° C: unas 10 horas; en el frigorífico, entre 0-5 °C: 48-72 horas; en un congelador doméstico; a -20° C hasta los 6 días desde la extracción, congelando inmediatamente, en recipiente de plástico o cristal, en pequeñas cantidades (50-100cc) y para no tener que tirar la leche ni romper la cadena de frío; debe identificarse con la fecha de extracción.

El calostro es el líquido amarillo o color paja que producen las mamas en los días posteriores al nacimiento del recién nacido. El calostro es altamente nutritivo y rico en propiedades anti infecciosas, podría decirse que las células vivas, inmunoglobulinas y anticuerpos del calostro constituyen la primera inmunización para el niño.

La leche en las mamas se produce en un gran número de estructuras tipo bolsas denominadas los alvéolos y luego los canales lácteos la llevan al pezón, el pezón tiene nervios y es sensible al estímulo, alrededor del pezón existe un área circular pigmentada que se denomina la areola, debajo de la cual se encuentran las glándulas que producen aceite para mantener sanos la superficie del pezón y la areola, la producción de leche es influenciada por hormonas, en particular la prolactina y la oxitocina, y por reflejos.

La succión del pezón por el niño estimula la glándula pituitaria anterior en el cerebro para producir prolactina, que influye sobre los alvéolos

para secretar leche, este mecanismo algunas veces se denomina «reflejo de secreción de leche».

La succión también estimula a la glándula pituitaria posterior para liberar en la sangre la hormona oxitocina, esta se desplaza a los pechos y causa contracciones en los alvéolos y los canales para permitir la salida de la leche, este efecto de la oxitocina con frecuencia se llama «reflejo de descarga». La oxitocina también tiene otra acción estimulante sobre el músculo uterino para que se contraiga inmediatamente después del parto, estas contracciones uterinas sirven para reducir la hemorragia, también ayudan a devolver el tono muscular, eliminan el aspecto de embarazo y brindan de nuevo a la madre la forma que no había observado durante tanto tiempo.

Si es posible, la lactancia se debe iniciar unos minutos después del parto (o ciertamente dentro de un término de una hora). Esta succión temprana tiene ventajas fisiológicas debido a que eleva los niveles de la hormona oxitocina secretada en la sangre de la madre. Como se describió antes, la oxitocina estimula las contracciones uterinas que primero ayudan a expeler la placenta y en segundo lugar tienen una importante función en la reducción de la pérdida sanguínea.

Después del parto la madre y su niño deben estar juntos en cama, en casa o en la sala del hospital. En el pasado se consideraba normal en

los hospitales modernos llevar al bebé a una sala especial para los niños y a la madre a una sala de maternidad, pero esta práctica es altamente indeseable. Si la práctica habitual del hospital de «colocarlos juntos» no se realiza es necesario cambiar los procedimientos. Es absolutamente seguro para el bebé dormir en la misma cama con la madre, hay muy pocas contraindicaciones (salvo grave enfermedad de la madre o del niño) para que puedan estar juntos en la habitación o el niño pueda ser amamantado.

En los días posteriores al parto y a medida que el niño crece, la lactancia se debe realizar *cuando se demanda*, es decir, el niño se debe alimentar cuando desee alimento y no, como se utilizaba en forma común en los países occidentales, en forma programada, es decir cada tres o cuatro horas. La alimentación de acuerdo con la demanda estimula el pezón y promueve la producción de leche y ayuda a evitar la congestión de los pechos.

La duración de la alimentación variará y en general no se debe limitar. Por lo general un bebé se alimenta de 8 a 12 minutos, pero algunos comen más rápido o más despacio, y ambos tipos casi siempre reciben una cantidad adecuada de leche; algunas madres creen que la leche del pecho izquierdo es diferente de la del derecho, pero esto

no es así; el niño se debe alimentar de ambos pechos, más o menos en forma igual.

En los primeros días de vida, los niños casi siempre pierden peso, de manera que un bebé que nació con 3 kilos puede pesar 2,75 kg a los cinco días de edad. Una pérdida de hasta un 10 por ciento no es rara, pero alrededor de los siete a diez días el niño debe recuperar o superar el peso con que nació.

Casi todos los expertos ahora están de acuerdo en que se debe amamantar al niño exclusivamente durante los primeros cuatro a seis meses. Un aumento adecuado de peso es la mejor forma de juzgar lo correcto de la dieta. No se necesita agua, jugos u otros líquidos para un bebé que recibe leche materna adecuada, inclusive en las áreas calientes, húmedas o áridas, de los trópicos; el niño simplemente se alimentará con más frecuencia si tiene sed. Si el bebé tiene diarrea se debe continuar la lactancia, pero se pueden necesitar otros líquidos como soluciones de rehidratación oral o preparaciones locales.

#### *Problemas de la lactancia:*

Falla total de la lactancia: muy pocas madres - menos de 3 por ciento - experimentan una falla completa o casi completa de la lactancia. Si la madre tiene serias dificultades y busca ayuda porque realmente

desea amamantar a su hijo, entonces pueden ser necesarios algunos métodos más drásticos, la madre puede necesitar hospitalización en una sala donde otras mujeres estén lactando con éxito. Se le debe examinar a ella y a su niño para verificar si hay algún motivo físico para la incapacidad de amamantar, la madre debe recibir suficientes líquidos, incluso leche. Estos son principalmente inducción psicológica enfocada a promover la lactancia. En algunas sociedades los alimentos o bebidas locales se consideran como lactógenos, o sea sustancias que estimulan la producción de leche materna. No existe daño alguno en utilizar estas sustancias. Un médico experimentado o un trabajador de la salud experto puede aconsejar una o dos drogas que a veces son efectivas para mejorar o estimular la producción de leche: el tranquilizante clorpromazina, 25 mg tres veces al día por vía oral, o la novedosa droga metoclopramida, 10 mg tres veces al día.

En general, la base importante para el tratamiento es ayudar a la madre a relajarse, apoyarla para que el niño succione del pecho y asegurarse que, aunque se confía en el pecho, el niño no esté perdiendo peso, el dilema es que mientras el niño succione más el pecho, mayor es el estímulo para la producción y el descenso de la leche; mientras más alimentos suplementarios se den, el niño tendrá menor deseo de succionar.

Mucho más común que la falla de la lactancia, es la creencia de una madre que ella no puede producir suficiente cantidad de leche para satisfacer a su bebé, las madres en los países industrializados con frecuencia informan que no tienen bastante leche; quizá el bebé llora mucho o la madre opina que no crece en forma adecuada, o puede haber muchos otros motivos, en medicina esta condición se denomina *síndrome de leche insuficiente*. Al comienzo, no es raro que sea una preocupación psicológica y no una condición seria, pero puede llevar con rapidez a un verdadero problema de producción de leche. Muy a menudo los médicos, enfermeras y amigos de la madre preocupada, le dan un consejo equivocado sobre su producción de leche.

La succión del pecho estimula la liberación de prolactina. El mantenimiento de la lactancia depende de la adecuada estimulación del pezón por el niño que succiona. Es ahora indudable que la disminución de la producción de leche materna resulta de la poca estimulación del pezón. Por lo tanto, la causa de leche insuficiente puede ser que la alimentación alternativa reemplaza con frecuencia la lactancia en diferentes grados. En consecuencia, el consejo de suministrar o aumentar el suplemento casi siempre contribuye a reducir la producción de leche materna; la alimentación suplementaria con biberón se utiliza como una cura para la leche insuficiente, cuando en realidad es la causa.

El tratamiento más apropiado para el síndrome de leche insuficiente, en una madre que desea amamantar, es aconsejarle que trate de aumentar la producción de leche si pone al niño al pecho con más frecuencia, para aumentar así el estímulo de los pezones. El consejo médico común, de dar más comidas con biberón, probablemente empeora la situación, pues genera una ulterior disminución en la producción de leche y la eventual interrupción de la lactancia. Esto no es condenar la alimentación suplementaria, sobre todo después de los seis meses de edad, pero debe ser claro que su uso casi inevitablemente contribuirá a declinar la producción de leche.

Las madres que trabajan pueden continuar alimentando al pecho con éxito y mantener buenos niveles de lactación. La estimulación del pezón por medio de una succión adecuada durante el tiempo que pasan con el niño es particularmente importante. Se requieren leyes laborales y condiciones de trabajo que reconozcan las necesidades especiales de las madres lactantes en la fuerza laboral. Si la lactancia se acepta por los gobiernos y empleadores como una práctica usual y necesaria, se harán arreglos para que la madre pueda tener a su bebé cerca de ella durante los primeros seis meses de vida.

Lactancia, fertilidad y espaciamiento de los nacimientos: desde hace tiempo, la sabiduría tradicional de muchas sociedades supone que la

lactancia natural reduce la posibilidad de un nuevo embarazo. Con frecuencia se considera que esta creencia es una historia de viejas. La actual evidencia científica comprueba que la intensidad, frecuencia y duración de la lactancia tiene una relación directa con la duración de la amenorrea postparto, la anovulación y la reducción de la fertilidad. Las madres que lactan con intensidad saben que existe un período relativamente largo después del parto antes que se reinicie la menstruación. Por el contrario, el intervalo entre el parto y el comienzo de los ciclos menstruales es más corto en las madres que no lactan a sus bebés. La fisiología de este fenómeno se conoce ahora con más claridad, y se relaciona con las hormonas que se producen como resultado del estímulo del pezón por la succión.

Este conocimiento tiene importantes implicaciones en el espaciamiento de los nacimientos y la dinámica de la población. En muchos países en desarrollo, la lactancia ahora contribuye más al espaciamiento entre los hijos y a prolongar los intervalos entre los nacimientos que el uso combinado de píldoras anticonceptivas, dispositivos intrauterinos (DIU), condones, diafragmas y otros anticonceptivos modernos. Por lo tanto, se debe agregar a los tantos beneficios de la lactancia, también el control de la fertilidad.

El llamado método de amenorrea lactacional en la planificación natural de la familia se utiliza amplia y exitosamente. Si una madre tiene un niño de menos de seis meses de edad, es amenorreica (no tiene sangrado vaginal desde los 56 días del postparto) y lacta exclusiva o casi totalmente a su niño, entonces se puede decir que tiene 98 por ciento de protección contra el embarazo. Ella no necesita utilizar ningún método de planificación familiar artificial.

La lactancia y el SIDA: la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es hoy un importante reto para la salud mundial. La infección con VIH a menudo continúa, algunos años después, con una enfermedad progresiva y eventualmente la inmunosupresión. El síndrome resultante, llamado síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se caracteriza por el desarrollo de diversas infecciones, frecuentemente con diarrea y neumonía, y de procesos malignos como el sarcoma de Kaposi que ocasiona al final la muerte. En muchos países en desarrollo, la infección por VIH es casi tan común en las mujeres como en los varones. Cada vez más un número de niñas y niños pequeños se infectan por sus madres. Los mecanismos exactos de transmisión de la madre al feto o al niño no se conocen. La transmisión puede ocurrir *in utero* por el paso del virus a través de la placenta; alrededor de la época del parto por la exposición a las secreciones vaginales, la ingesta de sangre materna

o la transfusión materno-fetal durante el trabajo de parto y en el parto; y en la infancia, por la ingesta del virus en la leche materna.

En muchos países, se ha informado que la infección de VIH de los niños nacidos de madres VIH es entre un 25 y un 45 por ciento.<sup>(5)</sup>

La evidencia sugiere que el VIH se puede transmitir de madres infectadas a sus bebés no infectados a través de la leche materna. Ha sido posible aislar el virus de la leche humana. Se considera que el frágil virus se puede destruir por el ácido gástrico y las enzimas intestinales del niño y que el estómago y el intestino de los niños son relativamente inmunes al virus. Esto quizá en gran parte es cierto, pero en general la mayoría de los niños alimentados al pecho por madres infectadas con VIH no se infectan a través de la leche materna. Ha sido difícil, sin embargo, determinar si un niño en particular se infectó antes del parto, en el parto o por medio de la lactancia. Esta duda se debe en parte al hecho que, tanto los niños infectados como los no infectados, adquieren pasivamente los anticuerpos del VIH de sus madres infectadas, pero la presencia de anticuerpos en las pruebas de VIH estándar no se pueden interpretar como que existe una infección activa.

---

<sup>(5)</sup> MINISTERIO DE SALUD (2004) Instituto Nacional de Salud (INS). Lineamientos de nutrición materna infantil del Perú. Recuperado el 09 de enero del 2008. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/75/Lineamientos%20>

Una mujer embarazada con carencia de vitamina A, tiene más probabilidad que otras de pasar al feto la infección del VIH. La transmisión de la madre al niño a través de la leche materna se considera ahora relativamente rara. Algunas diferencias aparentes en las tasas de transmisión en grupos de mujeres de diferentes países se pueden relacionar con el consumo de vitamina A y otros factores.

Una consulta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) fue clara en su recomendación, a pesar de la evidencia actual sobre transmisión del VIH a través de la leche materna.

En los lugares donde las enfermedades infecciosas y la desnutrición son las principales causas de muerte infantil y la tasa de mortalidad infantil es alta, la lactancia debe ser la recomendación usual para las mujeres embarazadas, incluyendo aquellas infectadas con VIH. Esto se debe a que el riesgo para los bebés de infectarse con VIH a través de la leche materna es quizás menor que el riesgo de morir por otras causas si no se alimenta con leche materna.

## CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

*Conocimiento* es la capacidad de aprehender y captar el medio ambiente.

### *Nivel de Conocimiento sobre lactancia materna*

El nivel de conocimiento es Grado o intensidad de la capacidad de aprehender respecto a la lactancia materna. Categorizado en Alto (buen conocimiento), promedio (regular conocimiento) y bajo (deficiente conocimiento) respecto a la lactancia materna. Para ello debe conocer: composición de la lactancia materna, características de la lactancia materna y técnica del buen amamantamiento.

La técnica de la lactancia materna son 3: sentada, acostada y la de sandía o fútbol americano.

### *Enseñanza del profesional de enfermería durante la consulta a madres con niños menores de 6 meses:*

- Evaluación de la lactancia materna exclusiva
- Consejería en lactancia materna exclusiva
- Consejería en lactancia artificial si madre de recién nacido es VIH positiva

- Asegurar la provisión de leche maternizada hasta los seis meses de edad en niñas y niños, hijos de madres seropositivas (VIH)
- Fortalecer la exclusividad de la lactancia materna en la visita familiar integral.

### **ACTITUD FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA**

La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo frente a la lactancia materna, sobre aspectos como; beneficios de la lactancia materna, condiciones para la lactancia exitosa y requisitos para dar de lactar.<sup>(6)</sup>

En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario - que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.

En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas, para el mismo autor, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.

Los psicólogos han abordado ampliamente el problema de las

---

<sup>(6)</sup> RODRÍGUEZ, Ana. (2007) "Psicología Social". Editorial Trillas. México. Pág. 56-78.

actitudes, ya que tienen que ver con la conducta de las personas en relación al medio social en la que se desenvuelven. La actitud es una predisposición para responder a un objeto y la conducta efectiva hacia él. Una predisposición para responder de manera predeterminada frente a un objeto específico.

Las actitudes se van formando de distintas maneras; la conformidad, medio a través del comportamiento, es decir ante una práctica común por la presión social el individuo se conforman temporalmente y por la presión del grupo tendrá una conformidad permanente; la identificación, se establece cuando la persona define y responde de una manera predeterminada a partir de una persona o grupo por la experiencia lograda en una determinada situación; la internalización, es la aceptación absoluta de una actitud convirtiéndose en parte integral del individuo, se produce cuando una actitud es congruente con sus creencias y valores básicos, adoptada la nueva actitud porque piensa que es correcta o porque quiere parecerse a alguien.

*Tipo de actitud:*

Se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder

de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas” en este caso hacia la lactancia materna.<sup>(7)</sup>

*Se distingue tres componentes de las actitudes:*

*Componente cognoscitivo:* para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto, está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

*Componente afectivo:* es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social, es el componente más característico de las actitudes,

---

<sup>(7)</sup> KIMBALL, Young. (2008) "Psicología Social". Editorial Trillas. México. Pág. 56-78.

aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

*Componente conductual:* es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.

*Actitudes de la madre:*

Las madres adoptan actitudes negativas a conceptos erróneos, la Organización Mundial de la Salud, detalla algunos conceptos errados que el personal de salud, debe aclarar a las madres:

- Los niños deben alimentarse de ambos pechos cada vez.
- Los niños deben mamar diez minutos en cada toma, después sólo toman "aire".
- Los niños deben alimentarse de un solo pecho en cada ocasión.
- Para que el niño "aguante" la noche, hay que darle un biberón.
- Un biberón es una "ayuda" para la madre y permite que los pechos se llenen mejor.
- Los pechos pequeños no son buenos para dar de mamar.
- Los pezones planos e invertidos impiden el amamantar.
- Hay que lavar los pezones antes y después de dar de mamar.

- Es normal que duela dar el pecho.
- Siempre que el pecho esté inflamado es que hay una infección.
- Si la madre toma medicación hay que suprimir la lactancia.
- Cuando un niño llora es por hambre.
- Si el bebé llora o no “aguanta” las tres horas, la leche de la madre no es suficiente.
- La lactancia es algo natural, si no funciona es que la madre tiene poca leche.
- Cuando empiece a trabajar tengo que dejar de dar el pecho.
- Los niños necesitan tomar agua o biberones de leche artificial o no recibirán líquidos suficientes.
- Después de los 6 meses la leche materna no alimenta.
- Dar el pecho a los niños mayores de un año crea dependencia y es malcriarlo.

### **1.3. Antecedentes del Problema**

En la revisión bibliográfica realizada se encontró trabajos de investigación referente con las variables de estudio.

KHASSAWNEH, Mohammad (2003)<sup>(8)</sup> En el estudio descriptivo, de una población de 310 madres, resultó; que completaron la lactancia

---

<sup>(8)</sup> KHASSAWNEH, Mohammad (2003) El conocimiento, la actitud y la práctica de la lactancia materna en el norte de Jordania. Disponible en: [http://viaclinica.com/article.php?pmc\\_id=1590005](http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1590005)

materna en un 58,3%, la alimentación mixta se informó de un 30,3% y la fórmula de alimentación infantil se informó de un 11,4%. Casi un tercio de la lactancia materna completa grupo lo hizo por 6-12 meses, y casi dos tercios quisieron continuar la lactancia materna durante más de un año. Las mujeres empleadas tenían más probabilidades de no practicar la lactancia materna completa en comparación con las mujeres desempleadas, y las mujeres que habían tenido cesárea tenían más probabilidades de no practicar la lactancia materna completa en comparación con aquellos que habían tenido parto vaginal. En la mujer jordana había una actitud positiva, pero el lugar de trabajo y licencias de maternidad habían tenido un impacto negativo sobre la lactancia materna.

GUTIÉRREZ, Antonia (2007)<sup>(9)</sup> En un estudio descriptivo y de relación, en 234 madres, resultó que el 51% de madres conocían sobre lactancia materna y se comprobó que existe una relación directa entre el grado de escolaridad y el de conocimiento acerca del tema en cuestión, así como la vinculación de la ocupación y residencia de la madre y la duración de la lactancia.

---

<sup>(9)</sup> GUTIERREZ, Antonia (2007). Nivel de conocimientos de las madres sobre lactancia materna en el Hogar materno "La Palma" Cuba. Tesis para optar la licenciatura en medicina: cuba pág. 4-6.

GAMBOA, Edna (2008) <sup>(10)</sup>Obteniendo los siguientes resultados: de 70 madres, el 78,1% de las participantes había tenido hijos, sólo el 13% tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar, un 49% no conocía los métodos de conservación de la leche materna, el 69,8% de las participantes tiene actitud de apoyo cuando ve a una familiar lactando, el tiempo promedio de lactancia materna fue 5,7 meses y el alimento con el que más inician la alimentación complementaria es el caldo con un 88%.

MAMANI, Ruth (2008) <sup>(11)</sup>En donde concluyó: que el grupo experimental de 30 madres, logró incrementar su nivel de conocimiento de un promedio de 7,1% a 16,4% de nota, en comparación al grupo control de un promedio de 7,2 a 7,6 ( $P < 0,05$ ). En cuanto al nivel de actitud el grupo experimental presentó un promedio de 4,9% a 8,3% respecto al grupo control disminuyendo de 5,8% a 0,7% ( $P < 0,05$ ). Las prácticas sobre seguridad nutricional del grupo experimental muestran un promedio de 4,6 a 14,0, mientras que el grupo control tiene un promedio de 4,6 a 6,0. El programa educativo "Niño sano y bien nutrido", fue efectivo ya que generó un impacto significativo en el incremento de los conocimientos, actitudes

---

<sup>(10)</sup> GAMBOA, Edna (2008) Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable en el asentamiento las Marías del Municipio de Girón en el año 2005 en Chile. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182008000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000100006)

<sup>(11)</sup> MAMANI, Ruth (2008) Efectividad del programa educativo "niño sano y bien nutrido" para Mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad Nutricional aplicado a madres con niños menores de 1 año del Centro de Salud Moyopampa, Chosica-Lima Disponible en: <http://www.cep.org.pe/cicep/revista/volumen1/cap%2043-50.pdf>

y prácticas en las madres con niños menores de un año del grupo experimental en relación al grupo control de aquellas madres donde el programa no intervino.

## JUSTIFICACIÓN

Los resultados preliminares de la ENDES Continua Ciclo IV 2007, muestran una disminución de un punto respecto al año 2007, es decir, sólo el 66% de las niñas y niños en el ámbito nacional reciben LME hasta el sexto mes de edad.

La ausencia de información de Lactancia Materna (LME) durante los primeros seis meses de vida es una de las principales causas de diversas enfermedades. A nivel nacional el 66% de bebés menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva, siendo el consumo mayor en las zonas rurales donde el 80% de bebés se alimentan con leche materna, según los resultados preliminares de la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) 2007; la Red Peruana de la Lactancia Materna ha identificado varios obstáculos que interfieren en la lactancia materna exclusiva.

Los estudios tipo conocimientos y actitudes, han sido utilizados en diversos temas de salud y se consideran como la base fundamental

de los diagnósticos para ofrecer información a Instituciones u Organizaciones responsables de la creación, ejecución y evaluación de programas de promoción de la salud y nutrición.

Ante este contexto como el personal de enfermería tiene como objeto el cuidado de la salud de la persona sana o enferma; y dentro de nuestra etapa niño. Es así que motivada por este contexto, se realizó el presente trabajo de investigación y con la finalidad de determinar la relación que existe entre el conocimiento y la actitud frente a la lactancia materna. Así mismo que los resultados del presente trabajo sirvan para tomar acciones o medidas correctivas a los órganos, y autoridades pertinentes a fin realizar acciones preventivas promocionales en pro de esta población

#### **1.4. Objetivos**

##### **Objetivo General:**

Determinar la relación entre el conocimiento y la actitud frente a la lactancia materna en madres que asisten al Consultorio de Enfermería del Centro de Salud San Francisco, Tacna 2010.

### **Objetivos Específicos:**

- Determinar el nivel de conocimiento respecto a la lactancia materna en madres que asisten al Consultorio de Enfermería del Centro de Salud San Francisco, Tacna 2010.
- Identificar el tipo de actitud frente a la lactancia materna en madres que asisten al Consultorio de Enfermería del Centro de Salud San Francisco, Tacna 2010.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y tipo de actitud frente a la lactancia materna en madres que asisten al Consultorio de Enfermería del Centro de Salud San Francisco, Tacna 2010.

### **1.5. Hipótesis**

Existe relación significativa entre el conocimiento y la actitud frente a la lactancia materna en madres que asisten al Consultorio de Enfermería del Centro de Salud San Francisco, Tacna 2010.

## **CAPÍTULO II**

### **DE LA METODOLOGÍA**

#### **2.1. Tipo y Diseño de la Investigación**

El trabajo de investigación fue un estudio descriptivo, de relación, corte transversal y de diseño no experimental.

#### **2.2. Población y Muestra de Estudio**

##### **Población.-**

La población estuvo constituida por 134 madres de niños menores de 2 años que asistieron al Consultorio de Enfermería del Centro de Salud San Francisco, como promedio mensual.

##### **Muestra.-**

Para determinar la muestra se utilizó la fórmula estadística, obteniéndose como muestra 100 madres de niños menores de 2 años. (Anexo N° 01)

##### **Muestreo.-**

La selección de la muestra fue por muestreo probabilístico.

## **Criterios de Inclusión y exclusión**

### **Criterios de Inclusión**

- Madres que asistieron al consultorio de enfermería.
- Madres de niños cuyas edades oscilen entre los 0 días a 2 años.

### **Criterios de Exclusión**

- Madres de otros establecimientos de salud.
- Madres de niños mayores de 2 años.

## **2.3. Variables de Estudio**

**Variable independiente:** conocimiento respecto a la lactancia materna.

**Variable dependiente:** actitud frente a la lactancia materna (Anexo N°02)

## **2.4. Métodos y Técnicas de Recolección de Datos**

La recolección de los datos fue mediante la técnica entrevista, y a través de los instrumentos como cuestionario y escala de actitudes que se describen a continuación:

### *Instrumento N° 01*

- Para valorar la variable independiente: nivel de conocimiento sobre lactancia materna (Anexo N° 03)

El instrumento cuestionario, está diseñado bajo los conceptos y normas del Ministerio de Salud (2010), y modificado por la autora, consta de 13 interrogantes con respuesta múltiple, a la interrogante correcta (2 puntos) e incorrecta (0 punto).

La escala de puntaje fue:

Nivel de conocimiento alto : 18 a 26 puntos

Nivel de conocimiento promedio : 9 a 17 puntos

Nivel de conocimiento bajo : 0 a 8 puntos

#### *Instrumento N° 02*

- Para valorar la variable dependiente: Actitud frente a la lactancia materna ( Anexo N° 03)

Se diseño la escala de actitud, basado en los conceptos y normas de Ministerio de Salud (2010) y modificado por la autora, consta de 10 ítems, que tienen una puntuación afirmativa de Siempre (3 puntos), A veces (2 puntos), Nunca (1 puntos) y No sabe (0 punto) y las negativas o contrarias viceversa.

Escala de puntaje:

Tipo de actitud positiva : 0 a 15 puntos

Tipo de actitud negativa : 16 a 30 puntos

## **2.5.Recolección de datos**

Para la recolección de datos se hicieron las coordinaciones respectivas con el Médico Jefe del Establecimiento de Salud, Jefa de Enfermeras y encargado del Consultorio de Enfermería, para obtener las facilidades del caso para la ejecución.

El proceso de recolección de datos fue llevado a cabo por la investigadora, durante el mes de Noviembre del 2010, utilizando los instrumentos antes mencionados.

### **Control de Calidad de Datos:**

#### **Validez y confiabilidad:**

Los instrumentos fueron validados por la autora. A través de la validez por criterio de expertos; y de la prueba piloto, Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron aplicados en una muestra de 10 madres (que representan el 10% de la población a investigar) con las características similares a la población, posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron convenientes en los diferentes instrumentos.

La confiabilidad se determinó a través del alfa de Cronbach aplicado a la prueba piloto, por lo tanto el instrumento utilizado para este estudio

es confiable y consistente debido a que existe un 99% y 71% respectivamente, con respecto a los ítems propuestos. (Anexo N° 04).

## **CAPÍTULO III**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **3.1. Procesamiento y Análisis de los Datos**

Los datos recopilados fueron procesados por el Software SPSS (Paquete de Ciencias Sociales) y codificados para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba estadística ji cuadrado, además se utilizó patrones de calificación simple como la tabulación nominal y porcentual; y los resultados se presentan en cuadros estadísticos, complementados con representación gráfica reportando frecuencias absolutas y porcentuales.

#### **3.2. Resultados**

## CUADRO N° 01

### DATOS GENERALES DE LAS MADRES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE ENFERMERÍA DEL C.S. SAN FRANCISCO DISTRITO GREGORIO ALBARRACÍN LANCHIPA, 2010

Datos generales	N°	%
<b>Edad</b>		
18 a 19 años	12	12,00
20 a 30 años	70	70,00
31 a 40 años	18	18,00
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>		
Soltera	14	14,00
Casada	24	24,00
Conviviente	60	60,00
Divorciada	2	2,00
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Ocupación</b>		
Dependiente	18	18,00
Independiente	76	76,00
Estudiante	6	6,00
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	14	14,00
Secundaria	70	70,00
Superior	16	16,00
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario para valorar el conocimiento y Escala de actitud frente a la lactancia materna creado por el MINSA y modificado por la autora, aplicado en el mes de Noviembre del 2010.

#### **Interpretación:**

El 70% de las madres tienen de 20 a 30 años, el 60% es de estado civil conviviente, el 76% de ocupación independiente y un 70% de grado de instrucción secundaria.

## CUADRO N° 02

### NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE ENFERMERÍA DEL C.S. SAN FRANCISCO, 2010

Nivel de conocimiento	N°	%
Alto	48	48,00
Promedio	50	50,00
Bajo	2	2,00
Total	100	100,00

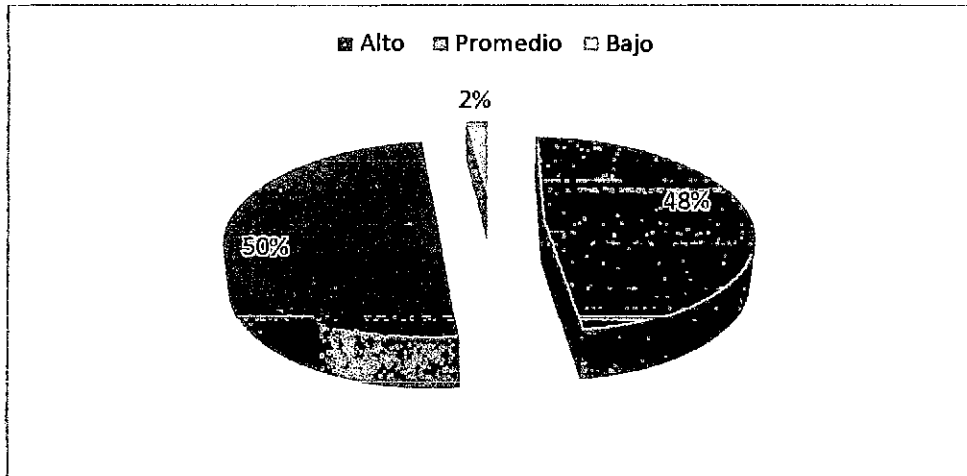
Fuente: Cuestionario respecto al conocimiento en madres respecto a la lactancia materna creado por el MINSA y modificado por la autora, aplicado en el mes de Noviembre del 2010.

#### Interpretación:

En el presente cuadro se aprecia que el 50% de madres presentó nivel de conocimiento promedio respecto a la lactancia materna, 48% nivel alto y sólo el 2% nivel bajo.

## GRÁFICO N° 01

### NIVEL DE CONOCIMIENTO RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: cuadro N° 02

### CUADRO N° 03

TIPO DE ACTITUD FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES QUE  
ASISTEN AL CONSULTORIO DE ENFERMERÍA  
DEL C.S. SAN FRANCISCO, 2010

Tipo de actitud	N°	%
Positiva	42	42,00
Negativa	58	58,00
Total	100	100,00

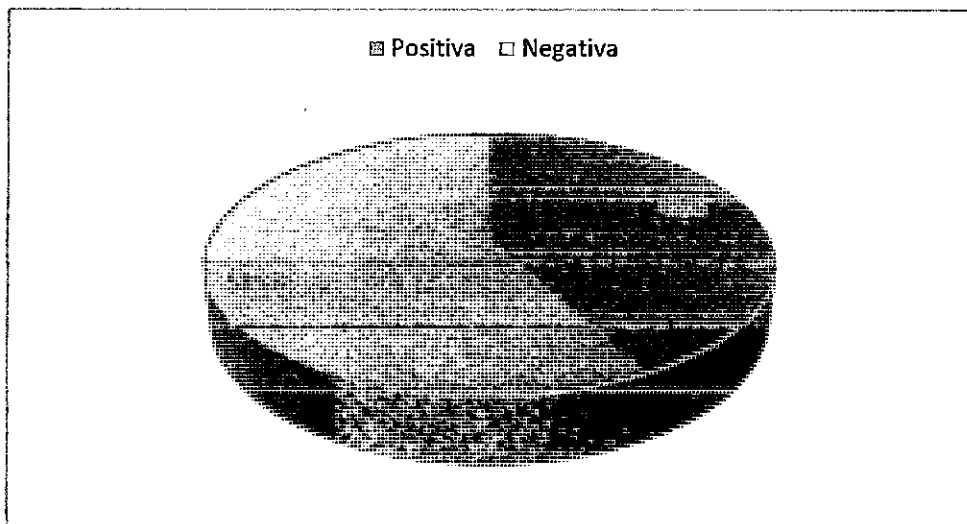
Fuente: Escala de actitud frente a la lactancia materna creado por el MINSA y modificado por la autora, aplicado en el mes de Noviembre del 2010.

#### Interpretación:

Se observa que el 58% de las madres presentó tipo de actitud negativa y el 42% positiva.

## GRÁFICA N° 02

TIPO DE ACTITUD FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES QUE  
ASISTEN AL CONSULTORIO DE ENFERMERÍA  
DEL C.S. SAN FRANCISCO, 2010



Fuente: cuadro N° 03

## CUADRO N° 04

### RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y TIPO DE ACTITUD FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE ENFERMERÍA DEL C.S. SAN FRANCISCO, 2010

Nivel de Conocimiento	Tipo de Actitud				Total	
	Positiva		Negativa		N°	%
	N°	%	N°	%		
Alto	19	19,00	29	29,00	48	48,00
Promedio	22	22,00	28	28,00	50	50,00
Bajo	1	1,00	1	1,00	2	2,00
Total	42	42,00	58	58,00	100	100,00

Fuente: Cuestionario para valorar el conocimiento y Escala de actitud frente a la lactancia materna creado por el MINSA y modificado por la autora, aplicado en el mes de Noviembre del 2010.

$$X^2 \text{ cal}=13,67 \quad X^2 \text{ tab}=5,99 \quad P=0,00034 \quad Gf=2$$

#### Interpretación:

En el presente cuadro sobre la relación entre el nivel de conocimiento y tipo de actitud de las madres frente a la lactancia materna, se observa que el 29% de madres reportó conocimiento alto y una actitud negativa frente a la lactancia materna.

Según la prueba Ji cuadrado podemos apreciar que si existe relación significativa entre el conocimiento y actitud, por lo que existe dependencia.

### 3.3. Discusión

En el cuadro N° 01 el 70% de las madres tienen de 20 a 30 años, que el 60% es de estado civil conviviente, que el 76% es de ocupación independiente y un 70% de grado de instrucción secundaria.

Esto nos da a conocer las características de nuestra población, que por lo general se presentan comúnmente en la realidad peruana, y resulta necesario conocerlas, para conocer más a nuestra población.

En el cuadro N° 02 se observa que el 50% de madres presentó nivel de conocimiento promedio respecto a la lactancia materna, el 48% nivel alto y sólo el 2% nivel bajo.

Similar resultado al de GUTIÉRREZ, Antonia (2007) <sup>(12)</sup> De 234 madres, resultó que el 51% de madres conocían sobre lactancia materna y se comprobó que existe una relación directa entre el grado de escolaridad y el de conocimiento acerca del tema en cuestión, así como la vinculación de la ocupación y residencia de la madre y la duración de la lactancia.

---

<sup>(12)</sup> GUTIÉRREZ, Antonia (2007) *Ibid.* Pág. 5.

Es satisfactorio que las madres conozcan sobre la alimentación del menor de 6 meses con lactancia materna, ya que los lactantes alimentados con leche materna exclusivamente hasta los seis meses, contraen menos enfermedades y están mejor nutridos que los que reciben otros alimentos, siendo la alimentación con biberón una grave amenaza para la vida y la salud de millones de niños.

En el cuadro N° 03 el 58% de madres presentó tipo de actitud negativa y el 42% positiva.

Resultados no concordantes con las conclusiones de KHASSAWNEH, Mohammad (2003) <sup>(13)</sup> Resultó que en la mujer jordana había una actitud positiva, pero el lugar de trabajo y licencias de maternidad tuvieron un impacto negativo sobre la lactancia materna.

En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas, para el mismo autor, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.

---

<sup>(13)</sup> KHASSAWNEH, Mohammad (2003) op.cit. Disponible en: [http://viaclinica.com/article.php?pmc\\_id=1590005](http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1590005)

Esto resulta un poco preocupante que la madre tenga una predisposición negativa frente a la lactancia materna, quizá se deba que el medio social, es decir, su entorno le dificulta realizarlo o adoptar conductas que pueden incidir negativamente en sus hijos.

En el cuadro N° 04 se aprecia la relación entre el conocimiento y actitud en madres frente a la lactancia materna, en donde el mayor porcentaje 29% reportó conocimiento alto y actitud negativa. Y en la relación resultó con  $X^2 \text{ cal} > X^2 \text{ tabl}$  y un  $p < 0,05$  por lo tanto existe relación significativa entre estas variables, por lo que existe dependencia.

Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto, lo cual está directamente relacionado con la aprehensión de este conocimiento.

Es por ello, que la causa de esta relación se deba además de lo que se observa en las últimas décadas de una disminución del número de mujeres que amamantan a sus hijos, fenómeno relacionado con los nuevos estilos de vida, la incorporación de la mujer al mundo laboral, la gran influencia de la "cultura del biberón", etc. Ello puede resultar negativo, por eso la madre además de conocer las ventajas de la lactancia materna, ella debe de tener las facilidades para que esta

práctica se mejore y se realice en su totalidad, para obtener niños sanos; sin embargo, muchas madres necesitan tener confianza en su capacidad de dar de lactar, ya que su leche es la más segura y la mejor para su niño , por lo tanto es importante que la madre comience la lactancia inmediatamente después del parto para estimular la producción de leche.

### **3.4. Conclusiones**

- El 50% de madres presentó nivel de conocimiento promedio respecto a la lactancia materna, el 48% nivel alto y sólo el 2% nivel bajo.
- El 58% de las madres presentó tipo de actitud negativa y un 42% positiva frente a la lactancia materna.
- Existe relación significativa entre el conocimiento y actitud en madres frente a la lactancia materna, comprobado estadísticamente mediante la prueba ji cuadrado.

### 3.5 Recomendaciones

- Hacer llegar los resultados al establecimiento de salud para su conocimiento, a fin de reorientar y reformular cuidados, acciones preventivo promocionales en esta etapa de la vida.
- Debido a sus ventajas nutricionales, inmunológicas y económicas se debe fomentar la lactancia materna para lograr que un mayor número de niños y niñas gocen de un privilegio que nos ofrece la madre naturaleza. Para ello es necesario trabajar más con los profesionales de salud (médicos, obstetras, pediatras, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, nutricionistas, etc. Para que una sus esfuerzos y así favorecer a la madre que desee amamantar a su hijo y que no desista de esta motivación.
- Que el Ministerio de Salud continúe y fortalezca la capacitación en pro de esta población, y continuar con las acciones preventivo promocionales. se recomienda implementar y/o apoyar programas educativos para fortalecer los conocimientos y prácticas sobre lactancia materna entre la población con énfasis en las gestantes y siempre que den de lactar, para formar una actitud favorable hacia las prácticas más saludables

- Como institución formadora se recomienda participar en las estrategias y/o campañas para la promoción de la lactancia materna a nivel del Ministerio de Salud, sociedad civil y otros con el propósito de generar espacios de diálogo y análisis respecto a la salud de los niños y niñas, en beneficio de las nuevas generaciones porque está demostrado que la lactancia materna representa la estrategia de menor costo efectividad para luchar contra la desnutrición y mortalidad infantil.
  
- Como profesional de salud se debe profundizar estudios de investigaciones relacionados a la lactancia materna y su relación con las barreras socioculturales, falta de apoyo en el de trabajo, dificultad en la calidad del servicio; para mejorar nuestras intervenciones e impulsar acciones integrales a favor de la lactancia materna respetando las culturas locales donde se desenvuelve la madre y su niño/a – entorno familiar.

## REFERENCIAS

- GUTIÉRREZ, Antonia (2007) "Nivel de conocimiento de las madres sobre lactancia materna en el hogar Materno "La Palma" Cuba". Tesis para optar la licenciatura en medicina. Cuba. Pág. 4-6.
- KIMBALL, Young (2008) "Psicología Social". Editorial Trillas. México. Pág. 56-78.
- MINISTERIO DE SALUD (2009). "Documento técnico alimentación y nutrición saludable". Dirección de Salud. Pág. 5-28.
- MINISTERIO DE SALUD (2010) "Atención integral de la salud de la niñez. AIEPI en menores de 2 años. Editorial MINSA. Lima. Pág 111 – 114.
- MINSA - UNICEF (2008) "Plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008". Ministerio de Salud y UNICEF. Perú. Pág.67.
- RODRÍGUEZ, Ramón (2005) "Nuevos Conceptos de Lactantes, su programación y Educación de Profesionales de la Salud". México. Editorial OPS. Pág. 59.

RODRÍGUEZ, Ana. (2001) "Psicología Social". Editorial Trillas. México. Pág. 56-78.

UNICEF (2004) "Por una niñez bien nutrida: Comunicación para la Acción. Editorial UNICEF. Bogota, Colombia. Pág. 678.

VALDÉS, Amanda (2004) "Guías alimentarias para gestantes y madres en lactancia". Ministerio de la protección social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Fundación Colombiana para la nutrición Infantil (NUTRIR). Santa Fé de Bogotá, D.C.

BERNEDO, Mosto (2004) "Alimentación infantil". Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Actitud>

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA (2009) Gobierno Regional de Tacna fomenta la lactancia materna en el marco de su meta regional "Desnutrición Cero". Disponible en: <http://200.48.189.45/pagina/modules.php?name=News&file=article&sid=1603>.

GAMBOA, Edna (2008) "Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil

en una población vulnerable en el asentamiento las Marías del Municipio de Girón en el año 2005 en Chile”. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182008000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000100006)

KHASSAWNEH, Mohammad (2003) “El conocimiento, la actitud y la práctica de la lactancia materna en el norte de Jordania”. Disponible en: [http://viaclinica.com/article.php?pmc\\_id=1590005](http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1590005)

MAMANI, Ruth (2008) “Efectividad del programa educativo “niño sano y bien nutrido” para Mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad Nutricional aplicado a madres con niños menores de 1 año del Centro de Salud Moyopampa, Chosica-Lima”. Disponible en: <http://www.cep.org.pe/cicep/revista/volumen1/cap%2043-50.pdf>

MINISTERIO DE SALUD (2004) Instituto Nacional de Salud (INS). Lineamientos de nutrición materna infantil del Perú. Recuperado el 09 de enero del 2008. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/75/Lineamientos%20>

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 01

### DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN Y MUESTRA

Según fórmula de muestreo de Fisher-arkin-Coltón:

*Donde:*

$$n = \frac{N \times 400}{N + 399}$$

• N= Población 134

• n= Muestra

$$n = \frac{134 \times 400}{134 + 399}$$

*n = 100 madres.*

ANEXO N° 02

**OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE  Conocimiento respecto a la lactancia materna.	El conocimiento es grado o intensidad de la capacidad de aprehender respecto a la lactancia materna.	Composición de la lactancia materna  Características de la lactancia materna  Técnica de buen amamantamiento	- Conocimiento alto: 18 a 26 puntos. - Conocimiento Promedio: 9 a 17 puntos. - Conocimiento bajo: 0 a 8 puntos.	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE  Actitud frente a la lactancia materna	La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo frente a la lactancia materna.	Beneficios de la lactancia materna  Condiciones para la lactancia materna exclusiva  Requisitos para dar de lactar	- Positiva: 0 a 15 puntos - Negativa: 16 a 30 puntos.	Nominal

## ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE ENFERMERIA

### CUESTIONARIO CREADO BAJO LAS NORMAS DEL MINSA Y MODIFICADO POR LA AUTORA

**Instrucciones:** Sra. Madre de familia, responder a las siguientes preguntas con sinceridad ya que esto es confidencial.

#### DATOS GENERALES:

1. Edad de la madre:.....
2. Número de hijos:.....
3. Estado civil:

a) Soltera      b) Casada      c) Conviviente      d) Divorciada      e) Viuda

#### 4. Ocupación:

a) Dependiente      b) Independiente      c) Eventual      d) Estudiante

#### 5. Grado de instrucción:

a) Primaria      b) Secundaria      c) Superior      d) Sin instrucción

#### CONOCIMIENTOS:

1. ¿Qué es la lactancia materna exclusiva?
  - a) Leche materna sin ningún otro alimento o líquido hasta los 6 meses.
  - b) Leche materna más mates y/o jugos.
  - c) Leche materna mas otras leches (en polvo, evaporada, NAN).
  - d) Ninguna de las anteriores.
2. Considera Ud que el calostro es necesario para la alimentación del bebé, marque con un círculo.
  - a) Si
  - b) No

Porque?.....

3. La lactancia materna en menores de 6 meses debe ser:
- a) Lactancia exclusiva cada vez que el bebe lo desea
  - b) Cada cuatro horas
  - c) Cada vez que el bebe llora
4. La lactancia materna a partir de los 6 meses:
- a) Debe suspenderse
  - b) Debe de continuar como en los primeros meses de nacido.
  - c) Debe de complementarse con alimentación complementaria (ablactancia).
5. Los beneficios de la lactancia materna para su niño y usted son(marque con una equis(x) en el área que mejor se identifique):

Ítems	Si	No
Ayudar al crecimiento y desarrollo del bebé		
Evitar enfermedades.		
Favorecer el vínculo afectivo		
Evitar el cáncer de mamas		
Descongestionar las mamas		
Ahorrar dinero y tiempo		

6. ¿A partir de qué hora o día del nacimiento se debe de iniciar la lactancia materna?
- a) Durante las doce horas siguientes.
  - b) Inmediatamente después del nacimiento del bebe
  - c) Después de las 24 horas del nacimiento del bebe
  - d) Después de las dos horas del nacimiento del bebe

7. ¿Cuál de estas leches es la más nutritiva para el bebe?

a) Leche de vaca

b) Leche materna

c) Fórmulas lácteas

8. ¿Cuáles son las formas de dar de lactar al bebe?

a) Sentado    b) Echado    c) Ambas    d) No conoce

9. ¿Conoce el método correcto de extracción de la leche?

a) Si

b) No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

10. La leche materna, ¿Es un alimento susceptible a la contaminación?

a) Si    b) No

11. La composición y características de la leche materna pueden alterarse por las siguientes razones:

Ítems	Si	No
Consumo de alimentos muy condimentados y grasas.		
Bebidas alcohólicas		
medicamentos		
Alimentos ácidos		

12. Los métodos de conservación de la leche materna, una vez extraída son:

a) Refrigerador,

b) A temperatura ambiente

c) En el congelador.

13. Sabe Ud. que dificultades puede presentar durante el amamantamiento.

Ítems	Si	No
mastitis		
Pezones congestionados		
dolor		
Insuficiente producción de leche		

#### LEYENDA

Cada pregunta bien contestada 2 puntos cada uno

#### **Escala de puntaje:**

Conocimiento alto : 18 a 26 puntos

Conocimiento promedio : 9 a 17 puntos

Conocimiento bajo : 0 a 8 puntos

**ESCALA SOBRE LA ACTITUD SOBRE LACTANCIA MATERNA BAJO  
LAS NORMAS DEL MINSA Y MODIFICADO POR LA AUTORA**

Nº	ÍTEMS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NO SABE
1	Los bebés deben de alimentarse de ambos pechos cada vez.	1	2	3	0
2	Estás de acuerdo que los niños deben mamar diez minutos en cada toma, después sólo toman "aire".	1	2	3	0
3	Dar de lactar al bebe cada vez que lllore, le genera problemas o molestias.	3	2	1	0
4	Si tuviera poca leche para alimentar a su bebe, considera Ud. que debe seguir dándole de lactar.	1	2	3	0
5	Estuvo dispuesto a dar de lactar a su bebe inmediatamente después del parto	1	2	3	0
6	Dar de lactar al bebe le causa o le ha causado problemas en la intimidad con su esposo	3	2	1	0
7	Si tuviera poca leche para amamantar a su bebe, estaría dispuesta a usar el biberón	3	2	1	0
8	Considera Ud. que el dar de lactar al bebe puede afectar su imagen corporal	3	2	1	0
9	Considera que para dar de lactar a su bebe, se debe de lavar antes los pezones.	1	2	3	0
10	Dar de lactar a su bebe le significa a Ud. limitaciones en su trabajo o para realizar sus actividades domésticas.	3	2	3	0

Gracias.

LEYENDA:

**Escala de puntaje:**

Actitud positiva : 0 a 15 puntos

Actitud negativa : 16 a 30 puntos

## **ANEXO N° 04**

### **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

#### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

##### **INSTRUCCIONES:**

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema: "RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE ENFERMERÍA DEL CENTRO DE SALUD SAN FRANCISCO, TACNA 2010"

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?.					
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Estima Ud. Qué las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?.					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? ..... ..... ..... .....					

Firma del experto

## PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla como la adjunta , donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

Nº de ítem	Expertos				Promedio
	A	B	C	D	
1	4	5	5	4	4,5
2	5	5	4	5	4,75
3	4	5	4	4	4,25
4	5	5	4	5	4,75
5	4	5	4	4	4,25
6	5	5	4	5	4,75
7	4	5	5	4	4,5
8	5	5	5	5	5
9	4	5	4	4	4,25

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x_1 - y_1)^2 + (x_2 - y_2)^2 + \dots + (x_9 - y_9)^2}$$

Donde DPP=  $\sqrt{(x_1 - y_1)^2 + (x_2 - y_2)^2 + \dots + (x_9 - y_9)^2}$

Donde x= Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

Y = promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es 1,54

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

$$D_{máx} = \sqrt{(y_1 - 1)^2 + (y_2 - 1)^2 + \dots + (y_9 - 1)^2}$$

Donde DPP=  $\sqrt{(y_1 - 1)^2 + (y_2 - 1)^2 + \dots + (y_9 - 1)^2}$

Y= valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es D máx.= 10,69

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E. Siendo:

Ay B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A

..... **1,54** .....

0            2,1

B

.....

2,2            4,3

C

.....

4,4            6,7

D

.....

6,8            8,9

E

.....

9            10,69

5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. El valor DPP fue 1,54 cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

CONFIABILIDAD POR ALPHA DE CRONBACH:

ethod 2 (covariance matrix) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE(ALPHA)

Covariance Matrix 1

	VAR00001	VAR00002	VAR00004	VAR00004
VAR00001	1,1118			
VAR00002	,6261	1,4567		
VAR00003	,8073	,9073	1,4453	
VAR00004	,7518	,8355	,7547	1,4127
VAR00005	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00006	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00007	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00008	,7388	,6776	,8653	,7673
VAR00009	,6694	,7612	,9816	,8347
VAR00010	,7094	1,0951	1,1269	,8486
VAR00011	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00012	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00013	1,1118			

Correlation Matrix 2

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004
VAR00001	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00002	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00003	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00004	,7388	,6776	,8653	,7673
VAR00005	,6694	,7612	,9816	,8347
VAR00006	,7094	1,0951	1,1269	,8486
VAR00007	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00008	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00009	1,1118	1,23	,8923	
VAR00010	,6261	1,4567		

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE  
(ALPH

N of Cases = 06,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
Scale	27,4200	79,6363	8,9239	2
Reliability Coefficients	23 items			
Alpha =	,9904	Standardized item alpha	,9	
Alpha =	,718	Standardized item alpha	,7	

INSTRUMENTO	PILOTO	
	VALOR	INTERPRETACIÓN
INSTRUMENTO 01	0,99	Adecuación total
INSTRUMENTO 02	0,71	Adecuación total

\*Para ser aplicado valor de 0,7 a 1. INSTRUMENTO FIABLE.

## CUADRO N° 05

### NIVEL DE CONOCIMIENTO POR ÍTEM RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE ENFERMERÍA DEL C.S. SAN FRANCISCO, 2010

Conocimiento	Respuesta			
	Correcta		Incorrecta	
	N°	%	N°	%
¿Qué es la lactancia materna?	92	92,00	8	8,00
Importancia del calostro	50	50,00	50	50,00
Como debe ser la lactancia materna antes de los 6 meses	38	38,00	62	62,00
A partir de los 6 meses como debe ser la lactancia materna	98	98,00	2	2,00
Beneficios	96	96,00	4	4,00
Inicio de la lactancia materna	34	34,00	66	66,00
Leche más nutritiva	80	80,00	20	20,00
Formas de lactancia materna	75	75,00	25	25,00
Método correcto de extracción	90	90,00	10	10,00
Suceptibilidad de contaminación	96	96,00	4	4,00
Composición y características	82	82,00	18	18,00
Métodos de conservación	88	88,00	12	12,00
Dificultades del amamantamiento	90	90,00	10	10,00

**Fuente:** Cuestionario respecto al conocimiento en madres respecto a la lactancia materna creado por el MINSA-AIEPI y modificado por la autora, aplicado en el mes de Noviembre del 2010.

## CUADRO Nº 06

### TIPO DE ACTITUD FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DE ENFERMERÍA DEL C.S. SAN FRANCISCO, 2010

ÍTEMS	Respuestas					
	Siempre		A veces		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Los bebés deben de alimentarse de ambos pechos cada vez.	20	20,00	60	60,00	20	20,00
Estás de acuerdo que los niños deben mamar diez minutos en cada toma, después sólo toman "aire".	10	10,00	15	15,00	75	75,00
Dar de lactar al bebe cada vez que lllore, le genera problemas o molestias.	5	5,00	90	90,00	5	5,00
Si tuviera poca leche para alimentar a su bebe, considera Ud. que debe seguir dándole de lactar.	12	12,00	80	80,00	8	8,00
Estuvo dispuesto a dar de lactar a su bebe inmediatamente después del parto	90	90,00	5	5,00	5	5,00
Dar de lactar al bebe le causa o le ha causado problemas en la intimidad con su esposo	4	4,00	4	4,00	92	92,00
Si tuviera poca leche para amamantar a su bebe, estaría dispuesta a usar el biberón	92	92,00	4	4,00	4	4,00
Considera Ud. que el dar de lactar al bebe puede afectar su imagen corporal	8	8,00	4	4,00	88	88,00
Considera que para dar de lactar a su bebe, se debe de lavar antes los pezones.	90	90,0	8	8,00	2	2,00
Dar de lactar a su bebe le significa a Ud. limitaciones en su trabajo o para realizar sus actividades domésticas.	10	10,00	30	30,00	60	60,00

Fuente: Escala de actitud frente a la lactancia materna creado por el MINSA-AIEPI y modificado por la autora, aplicado en el mes de Noviembre del 2010.