

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INFLUENCIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 6 MESES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD 7 DE JUNIO - MANANTAY 2011**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADOS EN ENFERMERIA


PRESENTADO POR:

**AKIAN LUIS BALMACEDA NAVARRO
JACKLYN JANEKE JAQUE TENAZOA
MELODÍA DALIA TINEO VALERA**

PUCALLPA – PERÚ

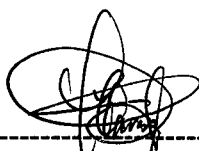
2011

ESTA TESIS FUE APROBADA POR EL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI:



MG. ISABEL ESTEBAN ROBLADILLO

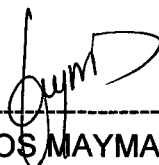
PRESIDENTA



LIC.ENF. YNES TAVERA AREVALO
MIEMBRO

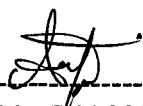


LIC.ENF. YOLANDA PALAZUELOS PEZO
MIEMBRO

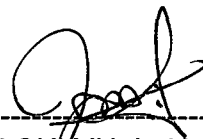


MG. MILAGROS MAYMA ALVARADO

ASESORA



BACH. AKIAN L. BALMACEDA NAVARRO



BACH. JACKLYN J. JAQUE TENAZOA



BACH. MELODÍA DALIA TINEO VALERA

DEDICATORIA

A Dios por su inmenso amor y protección, a nuestros padres por el apoyo incondicional que nos brindan en la formación de nuestra carrera profesional y a nuestros profesores por sus conocimientos y experiencias que nos imparten día a día.

AGRADECIMIENTO

- Un sincero agradecimiento a la Mg Milagros Mayma Alvarado, asesora de nuestra investigación por su apoyo para su culminación.
- Nuestro sincero agradecimiento al Lic. Enf. Carlos Alberto Ramos Bardales por guiarnos en el transcurso del proyecto de investigación.
- A la gerente del Centro de Salud 7 de Junio por facilitarnos la aplicación del instrumento de investigación.
- A la Lic. Palmira Cornejo Coágula, por brindarnos el apoyo necesario para facilitarnos la aplicación del instrumento.
- A las madres lactantes que asistieron al centro de salud 7 de junio, que con su colaboración hicieron posible la realización de la presente investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Formulación del Problema	1
1.2. Justificación	4
1.3. Objetivo General.....	5
1.4. Objetivo Específicos	5
1.5. Hipótesis General	5
1.6. Hipótesis Específica	5

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

A. MARCO REFERENCIAL

a.1. Nivel Internacional	6
a.2. Nivel Nacional	10
a.3. Nivel Local	12

B. MARCO CONCEPTUAL

b.1. Influencia Familiar	13
--------------------------------	----

b.1.1. Teoría Estructural del funcionamiento familiar.....	13
b.1.2. Familia.....	15
b.1.3. Tipos de Familia	15
b.1.3.1. Familia Nuclear o elemental.....	15
b.1.3.2. Familia Extensa o consanguínea	15
b.1.3.3. Familia Monoparenteral	15
b.1.3.4. Familia de Madre soltera	15
b.1.3.5. Familia de padres separados.....	16
b.2. Familia y Lactancia materna.....	16
b.3. Economía Familia.....	17
b.4. Familia y Desarrollo Sostenible.....	17
b.5. Mitos y Creencias	18
b.6. Mitos y Lactancia	18
b.7. Experiencias Previas	20
b.8. Nivel de Conocimiento	20
b.9. Lactancia Materna	21
b.10. Lactancia Materna Exclusiva	21
b.11. Lactancia Mixta y Artificial	21
b.12. Composición de la Leche Materna	22
b.13. Ventajas de la Leche Materna	24
b.14. Técnica de Amamantamiento	25
b.15. Horario y Duración de las Tomas	26
b.16. Higiene durante la Lactancia	26
b.17. Conservación y Almacenamiento de la Leche Materna	27
b.18. Dificultades en la Práctica de Lactancia Materna.....	28
b.18.1. Desinformación	28
b.18.2. Prácticas Hospitalarias	28
b.18.3. Obstáculos en los Lugares de Trabajo.....	29
C. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	30
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31

**CAPITULO III
METODOLOGIA**

3.1. Método de Investigación.....	33
3.2. Población y Muestra.....	33
3.3. Procedimientos de Recolección de Datos.....	34
3.4. Técnicas e Instrumentos para Recolección de Datos.....	35
3.5. Procesamientos de Recolección de Datos.....	35
3.6. Tratamientos de Datos.....	36

**CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSION**

4.1 Resultados	38
4.2 Discusión.....	55

**CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1.- Conclusiones.....	58
5.2.- Recomendaciones.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	65

ÍNDICE DE TABLAS

Nº	Nombre	Pág.
1	Características generales de las madres	38
2	Características de alimentación de los lactantes	40
3	Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	41
4	Nivel de experiencias previas sobre lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	43
5	Tipo de mitos y creencias sobre lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	45
6	Práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	47
7	Nivel de conocimiento sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	49
8	Nivel de experiencias previas sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	51
9	Mitos y creencias sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº	Nombre	Pág.
1	Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	42
2	Nivel de experiencias previas sobre lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	44
3	Tipo de mitos y creencias sobre lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	46
4	Práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	48
5	Nivel de conocimiento sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	50
6	Nivel de experiencias previas sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	52
7	Mitos y creencias sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio – Manantay, 2011	54

RESUMEN

La investigación estuvo basada en la relación entre el conocimiento, mitos y experiencias sobre la práctica de lactancia materna exclusiva (LME), es un estudio de tipo no experimental de corte transversal, descriptivo correlacional en madres lactantes con hijos menores de 6 meses en el centro de salud 7 de Junio.

La población muestral estuvo constituida por 320 niños menores de 6 meses que asistieron al centro de salud 7 de junio y que recibieron atención en la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo del mismo centro. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS Versión 17, para la prueba de hipótesis se utilizó la estadística descriptiva (media, mediana) y la estadística inferencial no paramétrica aplicando el ji cuadrado (X^2) con un nivel de significancia del 0.05. Los resultados son: el nivel de conocimiento sobre LME en las madres de niños menores de 6 meses es deficiente (73%) con mayor prevalencia en mujeres en edad adulto joven. La prevalencia de experiencias previas sobre LME es negativa (79.7%), del mismo modo el 68.4% poseen mitos y creencias negativos, encontrando que predomina la práctica de LME inadecuada (69.40%).

Llegando a la conclusión que la influencia familiar en la práctica de lactancia materna exclusiva es desfavorable; en sus tres dimensiones estudiadas: nivel de conocimiento con un X^2 calculado 21.315 y tabulado 5.991, y un $p = 0.001$; experiencias previas con un X^2 calculado 4.573 y tabulado 3.841, y un $p = 0.032$ y mitos y creencias con un X^2 calculado 19.838 y tabulado es 3.841, $p = 0.001$

ABSTRACT

The investigation (research) was based on the relation between(among) the knowledge, myths and experiences on the practice of mother exclusive lactation (LME), it is a study of not experimental type of transverse court(cut), descriptive correlacional in nursing mothers with minor children of 6 months in the center of health on June 7.

The sample population was constituted by 320 minor children of 6 months who are present at the center of health on June 7 and who receive attention in the component of growth and development of the same center. For the analysis of the information I use the statistical program SPSS Version 17, to confirm(resist) the hypothesis I use the test(proof) of chi square with a level of significance <0.05 . The results are: the level of knowledge on LME in the mothers of minor children of 6 months is deficient (73 %) with major prevalence in women in age adult young man (woman). Likewise the prevalence of myths and beliefs on LME is negative (68.4 %), in the same way (alike) 79 % possesses previous unfavorable experiences, thinking that the suitable practice is predominant (69.40 %).

Coming to the conclusion that the familiar (family) influence in the practice of mother exclusive lactation is negative; the myths and beliefs that have the families influence negatively the practice. The degree of knowledge that the families have in the practice of mother exclusive lactation is bad and influences the practice of the same one negatively. The previous experiences that the family has on mother exclusive lactation it (he, she) is unfavorable but it (he, she) does not influence the practice of the same one.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el alimento óptimo para el niño y la niña pues es una rica fuente de nutrientes y contribuye a un adecuado crecimiento y desarrollo, los organismos de salud recomiendan que deber ser brindado como mínimo los primeros seis meses de vida ya que contribuye con la formación de un inigualable lazo entre la madre y el infante.

A nivel mundial hay un fomento en la promoción de lactancia materna exclusiva, y esto se ve reflejado en el aumento de las cifras de la misma; sin embargo las prácticas de lactancia natural y exclusiva están lejos de ser las adecuadas.

Las últimas cifras de lactancia materna en el Perú reportan que más del 50% de niños menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva; sin embargo un grupo considerado interrumpen su amamantamiento ya sea por el conocimiento que poseen las madres, experiencias previas negativas de ella o de su familia y por mitos negativos.

Es por ello que la presente investigación fue elaborada con el propósito de encontrar si existe o no influencia familiar en la práctica de lactancia materna exclusiva.

El objetivo general planteado es determinar como influye la familia en la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud 7 de Junio-Manantay 2011, teniendo como objetivos específicos: establecer el nivel de conocimiento de las familias sobre lactancia materna exclusiva y su influencia en la práctica de la misma en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud 7 de Junio-Manantay 2011, conocer las experiencias previas de la familia sobre lactancia materna exclusiva y su influencia en la práctica de la

misma en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud 7 de Junio-Manantay 2011, identificar de que manera los mitos y creencias de la familia influyen en la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud 7 de Junio-Manantay 2011.

La investigación se divide en V capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema.

Capítulo II: Marco teórico.

Capítulo III: Metodología.

Capítulo IV: Resultados y discusión.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

Así mismo se presenta el resumen, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

1. Planteamiento del Problema

La OMS considera que la lactancia materna es el alimento ideal para el niño y la niña en su crecimiento y desarrollo, y debe ser brindado como mínimo los primeros seis meses de vida pues no solo es una fuente con gran cantidad de nutrientes sino que contribuye con la formación de un inigualable lazo entre la madre y el infante. (1)

Según un informe de la OPS, "si bien la mayoría de las mujeres de América Latina amamantan, y lo hacen por un periodo relativamente largo, las prácticas de la lactancia natural y exclusiva están lejos de ser las óptimas". (2)

A nivel mundial las cifras de lactancia materna exclusiva varían mucho entre los países (desde menos de 30% hasta más de 60%) y no todos reportan datos. Desde la Declaración de Innocenti, el promedio

de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de edad, en el mundo aumentó de 34 a 41%, pero luego ha bajado a 36-38%.

En el Perú se produjo una mejora en los indicadores de lactancia hasta el 2000, sin embargo, posteriormente hubo un retroceso en algunos.

Según la ENDES (Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar) del 2009 de un total de 12205 niños menores de 6 meses solo 7133 (58.4%) niños recibieron lactancia materna exclusiva, y 5072 (41.6%) niños han visto interrumpidas la práctica de la misma.(3)

Según la DISA UCAYALI, en su informe mensual de las actividades en atención integral del niño y la niña 2010; durante el primer semestre, se expone lo siguiente: de una población de 10 028 niños menores de 6 meses, 7058 (70.4%) niños han recibido lactancia materna exclusiva demostrando que los niños menores de 6 meses que han sido interrumpidos en la práctica de la misma representan un total de 2970 (29.6%). (4)

Mucha gente cree que la lactancia materna por ser un proceso natural es sencilla; pero esto no es totalmente cierto ya que alrededor de la mitad de las mujeres tienen problemas para amamantar a sus hijos sobre todo si se trata de su primer hijo, o de una madre sin apoyo familiar especialmente si es adolescente. Asimismo de forma creciente y equivocada casi todas las mujeres alimentan a sus hijos con otra leche y otros alimentos distintos a la leche materna tales como: leche de vaca, leche de vaca industrializada (en polvo, tarro, fórmulas infantiles), agua, plátanos, jugos, sopas, etc.; una tentación que muchas mujeres encuentran muy difícil de resistir y cada cual da una razón diferente. (5)

Factores socio-demográficos de la madre como edad, paridad, ocupación, grado de instrucción y nivel socioeconómico han sido estudiados previamente, si bien son importantes para determinar qué parte de la población tiende a dar lactancia materna por menos tiempo, estos factores no pueden ser cambiados por el personal de salud; por otro lado existen características de manejo hospitalario, fácilmente modificables, que han sido asociadas tanto con la iniciación como la duración de la lactancia materna, la instrucción prenatal, el alojamiento conjunto, el inicio de la lactancia materna dentro de la primera media hora de vida y la suplementación con productos distintos a la leche materna. (6)

Para que la lactancia materna se inicie y establezca debidamente, es preciso que durante el embarazo y el puerperio las madres cuenten con el apoyo activo, no solo de sus familiares y comunidad, sino también con la totalidad del sistema de salud, y que los que se ponen en contacto con las futuras y nuevas madres, estén interesados por promover la lactancia natural y sean capaces de facilitar la información oportuna y poseer un buen conocimiento de cómo se mantiene la lactancia. (7)

La práctica de la lactancia materna permite a las familias el involucrarse con la crianza y cuidado de los niños y niñas, tal participación repercute en la salud y promueve la integración y unión familiar. (8)

Toda la familia puede organizarse y apoyar exitosamente la lactancia, asegurándose de que la madre reciba una adecuada nutrición y un adecuado descanso mientras amamanta para que tenga éxito la práctica de lactancia materna. La mayoría de las familias no reciben información sobre los principios básicos del amamantamiento. Por ejemplo, muchas mujeres no pueden tener conciencia de la importancia de amamantar frecuentemente, o de que deben alternar los

pechos para impedir la insuficiencia de leche. Desdichadamente, como la generación más inmediata de mujeres adultas no han amamantado, no tienen mayores habilidades para apoyar a sus hijas a amamantar.

Finalmente, cuando las mujeres tienen sobrecarga de trabajo, tanto pagado como no pagado, o cuando las mujeres reciben menos alimentación y descanso que otros miembros de la familia, la lactancia materna se hace difícil. Para apoyar a estas madres, todas las familias necesitan, de manera consciente, enfrentar estas desigualdades y asumir responsabilidades. (9)

Justificación:

Esta investigación se justifica porque permitió establecer la influencia de la familia en la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acudieron del Centro de Salud 7 de Junio, los resultados tuvieron un impacto social madre-familia, a la vez que contribuyó a la promoción de una lactancia materna adecuada, reforzando actitudes positivas de la familia, promoviendo cambios de actitudes en aquellos que persistan barreras que dificultan en la práctica de la misma, permitió a los entes encargados de la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud 7 de Junio tomar decisiones acertadas en la orientación a las madres sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva, así mismo mediante los resultados se logró fortalecer el primer nivel de atención de salud a través de visitas de seguimiento y cumplimiento de las madres que dan de lactar, el estudio sirvió como guía y aportaciones para otras investigaciones referentes al tema.

Por lo cual se formula la siguiente pregunta

¿Cómo influye la familia en la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud 7 de Junio-Manantay 2011?

Hipótesis General

La influencia familiar es desfavorable en la práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud 7 de junio.

Específicas

- Si las familias tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre lactancia materna exclusiva entonces la práctica de la misma será inadecuada en madres de niños menores de 6 meses.
- Cuanto mayor sean las experiencias previas negativas de la familia sobre lactancia materna exclusiva, menor será la duración de la práctica de la misma en madres de niños menores de 6 meses.
- Si existe predominio de mitos y creencias negativos en la familia sobre lactancia materna exclusiva, entonces la práctica de la misma será inadecuada en madres de niños menores de 6 meses.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

A. MARCO REFERENCIAL

a.1. Nivel Internacional:

Arteaga, E. (2009) realizó un estudio en Venezuela titulado: “La lactancia materna exclusiva experiencias de madres adolescentes” utilizando una metodología no experimental cualitativo y cuyos resultados fueron: para algunas madres adolescentes es necesario un lugar o un momento especial; pero para la mayoría lo amamantan cuando el bebé lo pide. En cuanto a la relación de pareja podemos evidenciar que la mayoría asumieron su maternidad solas y frente a su hijo se establecen sentimientos de ternura y una dedicación que tienen mucho que ver con la posesión de algo propio, alguien a quien amar, cuidar y

proteger; pero la madre puede tener la sensación de que su hijo constituye una carga demasiado pesada. Y entonces el amor, la ira, el interés y la indiferencia matizan peligrosamente la relación directa con el bebé.

Cuando las adolescentes toman la decisión de separarse o son abandonadas por su pareja, asumen de manera absoluta la crianza del recién nacido; esta actitud tiene también como base el modelo cultural de la familia venezolana, el cual es de una familia matricentrada, donde la madre es el eje central del núcleo familiar. La madre adolescente recibe todo el apoyo y ayuda necesaria para el cuidado y crianza de su hijo de parte de su entorno familiar, a través de una solidaridad manifiesta. (10)

Barquero, L. (2008) estudió “La influencia de la globalización en la práctica de la lactancia materna” en Costa Rica, el enfoque del trabajo fue abarcado desde tres puntos de vista: se discuten los efectos de la globalización en el núcleo familiar, luego se comenta la repercusión de este proceso en la lactancia y , como tercer punto, se analiza de la globalización en la mujer lactante y cuyas conclusiones fueron: la sociedad no ha tomado conciencia sobre la importancia de la leche materna; al intentar cambiar la conducta social, el estado pierde poco a poco su autonomía por la influencia de las empresas transnacionales.

Alvarado S., Canales L. (2004) estudiaron “Conocimientos y prácticas que poseen las madres sobre la lactancia materna exclusiva y el destete temprano en menores de seis meses” en Chile, utilizando una metodología de tipo descriptivo porque solo se estudió la situación actual y la frecuencia con que ocurre el problema; la muestra estuvo conformada por madres lactantes de niños de seis meses de edad; la población fue de 109 madres con sus bebés, cuyas conclusiones fueron: las madres tienen

conocimiento limitado sobre la importancia, ventajas y desventajas de la lactancia materna. Una de las creencias erróneas con más alto porcentaje según referencia de las madres, es que el bebé no se llena sólo con la leche materna exclusiva, por lo que deciden darle otras formulas lácteas, conllevando a un destete temprano. (11)

Alvarez S., Ramos W. y otros (2003) estudiaron “Intervención de Enfermería en conocimientos, creencias y prácticas de la lactancia materna en madres lactantes que acuden al Centro de Salud del barrio El Mutis” en Colombia, utilizando una metodología de evaluación diaria de conocimientos pretest – postest y una encuesta de satisfacción, aplicada a las 25 madres de los lactantes, que acuden al Centro de Salud del Barrio Mutis, cuyas conclusiones fueron: Las madres lactantes lograron fomentar la adopción de hábitos y actitud que fueron en pro del mejoramiento de las prácticas y conocimientos sobre lactancia materna; los temas desarrollados fueron aprovechados por cada uno de los asistentes aplicándolos a su estilo de vida; se resolvieron las inquietudes en cuanto hasta qué edad se debe amamantar, cuántas veces al día, qué comidas dar al bebé, entre otras dudas; las actividades educativas realizadas a manera de juegos didácticos y métodos de sensibilización dan excelentes resultados porque las personas aprenden con más facilidad y adquieren mayor participación.

Mingillo L. y Roca B. (2003) estudiaron “Adolescencia y Lactancia Materna. Conocimiento que poseen los adolescentes que concurren a distintos establecimientos escolares de Concepción del Uruguay, sobre Lactancia Materna” utilizando una metodología de tipo descriptivo. Se encuestaron 305 adolescentes escolarizados de 12 a 19 años pertenecientes a todos los establecimientos educaciones secundarios de la ciudad de

Concepción Uruguay. Cuyas conclusiones fueron: Las instituciones escolares, en su mayoría no transmiten conocimiento sobre la lactancia materna. Los adolescentes se informan básicamente dentro del ámbito familiar, lo que favorece la transmisión de mitos. El género influye en las vivencias protagónicas (femenino-valoración positiva) y masculino-neutras.

Auchter M., Galeano H. (2002) estudiaron Lactancia materna. ¿Conocen las madres la importancia de una alimentación tan especial? en Argentina, se realizó un diseño descriptivo y transversal, llevado a cabo en el Centro Maternoneonatal, Anexo al Hospital "J. R. Vidal" de la Ciudad de Corrientes durante los meses de Julio a Setiembre del 2002. La población incluyó 120 mujeres seleccionadas al azar entre las internadas en el servicio de tocoginecología. El criterio de inclusión fue mujeres embarazadas en el último trimestre de la gestación o en puerperio inmediato. El criterio de no inclusión fue madres que estuvieran cursando enfermedades sistémicas que le impidieran el amamantamiento. El presente estudio permitió vincular la experiencia previa de las madres en lactancia natural con el nivel de conocimientos que ellas poseían sobre el tema. La edad influyó en la calidad de estas experiencias, siendo más frecuentemente satisfactoria en el grupo > de 20 años con respecto al grupo adolescente. La edad de la mujer también condicionó las experiencias no satisfactorias, que fueron más prevalentes en las madres mayores. El nivel de conocimientos sobre lactancia humana fue bueno en 1 de cada 4 mujeres con antecedentes previos satisfactorios, situación que se presentó en 1 de cada 10 en el grupo con experiencias no satisfactorias. Es importante destacar que prevaleció un nivel de conocimiento regular o deficiente en el total de las madres, acentuado en las madres adolescentes y en aquellas con malas experiencias

anteriores. Situación que nos muestra la necesidad de reforzar las actividades educativas y formativas en estos grupos de mayor riesgo de destete precoz.

a.2. Nivel Nacional:

Ferro M. y Flores H. (2005), en sus estudio "Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005" de Lima, concluye que: 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). El grupo de adolescentes es el que tiene el porcentaje más alto de conocimiento malo (39.4%) a comparación de las mujeres en edad fértil y añosas. 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. El grupo de solteras se asocia al nivel de conocimiento malo (38.4%), a comparación del grupo de convivientes y casadas. Las empleadas representaron un mayor porcentaje de conocimiento malo de lactancia materna (25.8%), a comparación de las puérperas que se dedicaban a su casa. Asimismo, las estudiantes tienen el más bajo porcentaje de conocimiento bueno (16%). 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. Las puérperas que han recibido la información sobre lactancia materna de cualquier otra fuente que no sea el personal de salud; se asocia a malos niveles de conocimiento (63.1%). Conclusiones: el nivel de conocimiento inadecuado predominó entre de regular a malo en un 70%.

Mendoza, K. (2002), en su investigación "Capacitación y seguimiento domiciliario sobre lactancia materna exclusiva a puérperas del Hospital Santa Rosa" de Lima, se realizó un estudio observacional, longitudinal, prospectivo y de cohortes en la que, la población fue seleccionada de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión. El 100% de las madres del grupo de estudio y control dieron lactancia materna exclusiva durante su estancia hospitalaria. A través del seguimiento observamos que el 78.7% de las madres del grupo de estudio daban lactancia materna exclusiva en el primer y segundo mes, y a los 3 meses el 85.1% continuaba esta práctica. En el grupo control sólo el 33% practicaba la lactancia exclusiva a los 3 meses, por consiguiente la capacitación personalizada y el seguimiento domiciliario logró un efecto muy favorable, ya que consiguió que un porcentaje alto de madres continuara dando lactancia materna exclusiva a sus hijos hasta los 3 meses de edad, inclusive aquellas que en algún momento la interrumpieron, corrigieron y continuaron amamantando a sus hijos. La gran mayoría de madres pueden dar lactancia exclusiva a sus hijos, si reciben capacitación personalizada y apoyo permanente, (tomando en cuenta, los problemas individuales que cada mujer tiene en relación a la práctica y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva). Esta estrategia se ve dificultada principalmente por el trabajo materno. La madre que sale a trabajar y se separa de su hijo tiende a abandonar la lactancia materna exclusiva. La promoción de la lactancia natural, debe estar a cargo de un personal muy sensibilizado y competente para poder ayudar a la madre que esta lactando, o que en el futuro lo va a hacer. La promoción de la lactancia materna exclusiva debe realizarse durante el control pre natal, parto, puerperio y durante el control del niño sano, etc. Todo el personal de salud involucrado directa o indirectamente con la atención del niño, debe promocionar la lactancia materna exclusiva.

Dios R., Noblecilla C., Chávez G. (2000) investigaron “Factores asociados, mitos y creencias relacionados con la duración de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital N° 01 “José A. Mendoza Olavarría” de Tumbes.” Realizando un estudio descriptivo correlacional cuyos resultados de la investigación son: entre las creencias erróneas el 9,04 % de las mujeres que lactaron a sus hijos los seis meses, opinaron que durante la lactancia no se debe consumir carne (pescado, mariscos, cerdo) y el 8,44 % opinó que el niño se llena de gases después de lactar porque la madre consumió alimentos fríos. Acerca de la producción de la leche el 9,13 % de mujeres que lactaron los seis meses refieren que durante la lactancia ingiere bebidas a temperatura normal y el 7,78 % refirió que la disminución de la leche materna se debe a que se ingiere poco líquido. Sin embargo el 8,23 % de mujeres que lactó los 6 meses opinó que no se debe lactar cuando se ha bañado, ha lavado ropa, ha tenido cólera, ha llegado de la calle y sólo el 7,59 % opinó que no se debe dar de lactar cuando se ha tenido cólera por que la leche está agria y produce dolor de estómago. Así mismo obtuvieron una diferencia no significativa en la edad, paridad, grado de instrucción, e inicio de lactancia materna que se relaciona con la duración de la misma; concluyendo que éstas no influyen en ella. Sin embargo la ocupación, el ingreso económico familiar, el estado civil, lugar de procedencia de la madre, las razones para retirar el pecho, los mitos y creencias se obtuvieron diferencias significativas con lo que se puede decir que estas influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva.

a.3. Nivel Local

Estrella, E. y Ríos, S. (2008), investigaron: “Relación que Existe entre el Nivel de Conocimiento de la Madre y la Práctica de la Lactancia Materna en Niños Menores de 6 Meses del Hospital II

ESSALUD - Pucallpa". Realizando un estudio descriptivo de relación con 120 madres y sus respectivos niños procedentes del Hospital II ESSALUD de Pucallpa, obteniendo: 75,8% de las madres obtuvieron un nivel de conocimiento regular y el 69,3% de ellas presentaron una práctica regular en el amamantamiento de sus niños. Conclusiones: Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la práctica de amamantamiento de la madre.

Hernández, O. y Otros (2007), en su investigación: "Efectividad de un Modelo de Atención Integral de Salud en Lactancia Materna en el Asentamiento Humano 13 de Mayo Pucallpa". Realizaron un estudio cuasi experimental de corte longitudinal y prospectivo, con intervenciones individuales, familiares y comunitarias. Concluyendo el conocimiento de las madres sobre lactancia materna es insuficiente referente a las técnicas de amamantamiento, importancia e higiene de los pezones, con la intervención se logró mejorar este nivel de regular a bueno, evidenciado en el mejoramiento de la información de las madres sobre las diferentes técnicas de amamantamiento, su importancia, frecuencia y el impacto en su salud futura.

B. Base Teórica

b.1. Influencia Familiar

b.1.1. La teoría estructural del Funcionamiento familiar

El modelo estructural se define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (Minuchin, 1977), estas pautas establecen como, cuando, y con quien

cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de sus miembros.

La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos requerimientos de las situaciones de vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individualización.

El paradigma contemporáneo del conocimiento, implica manejar las polaridades inherentes a la condición humana, por cuanto los procesos socio-familiares dan cuenta de movimientos en ambas direcciones, en razón de su característica básica de ser sistemas abiertos, dinámicos, permeables, en los que se maneja en forma incesante una situación de normalidad-anormalidad, función-disfunción, vida-muerte, salud-enfermedad, mente-cuerpo.

La estructura familiar opera con diferentes "alineamientos", para resolver las tareas a las que se enfrenta. Los alineamientos constituyen la unión de dos o más miembros del sistema para llevar a cabo una operación (Aponte & Van Deusen, 1989). Esta dimensión incluye los conceptos de alianza o colusión - unión de dos o más personas para lograr una meta o interés común - y la coalición - proceso de unión en contra de un tercero - (Haley, 1967), estos alineamientos pueden ser funcionales o disfuncionales según respeten o no los límites, los subsistemas, y según sea su duración.

b.1.2. Familia

La familia es una institución que influye con valores y pautas de conducta que son presentados especialmente por los padres, los cuales van conformando un modelo de vida para sus hijos enseñando normas, costumbres, valores que contribuyan en la madurez y autonomía de sus hijos. Influyen de sobremanera en este espacio la religión, las buenas costumbres y la moral en cada uno de los integrantes más pequeños. Por ello, los adultos, los padres son modelos a seguir en lo que dicen y en lo que hacen; constituye el núcleo de la sociedad, representa el tipo de comunidad perfecta, pues en ella se encuentran unidos todos los aspectos de la sociedad: económicos, jurídicos, socioculturales, etc. (12)

b.1.3. Tipos de familia:

b.1.3.1. La familia nuclear o elemental: Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos

b.1.3.2. La familia extensa o consanguínea: Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás.

b.1.3.3. La familia monoparental: Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes.

b.1.3.4. La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se

distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

b.1.3.5. La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad. (13)

b.2. Familia y Lactancia Materna

La lactancia materna contribuye significativamente a la salud de las parejas de bebés y madres, tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo. Los(as) bebés que reciben lactancia exclusiva tienen sistemas inmunológicos más fuertes que quienes recibieron sucedáneos.

La lactancia materna también contribuye a la salud materna. Las mujeres que han amamantado son menos susceptibles a desarrollar cáncer de pecho y ovarios, y tienen menos tendencia a padecer de osteoporosis.

Finalmente, la lactancia materna fortalece las relaciones entre las madres y sus bebés y es particularmente importante para las madres que están separadas de sus infantes por razones de trabajo fuera del hogar.

b.3. Economía Familiar

La lactancia materna le ahorra a la familia el tiempo y el dinero que se utilizaría en la compra de fórmula infantil, biberones y combustible. Por ejemplo, el costo promedio de alimentar un(a) bebé de seis meses, durante un mes, con fórmula infantil, es igual al ingreso mensual per cápita promedio de un hogar de los países en vías de desarrollo.

Ya que los(as) bebés amamantados(as) son más saludables que quienes reciben sucedáneos de la leche materna, las familias ahorran tiempo y dinero al no tener que visitar los centros de salud y comprar medicamentos. En resumen, la lactancia materna permite que las familias sean más autosuficientes, reduciendo la dependencia de los productos comerciales.

b.4. Familia y Desarrollo Sostenible

Cuando las mujeres amamantan, las comunidades y sus familias están contribuyendo significativamente al desarrollo sostenible. La lactancia materna es ecológica ya que sólo utiliza recursos renovables y no produce desechos que contaminan el ambiente. En contraste, los biberones no son productos renovables, ni las latas; requieren de plásticos, vidrios y silicona, y además producen basuras y desechos que no son biodegradables y que contribuyen a la contaminación del ambiente. Más aún, mientras que la lactancia materna se produce localmente y a demanda, la alimentación por biberón debe ser transportada largas distancias por las compañías multinacionales.

b.5. Mitos y Creencias.

Todas las culturas tienen mitos y creencias sobre la lactancia. Es importante conocerlos y conversar con las gestantes, con las madres y con su familia sobre sus creencias, porque pueden influir en el éxito o fracaso de la lactancia.

Conjunto de narraciones, historias o hechos que poseen las familias sobre lactancia materna, que varían según la región geográfica de procedencia.

Existen innumerables mitos y creencias de las mujeres frente a la Lactancia Materna por esta razón muchas madres no realizan o dejan de realizar tempranamente esta práctica, es importante resaltar que todas las mujeres están en capacidad de hacerlo. De acuerdo a la perspectiva de Leininger, el cuidado está presente en todas las culturas pero tiene características diferentes en cada una de ellas. Refiere que cultura es "el conocimiento aprendido, compartido y transmitido sobre los valores, creencias y estilo de vida de un grupo particular, el cual es transmitido de generación en generación e influencia los pensamientos, las decisiones y las acciones en patrones o en forma ya establecidos". El aporte de esta teoría fue de especial importancia para establecer y comprender las relaciones existentes con las madres, a partir de sus mitos, creencias y valores relacionados con la práctica de la Lactancia Materna.

b.6. Mitos y Lactancia

Todas las madres tienen la capacidad de amamantar, no importa el tamaño de sus pechos ni el tipo de parto que tuvieron, sin embargo existen diversos mitos que pueden dificultar o interrumpir la lactancia materna exclusiva.

“Se debe promover una lactancia a libre demanda, un niño puede lactar entre 8 y 12 veces al día, por lo tanto es falso que se le deba dar de lactar solo algunas veces”. (14)

El significado de alimentación a libre demanda supone que el bebé debe ser alimentado cada vez que quiera, desde el mismo momento del nacimiento y hasta que suelte el pecho.

Las creencias culturales y religiosas también influyen en la introducción temprana del agua. Proverbios que pasan de generación en generación recomiendan que las madres den agua a sus hijos/as. El agua puede verse como la fuente de vida – una necesidad espiritual y fisiológica. Algunas culturas incluso consideran el hecho de ofrecer agua a los recién nacidos como una forma de darle la bienvenida al mundo. (15)

“Las mamás sobre todo cuando han tenido su primer hijo, a menudo reciben consejos de todo el mundo, no siempre con experiencia y no siempre afortunados”.

Los errores más comunes es que creen que los pechos pequeños no son buenos para dar de mamar, para que el niño “aguante” la noche, hay que darle un biberón hay que lavar los pezones antes y después de dar de mamar.

En la mayoría de las circunstancias los mitos o creencias alrededor de situaciones problemáticas o complicadas, devienen en una suerte de obstáculo para poder afrontarlo. Las creencias populares en relación al embarazo y la lactancia, en vez de dar luz a las miles de preguntas de las futuras madres, lo que hacen es confundirlas aún más. Muchas veces son estos mitos los que provocan que la mujer decida no seguir alimentando a su niño con el pecho. (16)

b.7. Experiencias Previas

Son conocimientos adquiridos por las circunstancias o situaciones vividas por la madre y demás miembros de la familia acerca de lactancia materna.

Las experiencias vividas, pueden ser experiencias positivas o también pudiendo haber pasado por episodios o experiencias negativas que nos van a dar lecciones y conocimientos empíricos que nos servirá a lo largo de nuestra vida llegando a ser empleadas como prácticas o costumbres.

Las experiencias previas de lactancia son parte importante de la motivación de una mujer para amamantar a su hijo: un fracaso anterior disminuirá la motivación, mientras que una experiencia previa positiva la aumentará. La ansiedad y la falta de conocimientos de las primigestas también pueden obstaculizar el éxito de la lactancia; una múltipara que amamantó antes a un hijo generalmente tiene menos problemas.

b.8. Nivel de Conocimiento

El conocimiento es el elemento fundamental para una elección acertada en cualquier toma de decisión en diferentes etapas de nuestra vida.

Conjunto de información obtenida por la madre lactante a través de su aprendizaje y orientaciones recibidas.

El amamantamiento es una etapa llena de dudas y temores, que se podrían solucionar con una adecuada información y buen conocimiento sobre la práctica de lactancia.

Existe una estrecha vinculación entre la escolaridad y el conocimiento en la práctica de lactancia materna y sus ventajas;

ya que a mayor nivel educativo habrá un buen nivel de conocimiento.

b.9. Lactancia Materna

La lactancia materna es la alimentación con la leche de la madre, es un alimento único que permite transmitir defensas de la madre al niño, el alimento ideal para lactantes durante los seis primeros meses de vida en la medida en que contiene todos los elementos nutritivos, anticuerpos, hormonas y antioxidantes necesarios para el crecimiento del neonato.

La leche materna protege a los bebés contra la diarrea y las infecciones agudas de las vías respiratorias y estimula el sistema inmunológico del niño y a la vez fortalece el vínculo materno-filial. (17)

b.10. Lactancia Materna Exclusiva (LME)

La OMS recomienda como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de nacido, sin adición de agua, líquidos y otras leches.

Según la OMS, debería mantenerse la lactancia materna al menos en los dos primeros años de nacido, y continuarse a partir de esa edad, hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista un límite de tiempo.

b.11. Lactancia Mixta y Artificial

Lactancia Mixta.- Consiste en la alimentación del niño con leche materna y fórmula infantil.

Lactancia Artificial.- Es la alimentación del niño con leche de vaca o leches comerciales.

b.12. Composición de la leche materna

La leche humana es el alimento ideal, ya que cubre todas las necesidades nutritivas del lactante y evita riesgos innecesarios.

La composición de la leche de la madre varía sustancialmente. Cuantitativamente, puede encontrarse más leche en las tomas de la mañana que en las de la noche. Cualitativamente, la leche varía en su composición a lo largo de una tetada: el inicio es clara y fluida y al final es más espesa, casi cuatro veces más rica en grasas.

En los primeros dos a cuatro días después del parto, la secreción de la glándula mamaria es el calostro, líquido de color amarillo que contiene cinco veces más proteínas que la leche definitiva, con más sodio, potasio y cloro, pero con menos carbohidratos y grasas. Contiene anticuerpos, Ig A, lisozima y lactoferrina. La cantidad total de calostro es de 10 a 40 ml. Progresivamente, esta sustancia es reemplazada por la secreción de leche definitiva o completa. Aproximadamente, a partir del cuarto día después del parto ya se segrega leche completa, retrasándose hasta el sexto o séptimo día, si en lugar de un parto, se ha realizado una cesárea abdominal.

La composición de la leche definitiva es la siguiente:

Calorías: El valor calórico de la leche materna es, aproximadamente, de 700 cal/litro con variaciones individuales.

Carbohidratos: El contenido de hidratos de carbono es de 7g/100ml, constituyendo la lactosa el 90% de éstos. Los oligosacáridos facilitan la colonización y el crecimiento de bacilos, que se encuentran en el colon de estos niños, impidiendo el asentamiento de bacterias patógenas.

Lípidos: El contenido en grasas es de 4g/100 ml, variando su cantidad. Existe abundancia de ácidos grasos: ácido palmítico, ácido linoleico, colesterol, entre otros. El contenido de lípidos de la leche materna aumenta a lo largo de la lactancia, al igual que aumenta en una tetada, lo que contribuye a crear sensación de saciedad.

Proteínas: En la leche materna, el contenido de proteínas es, aproximadamente, de 1g/100 ml. La relación de albúmina/caseína es de 60/40, con gran proporción de aminoácidos no esenciales. También tiene un alto contenido de L-carnitina, proteína esencial para el transporte de ácidos grasos.

Sales minerales: El contenido mineral en la leche materna es de 0.2g/100 ml. El contenido en calcio es relativamente bajo, en relación a la leche de vaca, pero su absorción es muy superior (del 75% frente al 20%, respectivamente). La leche humana tiene un bajo contenido de hierro, siendo el calostro de tres a cinco veces superior.

Vitaminas: La concentración de vitaminas en la leche de mujer está muy influida por la alimentación materna, a excepción de la vitamina D, que es insuficiente y deberá suplementarse de forma exógena.

Agua: La cantidad de agua en la leche materna humana es del 87%.

Factores antimicrobianos: Se encuentran: lisozima, lactoferrina, factores del complemento, siendo las más importantes las inmunoglobulinas: IgA e IgM, IgG en menor cantidad.

b.13. Ventajas de la Lactancia Materna

La leche materna tiene muchas ventajas:

Composición Óptima: Exactamente ajustadas a las necesidades del lactante, con cantidades adecuadas de hidratos de carbono, proteínas, grasas, calcio y fósforo.

Rica en vitaminas: La leche, según se forma, pasa al lactante, sin estar sometida a cocción, por lo que mantiene todos sus componentes, a excepción de las vitaminas C y D que por su bajo contenido se han de añadir en forma exógena.

Inmunidad Pasiva: Los anticuerpos maternos incluidos en la leche, tras degradarse en aminoácidos y absorberse, aportan factores inmunológicos protegiendo al neonato de algunas enfermedades a través de un medio pasivo de inmunización.

Fermentos Naturales: La leche lleva una serie de fermentos (fosfatasa, amilasa, peroxidasa, entre otros) cuya función es madurar las células epiteliales de la mucosa intestinal, permitiendo controlar la proliferación bacteriana y viral en el aparato digestivo, con lo que se evita problemas de intolerancia digestivas, alergias a alimentos o diarreas.

Mejores Condiciones Higiénicas: Es una leche fresca, sin manipulaciones y es estéril. Además, está a la temperatura adecuada.

Económicamente: La leche materna no cuesta dinero, por lo que es asequible a cualquier estrato social.

La lactancia materna asegura el mejor desarrollo posible para el infante, por ser un producto especie-específico con una composición diferente a cualquier otra leche animal, modificada o no, que cambia de acuerdo a las necesidades del lactante.

Finalmente, la lactancia materna fortalece las relaciones entre las madres y sus bebés y es particularmente importante para las madres que están separadas de sus infantes por razones de trabajo fuera del hogar.

b.14. Técnica de Amamantamiento

Para una lactancia satisfactoria es esencial adoptar una posición cómoda, ya sea sentada o estirada. La posición en cuna, la forma de sujeción más común, se consigue especialmente permaneciendo la madre sentada en una silla sin brazos, con la pierna del lado que se va a dar el pecho descansando sobre un pequeño taburete y con una almohada bajo el antebrazo que aguanta al niño, para soporte. El niño debe mirar a la madre directamente, con su estómago contra el de la madre, la cabeza alineada con el cuerpo, el cuello apoyado en el hueco del codo de la madre, la mano de la madre apoyada sobre las nalgas del niño de forma que pueda estirarse hacia arriba y con la cara del niño casi tocando el pecho. A continuación, la madre se aguanta el pecho con la mano que le queda libre, adoptando una posición en C: pulgar arriba y detrás de la areola, dedo índice abajo y también detrás de la areola, colocando los tres dedos restantes de forma que aguante el pecho desde abajo.

En esta posición la boca del niño queda directamente frente al pezón, que la madre debe tocar pacientemente con el labio inferior del niño hasta que la boca del niño se abra y acepte el pezón (reflejo de búsqueda); llegando a este punto, la madre

empuja con firmeza la cabeza del niño contra el pecho, insertando el pezón profundamente en su boca y permitiendo que el niño cierre la mandíbula sobre la base del pezón para un acoplamiento adecuado y eficaz. Cuando se finaliza el primer lado la madre interrumpe la succión colocando su quinto dedo suavemente en la comisura de la boca del niño antes de colocarlo sobre el otro pecho.

b.15. Horario y Duración de las tomas

Teóricamente, se ha establecido que las tomas deben ser de unos 10 a 15 minutos de succión en cada mama cada 3 horas. Esta pauta es muy variable, sobre todo en los primeros días, en los que se aconseja la lactancia a demanda, es decir, poner al niño al pecho cuando lo solicite, generalmente, por el llanto. Poco a poco el niño se irá adaptando a un horario, en paralelo al progresivo aumento de la secreción láctea, pidiendo alimento cada 2 o 3 horas, que es el tiempo de vaciado normal del estómago.

Es aconsejable comenzar cada toma por el pecho utilizado en último lugar en la toma anterior, favoreciendo así el vaciado de ambas mamas.

b.16. Higiene Durante la Lactancia

La higiene materna es de gran importancia debido a la íntima unión que va a tener con su hijo. A través de la succión, el recién nacido ingiere todo lo que haya en el pezón y areola, como restos de sudor, de desodorante, de cremas, entre otros, por lo que es aconsejable que la madre no utilice productos fuertes, que contengan alcohol u olor, que produzcan en el niño el rechazo a la aversión al pezón. No es necesario lavarse los pezones antes y

después de cada toma, ya que la humedad y el frotamiento provocan maceración y dolor.

b.17. Conservación y Almacenamiento de la Leche Materna

La conservación de la leche materna constituye un aspecto fundamental en la práctica de la alimentación con leche materna.

Tiempos aconsejables de conservación

1.- Niños sanos

- a) Temperatura ambiente: De 4 a 24 horas
- b) Heladera: 8 días
- c) Congelador: 2 semanas
- d) Freezer: 3 – 6 meses

2.- Niños prematuros

- a) Heladera: 24 horas.
- b) Freezer: 3 meses.

La leche puede almacenarse en cualquier recipiente limpio de vidrio o plástico.

La leche se descongela rápidamente cuando el recipiente se pone en otro con agua caliente. La leche materna no debe volverse a congelar. Tampoco debe calentarse o descongelarse en un horno de microondas porque éstos pueden hacer que las burbujas hirvientes encapsuladas se formen en el centro del líquido y no pueden detectarse cuando se comprueban las primeras gotas. Estas burbujas calientes han quemado los paladares de los bebés y la garganta hasta llegar a necesitar cirugías reconstructivas.

b.18. Dificultades en la Práctica de Lactancia Materna

A pesar de los muchos beneficios de la lactancia materna, muchos factores inhiben a las familias de poder escoger amamantar. Esto incluye:

b.18.1. Desinformación

Muchas familias no tienen acceso a información adecuada sobre los beneficios de amamantar. La publicidad y la promoción de fórmulas infantiles han influenciado las percepciones que tienen las personas sobre la lactancia materna y el biberón. En los países en desarrollo, los biberones fueron muy ampliamente promovidos y asociados con la modernidad y el bienestar. En los países industrializados, los(as) profesionales de la salud, muchas veces y falsamente, equipararon la leche materna con las fórmulas infantiles.

Muchas mujeres que han parado la lactancia de manera temprana, lo hacen por la preocupación de "que no tienen suficiente leche". Sin embargo, los estudios demuestran que las madres que reciben información adecuada sobre lactancia materna y apoyo práctico, son menos susceptibles a experimentar ansiedad durante el período de lactancia.

b.18.2. Prácticas Hospitalarias

Globalmente, las mujeres que tienen partos dentro de los sistemas informales de salud, tienen más propensión a tener éxito con la lactancia materna que aquellas que tienen partos en los hospitales. Generalmente, las parteras tienen mayor experiencia para apoyar la lactancia materna.

Algunos hospitales desestiman la lactancia cuando separan a las madres de sus bebés después del parto y les regalan fórmulas gratuitas cuando se van.

Ya que los(as) profesionales de la salud están en posiciones de autoridad, los mensajes que den acerca de la lactancia materna tienen gran influencia sobre la decisión de las familias sobre la alimentación infantil.

b.18.3. Obstáculos en los Lugares de Trabajo

Cada vez más mujeres combinan el trabajo no pagado doméstico y de cuidado infantil con el trabajo asalariado fuera del hogar. Para poder lograr una lactancia exitosa en estas circunstancias, las mujeres necesitan un apoyo adecuado. Éste puede darse por parte de la pareja, o por las mismas compañeras de trabajo, como ocurre con las mujeres de los mercados y sector informal que comparten el cuidado infantil.

Los grupos de apoyo entre madres también son importantes en los lugares de trabajo formal; también lo son las políticas que exigen el pago de los permisos por maternidad, que ofrecen centros de cuidado infantil, horarios de trabajo flexibles y la oportunidad a las madres de poder exprimir y almacenar su leche materna.

C. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Familia Matricentrada: En la cual la madre asume el mando en la toma de decisiones.

Familia: Estructura básica de la sociedad donde padres e hijos/as se relacionan y transmiten creencias y experiencias.

Influencia Familiar: Poder o autoridad positiva o negativa que ejerce la familia sobre la madre lactante.

Mitos: Conjunto de narraciones o historias que poseen las familias sobre lactancia materna, que varían según la región geográfica de procedencia.

Creencias: Aceptación libre de una idea o hecho en una familia.

Experiencias previas: Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas por los miembros de la familia acerca de lactancia materna.

Lactancia materna exclusiva: Es cuando el niño recibe como alimentación exclusiva la leche de su madre sin agregar otro tipo de líquido o sólido con fines nutricionales.

Lactante: Criatura desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad.

Lactancia artificial: Es cuando el niño recibe una leche que no es su madre, sino de un mamífero (vaca, cabra, chiva, en otros) y de vegetales como la soya.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Dimensión	Concepto	Indicador	Escala	Valores de medición
Influencia Familiar	-Nivel de Conocimiento	Conjunto de información obtenida por la madre lactante a través de su aprendizaje y orientaciones recibidas.	Test de conocimiento	Intervalar	Puntaje obtenido: Bueno=9-11 pts. Regular=5-8pts Deficiente=<5pts
	-Mitos y creencias	Conjunto de narraciones, historias o hechos que poseen las familias sobre lactancia materna, que varían según la región geográfica de procedencia.	Cuestionario de mitos y creencias	Intervalar	Puntaje obtenido: Si=0pts. No= 1pto. Positivo =14-20pts. Negativo = <14pts
	Experiencias previas	Conocimientos adquiridos por las circunstancias o situaciones vividas por la madre y	Cuestionario de experiencias previas.	Intervalar	Puntaje obtenido: Positivas= 5-6 pts. Negativas=<5 pts.

		demás miembros de la familia acerca de lactancia materna.			
Práctica de la lactancia materna exclusiva	Adecuada	Práctica de Lactancia materna exclusiva que cumpla con la técnica, frecuencia y duración recomendada	-Composición de la leche materna. -Ventajas de la Leche Materna -Técnica de Amamantamiento.	Intervalar	Puntaje obtenido: Adecuada= 11-13 pts. Inadecuada= < 11 pts.
	Inadecuada	Práctica de Lactancia materna exclusiva que no cumpla con la técnica, frecuencia y duración recomendada	-Horario y duración de las tomas. -Higiene durante la lactancia. -Conservación y almacenamiento de la leche materna. -Dificultades en la práctica de Lactancia Materna.		

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Método de Investigación

Esta investigación es de tipo no experimental de corte transversal, descriptivo-correlacional.

3.2. Población y Muestra

La población muestral estuvo constituida por 320 madres de niños menores de 6 meses que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio y que recibieron atención en la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo del mismo centro.

3.3. Procedimientos de Recolección de Datos

Para el procedimiento de recolección de datos se aplicó la prueba piloto a 19 madres lactantes de niños menores de 6 meses que acudieron al Centro de Salud San Fernando, con un tiempo de duración aproximado de 10 minutos por encuesta.

Una vez aplicado la prueba piloto se realizaron algunas modificaciones al instrumento las cuales fueron:

- a)** Mejoramiento de los Ítems referentes a los mitos y Creencias.
- b)** Mejoramiento de los Ítems referentes a la Práctica de LME.
- c)** Se perfeccionó el tiempo de ejecución por encuesta.

Para la recolección final de los datos se solicitó autorización a la Gerente del Centro de Salud 7 de Junio, y a la coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo, para facilitarnos el desarrollo de la investigación.

Se aplicó el instrumento a las madres lactantes que asistieron al centro de salud 7 de junio y a la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo.

La investigación tuvo en consideración la ética; en el cual se brindó la información previa de los fines de estudio, se cumplió con el consentimiento informado para el desarrollo de la misma, respetando sus derechos humanos, teniendo presente las normas en el manejo de la información brindada como son la confiabilidad, anonimato, que toda persona que participa en el estudio debe conocer.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica:

En el estudio de investigación se utilizó la técnica de la encuesta y observación; por medio de estos obtuvimos una información más exacta y veraz.

Instrumento:

El instrumento que se aplicó a las madres lactantes de niños menores de 6 meses fue el cuestionario con preguntas abiertas y cerradas y un test de conocimiento. (Anexo 1)

Para la validez del instrumento se realizó a través del juicio de expertos (2) y para la confiabilidad se realizó mediante la fórmula de KR20 (anexo 2) dando como resultado:

Confiabilidad de test de conocimiento= 0.63

Confiabilidad de mitos y creencias = 0.66

No fue posible realizar la confiabilidad en experiencias previas y práctica de LME debido a la estructura de las preguntas que son condicionadas a la respuesta.

3.5. Procesamiento para la recolección de datos

Para el procesamiento de datos se realizó el control de calidad de los instrumentos, debidamente enumerados, se establecieron los puntajes al test de conocimiento y cuestionario de preguntas abiertas y cerradas, ingresando la información de los instrumentos para la creación de la base de datos en el programa SPSS v17 para Windows.

3.6. Tratamiento de los Datos

Para procesar correctamente los datos y analizarlos se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 17 para Windows y Microsoft Excel 2007 de acuerdo al nivel de medición de las variables.

Para la prueba de hipótesis se utilizó la estadística descriptiva (media, mediana) y la estadística inferencial no paramétrica aplicando el ji cuadrado (X^2) con un nivel de significancia del 0.05

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

TABLA 1
Características generales de las madres

VARIABLES	Nº	PROMEDIO	%
Ciclo de vida			
- Adolescente [*]	91	17	28.4
- Adulto Joven ^{**}	220	27	68.8
- Adulto maduro ^{***}	9	41	2.8
Número de hijos			
- 1-2	176		55.0
- 3-4	101	3	31.6
- 5-6	40		12.5
- Más de 6	3		0.9
Grado de instrucción			
- Primaria	60		18.8
- Secundaria	236		73.8
- Superior	23		7.2
- Ninguno	1		0.3
Estado Civil			
- Soltera	50		15.6
- Casada	16		5.0
- Conviviente	254		79.4
Procedencia			
- Costa	8		2.5
- Sierra	23		7.2
- Selva	289		90.3
Ocupación			
- Ama de casa	297		92.8
- Estudiante	8		2.5
- Otros	15		4.7
Tipo de Familia			
- Nuclear	124		38.8
- Extensa	185		57.8
- Mono parental	2		0.6
- Madre soltera	8		2.5
- Padres separados	1		0.3

Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

* Adolescente de 10 - 19 años; según el autor Erick Erickson

**Adulto Joven de 20 – 40 años según el autor Erick Erickson

***Adulto maduro de 40 – 65 años según el autor Erick Erickson

En la tabla 1 se observa que la etapa de vida adulto joven es la más predominante (220) siendo la edad promedio de 27 años; la etapa de vida con menos incidencia fue el de adulto maduro (9) siendo la edad promedio de la misma de 41 años. El número de hijos de las madres lactantes es en promedio 3 hijos. Referente al grado de instrucción solo 236 (73.8%) cuentan con estudios de secundaria, el cual es un factor preponderante para establecer el grado de influencia sobre la práctica de lactancia materna. 254 (79.4%) madres conviven con su pareja, resultado que es un común denominador dentro del contexto de la sociedad. Con respecto a la procedencia de las madres, se observa que la mayoría 289 (90.3%) son oriundas de la selva lo que indica que no cuentan con influencia de mitos, prácticas o creencias sobre lactancia materna de otras regiones y con 31 (9.9%) madres que proceden de otras regiones. La mayoría 297 madres (92.8%) refieren que son ama de casa; lo cual podría determinar la influencia sobre la lactancia materna. Dentro de las variables de tipo de familia según la clasificación establecida por el autor: Saavedra, J; el cual indica que la familia extensa está conformada por más de una unidad nuclear, encontramos que 185 madres lactantes pertenecen a esta clasificación de familia; así mismo dentro de la clasificación de mono parental a 2 personas y solo una en padres separados.

TABLA 2
Características de alimentación de los lactantes

VARIABLES	N°	%
Edad de Lactancia*		
- Menor de 1 mes	41	12.8
- 1-3 meses	143	44.7
- 4-6 meses	136	42.5
LME		
- Si	179	55.9
- No	141	44.1
Edad de Inicio de alimentos sólidos		
- Menor de 1 mes	54	16.9
- 1-3 meses	66	20.6
- 4-6 meses	20	6.3
- Otros	1	0.3
- No Aplica (sigue con LME)	179	55.9

Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

* Edad de Lactancia de 0-24 meses según Erik Erickson

En la tabla 2 se observa dentro de la variable edad de lactancia los meses que predominan en la muestra se presentan en un rango de 1-3 meses con 143 niños, con un número menor de 41 niños menores de 1 mes; por otro lado se observa que la lactancia materna exclusiva es aplicada en 179 niños con una diferencia de 141 niños que no aplican la misma. Así mismo la edad de inicio de alimentos sólidos no se aplica en la mayoría (179) de los lactantes, observando finalmente que en 66 niños se dió alimentos sólidos entre 1-3 meses de edad.

I. CONOCIMIENTO, EXPERIENCIAS PREVIAS, MITOS Y CREENCIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Tabla 3

Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-Manantay, 2011

Nivel	Frecuencia	%
Bueno	1	0,3
Regular	83	25,9
Deficiente	236	73,8
Total	320	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

*Bueno: De 9-11 puntos en test de conocimiento

**Regular: De 5-8 puntos en test de conocimiento

***Deficiente: Menos de 5 puntos en test de conocimiento

En la tabla 3 se observa que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva (LME) de las madres de niños menores de 6 meses es deficiente (73.8%) con mayor prevalencia en mujeres de edad adulto joven. A diferencia de un 0.3% que tienen un buen conocimiento sobre el tema.

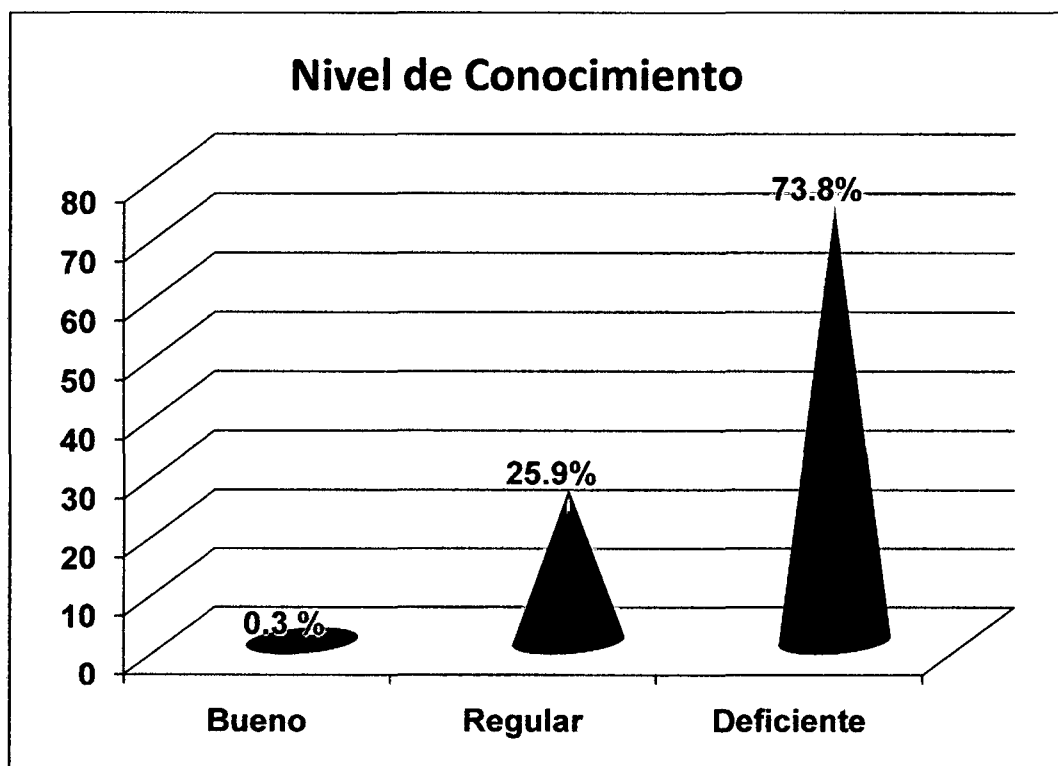
Los aspectos que conocen con mayor frecuencia las madres son: hasta que edad se debe dar lactancia materna exclusiva (75.9%), cuánto tiempo se debe dar de lactar por cada pecho (52.5%), A partir de que edad el niño debe recibir alimentos solidos (71.3%).

Los rubros menos conocidos por las madres son: cuanto tiempo se debe dar de lactar a un niño menor de 6 meses (65.3%), el calostro es la primera leche que sale de las mamas (68.1%), los pezones se deben lavar antes de dar de lactar (93.8%), la leche materna se puede extraer y almacenar en un recipiente (80.6%), qué beneficios tiene la lactancia materna exclusiva (78.1%),

Para encontrar la significancia se utilizó la prueba de X^2 (chi cuadrado) encontrándose que no era significativo por número de hijos, estado civil procedencia y tipo de familia, todos relacionado con el nivel de conocimiento, sin embargo, se obtuvo significancia en el ciclo de vida con X^2 calculado 13.830 y tabulado 9.488, $p = 0.008$; en grado de instrucción con X^2 calculado 29.101 y tabulado 12.592, $p = 0.001$; y en ocupación con X^2 calculado 34.390 y tabulado 12.592, $p = 0.001$. (Anexo 3)

Gráfico 1

Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-Manantay, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

Tabla 4

Nivel de experiencias previas sobre lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-Manantay, 2011

Nivel	Frecuencia	%
Positivas	65	20,3
Negativas	255	79,7
Total	320	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

*Positivas: Tienen de 5-6 puntos en cuestionario estructurado

**Negativas: Tienen menos de 5 puntos en cuestionario estructurado

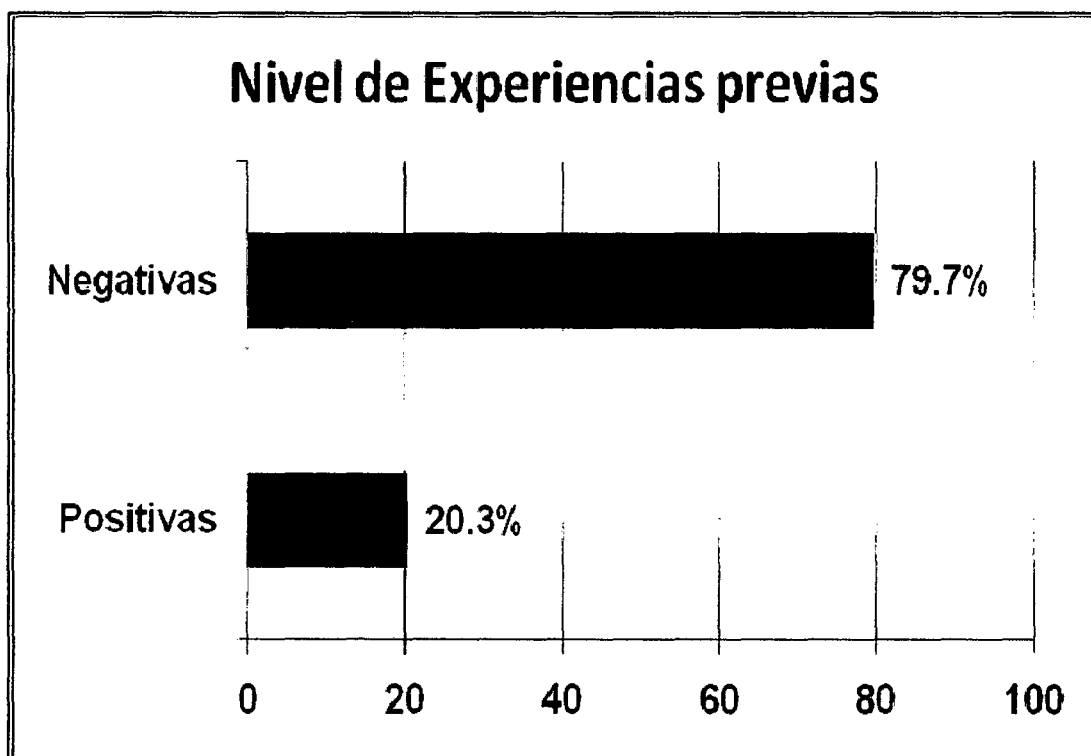
En la tabla 4 se observa de 320 madres lactantes un 79.7% poseen experiencias previas negativas, a diferencia de las que poseen experiencias previas positivas en un 20.3%.

Las experiencias previas tanto positivas como negativas en cuanto a la práctica de LME son más influyentes de acuerdo al tipo de familia, como el de familia extensa (57.8%), más no así en la familia de padres separados (0.3%); las cifras nos permiten suponer, que se debe a la cantidad de personas dentro de una familia, los que pueden brindar conocimientos adquiridos sobre LME a una madre primeriza e inexperta; teniendo las madres en su mayoría menos de dos hijos (55.0%). Las experiencias previas negativas que influyen en las madres sobre la práctica de LME son: algún miembro de su familia recibió orientación sobre LME (69.4%).

Para encontrar la significancia se utilizó la prueba de X^2 (chi cuadrado) encontrándose que no era significativo por ciclo de vida, número de hijos, grado de instrucción, ocupación, procedencia y tipo de familia, todos relacionado con el nivel de experiencias previas; sin embargo, en el estado civil se obtuvo significancia con X^2 calculado 6.869 y tabulado 5.991, $p = 0.032$. (Anexo 4)

Gráfico 2

Nivel de experiencias previas sobre lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-Manantay, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio – Manantay Enero - 2011

Tabla 5

Tipo de mitos y creencias sobre lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-Manantay, 2011

Tipo	Frecuencia	%
Positivos	101	31,6
Negativos	219	68,4
Total	320	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

*Positivo: De 14-20 puntos en cuestionario estructurado

**Negativo: Menos de 13 puntos en cuestionario estructurado

En la tabla 5 se observa que la prevalencia de mitos y creencias sobre LME es negativa (68.4%), esto nos indica que la influencia que reciben las madres (familia, trascendencia cultural, entre otros.) se ve reflejada en la práctica. A diferencia de un 31.6% de madres que poseen influencia positiva de mitos y creencias en la práctica de la misma.

Los mitos y creencias negativos que influyen en las madres sobre la práctica de LME son: si la mamá se vuelve a embarazar mientras está dando de lactar no debe continuar con LME (83.8%), dar el pecho puede agrietar los pezones de la madre (83.4%), después de lavar la ropa se enfría la leche y por eso no se debe de dar de lactar porque causa cólico y deposiciones verdes (65.0%), si la mamá tiene un disgusto una pena o un gran susto no debe dar de lactar a su niño (65.0%), si las mujeres con inflamación de pecho deben evitar extraer manualmente la leche (60.6%), el bebé necesita agua de anís para los gases o para calmar la sed (59.7%), si el niño no se llena con la leche de los pechos se le debe dar otro alimento (50.6%).

Los mitos y creencias positivos que tienen las madres con mayor frecuencia son: dar el pecho es doloroso para la mujer (57.2%), los biberones son mejores porque le indican cuanta leche toma el bebé (89.4%), la leche de

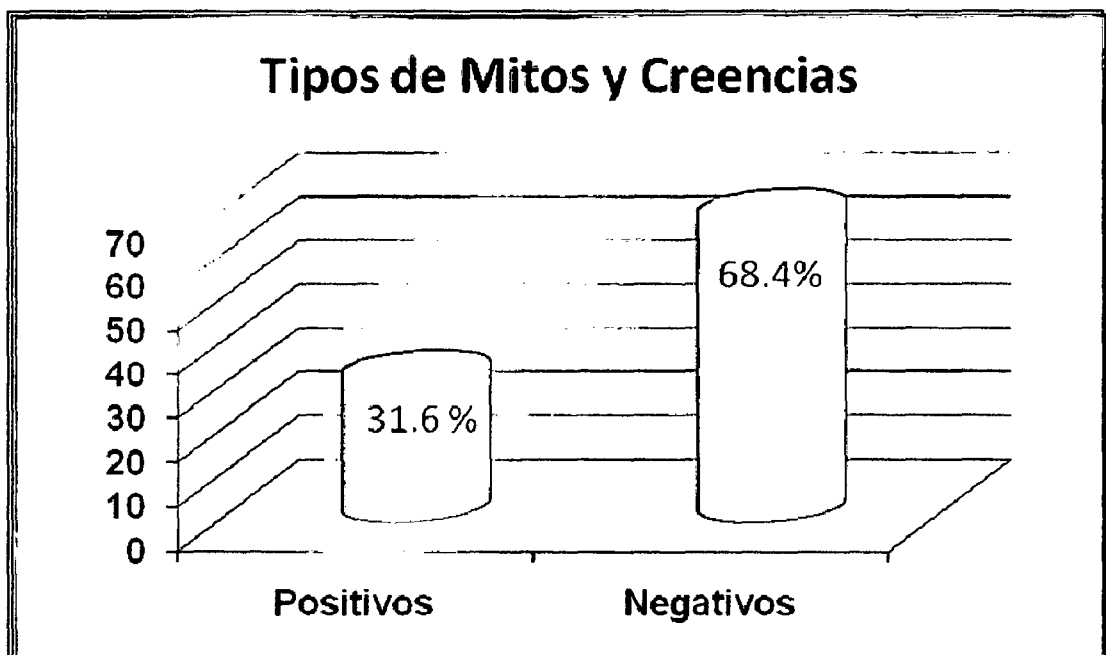
tarro es igual que la leche materna (87.5%), si el niño lacta mucho no podrá ser destetado (66.9%).

Los mitos y creencias tanto positivos como negativos son más influyentes en la edad de adulto joven (68.8%) más no así en la edad de adulto maduro (2.8%); esto se debe a que las madres en la edad de adulto maduro tienen mayor experiencia en cuanto a la práctica de LME.

Para encontrar la significancia se utilizó la prueba de X^2 (chi cuadrado) encontrándose que no era significativo por ciclo de vida, número de hijos, estado civil, procedencia, ocupación y tipo de familia, todos relacionado con el tipo de mitos y creencias; sin embargo, en el grado de instrucción se obtuvo significancia con X^2 calculado 18.680 y tabulado 7.815, $p = 0.001$. (Anexo 5)

Gráfico 3

Tipo de mitos y creencias sobre lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-Manantay, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

II. PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Tabla 6

Práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-Manantay, 2011

Tipo	Frecuencia	%
Adecuada	98	30,6
Inadecuada	222	69,4
Total	320	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

*Adecuada.- De 11-13 puntos en cuestionario estructurado

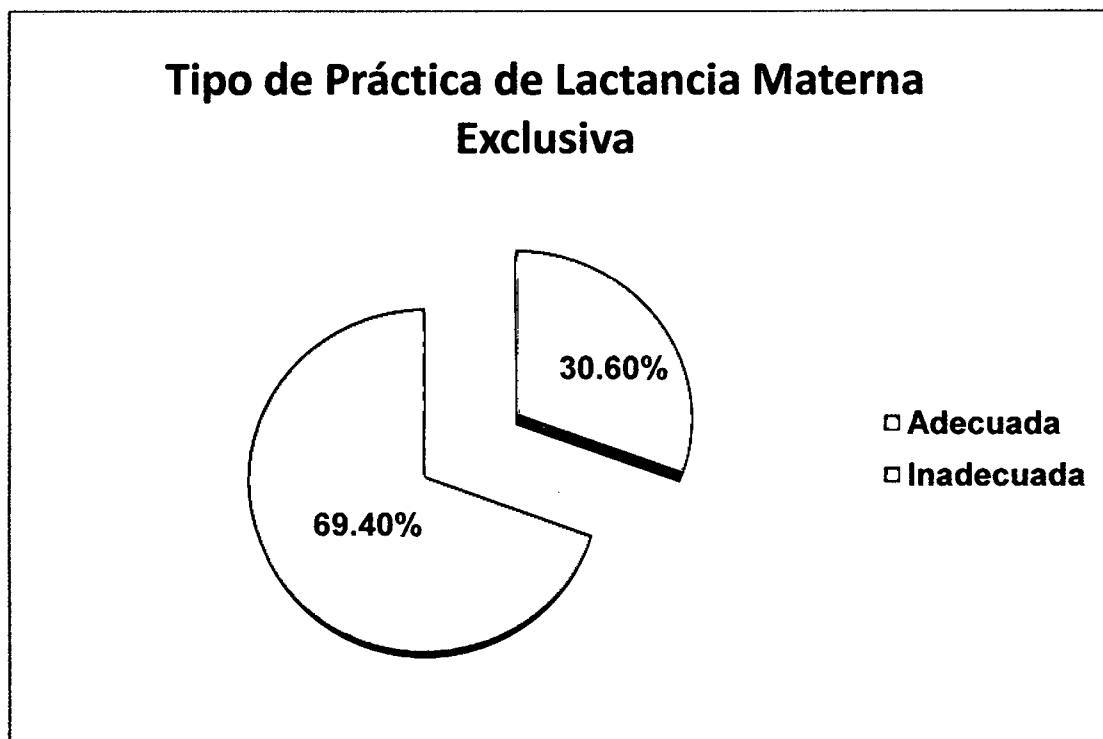
**Inadecuada.- Menos de 11 puntos en cuestionario estructurado

En la tabla 6 se observa que existe diferencia entre el tipo de práctica que realizan las madres; siendo la práctica inadecuada mas predominante (69.40%), a diferencia del 30.60% que realizan una práctica adecuada; lo que indica que no se está cumpliendo con las normas y tendencias establecidas por el MINSA en su totalidad, cuya influencia puede ser por diversos factores (familia, cultura, entre otros).

La práctica de LME tanto adecuada como inadecuada son mayores en el rango de edad de los niños de 1-3 meses. Siendo la práctica adecuada (41.8%), mientras que en la práctica inadecuada (45.9%).(Anexo 6)

Gráfico 4

Práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-Manantay, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

III. CONOCIMIENTO, MITOS Y CREENCIAS, EXPERIENCIAS PREVIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y SU INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA DE LA MISMA

Tabla 7

Nivel de conocimiento sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-Manantay, 2011

Nivel de Conocimiento	Tipo de Práctica de LME				Total	%
	Adecuada	%	Inadecuada	%		
Bueno	0	0	1	0.3	1	0.3
Regular	42	13.1	41	12.8	83	25.9
Deficiente	56	17.5	180	56.3	236	73.8
Total	98	30.6	222	69.4	320	100

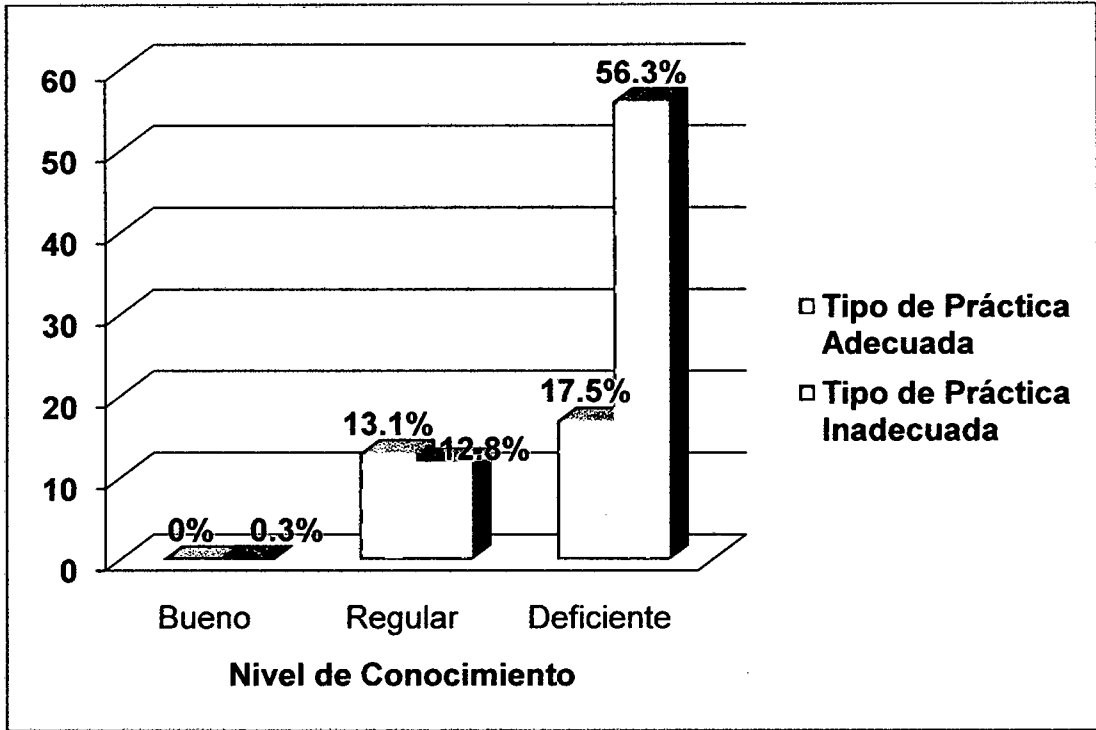
Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

En la tabla 7 se observa que el nivel de conocimiento deficiente prevalece tanto en el tipo de práctica adecuada con un 17.5% y en la práctica inadecuada con un 56.3%; en el nivel de conocimiento regular se observa un 13.1% en la práctica adecuada, con una práctica inadecuada de 12.8%; en el nivel de conocimiento bueno, la practica inadecuada es del 0.3% y la adecuada carece de valor, es decir 0.0%, podemos dar como resultado que mientras las madres conozcan más sobre LME, mejor será la práctica de la misma; ya que el amamantamiento es una etapa llena de dudas y temores, que se podrían solucionar con una adecuada información y buen conocimiento sobre la práctica de lactancia materna.

Para contrastar la hipótesis de investigación “si las familias tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre lactancia materna exclusiva entonces la práctica de la misma será inadecuada”, se realizó la prueba del X^2 , obteniendo un X^2 calculado 21.315 y tabulado 5.991, y un $p = 0.001$, en consecuencia se acepta la hipótesis de investigación. (Anexo 7)

Gráfico 5

**Nivel de conocimiento sobre la práctica de lactancia materna exclusiva,
de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-Manantay, 2011**



Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

Tabla 8
Nivel de experiencias previas sobre la práctica de lactancia materna
exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-
Manantay, 2011

Nivel de Experiencias Previas	Tipo de Práctica de LME				Total	%
	Adecuada	%	Inadecuada	%		
Positivas	27	8.4	38	11.9	65	20.3
Negativas	71	22.2	184	57.5	255	79.7
Total	98	30.6	222	69.4	320	100

Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

En la tabla 8 se observa que las experiencias previas es adecuada en un 8.4% e inadecuada en un 11.9% dentro de una experiencia previa positiva de LME; mientras que en nivel de experiencias previas negativas se observa 22.2% en práctica adecuada y 57.5% en práctica inadecuada logrando así una relación con el tipo de práctica que tienen la madres lactantes; ya que las experiencias previas de las madres lactantes son consideradas como el conocimiento adquirido por las circunstancias o situaciones vividas por los miembros de la familia sobre lactancia materna; frente a ello podemos dar como resultado que mientras las madres tienen menos experiencias previas negativas sobre LME, mejor será la práctica de la misma.

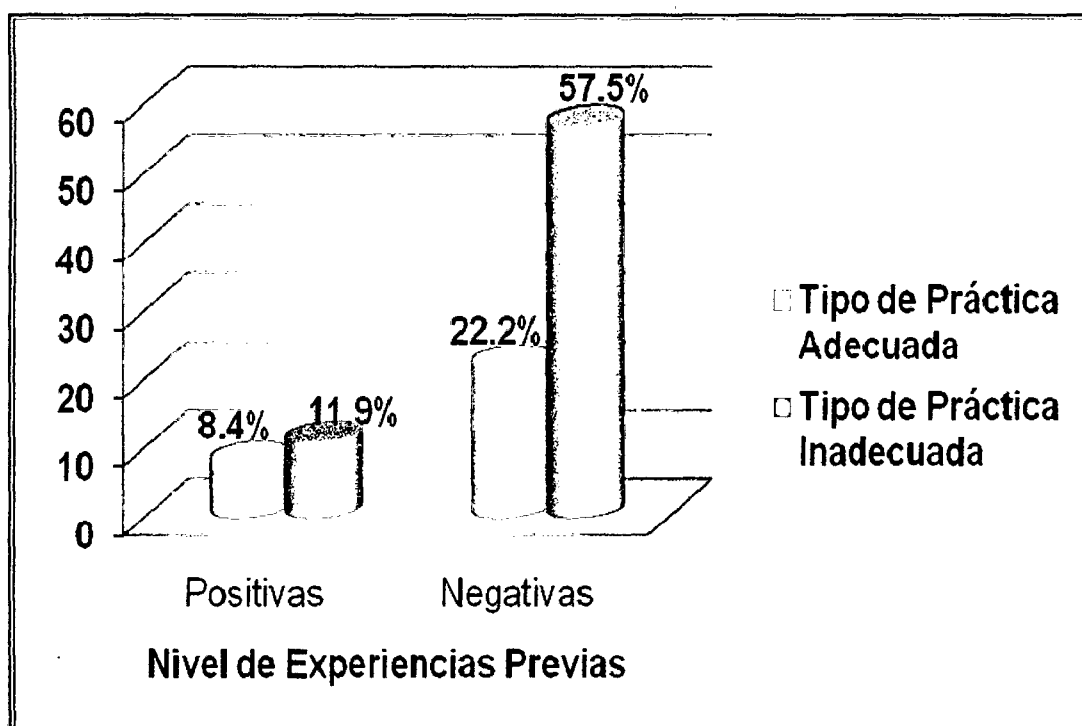
Para encontrar la significancia en cuanto a los Ítems se realizó el X^2 obteniendo un X^2 calculado 10.831 en el caso de: “En su familia acostumbran dar LME a sus hijos” y tabulado es 5.991, $p = 0.004$, y en el ítem “Qué alimentos se brindan al niño” se obtuvo un X^2 calculado 10.223 y tabulado es 9.488, $p = 0.037$.

Para contrastar la hipótesis de investigación “cuanto mayor sean las experiencias previas negativas de la familia sobre lactancia materna exclusiva, menor será la duración de la práctica de la misma” se realizó la

prueba del X^2 , obteniendo un X^2 calculado 4.573 y tabulado 3.841, y un $p = 0.032$, en consecuencia se acepta la hipótesis de investigación. (Anexo 8)

Gráfico 6

Nivel de experiencias previas sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-Manantay, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

Tabla 9**Mitos y creencias sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-Manantay, 2011**

Tipo de Creencias	Mitos y	Tipo de Práctica de LME		Total	%
		Adecuada	Inadecuada		
Positivos		48	53	101	31.6
Negativos		50	169	219	68.4
Total		98	222	320	100

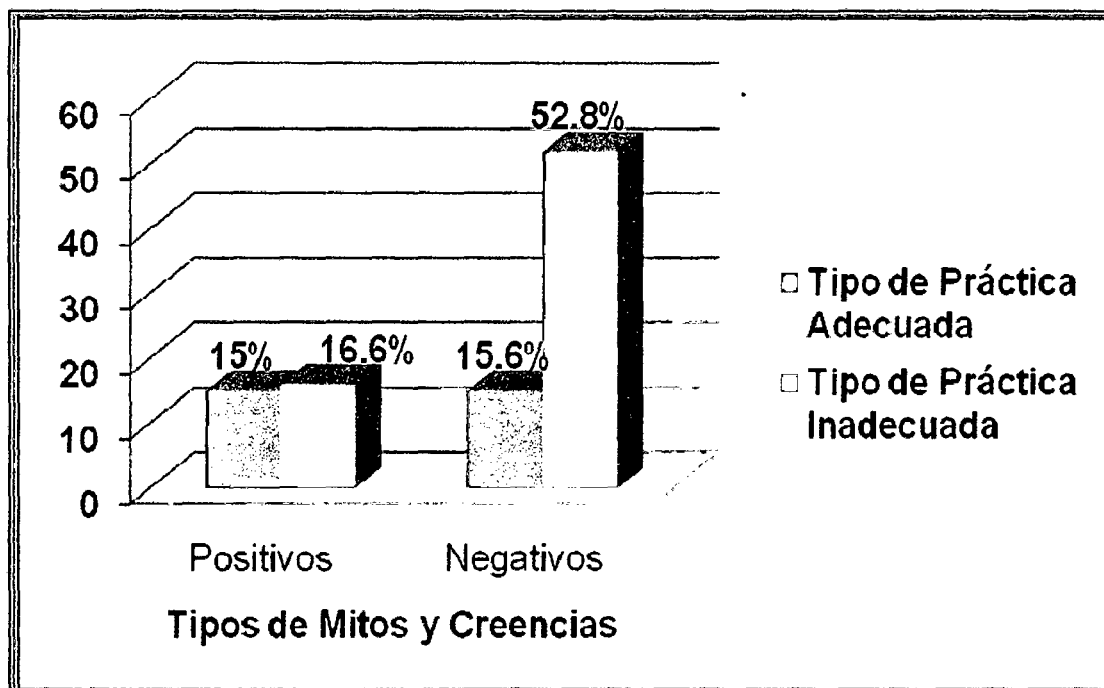
Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

En la tabla 9 se observa que el 15% tienen una práctica adecuada y el 16.6% una práctica inadecuada dentro de los mitos y creencias positivos; mientras que un 15.6% tienen una práctica adecuada y un 52.8% una práctica inadecuada dentro de mitos y creencias negativos; los mitos pueden dificultar o interrumpir la lactancia materna exclusiva encontrándose así que las creencias culturales y religiosas influyen en la introducción temprana del agua a temprana edad para su alimentación, por tal motivo se vió conveniente dividir a los mitos entre positivos y negativos; para relacionar los resultados se puede decir que mientras las madres tengan menos mitos negativos sobre LME, mejor será la práctica de la misma.

Para contrastar la hipótesis de investigación “si existe predominio de mitos y creencias negativos en la familia sobre lactancia materna exclusiva, entonces la práctica de la misma será inadecuada”, se realizó la prueba del X^2 , obteniendo un X^2 calculado 19.838 por tipo de mitos y tabulado es 3.841, $p = 0.001$, en consecuencia se acepta la hipótesis de investigación. (Anexo 9)

Gráfico 7

Mitos y creencias sobre la práctica de lactancia materna exclusiva, de madres lactantes que asisten al C.S. 7 de Junio-Manantay, 2011



Fuente: Encuesta aplicada a madres lactantes que asistieron al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay Enero - 2011

DISCUSIÓN

En la investigación encontramos que las madres lactantes del centro de salud 7 de Junio tienen un nivel de conocimiento deficiente reflejándose con los resultados obtenidos en el tipo de práctica donde prevalece la práctica inadecuada con un 69.40% de la población muestral, determinando que la mayoría de las madres lactantes realiza la práctica de lactancia materna exclusiva de una forma empírica; lo que concuerda con estudios realizados en Universidades de otras realidades, como por ejemplo Alvarado S, Canales L. (2004) encontró que las madres tienen conocimiento limitado sobre la importancia, ventajas y desventajas de la lactancia materna; Hernández O. y otros (2007) encontraron que el conocimiento de las madres sobre lactancia materna es insuficiente referente a las técnicas de amamantamiento, importancia e higiene de los pezones; a pesar de tener conocimiento regular la práctica de LME tiene una prevalencia muy alta. Los rubros que desconocen con mayor frecuencia las madres fueron: cuanto tiempo se debe dar de lactar a un niño menor de 6 meses, el calostro es la primera leche que sale de las mamas, los pezones se deben lavar antes de dar de lactar, la leche materna se puede extraer y almacenar en un recipiente y qué beneficios tiene la lactancia materna exclusiva; lo que concuerda con Aguayo J., Serrano P., Calero C., Martínez A., Rello C. Monte C. (2000), mencionan que los errores más comunes en lactancia materna exclusiva es que hay que lavar los pezones antes y después de dar de mamar.

También se encontró que el 55.9% recibe LME con una diferencia significativa del 44.1% que no lo recibe, en concordancia con la OMS que considera que la lactancia materna es el alimento ideal para el niño y la niña en su crecimiento y desarrollo, debe ser brindado como mínimo los primeros seis meses de vida pues no solo es una fuente con gran cantidad de nutrientes sino que contribuye con la formación de un inigualable lazo entre la madre y el infante; sin embargo no se está cumpliendo al 100% con dicha consideración.

Las experiencias previas fueron positivas en un 20.3% entre la práctica adecuada e inadecuada respectivamente; sin embargo las experiencias previas negativas son 79.7% en la práctica de LME, según Van Esterik, P y Butler, S (2007) indican que, desdichadamente, como la generación más inmediata de mujeres adultas no han amamantado, no tienen mayores habilidades para apoyar a sus hijas a amamantar. Según la referencia "Mitos acerca de lactancia materna" España (2009) las mamás sobre todo cuando han tenido su primer hijo, a menudo reciben consejos de todo el mundo, no siempre con experiencia y no siempre afortunados. Las experiencias previas negativas tuvo relación con el estado civil; a diferencia de Auchter M., Galeano H. (2002) que la edad de la mujer condicionó las experiencias no satisfactorias que fueron más prevalentes en las madres mayores.

Los mitos y creencias negativos con alto porcentaje según referencia de las madres son, si la mamá se vuelve a embarazar mientras está dando de lactar no debe continuar con LME, dar el pecho puede agrietar los pezones de la madre, después de lavar la ropa se enfría la leche y por eso no se debe de dar de lactar porque causa cólico y deposiciones verdes, si la mamá tiene un disgusto una pena o un gran susto no debe dar de lactar a su niño, si las mujeres con inflamación de pecho deben evitar extraer manualmente la leche, el bebé necesita agua de anís para los gases o para calmar la sed, si el niño no se llena con la leche de los pechos se le debe dar otro alimento, estos resultados son parecidos a otras investigaciones, según Dios R., Noblecilla C. (2000) entre las creencias erróneas el 9,04 % de las mujeres que lactaron a sus hijos los seis meses, opinaron que durante la lactancia no se debe consumir carne (pescado, mariscos, cerdo) y el 8,44 % opinó que el niño se llena de gases después de lactar porque la madre consumió alimentos fríos. Acerca de la producción de la leche el 9,13 % de mujeres que lactaron los seis meses refieren que durante la lactancia ingiere bebidas a temperatura normal y el 7,78 % refirió que la disminución de la leche materna se debe a que se ingiere poco líquido. Sin embargo el 8,23 % de mujeres que lactó los 6 meses opinó que no se debe lactar cuando se ha

bañado, ha lavado ropa, ha tenido cólera, ha llegado de la calle y sólo el 7,59 % opinó que no se debe dar de lactar cuando se ha tenido cólera por que la leche está agria y produce dolor de estómago; así mismo obtuvieron diferencias significativas en cuanto a la ocupación, el ingreso económico familiar, el estado civil, lugar de procedencia de la madre, las razones para retirar el pecho, con lo que se puede decir que estas influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva; según Minguillo L, Roca B (2003) los adolescentes se informan básicamente dentro del ámbito familiar, lo que favorece la transmisión de mitos, el género influye en las vivencias protagónicas (femenino - valoración positiva) y masculino – neutras; según Alvarado S, Canales L. (2004) encontró que una de las creencias erróneas con más alto porcentaje es que el bebé no se llena con la leche materna exclusiva, por lo que deciden darle otras fórmulas lácteas, conllevando a un destete temprano; según Linkages (2002) las creencias culturales y religiosas también influyen en la introducción temprana del agua, proverbios que pasan de generación en generación recomiendan que las madres den agua a sus hijos/as, el agua puede verse como la fuente de vida – una necesidad espiritual y fisiológica, algunas culturas incluso consideran el hecho de ofrecer agua a los recién nacidos como una forma de darle la bienvenida al mundo.

CONCLUSIONES

- La influencia familiar en la práctica de lactancia materna exclusiva es desfavorable, en cuanto al predominio de experiencias previas negativas, a mitos y creencias negativos y al nivel de conocimiento deficiente sobre lactancia materna exclusiva.
- El nivel de conocimiento que tienen las familias en la práctica de lactancia materna exclusiva es deficiente e influye en la práctica de la misma desfavorablemente, obteniendo mayor influencia en: cuanto tiempo se debe dar de lactar a un niño menor de 6 meses, los pezones se deben lavar antes de dar de lactar, la leche materna se puede extraer y almacenar en un recipiente.
- Las experiencias previas que tiene la familia sobre lactancia materna exclusiva son negativas e influye en la práctica de la misma desfavorablemente, con mayor influencia en: algún miembro de su familia recibió orientación sobre LME y de acuerdo al tipo de familia, como el de familia extensa.
- Los mitos y creencias que tienen las familias en la práctica de lactancia materna exclusiva son negativos e influyen desfavorablemente en la práctica de la misma, con mayor influencia en: si la mamá se vuelve a embarazar mientras está dando de lactar no debe continuar con LME, dar el pecho puede agrietar los pezones de la madre, después de lavar la ropa se enfría la leche y por eso no se debe de dar de lactar porque causa cólico y deposiciones verdes, si la mamá tiene un disgusto una pena o un gran susto no debe dar de lactar a su niño, si las mujeres con inflamación de pecho deben evitar extraer manualmente la leche, el bebé necesita agua de anís para los gases o para calmar la sed, si el niño no se llena con la leche de los pechos se le debe dar otro alimento.

RECOMENDACIONES

- Al Centro de Salud 7 de Junio mejorar e incrementar sus actividades de seguimiento y orientación a las madres sobre Lactancia Materna Exclusiva, priorizando los temas de mitos y creencias, tiempo en que se debe dar de lactar a un niño menor de 6 meses, higiene de los pezones y almacenamiento de la leche materna.
- A las madres lactantes asistir a sus orientaciones y consejería con mayor frecuencia sobre Lactancia Materna Exclusiva, mostrando entusiasmo a las explicaciones y poniendo en práctica lo aprendido en promoción de una práctica adecuada.
- A la Dirección Regional de Salud de Ucayali, a realizar con mayor frecuencia movilizaciones sociales en promoción de la salud, enfatizando los temas de mitos y creencias sobre Lactancia Materna Exclusiva principalmente en zonas rurales y urbano marginales.
- Al Ministerio de Salud, mediante sus entes evaluadores realizar capacitación y monitoreo sobre Lactancia Materna Exclusiva, en los distintos establecimientos de salud.
- A la Facultad Ciencias de la Salud, a fomentar en los docentes y estudiantes a realizar investigaciones teniendo en cuenta las variables Influencia Familiar y Práctica de Lactancia Materna Exclusiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Comunicado de Prensa Conjunto. (Sitio en Internet). Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr19/es/index.html> Consulta: 01 de Octubre del 2009.
2. Organización Panamericana de la Salud. Servicio de Noticias de Las Naciones Unidas. (Sitio en Internet). Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1480/2/Factores-biopsicosociales-de-la-madre-que-influyen-en-el-abandono-de-lactancia-materna-exclusiva> Consulta: 01 de Octubre del 2009.
3. Ugarte O-, Arce E., Cruz E., León L., Vilca R. "Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño", Perú – 2009.
4. Ministerios de Salud – Oficina General de Estadística e Informática Reportes Atención Integral del Niño de las DIRESAS – DISAS Perú – 2010.
5. Cárdenas, M. "Factores Biopsicosociales de la Madre que Influyen en el Abandono de Lactancia Materna Exclusiva" (Sitio en Internet). Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1480/2/Factores-biopsicosociales-de-la-madre-que-influyen-en-el-abandono-de-lactancia-materna-exclusiva> Consulta: 10 de Octubre del 2009.
6. Cairo, J, Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Seis Meses y Factores Asociados en Niños Nacidos. (Sitio en Internet). Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/anales/v61_n3/Lact_Mater_Ex

clus.htm Sanos Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Consulta: 26 de setiembre del 2009

7. Organización Mundial de la Salud. (Sitio en Internet). Disponible en:
http://www.ihan.es/docs/Presentaci%C3%B3n_libro.pdf Consulta: 09 de Octubre del 2009.
8. Barquero, L., "La Influencia de la Globalización en la Práctica de la Lactancia Materna", (Sitio en Internet). Disponible en:
http://www.revenf.ac.cr/globalizacion_lactancia.pdf. Consulta: 09 de Octubre del 2009.
9. Van, P., y Butler, S., Lactancia Materna y Bienestar de la Familia (Sitio en Internet). Disponible en :
<http://www.waba.org.my/resources/otherlanguages/spanish/bienestar.htm>, UNICEF. Consulta 01 de Octubre del 2009.
10. Arteaga, E. La lactancia materna exclusiva. Experiencias de madres adolescentes, (Sitio en Internet). Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1676/4/La-lactancia-materna-exclusiva.-Experiencias-de-madres-adolescentes>
Consulta 01 de Octubre del 2009.
11. Alvarado S. y Canales M., Conocimientos y Prácticas que Poseen las Madres Sobre la Lactancia Materna Exclusiva y el Destete Temprano en Menores de Seis Meses, (Sitio en Internet). Disponible en :
<http://200.30.138.229/fulltext/301028/Articulo%203.pdf> Consulta 09 de Octubre del 2009.
12. González C. Teoría Estructural Familiar, (Sitio en Internet). Disponible en: <http://www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf>.
Consulta 09 de octubre del 2009.

13. Saavedra, J, Familia: Tipos y Modos, (Sitio en Internet). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml>
Consulta 10 de octubre del 2009.
14. Aliaga, A. Lactancia Materna Exclusiva Es Interrumpida Por Los Mitos Y Creencias. (Sitio en Internet). disponible en: <http://radio.rpp.com.pe/pornuestragente/lactancia-materna-exclusiva-es-interrumpida-por-los-mitos-y-creencias/>, Consulta 09 de octubre del 2009
15. LINKAGES - Academy for Educational Development. Lactancia Materna Exclusiva: La Única Fuente de Agua que Necesita un Bebé, (Sitio en Internet). , disponible en: <http://www.linkagesproject.org/media/publications/frequently%20asked%20questions/FAQWaterSp.pdf>. Consulta 01 de octubre del 2009
16. “Mitos acerca de la Lactancia Materna”, (Sitio en Internet). Disponible en: http://www.dudasembarazo.com/17484_mitos_acerca_de_la_lactancia_materna.html. España, Setiembre – 2009
17. Compendio de Enfermería, Lactancia materna, (Sitio en Internet). Disponible en: <http://www.compendiodenfermeria.com/4700-lactancia-materna/> Consulta 09 de octubre del 2009.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán M., Almena A., Alonso M., Blas M., Bote J., Arrabal M., "et al", Cuidados de Enfermería en Neonatología. En: Madrid, Síntesis, 2000.
2. Aguayo J., Serrano P., Calero C., Martínez A., Rello C., Monte C. "Lactancia Materna", España-2000.
3. Alvarez S., Ramos W., Rivera M., Torres A., Camacho S., Ospina H., et al, "Intervención de Enfermería en conocimientos, creencias y prácticas de la lactancia materna en madres lactantes que acuden al Centro de Salud del barrio El Mutis, Bucaramanga 2003.
4. Auchter, M. y Galeano, H., "Lactancia materna. ¿Conocen las madres la importancia de una alimentación tan especial?", Argentina 2002
5. Ceriani J., Manual de Procedimientos en Neonatología I, En: Buenos Aires. Médica Panamericana. 2005.
6. Dios R., Noblecilla C., Chávez G. "Factores asociados, mitos y creencias relacionados con la duración de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al consultorio de pediatría del hospital N° 01 "José A. Mendoza Olavarría" de Tumbes." Perú – 2000.
7. Estrella, E. y Ríos, S., "Relación que Existe entre el Nivel de Conocimiento de la Madre y la Práctica de la Lactancia Materna en Niños Menores de 6 Meses del Hospital II ESSALUD - Pucallpa 2008".
8. Ferro M., Flores H., "Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005", Lima Perú - 2005

9. Hernández O. y Otros, "Efectividad de un Modelo de Atención Integral de Salud en Lactancia Materna en el Asentamiento Humano 13 de mayo Pucallpa – 2007".
10. Hoekelman R., Adam H., Nelson N., Weitzman M., Modema W., Atención Primaria en Pediatría Vol I. España. Oceano/Mosby, 2002.
11. Lowdermilk, Perry, Bobak, Enfermería Materno Infantil. España. Harcourt – Océano. 2003.
12. Mendoza K., "Capacitación y seguimiento domiciliario sobre lactancia materna exclusiva a puérperas del Hospital Santa Rosa" Lima Perú – 2002.
13. Mingillo L. y Roca B., "Adolescencia y Lactancia Materna. Conocimiento que poseen los adolescentes que concurren a distintos establecimientos escolares de Concepción del Uruguay, sobre Lactancia Materna" Uruguay – 2003.

ANEXOS

Anexo 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



ENCUESTA N°.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señora muy buenos días, somos egresados de la Universidad Nacional de Ucayali, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela Académico profesional de enfermería, el objetivo de la encuesta es identificar la Influencia Familiar en la Práctica de Lactancia Materna Exclusiva en Madres de Niños menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud 7 de Junio - Manantay 2011, la encuesta es anónima y la información será utilizada con la más estricta reserva y confidencialidad y con fines de estudio, agradecemos por anticipado su participación.

1.- ¿Desea participar en la encuesta?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

INSTRUCCIONES:

Usted tendrá que responder de acuerdo a las preguntas formuladas con absoluta sinceridad y en algunas preguntas especificar brevemente su respuesta.

DATOS GENERALES:

2.- ¿Cuántos años tiene?

Adolescente	<input type="checkbox"/>
Adulto Joven	<input type="checkbox"/>
Adulto	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

3.- ¿Cuántos meses tiene su bebé?

< 1 mes	<input type="checkbox"/>
1 - 3 meses	<input type="checkbox"/>
4 - 6 meses	<input type="checkbox"/>

4.- Número de hijo

5.- ¿Cuál es su estado civil?

Soltera	
Casada	
Viuda	
Divorciada	
Conviviente	

6.- ¿Cuál es su grado de instrucción?

Nivel	Año cursado
Primaria	
Secundaria	
Superior	
Ninguno	

7.- ¿Cuál es su procedencia?

Costa	
Sierra	
Selva	

8.- ¿Cuál es su ocupación?

Ama de casa	
Comerciante	
Estudiante	
Otros	

Especificar.....

9.- Tipo de familia

Nuclear	
Extensa	
Mono parental	
Madre Soltera	
Padres separados	

INFLUENCIA FAMILIAR

TEST DE CONOCIMIENTO

10.- ¿Hasta qué edad se debe dar lactancia materna exclusiva al niño?

Hasta los 4 meses	<input type="checkbox"/>
Hasta los 5 meses	<input type="checkbox"/>
Hasta los 6 meses	<input type="checkbox"/>
Otros.	<input type="checkbox"/>

11.- ¿Cada cuánto tiempo se debe dar de lactar a un niño menor de 6 meses?

A libre Demanda	<input type="checkbox"/>
Cada hora	<input type="checkbox"/>
Cada 2 horas	<input type="checkbox"/>
Cada 3 horas	<input type="checkbox"/>
Otros.	<input type="checkbox"/>

12.- ¿Cuánto tiempo se debe dar de lactar por pecho al niño?

2-5 minutos	<input type="checkbox"/>
6-9 minutos	<input type="checkbox"/>
10-15 minutos	<input type="checkbox"/>
Otros.	<input type="checkbox"/>

13.- ¿A partir de qué edad el niño debe recibir alimentos sólidos?

A los 4 meses	<input type="checkbox"/>
A los 5 meses	<input type="checkbox"/>
A los 6 meses	<input type="checkbox"/>
Otros.	<input type="checkbox"/>

14.- ¿El calostro es la primera leche que sale de las mamas?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

15.- ¿Los pezones se deben lavar antes de dar de lactar?

SI	<input type="checkbox"/>
NO	<input type="checkbox"/>

¿Por qué?:.....

16.- ¿La leche materna se puede extraer y almacenar en un recipiente?

SI	
NO	

Si la respuesta es Sí:

16.1.- ¿Cuántas horas se puede almacenar a temperatura ambiente?

De 2 a 4 horas	
De 4 a 24 horas	
De 24 a 48 horas	
Otros	

16.2.- ¿Cuántos días se puede almacenar en la refrigeradora?

7 días	
8 días	
9 días	
Otros	

17.- ¿Qué beneficios tiene la lactancia materna exclusiva?

Nutritiva	
Protectora	
Afectiva	
Todas las anteriores	
Ninguna de las anteriores	

18.- ¿En qué consiste la técnica de amamantamiento?

Posición de la madre en relación a su bebé y colocación del complejo Pezón – areola	
Madre sentada o echada y sujeción del pezón con las manos en forma de tijera	
Madre sentada o echada y labios del bebé cogiendo la punta del pezón	
Otros.	

EXPERIENCIAS PREVIAS

19.- ¿Los conocimientos adquiridos en su familia sobre LME contradicen las orientaciones que recibes en el Establecimiento de Salud?

SI	
NO	

Si la respuesta es SÍ, ¿Por qué?.....

20.- ¿Algún miembro de su familia recibió orientación sobre LME?

SI	
NO	

Si la respuesta es SÍ

20.1. ¿Quién recibió la orientación sobre LME?

Pareja	
Padres	
Suegros	
Otros	

Especificar.....

20.2. ¿En qué lugar recibió la orientación?

Establecimiento de salud	
Casa	
Otros	

Especificar.....

21.- ¿En su familia acostumbran dar LME a sus hijos?

SI	
NO	

Si la respuesta es NO, ¿Por qué?.....

21.1. ¿Qué alimentos se brindan al niño?

Leche artificial	
Agüitas	
Papillas	
Otros	

Especificar.....

MITOS Y CREENCIAS

N°	MITOS Y CREENCIAS	SI	NO
22	¿Cree Ud. que si da de lactar por un tiempo prolongado va a resultar doloroso?		
23	¿Cree Ud. que en el embarazo se debe fortalecer los pezones para que después no se agrieten y duelan?		
24	¿Cree Ud. que las mujeres con inflamación de pecho deben evitar extraer manualmente la leche?		
25	¿Cree Ud. que si da de lactar más de seis meses no podrá destetar a sus hijos?		
26	¿Cree Ud. que el biberón o las tetinas de los chupetes son lo más parecido a los pezones de la madre?		
27	¿Cree Ud., que los biberones son mejores porque le indican cuanta leche toma el bebé?		
28	¿Cree Ud. que la mamá que da de lactar va a estar atada al bebé y no podrá trabajar?		
29	¿Cree Ud. que la leche de tarro es igual que la leche materna?		
30	¿Cree Ud. que al comer ají, hielo u otros alimentos se puede cortar la leche?		
31	¿Cree Ud. que si el niño no se llena con la leche de los pechos, se le debe dar otro alimento?		
32	¿Cree Ud. que después de lavar la ropa se enfría la leche y por eso no se debe dar de lactar, por que causa cólico y deposiciones verdes?		
33	¿Cree Ud. que si la mamá está tomando algún medicamento, no debe dar de lactar a su niño?		
34	¿Cree Ud. que si la mamá tiene un disgusto, una pena, o un gran susto, no debe dar de lactar a su niño?		
35	¿Cree Ud. que las madres con senos pequeños, no producen suficiente leche?		
36	¿Cree Ud. que si la mamá se vuelve a embarazar mientras está dando de lactar, no debe continuar con la LME?		
37	¿Cree Ud. que el bebé necesita agua de anís para los gases o para calmar la sed?		
38	¿Cree Ud. que si el bebé tiene diarrea, no hay que darle pecho		
39	¿Cree Ud. que la leche de los primeros días debe desecharse porque le hace daño al bebé?		
40	¿Cree Ud. que los jugos, u otros alimentos ayudan a madurar el estómago del bebé los primeros meses?		
41	¿Cree Ud. que si la madre tiene gases o estreñimiento, se los transmite al bebé en la leche?		

PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

42.- ¿Su niño recibe actualmente LME?

SI	
NO	

Si la respuesta es NO:

42.1. ¿Por qué motivo no lo recibe?

No se llena con el pecho	
Motivos de trabajo	
Enfermedad	
Otros	

Especificar.....

42.2. ¿Qué alimento a parte de la leche materna recibe su niño?

Leche artificial	
Agüitas	
Papillas	
Otros	

Especificar.....

42.3. ¿A qué edad su niño empezó a recibir otro alimento a parte de la leche materna?

Menor de 1 mes	
1 – 3 meses	
4 - 6 meses	
Otros	

42.4. ¿De quién fue la idea para que Ud. dé otro alimento a parte de la leche materna a su niño?

Pareja	
Padres	
Suegros	
Otros	

Especificar.....

42.5. ¿Usted, estuvo de acuerdo con esta decisión?

SI	
NO	

Si la respuesta es NO, ¿Por qué?.....

(Pasar a la pregunta 45)

43-¿De quién fue la idea para que Ud. de al niño LME?

Pareja	
Padres	
Suegros	
Otros	

Especificar.....

43.1 ¿Usted, estuvo de acuerdo con esta decisión?

SI	
NO	

Si la respuesta es NO, ¿Por qué?.....

44.- ¿Hasta qué edad piensa Ud. darle LME a su niño?

Hasta los 4 meses	
Hasta los 5 meses	
Hasta los 6 meses	
Otros	

44.1 ¿De quién fue la idea para que Ud. decida darle LME hasta esa edad a su niño?

Pareja	
Padres	
Suegros	
Otros	

Especificar.....

44.2 ¿Usted, estuvo de acuerdo con esta decisión?

SI	
NO	

Si la respuesta es NO, ¿Por qué?.....

44.3. ¿Por qué piensa darle de lactar hasta esa edad?

Comodidad	
Salud del niño	
Trabajo	
Otros	

Especificar.....

45- ¿Tiene o tuvo dificultad para dar de lactar a su niño?

SI	
NO	

Si la respuesta es Sí:

45.1. ¿Qué dificultades tuvo para dar de lactar a su niño?

Grietas en el pezón	
Dolor	
Poca leche	
Otros	

Especificar.....

45.2. ¿Qué medidas hizo Ud. para resolver los problemas?.....

46.- ¿El niño tuvo alguna enfermedad que motivó la suspensión de la LME?

SI	
NO	

Si la respuesta es Sí:

46.1. ¿Qué enfermedad tuvo para que suspendiera la LME?

Tos	
Fiebre	
Diarrea	
Otros	

Especificar.....

47.- ¿Ha utilizado biberón para dar de lactar a su niño?

SI	
NO	

Si la respuesta es SÍ:

47.1. ¿Cuántos meses tenía su niño cuando Ud. empezó a utilizar el biberón?

Menor de 1 mes	
1 – 3 meses	
4 - 6 meses	
Otros	

47.2 ¿De quién fue la idea para que Ud. de al niño biberón?

Pareja	
Padres	
Suegros	
Otros	

Especificar.....

47.3 ¿Usted, estuvo de acuerdo con esta decisión?

SI	
NO	

Si la respuesta es SÍ, ¿Por qué?.....

48.- ¿Conoce hasta que edad se debe dar al niño solo leche materna?

SI	
NO	

Si la respuesta es NO, ¿Por qué?.....

49.- ¿Cuánto tiempo da de lactar por pecho a su niño?

2-5 minutos	
6-9 minutos	
10-15 minutos	
Otros.	

50.- ¿Quién le enseñó sobre el tiempo que le debe dar de lactar a su niño?

Pareja	
Padres	
Suegros	
Otros	

Especificar.....

Anexo 2

Confiabilidad de Test de Conocimiento

PART. (N)	ITEMS k												X	x=X-media	X ²
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Score -			
	1= CORRECTO						0=INCORRECTO						Score	mean	
A	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	5	0.95	0.9	
B	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	5	0.95	0.9	
C	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	-0.05	0.01	
D	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	-2.05	4.2	
E	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	-1.05	1.1	
F	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	5	0.95	0.9	
G	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	-1.05	1.1	
H	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	-1.05	1.1	
I	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	4	-0.05	0.01	
J	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	-3.05	9.3	
K	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	5	0.95	0.9	
L	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	8	3.95	15.6	
M	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	4	-0.05	0.01	
N	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	-1.05	1.1	
O	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	5	0.95	0.9	
P	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	4	-0.05	0.01	
Q	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	-3.05	9.3	
R	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	-1.05	1.1	
S	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	9	4.95	24.5	
Sumatoria	17	7	13	15	7	1	5	1	1	1	9	77			
												mean			
												4.05		72.94	

P-values	0.9	0.4	0.7	0.8	0.4	0.1	0.3	0.1	0.1	0.1	0.5	
Q-value												
	0.1	0.6	0.3	0.2	0.6	0.9	0.7	0.9	0.9	0.9	0.5	
pq												
	0.09	0.24	0.21	0.16	0.24	0.09	0.21	0.09	0.09	0.09	0.25	1.76
Σpq												
	1.76											

$$\sigma^2 = \frac{\sum x^2}{N-1}$$

$$\sigma^2 = \frac{72.94}{19-1} = \frac{72.94}{18} = 4.05$$

$$\rho_{KR20} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma^2}\right)$$

$$\begin{aligned} \rho_{KR20} &= \frac{11}{11-1} \left(1 - \frac{1.76}{4.05}\right) \\ &= \frac{11}{10} (1 - 0.43) \\ &= 1.1 (0.57) \\ &= 0.63 \end{aligned}$$

Confiabilidad de Mitos y Creencias

PART. (N)	ITEMS k																				X	x=X- media	X ²
	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41		Score	
	1= CORRECTO										0=INCORRECTO										Score	mean	
A	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	11	-0.2	0.04	
B	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	14	2.8	7.84
C	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	14	2.8	7.84
D	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6	-5.2	27.04	
E	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	12	0.8	0.64
F	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	14	2.8	7.84
G	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	14	2.8	7.84
H	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	14	2.8	7.84
I	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	8	-3.2	10.24
J	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	11	-0.2	0.04
K	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	9	-2.2	4.84
L	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	13	1.8	3.24
M	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	9	-2.2	4.84
N	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	14	2.8	7.84
O	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	6	-5.2	27.04
P	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	9	-2.2	4.84
Q	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	11	-0.2	0.04
R	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	8	-3.2	10.24
S	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	15	3.8	14.44
Σ	17	2	4	15	10	15	15	17	13	4	2	12	4	14	15	4	15	13	4	17	212		
																					mean		
																					11.2		154.56

P-value	0.9	0.1	0.2	0.8	0.5	0.8	0.8	0.9	0.7	0.2	0.1	0.6	0.2	0.7	0.8	0.2	0.8	0.7	0.2	0.9	
Q-value	0.1	0.9	0.8	0.2	0.5	0.2	0.2	0.1	0.3	0.8	0.9	0.4	0.8	0.3	0.2	0.8	0.2	0.3	0.8	0.1	
pq	0.09	0.09	0.16	0.16	0.25	0.16	0.16	0.09	0.21	0.16	0.09	0.24	0.16	0.21	0.16	0.16	0.16	0.21	0.16	0.09	3.17
Σpq	3.17																				

$$\sigma^2 = \frac{\sum x^2}{N-1}$$

$$\sigma^2 = \frac{154.56}{19-1} = \frac{154.56}{18} = 8.58$$

$$\rho_{KR20} = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{\sigma^2}\right)$$

$$\begin{aligned} P_{KR20} &= \frac{20}{20-1} \left(1 - \frac{3.17}{8.58}\right) \\ &= \frac{20}{19} (1 - 0.37) \\ &= 1.05 (0.63) \\ &= 0.66 \end{aligned}$$



Anexo 3

TEST DE CONOCIMIENTO

Aspectos que conocen con mayor frecuencia las madres.

¿Hasta qué edad se debe dar lactancia materna exclusiva al niño?		
	Frecuencia	Porcentaje
Hasta los 4 meses	4	1,3
Hasta los 5 Meses	9	2,8
Hasta los 6 meses	243	75,9
Otros	59	18,4
No Aplica	5	1,6
Total	320	100,0

¿Cuánto tiempo se debe dar de lactar por pecho al niño?		
	Frecuencia	Porcentaje
2 - 5 minutos	66	20,6
6 - 9 minutos	7	2,2
10 - 15 minutos	168	52,5
Otros	72	22,5
No aplica	7	2,2
Total	320	100,0

¿A partir de qué edad el niño debe recibir alimentos sólidos?		
	Frecuencia	Porcentaje
A los 4 meses	6	1,9
A los 5 meses	6	1,9
A los 6 meses	228	71,3
Otros	76	23,8
No aplica	4	1,3
Total	320	100,0

Aspectos que desconocen con mayor frecuencia las madres.

¿Cada cuánto tiempo se debe dar de lactar a un niño menor de 6 meses?			
	Frecuencia	Porcentaje	Total
A libre demanda	111	34,7	34.7
Cada hora	61	19,1	
Cada 2 horas	116	36,3	65.3
Cada 3 horas	11	3,4	
Otros	17	5,3	
No Aplica	4	1,3	
Total	320	100,0	

¿El calostro es la primera leche que sale de las mamas?			
	Frecuencia	Porcentaje	Total
Sí	102	31,9	31.9
No	217	67,8	
No aplica	1	,3	68.1
Total	320	100,0	

¿Los pezones se deben lavar antes de dar de lactar?			
	Frecuencia	Porcentaje	Total
Sí	300	93,8	93.8
No	18	5,6	
No aplica	2	,6	6.2
Total	320	100,0	

¿La leche materna se puede extraer y almacenar en un recipiente?			
	Frecuencia	Porcentaje	Total
Sí	82	19,4	19.4
No	257	80,3	
No aplica	1	,3	80.6
Total	320	100,0	

¿Qué beneficios tiene la lactancia materna exclusiva?			
	Frecuencia	Porcentaje	Total
Nutritiva	176	55,0	78.1
Protectora	52	16,3	
Afectiva	1	,3	21.9
Todas las anteriores	70	21,9	
Ninguna de las anteriores	15	4,7	
No aplica	6	1,9	
Total	320	100,0	

Ciclo de Vida – Nivel de conocimiento

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,008 ^a	4	,000
Razón de verosimilitudes	12,362	4	,015
Asociación lineal por lineal	3,796	1	,051
N de casos válidos	320		

a. 4 casillas (44.4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .03.

Grado de instrucción – Nivel de conocimiento

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,101 ^a	6	,000
Razón de verosimilitudes	20,823	6	,002
Asociación lineal por lineal	13,931	1	,000
N de casos válidos	320		
a. 6 casillas (50.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .00.			

Ocupación – Nivel de conocimiento

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,390 ^a	6	,000
Razón de verosimilitudes	14,073	6	,029
Asociación lineal por lineal	3,270	1	,071
N de casos válidos	320		
a. 8 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .01.			

Anexo 4

Experiencias previas positivas y negativas en la práctica de lactancia materna exclusiva

Tipo de familia * Nivel de Experiencias Previas				
Tipo de familia	Nivel de Experiencias Previas		Total	%
	Positivos	Negativos		
Nuclear	25	99	124	57.8
Extensa	38	147	185	
Mono parental	1	1	2	
Madre soltera	1	7	8	
Padres Separados	0	1	1	
Total	65	255	320	0.3

Número de hijo * Nivel de Experiencias Previas				
Número de hijo	Nivel de Experiencias Previas		Total	%
	Positivos	Negativos		
1-2	39	137	176	55.0
3-4	18	83	101	
5-6	8	32	40	
7-8	0	2	2	
9-10	0	1	1	
Total	65	255	320	0.3

¿Algún miembro de su familia recibió orientación sobre LME?			
	Frecuencia	Porcentaje	Total
Sí	98	30.6	19.4
No	221	69.1	
No aplica	1	,3	69.4
Total	320	100,0	

Estado civil – Nivel de Conocimiento

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,869 ^a	2	,032
Razón de verosimilitudes	6,194	2	,045
Asociación lineal por lineal	5,807	1	,016
N de casos válidos	320		

a. 1 casillas (16.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.25.

Anexo 5

Mitos y Creencias negativos que influyen en la práctica de lactancia materna exclusiva

¿Cree Ud. que si la mamá se vuelve a embarazar mientras está dando de lactar, no debe continuar con la LME?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	268	83,8
No	52	16,3
Total	320	100,0

¿Cree Ud. que en el embarazo se debe fortalecer los pezones para que después no se agrieten y duelan?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	267	83,4
No	53	16,6
Total	320	100,0

¿Cree Ud. que después de lavar la ropa se enfría la leche y por eso no se debe dar de lactar, por que causa cólico y deposiciones verdes?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	208	65,0
No	112	35,0
Total	320	100,0

¿Cree Ud. que si la mamá tiene un disgusto, una pena, o un gran susto, no debe dar de lactar a su niño?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	208	65,0
No	112	35,0
Total	320	100,0

¿Cree Ud. que las mujeres con inflamación de pecho deben evitar extraer manualmente la leche?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	194	60,6
No	126	39,4
Total	320	100,0

¿Cree Ud. que el bebé necesita agua de anís para los gases o para calmar la sed?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	191	59.7
No	129	40.3
Total	320	100,0

¿Cree Ud. que si el niño no se llena con la leche de los pechos, se le debe dar otro alimento?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	162	50.6
No	158	49.4
Total	320	100,0

Mitos y Creencias positivos que influyen en la práctica de LME

¿Cree Ud. que si da de lactar por un tiempo prolongado va a resultar doloroso?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	137	42.8
No	183	57.2
Total	320	100,0

¿Cree Ud. que los biberones son mejores porque le indican cuanta leche toma el bebé?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	34	10.6
No	286	89.4
Total	320	100,0

¿Cree Ud. que la leche de tarro es igual que la leche materna?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	40	12.5
No	280	87.5
Total	320	100,0

¿Cree Ud. que si da de lactar más de seis meses no podrá destetar a sus hijos?

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	108	33.1
No	214	66.9
Total	320	100,0

Mitos y Creencias positivos y negativos en la práctica de lactancia materna exclusiva

Ciclo de Vida * Tipo de Mitos y Creencias				
Ciclo de Vida	Tipo de Mitos y Creencias		Total	%
	Positivos	Negativos		
Adolescente	30	61	91	
Adulto Joven	67	153	220	68.8
Adulto Maduro	4	5	9	2.8
Total	101	219	320	

Grado de instrucción – Tipo de mitos y creencias

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,680 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	17,739	3	,000
Asociación lineal por lineal	10,949	1	,001
N de casos válidos	320		

a. 2 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .32.

Anexo 6

Práctica de lactancia materna exclusiva

Tabla de contingencia cuantos meses tiene su bebe * Tipo de prácticas de LME						
Cuántos meses tiene su bebé	Tipo de prácticas de LME				Total	%
	Adecuada	%	Inadecuada	%		
Menor de 1 mes	17	17.3	24	10.8	41	12.8
1-3 meses	41	41.8	102	45.9	143	44.7
4-6 meses	40	40.8	96	43.2	136	42.5
Total	98	30.6	222	69.4	320	100.0

Anexo 7

Nivel de conocimiento *Tipo de práctica de lactancia materna exclusiva

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,315 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	20,608	2	,000
Asociación lineal por lineal	18,572	1	,000
N de casos válidos	320		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .31.

Anexo 8

¿En su familia acostumbran dar LME a sus hijos? * Tipo de Práctica de LME			
Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,831 ^a	2	,004
Razón de verosimilitudes	11,567	2	,003
Asociación lineal por lineal	8,564	1	,003
N de casos válidos	320		

a. 2 casillas (33.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .61.

¿Qué alimentos se brindan al niño? * Tipo de Práctica de LME			
Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,223 ^a	4	,037
Razón de verosimilitudes	11,121	4	,025
Asociación lineal por lineal	9,659	1	,002
N de casos válidos	320		

a. 2 casillas (20.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2.14.

Nivel de experiencias previas *Tipo de prácticas de lactancia materna exclusiva

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,573 ^a	1	,032
Razón de verosimilitudes	4,397	1	,036
Asociación lineal por lineal	4,558	1	,033
N de casos válidos	320		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19.91.
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Anexo 9

Tipo de mitos * Tipo de prácticas de lactancia materna exclusiva

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,838 ^a	1	,000
Razón de verosimilitudes	19,210	1	,000
Asociación lineal por lineal	19,777	1	,000
N de casos válidos	320		
a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 30.93.			
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.			