



*“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”*

Chota, 11 de febrero del 2025.

**C.O. N° 011-2025-UI-FCCSS**

## **CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD**

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES ATENDIDAS EN ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA 2024”**, elaborado por las **Bachilleres en Enfermería: Luz Elita Carranza Angaspilco y Raquel Muñoz Segura**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 14%, sin incluir, citas, referencias bibliográficas, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023-FCCSS-UNACH /C.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,



**Dr. JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ**  
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN  
FCCSS- UNACH

C.c.  
Archivo  
JUHO/J-UI-FCCSS  
02/2025



**Unidad de Investigación**  
**Facultad en Ciencias de la**  
**Salud**  
**UNACH**

# LUZ ELITA CARRANZA ANGASPILCO

## CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES ATENDIDAS EN EL ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL ...

 UBERLI HERRERA

 uberli

 Universidad Nacional Autonoma de Chota

---

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3124069270

Fecha de entrega

3 ene 2025, 11:28 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

3 ene 2025, 11:32 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

IFT\_CORREGIDO\_ELITA\_y\_RAQUEL\_102146.docx

Tamaño de archivo

1023.9 KB

94 Páginas

21,738 Palabras

120,814 Caracteres




# 14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

<b>1</b>	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
<b>2</b>	Internet	repositorio.unach.edu.pe	2%
<b>3</b>	Internet	hdl.handle.net	2%
<b>4</b>	Internet	www.repositorio.unach.edu.pe	1%
<b>5</b>	Internet	repositorio.unac.edu.pe	1%
<b>6</b>	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	1%
<b>7</b>	Internet	repositorio.unc.edu.pe	1%
<b>8</b>	Internet	repositorio.uladech.edu.pe	1%
<b>9</b>	Internet	intra.uigv.edu.pe	1%
<b>10</b>	Internet	repositorio.unfv.edu.pe	0%
<b>11</b>	Internet	www.repositorio.autonomadeica.edu.pe	0%

12	Internet	repositorio.unjfsc.edu.pe	0%
13	Internet	documentop.com	0%
14	Publicación	"Rediseño del programa CERO: propuesta de una intervención compleja para la p...	0%
15	Internet	repositorio.uss.edu.pe	0%
16	Publicación	Maravi Reategui, Pamela. "Conocimiento que tienen las gestantes sobre las cons...	0%
17	Internet	repositorio.upao.edu.pe	0%
18	Internet	repositorio.unan.edu.ni	0%
19	Publicación	María José Mejía de Chávez. "Evolución clínica en pacientes con túnel carpiano tra...	0%
20	Internet	dspace.ucuenca.edu.ec	0%
21	Internet	libros.cidepro.org	0%
22	Internet	repositorio.uns.edu.pe	0%
23	Internet	repositorio.unsch.edu.pe	0%
24	Internet	repositorio.upla.edu.pe	0%
25	Internet	repositorio.uch.edu.pe	0%

26	Internet	repositorio.udh.edu.pe	0%
27	Internet	repositorio.unap.edu.pe	0%
28	Internet	repositorio.unasam.edu.pe	0%
29	Internet	repositorio.untumbes.edu.pe	0%
30	Internet	www.cienciadigital.org	0%

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
CHOTA**

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



**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EN  
MADRES ATENDIDAS EN ALOJAMIENTO CONJUNTO DEL  
HOSPITAL JOSÉ HERNÁN SOTO CADENILLAS, CHOTA 2024**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORES**

**Bach. LUZ ELITA CARRANZA ANGASPILCO**

**Bach. RAQUEL MUÑOZ SEGURA**

**ASESORA**

**Dra. ZOILA ISABEL CARDENAS TIRADO**

**CHOTA – PERÚ**

**2024**



### Acta de sustentación: Informe final de tesis

Siendo las 9:00 horas del día 06 de FEBRERO del año 2025, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza, el secretario Dr. Eulises Cabrera Villena y como vocal Dra. Elisa Ramos Tarrillo, como asesor de Tesis el (la) Dra. Zoila Isabel Cárdenas.

De acuerdo al Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de la Tesis "Conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en Alojamiento Conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024" presentado por el (la/los/las) bachiller (es) Luz Elita Carranza Angaspilco y Raquel Muñoz Segura de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó Aprobar la Tesis en mención con la calificación de Quince (15); por lo tanto el(los) estudiante(s) puede proseguir con trámites posteriores.

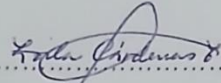
En señal de conformidad, firman los presentes a horas 10:20 a.m. del 06 de FEBRERO del 2025.

DOCENTE	FIRMA
<b>Presidente Jurado evaluador:</b> - Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza	
<b>Secretario Jurado evaluador:</b> - Dr. Eulises Cabrera Villena	
<b>Vocal Jurado evaluador:</b> - Dra. Elisa Ramos Tarrillo	
<b>Asesor de Tesis:</b> - Dra. Zoila Isabel Cárdenas	

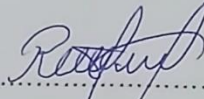




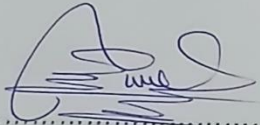
COMITÉ CIENTÍFICO



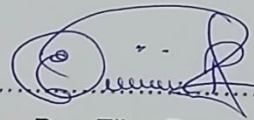
.....  
Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado  
Asesor



.....  
Dr. Jorge Romain Tenorio Carranza  
Presidente Comité Científico



.....  
Dr. Eulises Cabrera Villena  
Miembro Comité Científico



.....  
Dra. Elisa Ramos Tarrillo  
Miembro Comité Científico

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por ser quien nos brinda sabiduría, entendimiento y fortaleza en cada paso de nuestra formación académica.

A nuestra Universidad Nacional Autónoma de Chota, Facultad de Ciencias de la Salud, por cobijarnos estos años de estudio.

A cada uno de nuestros docentes, quienes nos brindaron su apoyo y conocimientos teórico-prácticos, siendo una pieza fundamental en nuestra formación profesional.

A nuestra asesora, Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado, por brindarnos sus consejos, enseñanzas, así como por su constante apoyo para la culminación de nuestra tesis.

**Luz Elita y Raquel**

**A:**

A Dios, por ser nuestro sostén y valentía. A nuestra familia, principalmente a nuestros padres por brindarnos su confianza y apoyo incondicional en el logro de nuestros objetivos, por enseñarnos a afrontar las dificultades sin perder nunca el rumbo. A nuestros hermanos y hermanas, por ser fuentes constantes de inspiración.

**Luz Elita y Raquel**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	ix
<b>ABSTRACT</b>	x
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	7
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Bases conceptuales	13
2.3. Definición de términos básicos	32
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	33
3.1. Ámbito de estudio	33
3.2. Diseño de investigación	33
3.3. Hipótesis	34
3.4. Población, muestra y unidad de estudio	34
3.5. Operacionalización de las variables	36
3.6. Descripción de la metodología	40
3.7. Procedimiento y análisis de datos	42
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	44
4.1. Características sociodemográficas de las madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024	44
4.2. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024	49
4.3. Nivel de práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024	53
4.4. Nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024	57
<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	60
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	62
<b>ANEXOS</b>	73

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas y procedencia de las madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024	44
<b>Tabla 2.</b> Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024	49
<b>Tabla 3.</b> Nivel de práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024	53
<b>Tabla 4.</b> Nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024	57

## ÍNDICE DE FIGURAS

		<b>Pág.</b>
<b>Figura 1.</b>	Modelo de adopción del rol materno (Mercer, 1981)	15

## ÍNDICE DE ABREVIACIONES

CPN	: Control prenatal
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
HJHSC	: Hospital José Hernán Soto Cadenillas
KR-20	: Kuder Richardson
LM	: Lactancia materna
LME	: Lactancia materna exclusiva
MINSA	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
PH	: Potencial de hidrógeno
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## RESUMEN

El objetivo fue determinar la relación entre nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024. Estudio cuantitativo, relacional, no experimental y transversal, realizado con una población de 150 madres y muestra de 109 participantes. Las técnicas fueron la encuesta y observación científica, y los instrumentos un cuestionario para medir el conocimiento materno y una lista de cotejo para identificar las prácticas de lactancia materna. Resultados: Las madres tenían entre 18 a 29 años (33,0% rural y 20,2% urbana), educación secundaria (22,9% rural y 21,3% urbana); casadas (43,1% rural y 26,6% urbana) y recibieron seis o más controles prenatales (49,5% rural y 38,5% urbana). Respecto a las dimensiones del conocimiento, 58,7% de las madres presentaron conocimiento regular en generalidades, 54,1% conocimiento regular en beneficios para la madre, 52,3% conocimiento malo en beneficios para el neonato, 59,6% conocimiento regular en técnica de amamantamiento, 56,9% conocimiento malo en conservación y almacenamiento; el conocimiento general fue regular en 56,9%. Según dimensiones de la práctica, 45,0% de las madres presentaron práctica inadecuada en posición del cuerpo madre-hijo, 42,2% práctica regular en respuestas del niño, 45,0% práctica adecuada en vínculo afectivo, 54,1% práctica regular en anatomía de la madre y 38,5% práctica inadecuada en succión; la práctica general fue inadecuada en 40,4%. El 41,9% de las madres con conocimiento malo tuvieron prácticas inadecuadas. Conclusión: Se determinó relación estadística directa y significativa entre nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna ( $p=0,040$ ).

**Palabras clave:** Conocimiento, práctica, lactancia materna, alojamiento conjunto.



## ABSTRACT

The objective was to determine the relationship between level of knowledge and breastfeeding practice in mothers attended at the joint accommodation of the José Hernán Soto Cadenillas Hospital, Chota 2024. A quantitative, relational, non-experimental, cross-sectional study was carried out with a population of 150 mothers and a sample of 109 participants. The techniques were survey and scientific observation, and the instruments were a questionnaire to measure maternal knowledge and a checklist to identify breastfeeding practices. Results: The mothers were between 18 and 29 years old (33,0% rural and 20,2% urban), had secondary education (22,9% rural and 21,3% urban), were married (43,1% rural and 26,6% urban) and received six or more prenatal check-ups (49,5% rural and 38,5% urban). Regarding the dimensions of knowledge, 58,7% of the mothers presented fair knowledge in generalities, 54,1% fair knowledge in benefits for the mother, 52,3% poor knowledge in benefits for the newborn, 59,6% fair knowledge in breastfeeding technique, 56,9% poor knowledge in conservation and storage; general knowledge was fair in 56,9%. According to dimensions of practice, 45,0% of the mothers presented inadequate practice in mother-child body position, 42,2% regular practice in infant responses, 45,0% adequate practice in bonding, 54,1% regular practice in maternal anatomy and 38,5% inadequate practice in sucking; overall practice was inadequate in 40,4%. Of the mothers with poor knowledge, 41,9% had inadequate practices. Conclusion: A direct and significant statistical relationship was found between level of knowledge and breastfeeding practice ( $p=0,040$ ).

**Key words:** Knowledge, practice, breastfeeding, co-housing.

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

La lactancia materna (LM) es el proceso mediante el cual la madre proporciona al niño los nutrientes requeridos para su óptimo crecimiento y desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses y complementaria hasta los dos años de edad [1]. Por lo tanto, la promoción y protección de la LM son estrategias fundamentales que permiten salvaguardar los derechos fundamentales del niño, la madre y la comunidad [2].

La OMS refiere que la LM es la práctica más segura para mejorar la salud y la supervivencia del lactante [3], aporta numerosos beneficios para el niño, entre ellos, disminuye de manera significativa la morbimortalidad infantil en los primeros cinco años, previene enfermedades infecciosas (diarrea, neumonía y parasitosis) y alergias [4]; además, favorece el apego seguro entre madre e hijo, proporcionando al niño seguridad y protección, y a la madre, autoconfianza. También reduce el riesgo de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias en la edad adulta y reduce los costos de atención médica [5, 6]. En consecuencia, es prioritario que las madres adquieran un conocimiento adecuado sobre la LM y la forma correcta de amamantar a sus hijos.

Existen factores de riesgo que limitan una correcta LM e incrementan la probabilidad de abandono; entre los que destacan, la baja producción de leche, edades maternas extremas (adolescentes o mayores), problemas con los pezones (agrietados, adoloridos o congestionados) y en las mamas (mastitis), anomalías congénitas del recién nacido (labio leporino y paladar hendido) [7, 8]. Así también, las condiciones socioeconómicas (disfuncionalidad, bajo nivel educativo y pobreza), la falta de apoyo familiar [9, 10], el limitado acceso a los servicios de salud con incumplimiento de los controles prenatales (CPN), el deficiente conocimiento materno sobre LM y la técnica correcta para amamantar [11, 12], sumado al impacto de la COVID-19 en la frecuencia y formas de amamantamiento [13].

Para que la LM sea exitosa, es fundamental el conocimiento que tiene la madre, dado que facilita su práctica correcta. La amplia evidencia disponible demuestra que la LM constituye el mejor acto (práctica) de proporcionar los nutrientes que el niño requiere en sus primeros años de vida [14, 15]. Al respecto, la OMS [16] recomienda el cumplimiento de una serie de requisitos para que la LM sea exitosa; entre ellos, los vinculados a la técnica correcta para amamantar, tales como iniciar la LM entre los primeros 30 minutos posparto, educar a las madres cómo amamantar y mantener la LM aún en caso de separación del bebé, y enseñar la técnica de amamantamiento durante el alojamiento conjunto.

Asimismo, se sabe que la LM no solo pasa por un acto intuitivo de “dar de lactar”, sino que también requiere garantizar que esta se realice con la técnica correcta. Para ello, es necesario que la madre disponga del conocimiento adecuado sobre la LM y cómo amamantar [16, 17]. Dicho conocimiento incluye información acerca de la posición que debe adoptar la madre y el niño, la anatomía del pezón, las características de la succión (frecuencia, fuerza), las respuestas del niño y el vínculo afectivo en la díada madre-hijo [18, 19]. La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 2024, revelaron que persisten algunas prácticas inadecuadas relacionadas con la LME que pueden influir en el crecimiento y desarrollo del niño (20); dentro de estas, brindar al lactante agua azucarada u otros líquidos, limitando la LME [21].

A nivel mundial, UNICEF en 2024, reportó que en los últimos 12 años los menores de seis meses que recibieron LME se incrementaron en un 10% [22]. Se estima que por año se podrían salvar la vida de más de 800 mil lactantes, solo si estos recibieran una LM exitosa, que incluye la práctica de una técnica correcta al dar de lactar; sin embargo, esto está lejos de concretarse, pues cerca del 60% de los menores de 24 meses no recibieron LM [1]. África (45%) y el sur de Asia (40%) son las regiones con las tasas más bajas de LM [23, 24]. Esta situación provoca entre los niños afectados una disminución de su capacidad intelectual, bajo rendimiento académico y deserción escolar [25,26]. Todo este problema se ve agravado por el deficiente conocimiento y prácticas sobre LM que poseen las madres, especialmente entre las zonas pobres y rurales de los países con bajos ingresos [3].

La OMS en 2024 reveló que 149 millones de niños menores de cinco años tenían retraso del crecimiento y 340 millones presentaron carencias de micronutrientes [27, 28]. Diversos estudios han vinculado esta situación con el deficiente conocimiento y prácticas sobre LM. En 2023, la OMS [25] reportó que más de 500 millones de madres trabajadoras carecen de una legislación que apoye la LM, solo el 20% de los países exigen lactarios en los centros laborales y menos del 50% de los menores de seis meses reciben LME, incrementando 14 veces el riesgo de mortalidad infantil en este grupo etario [12, 22], cuyas repercusiones económicas y sanitarias afectan a la madre y los niños.

En América Latina y el Caribe, UNICEF refiere que en 2023 solo el 43% de los menores de seis meses reciben LME y el 48% de niños y niñas entre los 12 y 23 meses de vida aún reciben LM. Uno de los factores que han conllevado a estos resultados es la incompatibilidad de la lactancia con el trabajo, situación que no permitirá lograr la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que buscan alcanzar el 70% de LME en 2030. Además, se indica que por cada dólar invertido en la promoción, protección y apoyo a la LM, se generan \$35 en beneficios económicos a largo plazo, lo que contribuiría a la reducción de las diarreas y neumonías en la infancia [29].

La baja prevalencia de la LM en América Latina constituye un grave problema de salud pública, exige acciones urgentes para promover y proteger la LM y abordar los factores que limitan su práctica. Dado los beneficios comprobados es considerada la mejor medida de prevención de estados nutricionales y psicomotores mórbidos en la primera infancia [4]. Este panorama en la región radica en el abandono y la falta de mantenimiento de una LM exitosa, dando lugar a la alimentación preláctea, que en el último decenio se ha acortado a tan solo tres meses [30].

En el Perú, en 2023, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 98,6% de los menores de seis meses lactaron alguna vez (rural = 78,3% y urbana = 65,5%). El 48% inició LM en la primera hora de nacido (mayor en la zona rural, 65,1%). El 98% de los menores de cuatro meses recibieron LME, pero esta se redujo al 69,3% a los seis meses. La media de LME a los seis

meses fue de 21,6 meses [31]. En este contexto, durante 2023 en el país se reportó un 11,5% de desnutrición crónica [32].

En la región Cajamarca, según el INEI [33], en 2023, el 98,8% de los niños nacidos en los últimos cinco años lactaron alguna vez, el 65,5% empezó la LM en la primera hora de vida y el 94,4% lo hizo en el primer día, el 26,4% recibió otro tipo de alimento antes del inicio de la LME, cuya duración media fue de 4,1 meses, el 98,5% lactó más de seis veces en 24 horas. Este escenario se refleja en la leve reducción de la desnutrición crónica, que en 2023 se alcanzó el 19,6% [32], dicha situación incrementa el riesgo de que los niños desarrollen enfermedades infecciosas, anemia, problemas nutricionales o alteraciones del desarrollo sensoriomotor y cognitivo. En la mayoría de los casos, esto se vincula al desconocimiento de la madre sobre LM, las técnicas de amamantamiento y la práctica incorrecta de la LM [34].

Los datos oficiales disponibles para el distrito de Chota en 2023 indican que aproximadamente el 26,3% de los menores de cinco años presentaron desnutrición crónica [35]. De estos, en promedio, el 65% no recibieron LME y el 70% LM prolongada (hasta los dos años); un contexto que se ve agravado porque la pobreza y pobreza extrema afecta a seis y tres de cada diez familias chotanas, respectivamente [36]. Además, es conocido que en el distrito de Chota, jurisdicción del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, existe desconocimiento por parte de las madres respecto a la LM, lo que puede traducirse en prácticas incorrectas en este escenario.

En general, el conocimiento y las prácticas de LM que muestran las madres se vinculan con la técnica que utilizan; se observa que, si esta es inapropiada, el niño puede desarrollar problemas en su estado nutricional, cognitivo y psicomotriz, lo que a corto y largo plazo incrementaría el riesgo de contraer enfermedades e incluso de muerte.

Por ello, el sistema de salud en Perú reconoce que la LM es fundamental para prevenir morbilidades, su composición incluye proteínas, aminoácidos, oligosacáridos, enzimas, hormonas, anticuerpos, ácidos grasos, vitaminas,

minerales y factores de crecimiento; lo que ayuda a combatir infecciones, problemas nutricionales, mejora los estilos de vida y fortalece los vínculos afectivos [1, 37]. En los últimos años, el Estado peruano ha implementado una serie de estrategias que buscan promover un mayor conocimiento y mejores prácticas de la técnica LM entre las madres, aunque con resultados limitados.

La LM no es simplemente la colección de nutrientes, sino un producto vivo de gran complejidad biológica, que actúa como protector e inmunomodulador, estimulando el desarrollo adecuado del lactante [38]. Considerando la alta prevalencia de niños que no reciben LM o que no son amamantados correctamente y de madres que carecen del conocimiento sobre las técnicas correctas de amamantamiento, es urgente abordar este problema a nivel local (Chota) para identificar, caracterizar, contextualizar y proponer alternativas de solución.

En razón de ello, se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024? y como hipótesis H1: Existe relación significativa entre nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en el alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024.

El objetivo general fue determinar la relación entre nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024. Los objetivos específicos fueron: caracterizar social y demográficamente según procedencia a las madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024; identificar según dimensiones el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024 e identificar según dimensiones la práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024.

Los resultados más comunes sobre las características sociodemográficas y procedencia en las madres, muestran que tenían de 18 a 29 años (33,0% rural y

20,2% urbana); con educación secundaria (22,9% rural y 21,3% urbana); casadas (43,1% rural y 26,6% urbana); y que recibieron de seis a más controles prenatales (49,5% rural y 38,5% urbana). El conocimiento general sobre LM fue de nivel regular en un 56,9%; la práctica general de LM fue inadecuada en un 40,4% y el 37,1% de las madres con conocimiento bajo tuvieron prácticas inadecuadas de LM.

La investigación está organizada en cinco capítulos: Capítulo I, introducción; Capítulo II, marco teórico; Capítulo III, marco metodológico; Capítulo IV, resultados y discusión; y Capítulo V, conclusiones y recomendaciones. Además, incluye referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes del estudio**

##### **A nivel mundial**

Ravichandran et al. (India, 2024), en el estudio “Conocimiento y práctica de la LM entre madres de AIIMS, Bhubaneswar: un estudio hospitalario transversal”, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento y las prácticas sobre la LM y su efecto sobre el estado nutricional del niño; estudio descriptivo y trasversal; muestra de 160 madres lactantes. Resultados: La media de edad fue 27,3 años, el 47,5% contaba con educación superior y el 7,6% con primaria o eran iletradas, el 81,8% residía en la zona rural; el 91,9% conocía sobre el inicio de la LM y el 100% de LME; sin embargo, solo el 63,1% lo practicaba correctamente y el 2,5% tenía conocimiento y práctica adecuada de la LM. Conclusión: Es fundamental concientizar a las madres sobre las ventajas, las prácticas correctas y los beneficios de la LM para la alimentación de los niños [39].

Yakubu et al. (Nigeria, 2023), en el estudio “Conocimientos y prácticas de LME entre madres lactantes en centros de salud seleccionados en la metrópolis de Kaduna”, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento, la práctica y los factores asociados de la LME; estudio correlacional y trasversal; muestra de 265 madres. Resultados: El 54,8% tenían entre 20 y 30 años, el 34,8% de 31 a 40 años y el 9,1% menos de 20 años; el 95,6% eran casadas; el 49,1% contaba con educación secundaria, el 43,9% educación superior y el 5,3% educación primaria; el 48,7% eran comerciantes y 17,4% amas de casa; el 86,6% presentaron conocimiento adecuado sobre LME y el 70% tenían prácticas correctas de LME. Conclusión: La mayoría de las madres lactantes tuvieron un buen conocimiento y prácticas de la LME, influenciados por la edad, el nivel educativo y la ocupación de la madre [40].

Alahmed et al. (Arabia Saudita, 2023), en el estudio “Conocimiento, actitud y prácticas de lactancia materna de las mujeres saudíes”, tuvieron por objetivo sintetizar el conocimiento, la actitud y las prácticas de LM; estudio de



metaanálisis de investigaciones transaccionales; desarrollado con 72 artículos. Resultados: seis de cada diez madres indicaron tener conocimiento deficiente sobre LM, siete de cada diez presentaron actitud positiva y cinco de cada diez evidenciaron prácticas inadecuadas de LM; el 24% dieron LME y el 3,5% iniciaron la LM 24 horas después del parto. Conclusión: Los programas educativos influyen en las prácticas de LM, siempre que estén adaptados culturalmente a las mujeres [41].

Sultana et al. (India,2022), en el estudio “Conocimientos, actitudes y práctica de LME en madres en Noakhali, Bangladesh”, cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de LME; estudio correlacional, observacional y trasversal; muestra de 396 madres con menores de seis meses. Resultados: El 74,3% tenía entre 20 y 29 años, el 50,4% vivía en zonas urbanas, el 100% eran casadas y el 69% contaban con educación superior; el desconocimiento se presentó en beneficios de la LME (59,3%) y en concepto de LME (29%); las prácticas inadecuadas incluyeron, papillas líquidas (97,5%), otro alimento (89,7%) y leche de vaca o fórmula láctea (81,6%). Conclusión: El conocimiento se asocia significativamente con las prácticas de LME [42].

Ayari et al. (Túnez, 2022), en el estudio “Conocimiento de la lactancia materna entre las madres antes del alta de maternidad”, cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento sobre la LM y los factores que influyen en el conocimiento; estudio analítico, descriptivo y trasversal; muestra de 500 parturientas Resultados: La media de edad fue 31,5 años, el 73,3% eran amas de casa, el 44% primíparas, el 74,8% recibieron información de la familia. El 76,4% de las madres presentaron conocimiento insuficiente. Conclusión: El nivel de conocimiento es heterogéneo, globalmente inadecuado y la educación sanitaria encaminada a su mejora es insatisfactoria [43].

Nguyen et al. (Bangladesh, 2021) en el estudio “Prácticas tempranas de LM contribuyen a la LME en Bangladesh, Vietnam y Etiopía”; cuyo objetivo fue examinar si las prácticas tempranas de LM están asociadas a LME; estudio analítico y cuasiexperimental; muestra de 4000 madres con menores de cinco

años. Resultados: El 53,5% eran amas de casa, el 60,3% iletradas; en el niño, el 50,9% eran mujeres, el 65% pobres, el 62,1% tenían inseguridad alimentaria; el 60% retrasaron el inicio de la LM, el 57,3% iniciaron la alimentación antes de los seis meses. Tras la intervención, se observó una mejora significativa en el inicio temprano de la LM y retraso en la alimentación preláctea. Conclusión: Las prácticas de LM temprana influyen en la LME; sin embargo, las acciones orientadas solo a los primeros días de la LM influyen para asegurar que esta se mantenga [23].

Dhareel et al. (Nepal, 2020) en el estudio “Prácticas de LM en los primeros seis meses en un centro de salud de Nepal”, cuyo objetivo fue evaluar las prácticas de LM e identificar sus factores asociados; estudio descriptivo, observacional y transversal; muestra de 574 madres-niños. Resultados: El 95,3% de las madres tenían más de 20 años, el 63,5% educación primaria, el 70,7% eran amas de casa y el 60,9% procedían de la zona rural; entre las prácticas se destaca, el 23,2% de los niños recibieron LME, el 67,2% inició la LM en la primera hora de nacido, el 25% fue alimentado con otros alimentos antes de los seis meses; el 16% desconocían la duración de la LM y el 65% indicaron haber tenido problemas de LM en los primeros seis meses. Conclusión: Las prácticas de LM en la mayoría de madres son inadecuadas; por ello, los programas deben orientarse a mejorar el conocimiento y prácticas de LM [44].

### **A nivel nacional**

Paulino JC y Arévalo R. (Perú, 2023), en el estudio “Conocimiento y Práctica maternas sobre la LME, Centro de Salud Collique III Zona, Comas 2023”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre ambas variables; estudio relacional, observacional y trasversal, muestra de 75 participantes de 19 a 37 años. Resultados: La media de edad fue 26,6 años, el 61,3% tenía educación secundaria; el 48% presentó conocimiento bajo, el 32% medio y el 20% alto; el 81,3% mostraron prácticas inadecuadas de LM y el 18,7% adecuadas; el 46,7% con conocimiento bajo tuvieron prácticas inadecuadas. Conclusión: Existe relación significativa entre conocimientos y prácticas sobre LME en menores de seis meses [45].

Moreno TA y Obeso LJ. (La Libertad, 2023) en el estudio “Conocimiento y práctica de LM en madres de lactantes menores de seis meses, Centro de Salud Materno Infantil Huanchaco”, cuyo objetivo fue determinar el conocimiento y práctica de LM; estudio relacional, no experimental y transversal; muestra de 40 madres. Resultados: El 55% mostraron conocimiento bajo sobre LM, el 32,5% medio y 12,5% alto; el 65% tenían prácticas inadecuadas de LM y el 35% adecuadas; el 50% con conocimiento bajo evidenciaron prácticas inadecuadas. Conclusión: Existe relación significativa entre conocimiento y práctica de LM entre las madres participantes [46].

Zeña RW. (Loreto, 2023), en el estudio “Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de la técnica de lactancia materna en madres lactantes del Hospital Regional de Loreto, 2020”, tuvo por objetivo establecer relación entre variables; investigación relacional, observacional y transversal; muestra de 144 madres alojadas en el servicio de puerperio. Resultados: Las características maternas más frecuentes fueron: el 92,4% tenía 18 a 24 años, el 58,3% educación secundaria, 94,4% con más de seis controles prenatales (CPN), el 85,4% no recibió psicoprofilaxis, el 14,6% no tenía información sobre LM. El 61,8% presentó un conocimiento inadecuado y el 31,3% bueno; el 50,7% evidenció prácticas irregulares en la técnica de LM. Conclusión: Existe relación significativa entre conocimiento y práctica de la técnica de LM en madres lactantes, y es de nivel regular [19].

Berrocal et al. (Lima, 2022), en el estudio “Conocimiento y prácticas sobre la lactancia materna en madres adolescentes en el Centro de Salud “Chilca 2021”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre nivel de conocimiento y prácticas sobre LM; investigación relacional, no experimental y transversal; muestra de 60 participantes. Resultados: El 42% tenían 17 años y el 37% 16 años; el 70% tenía educación secundaria y el 17% educación superior; el 58% eran convivientes o casadas y el 42% solteras; el 57% eran amas de casa y el 22% estudiantes; el 92% presentaron conocimiento regular, el 6% bueno y el 2% deficiente; en cuanto a las prácticas de LM, el 92% mostraron prácticas

adecuadas y el 8% inadecuadas. Conclusión: Existe relación entre conocimiento y prácticas de LM [47].

Garayar IA y La Borda FM. (Lima, 2022), en el estudio “Nivel de conocimiento y práctica de LME en madres atendidas en un hospital de Lima – 2022”, cuyo objetivo fue determinar asociación entre nivel de conocimiento y práctica de LME; estudio relacional, observacional y transversal; muestra de 62 participantes. Resultados: El 39,1% tenían entre 31 a 35 años; el 46,9% educación secundaria; el 37,5% eran amas de casa; el 76,5% eran casadas o convivientes; el 95,3% procedían de la costa y el 68,8% recibieron información sobre LME; el 41,3% tenía conocimiento alto, el 41,3% regular y el 11,1% bajo; el 93,7% mostraron prácticas de LM adecuadas y el 6,3% inadecuadas. Conclusión: Existe relación significativa entre conocimiento y práctica de LME [48].

Panduro K. (Iquitos, 2022), en el estudio “Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puérperas atendidas en la IPRESS I-4 Bellavista Nanay, 2020”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre LM; investigación descriptiva, observacional y trasversal; muestra de 120 madres. Resultados: El 23,3% de madres tenían menos de 20 años, el 35% procedían del área rural, el 10,8% eran iletradas, el 22,5% estaban casadas y el 42,5% se dedicaban a los quehaceres del hogar. El 50% evidenció conocimiento regular y el 34,2% malo. Conclusión: El conocimiento varió entre regular y malo, por lo cual es necesario fortalecer los conocimientos de las madres en LM en la atención prenatal y visitas domiciliarias [49].

Barboza A y Morales S. (Ica, 2021), en el estudio “Conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden a un Centro de Salud”, cuyo objetivo fue establecer la relación entre conocimiento y prácticas de LME; investigación relacional, observacional y trasversal; muestra de 59 madres. Resultados: El 20,3% de las madres tenían más de 37 años, el 41,9% eran solteras, separadas o viudas y 13,2% tenía educación primaria. El 20,4% evidenció conocimiento bajo y el 47,5% medio; el 20% presentaron prácticas de LM deficientes y el 45,8% regulares.

Conclusión: Existe relación significativa entre conocimiento y prácticas de LME [50].

### **A nivel regional**

Palomino MM. (Cajamarca, 2022), en el estudio “Nivel de conocimiento, prácticas y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres primíparas de niños menores de 6 meses. Puesto de salud Chontapaccha-Cajamarca 2020”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre las variables. Estudio relacional-descriptivo, observacional y transaccional; muestra de 59 madres. Resultados: El 11,9% de las madres eran adolescentes, el 22% iletradas o con educación primaria, el 11,9% solteras y el 67,8% amas de casa. El 28,8% presentaron conocimiento bajo, el 37,3% prácticas inadecuadas y el 75,8% actitudes positivas. Conclusión: Existe relación significativa entre conocimiento de LME y práctica, así como, entre conocimiento y actitudes de las madres [51].

Zaenz MF y Ordóñez JM. (Cajamarca, 2022), en el estudio “Conocimientos y prácticas sobre LME en madres de niños menores de 6 meses del Centro de Atención Primaria II Essalud Baños del Inca, Cajamarca – 2022”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre ambas variables. Estudio relacional, observacional y transaccional; muestra de 40 madres. Resultados: El 25% mostraron conocimiento bajo, el 42,5% medio y el 32,5% alto; el conocimiento bajo sobre LM afectó al 22,5% de madres en la dimensión definición de LM, 17,5% en duración, 27,5% en frecuencia, 15% en inicio de la LM, 27% en importancia y 30% en la técnica de LM; el 20% tuvieron prácticas de LME inadecuada y el 45% regulares; las malas prácticas de LM se mostraron en un 20% en la posición del cuerpo, 15% en respuesta del niño, 22,5% en el vínculo afectivo madre-hijo, 17,5% en anatomía de la madre y 27,5% en succión. Conclusión: Existe relación entre conocimiento y prácticas de LME en las madres con menores de seis meses [52].

### **A nivel local**

Silva DY. (Chota, 2021), en el estudio “Conocimiento, actitud y lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. Hospital José Hernán Soto

Cadenillas”, cuyo objetivo fue determinar la asociación entre variables de estudio. Investigación correlacional, no experimental y transversal, realizada con 80 madres adolescentes. Resultados: El 56,3% procedían del área urbana, el 96,3% tenían 15 y 19 años, el 71,3% eran convivientes, el 42,5% estudiaban; el 53,8% presentó un conocimiento bueno sobre LME y el 46,2% regular; por dimensiones, en definición de LME (63,8% bueno, 30% regular); en frecuencia de las tomas (63,8% bueno, 23,8% regular); en ventajas de LME para el niño (75% bueno, 18,8% regular); en ventajas de LME para la madre (40% bueno, 56,3% regular), y en la técnica de amamantamiento (31,3% bueno, 67,5% regular); el 85% tuvo actitudes favorables. Conclusión: No existe relación significativa entre conocimiento y actitudes hacia la LME [53].

## **2.2. Bases conceptuales**

### **2.2.1. Bases teóricas**

#### **Modelo de adopción del rol maternal de Ramona Mercer (1981)**

Teóricamente, se asumió como respaldo científico del estudio el “Modelo de adopción del rol maternal de Ramona Mercer” [54]; el cual define el proceso por el que atraviesa la madre para brindar cuidados a su hijo y desempeñar su nuevo rol. Este modelo implica la adquisición progresiva de conocimientos, prácticas y comportamientos que, al término generan reacciones positivas (placer y satisfacción) o negativas (miedo, duda, incertidumbre, estrés) por la forma en que la madre aborda la crianza del niño.

En la práctica, el modelo sustenta cómo ciertos factores vinculados al entorno madre-niño influyen en el desempeño de la madre para asumir su rol materno, estos factores se organizan en tres círculos concéntricos (macrosistema, mesosistema y microsistema) que se complementan e interrelacionan en el entorno en el que se desenvuelven (Figura 1).

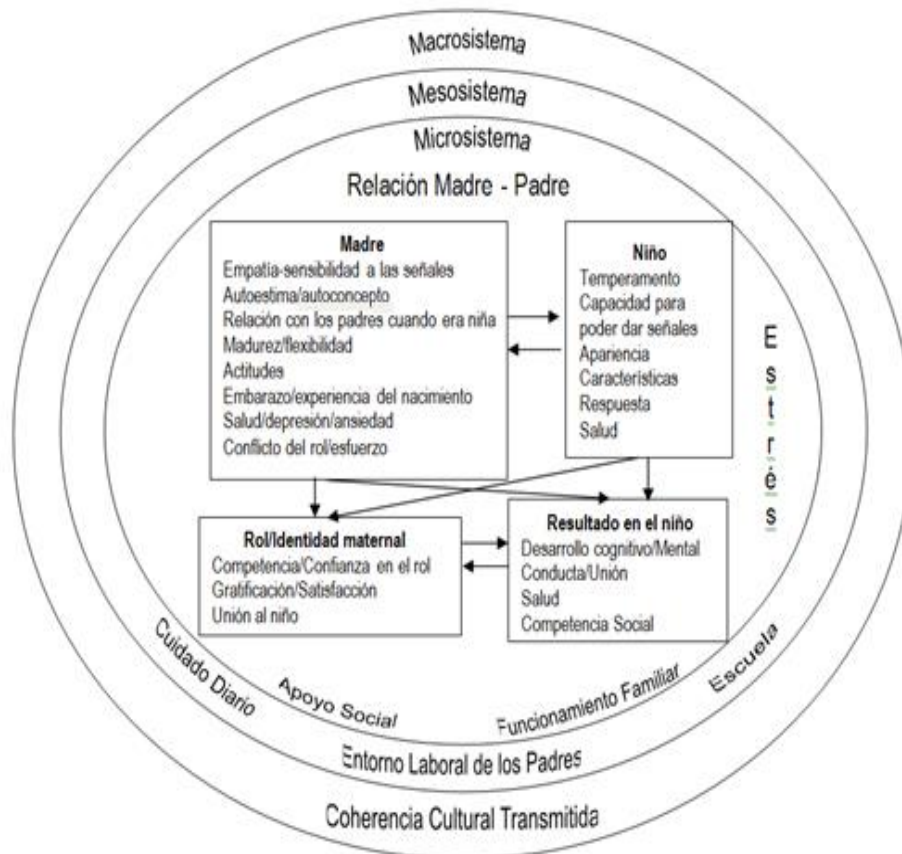
El macrosistema es el espacio social, sanitario, económico, político y cultural en el que la madre vive y del que ha adoptado costumbres, creencias o modos de vida; es decir, es el entorno estructural (coherencia cultural transmitida) en el que se fundamentan los comportamientos de la madre

respecto a la crianza de su hijo y de donde adquiere los principios básicos para cumplir su rol materno [54, 55].

El mesosistema es el espacio social en el que se desenvuelven los padres y que, a su vez, moldea las conductas adoptadas por la madre en el macrosistema; entre los factores que más influyen se encuentran los espacios educativos y el entorno laboral, determinando el tiempo -en horas y calidad- que permanecerán los hijos con sus padres, asegurando interacciones de calidad y fortalecimiento del rol materno [53, 54].

El microsistema es el ámbito más cercano que se establece entre madre-hijo, el contexto en el que la madre desempeña su rol materno. Incluye las interacciones padre-madre, funcionamiento familiar y apoyo social que tiene la madre en la crianza del niño, además de la presencia de elementos estresores que podrían limitar el cumplimiento del rol. Es aquí donde la madre utiliza las competencias (empatía, autoestima, relación con sus padres cuando era niña, madurez, flexibilidad, actitudes, experiencias previas en el cuidado de hijos, salud, enfermedad o esfuerzo en la crianza) para desempeñar su rol y es el contexto donde se originan los conflictos de rol que podrían acabar en situaciones de estrés que influirán de manera directa en el cuidado del niño [53, 54].

**Figura 1. Modelo de adopción del rol materno (Mercer, 1981)**



*Fuente: Mercer, RT.: "A theoretycal framework for spudyng factors that impact on the maternal role, 1981" [54].*

Por tanto, para Mercer el rol maternal es alcanzado sobre la base de la interacción que tiene la madre con el niño -dada inseparable-, y de ambos con su entorno (social y físico). En este proceso, se deben establecer relaciones recíprocas donde el niño es el centro del cuidado; para ello se requiere que la madre desarrolle competencias y habilidades adecuadas que le permitan cumplir su rol, acciones que impactarán en el crecimiento, el desarrollo (cognitivo y mental), las habilidades sociales y el estado de salud del infante.

Bajo este modelo teórico, se asume que la madre desempeña su rol maternal por medio de los cuidados que brinda al niño durante la LM, por lo que debe contar con conocimientos apropiados y la práctica correcta de la técnica de



LM para prevenir problemas en el estado nutricional del niño (anemia y desnutrición), alteraciones del desarrollo (motor, social, lenguaje, coordinación y cognitivo) o enfermedades infecciosas (diarrea, neumonía, parasitosis). Por esta razón, es necesario conocer el nivel de conocimiento y las prácticas de LM entre las madres para promover o fortalecer su rol como proveedoras de cuidados.

## **2.2.2. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna de las madres**

### **A. Lactancia materna**

#### **A.1. Definición**

Proceso en el que la madre proporciona al niño los nutrientes requeridos para su óptimo crecimiento y desarrollo. La leche materna es considerada como el “fluido biológico vivo” más importante para la supervivencia del niño, además de proporcionar nutrientes para el crecimiento somático y neural, contiene elementos celulares que contribuyen al fortalecimiento del sistema inmunológico y a la prevención de enfermedades infecciosas [55, 57].

La OMS, sostiene que es un acto natural y aprendido, producto del rol que cumple la madre durante la crianza del niño, y proporciona beneficios al niño y la madre [56]. Por ello, se recomienda LME hasta los seis meses y complementaria hasta los dos años de edad [1].

#### **A.2. Tipos de lactancia materna**

**A.2.1. Lactancia materna exclusiva**, es el acto de amamantar al niño hasta los seis meses de vida y de forma exclusiva con leche materna, sin incluir ningún otro tipo de alimento, ni siquiera líquido; para una mejor adaptación del niño y la madre a la lactancia se sugiere que esta deba empezar en los primeros 30 minutos después del nacimiento, sea gratificante para ambos, de libre demanda y sin el uso de productos sucedáneos [58].

La evidencia científica ha demostrado que los niños amamantados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses tienen 14 veces menos probabilidad de enfermarse en comparación con aquellos que no la recibieron [12]; estos últimos son propensos a presentar diarrea, anemia, neumonías, desnutrición, entre otros, siendo un determinante del estado de salud del niño y la madre [56].

**A.2.2. Lactancia materna mixta**, es la combinación de leche materna y fórmula láctea, no es recomendable, dado que incrementa la morbimortalidad del niño, al no recibir todos los nutrientes que podrían recibir con la LME. Quizá la ventaja radique en que pueda ser utilizada en casos estrictamente necesarios, como la baja producción de leche o situación laboral de la madre [11].

**A.2.3. Lactancia materna predominante**, es concebida como la alimentación que recibe el niño a partir de la leche de una nodriza y leche materna extraída de la madre o de una nodriza, aunque se adicionen líquidos a la dieta (agua, zumos, panela, medicamentos), la leche materna sigue siendo el principal alimento del niño [59].

**A.2.4. Lactancia materna complementaria**, se inicia a partir de los seis meses y se extiende hasta los dos años -de ser posible más allá-; en este punto, la leche materna ya no es el alimento principal, siendo sustituida parcialmente por la alimentación complementaria, donde se da inicio a la introducción de otros alimentos sólidos y semisólidos diferentes a la leche materna [1].

### **A.3. Tipos de leche materna**

**A.3.1. El calostro**, es la leche producida desde los siete meses de gestación hasta el quinto día después del nacimiento, es la primera fase por la que atraviesa la leche, de color amarillento, espesa y con alto contenido de grasa, proteínas, vitaminas e inmunoglobulinas [60].

Por su color amarillento, es considerada como la “gota de oro”, lo que representa su alto valor nutricional, posee anticuerpos que le han valido el nombre de “primera vacuna”, pues inmuniza de forma natural al niño contra enfermedades bacterianas y víricas, como diarrea, neumonía, otitis media aguda, encefalitis, enterocolitis necrotizante, entre otras [60, 61].

**A.3.2. Leche de transición**, es la que se produce entre la primera y la segunda semana de vida, su color característico es blanquecino, tiene un alto contenido de grasa, lactosa y proteínas; la cantidad producida es ideal para valorar la eficacia de la lactancia [60].

**A.3.3. La leche madura**, es aquella que se produce a partir de la segunda semana de nacimiento y con la que el niño se alimentará durante todo el periodo que dure su lactancia, como mínimo los dos primeros años. Está compuesta por un 90% de agua, que es útil hidratar al niño y un 10% de carbohidratos, proteínas, hierro y grasa; presenta un color azulado, debido a las altas concentraciones de hierro que contiene. Nutricionalmente está diseñada para aportar la energía necesaria para el crecimiento y desarrollo del niño [60, 61].

#### **A.4. Composición de la leche materna**

La leche humana es el alimento más completo y complejo de origen natural y producido exclusivamente por el ser humano, se ha identificado que contiene más de dos centenares de nutrimentos útiles para la vida humana, entre los que se encuentran:

**A.4.1. Proteínas**, las dos más importantes identificadas en la leche materna son la albúmina (60%) y la caseína (40%), ambas altamente digeribles, lo que evita la indigestión y el microsangrado gastrointestinal. También se han reportado aminoácidos como la cistina y el ácido aspártico, responsables de la producción de proteínas y antioxidantes [62].

**A.4.2. Carbohidratos**, representan casi la mitad del aporte energético de la leche materna. Entre estos, la lactosa facilita la absorción del calcio, un mineral fundamental para el crecimiento del niño. La lactosa, unida al factor bífido, genera un pH ácido, lo que mantiene la flora intestinal libre de microorganismos patógenos [63].

**A.4.3. Vitaminas y minerales**, entre las vitaminas más importantes que contiene la leche materna se encuentran en pequeñas proporciones, la vitamina A (para la visión, corazón y pulmones), la vitamina E (antioxidante), la vitamina C (anti-escorbuto), la vitamina D (para la absorción del calcio) y la vitamina K (antihemorrágica). Por lo tanto, la administración de la leche materna debe realizarse durante la atención inmediata del recién nacido [64, 65].

Otros micronutrientes presentes en la leche materna y de gran importancia en el crecimiento y desarrollo del niño es el hierro, el cual es dos veces más absorbible que los presentes en otros alimentos, este se encuentra en gran cantidad en la leche madura y contribuye a reducir el riesgo de anemia [14].

**A.4.3. Grasas**, representan casi la mitad de las calorías que contiene la leche humana, se componen principalmente de ácidos grasos no saturados, colesterol (ácidos oleico, palmítico y linoleico) y lipasa, facilitando la digestión y absorción [62, 66].

**A.4.4. Elementos inmunológicos**, son aquellos que le dan la categoría de vacuna a la leche materna -en especial el calostro-, contiene una serie de inmunoglobulinas capaces de reducir el riesgo de presentar enfermedades que los niños no amamantados con leche materna pueden adquirir fácilmente, más aún en poblaciones con condiciones socio-sanitarias y económicas vulnerables [67].

**A.4.5. Elementos celulares**, los glóbulos blancos en forma macrófagos representan nueve de cada diez elementos celulares presentes en la

leche materna, estos son los encargados de fagocitar agentes patógenos e impedir las infecciones, función que desempeñan junto con las células T y B [67].

**A.4.6. Factor bífido**, ayuda a mantener un pH ácido en el sistema digestivo, lo que evita la colonización por hongos, bacterias, parásitos, previniendo la infestación [67].

**A.4.7. Elementos humorales**, entre los que destacan los anticuerpos (inmunoglobulinas), tales como: IgA (evita la adhesión y neutraliza bacterias y virus), IgG (neutraliza protozoos y virus), IgM (protección a corto plazo), IgD (inmunomodulación), IgE (protección antialérgica) [67, 68].

**A.4.8. Calorías**, la producción de leche materna en los primeros seis meses es en promedio de 750 ml a 1000 ml en 24 horas, lo que en términos de calorías proporciona al niño cerca de 70 kcal diariamente; esto es posible siempre y cuando se le brinde LME a libre demanda, caso contrario, la producción de LM se verá reducida drásticamente en los primeros dos meses [62].

## **A.5. Beneficios de la lactancia materna**

### **A.5.1. Beneficios para el niño**

- **Proporciona los nutrientes necesarios**, contiene proteínas, carbohidratos, vitaminas, minerales, grasas u otros elementos que la convierten en el alimento más completo, tanto nutricional como inmunológico [68]
- **Antialérgica**, fisiológicamente la leche materna -en especial el calostro-, por su densidad evita que los alérgenos entren en contacto directo con la mucosa intestinal del niño, reduciendo la aparición de alergias de tipo biológico, ambiental o alimenticio [68].

- **Prolonga la inmunidad natural vertical**, los anticuerpos transferidos de la madre al niño a través de leche contribuyen con la destrucción de virus, bacterias, hongos, protozoos, entre otros, minimizando el riesgo de infecciones, sobre todo si el niño se alimenta con el calostro durante los primeros cinco días, ya que este contiene una alta carga inmunitaria [67, 68].
- **Fácil digestión y asimilación**, mejora la motilidad intestinal y previene diarreas, estreñimientos, constipación, indigestión o cólicos abdominales [68].
- **Disminuye las morbilidades respiratorias y digestivas**, los niños que reciben LME tienen casi cuatro veces menos probabilidad de enfermar con neumonía, bronconeumonía, resfrío, otitis media aguda y diarrea [20].
- **Reduce el riesgo de obesidad**, la composición nutricional exacta de la leche materna asegura que el niño no se encuentre expuesto a una malnutrición por exceso, lo cual podría incrementar el riesgo de sobrepeso u obesidad [20].
- **Forma los órganos de la masticación**, contribuye con el correcto posicionamiento de la mandíbula y los dientes al succionar los músculos orofaciales involucrados en el proceso de amamantamiento se fortalecen, fijando la mandíbula y dientes para una mejor masticación [20].
- **Refuerza el vínculo madre-hijo**, el acto de amamantar brinda seguridad y confianza a la madre y niño, promueve un buen crecimiento y mejora el autoconcepto de la madre [20].

#### **A.5.2. Beneficios para la madre**

La LM ayuda en la liberación de oxitocina, hormona útil para mejorar el tono muscular del útero, reducir su tamaño y prevenir hemorragias

posparto; constituye el medio efectivo para disminuir el peso acumulado en forma de grasa durante la gestación (cadera, cintura) [1].

Asimismo, se ha demostrado que la LM ayuda a reducir el riesgo de cáncer de mama y ovarios [63], mejora el estado emocional de la madre y el niño, fortalece el apego y brinda seguridad a la madre en el cumplimiento de su rol maternal [18].

### **A.5.3. Beneficios sociales**

El principal beneficio social de la LM es que en su producción no se demandan ni se requieren productos que puedan contaminar el medio ambiente, es decir, es un “alimento ecológico”, no elimina los desechos al medio ambiente, como ocurre con los envases y productos elaborados en la fabricación de fórmulas lácteas, biberones, chupones y demás sucedáneos [6].

### **A.5.4. Conservación y almacenamiento de la leche materna**

La extracción de la leche materna se realiza solo por cuestiones estrictamente necesarias, como la hospitalización de la madre o el niño, la situación laboral de la madre o la donación de leche. La mejor forma de amamantar al niño es directamente del pecho, así no solo asegura la inocuidad de la leche, sino que también fortalece el vínculo afectivo y emocional entre madre e hijo [70].

De este modo, la extracción de leche puede ser manual, mecánica o electrónica, la forma que se elija estará en función del equipo extractor que se disponga. En este proceso, es fundamental realizar una correcta limpieza de la mama y un adecuado lavado de manos [70].

Para la conservación de la leche materna extraída se debe tener en cuenta lo siguiente: lavado de manos antes de manipular el recipiente, etiquetar el recipiente (fecha y hora de extracción), refrigerarla a unos

4° C -puede estar a temperatura ambiente durante las cuatro primeras horas de su extracción y de seis a ocho horas, si se ha cuidado la limpieza en el proceso-. Se sugiere su congelación dentro de las 24 horas siguientes a su extracción; guardar en pequeñas tomas (60 a 120 ml), la cantidad que el niño requiere por cada toma. Una vez sometida a baño maría o descongelamiento, la leche que no es consumida deberá ser descartada [70].

## **B. Nivel de conocimiento**

### **B.1. Conocimiento**

#### **B.1.1. Definición**

Es el conjunto de datos producidos por medio de la experiencia, el aprendizaje (después de) o la introspección (antes de); forma parte de la comprensión de alguien o algo e integra la realidad objetiva y subjetiva [71]. Permite al individuo entender la realidad y, a partir de ello, modificarla [72].

Asimismo, el conocimiento es “un acto racional consciente” que le otorga al sujeto la capacidad de comprender las características particulares de una realidad, explicando y dando soluciones a lo que se pretende conocer [73]. Por tanto, el conocimiento está motivado por la disposición que tiene el individuo para conocer e interpretar el fenómeno, suceso o hecho materia de investigación [74].

#### **B.1.2. Tipos de conocimiento**

El conocimiento es organizado según las funciones que va a cumplir en el análisis de la realidad que se pretende conocer, entender o interpretar. Según Cerón [75], existen cuatro tipos:

- **Empírico**, se obtiene por medio de las experiencias, el ensayo y error, y la observación no metódica ni sistematizada; es decir, se alcanza a través de la praxis y permite al sujeto cognoscente hacer frente a la cotidianidad y resolver problemas comunes [75].



- **Precientífico**, tiene más claridad, orden, exactitud; es menos dubitativo y más teórico que el conocimiento empírico. Es el conocimiento que se tiene sobre una realidad antes de conocerla a profundidad, puede alcanzarse por medio de la lectura y la narrativa [75].
- **Científico**, es exacto, sistemático, metódico, claro, preciso; utiliza el método científico como herramienta para alcanzar el entendimiento y transformar en ciencia lo encontrado. Se consolida por medio de los modelos conceptuales, teorías y leyes surgidas de la realidad conocida; además de ser observable, medible y comprobable [75].
- **Filosófico**, surge a partir del estudio del ser y la realidad sustentada en la existencia, es más reflexivo, profundo e integra los distintos tipos de conocimiento [75].

### B.1.3. Niveles de conocimiento

Para Zegarra [74], el conocimiento se organiza en tres niveles:

- **Bueno**: ocurre cuando el sujeto cognoscente muestra un grado superior u óptimo de comprensión sobre la realidad por conocer [74].
- **Regular**: ocurre cuando el sujeto cognoscente muestra un grado no muy claro o dubitativo de comprensión sobre la realidad por conocer [74].
- **Malo**: Ocurre cuando el sujeto cognoscente muestra un grado incorrecto o inaceptable de comprensión sobre la realidad por conocer [74].

#### **B.1.4. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna**

El conocimiento que una madre posee sobre LM debe ser entendido como el conjunto de saberes producidos con base en sus experiencias previas, prácticas sobre técnicas y formas de amamantar, así como información adquirida por diversos medios respecto a LM, entre otros.

Desde esta perspectiva, las madres en su mayoría adquieren conocimiento sobre LM de manera empírica, otras veces mediante lecturas, medios de comunicación masiva, radio, televisión, redes sociales (conocimiento empírico). También lo pueden obtener a partir de las enseñanzas transmitidas por sus grupos de apoyo (madre, amiga, vecina).

#### **B.1.5. Clasificación del nivel de conocimiento sobre lactancia materna**

Para fines del presente estudio y considerando los postulados de Zeña [19], el nivel de conocimiento sobre LM que poseen las madres se clasifica en:

- **Bueno:** evidenciado cuando la madre muestra un grado superior u óptimo de comprensión sobre LM, en temas como: conceptos generales (definición, duración, inicio y frecuencia, importancia de la succión, composición de la leche y calostro), beneficios maternos (disminución de la hemorragia posparto, promueve el vínculo madre-hijo, reduce el riesgo de cáncer de mama y ovarios), beneficios para el neonato (protege de infecciones, fortalece el desarrollo intelectual y motor, ayuda en la formación de la boca y las piezas dentarias), técnica de amamantamiento (posición de la madre y el niño durante la LM, buen agarre), y conservación y almacenamiento de la leche materna (forma correcta de conservación y almacenaje) [19].
- **Regular:** evidenciado cuando la madre muestra un grado poco claro u dubitativo de comprensión sobre LM, en temas como:

conceptos generales (definición, duración, inicio y frecuencia, importancia de la succión, composición de la leche y calostro), beneficios maternos (disminución de la hemorragia posparto, promueve el vínculo madre-hijo, reduce el riesgo de cáncer de mama y ovarios), beneficios para el neonato (protege de infecciones, fortalece el desarrollo intelectual y motor, ayuda en la formación de la boca y las piezas dentarias), técnica de amamantamiento (posición de la madre y el niño durante la LM, buen agarre), y conservación y almacenamiento de la leche materna (forma correcta de conservación y almacenaje) [19].

- **Malo:** evidenciado cuando la madre muestra un grado incorrecto o inaceptable de comprensión sobre LM en temas como: conceptos generales (definición, duración, inicio y frecuencia, importancia de la succión, composición de la leche y calostro), beneficios maternos (disminución de la hemorragia posparto, promueve el vínculo madre-hijo, reduce el riesgo de cáncer de mama y ovarios), técnica de amamantamiento (posición de la madre y el niño durante la LM, buen agarre), y conservación y almacenamiento de la leche materna (forma correcta de conservación y almacenaje) [19].

### 2.2.3. Práctica de la técnica de lactancia materna en madres

#### A. Práctica

##### A.1 Definición

Es la competencia, destreza o habilidad adquirida tras la ejecución repetida y sistemática de una actividad dirigida u orientada a un fin. Es el acto de llevar a la práctica el conocimiento teórico aprendido (pasar de lo abstracto a lo concreto). La práctica se evidencia por medio de los comportamientos, conductas, procesos, procedimientos o reacciones ejecutadas por el individuo [73].

## **A.2. Tipos de práctica**

La práctica se clasifica en función a la capacidad o habilidad que posee la persona para ejecutar una determinada actividad con ciertos grados de experticia. Así, se pueden referir las siguientes categorías:

- **Adecuada**, demostración “apropiada u óptima” de la ejecución de una tarea, utilizando pautas, procedimientos, normas o parámetros estandarizados o recomendados, cuyo resultado demuestra la eficacia de la intervención realizada [76].
  
- **Regular**, demostración “escasa o dubitativa” de la ejecución de una tarea, utilizando pautas, procedimientos, normas o parámetros estandarizados o recomendados, cuyo resultado demuestra la eficacia de la intervención realizada [76].
  
- **Inadecuada**, demostración “nula, torpe, negligente y hasta ignorante” de la ejecución de una tarea, utilizando pautas, procedimientos, normas o parámetros estandarizados o recomendados, cuyo resultado demuestra la eficacia de la intervención realizada [76].

## **B. Técnica de lactancia materna**

### **B.1. Definición**

Es la habilidad, destreza o competencia que tiene la madre respecto a la forma de amamantar al niño; cualidades adquiridas en función de su experiencia, costumbres, creencias, información disponible o transmitida de generación en generación [19].

El amamantar como práctica es instintivo para el niño; sin embargo, para la madre es un acto consciente que requiere no solo del conocimiento sobre LM, sino también del aprendizaje y ejecución de la técnica correcta. Estos elementos son esenciales para lograr una

LM exitosa que contribuya al óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

Los estudios reportan que una práctica correcta de la técnica de amamantar estimula una mayor producción de leche, promueve la liberación de hormonas que brindan placer, tranquilidad y satisfacción a la madre y el niño, y reduce la morbilidad materno-neonatal [7, 8]; además, permite la participación familiar en el cuidado del niño y mejora la funcionalidad familiar [9, 10].

Por tanto, en la praxis, el conocimiento debe traducirse en prácticas correctas de LM, entre estas, incluye la técnica correcta para amamantar. Se ha comprobado que las madres que poseen un nivel alto de conocimiento sobre LM tienen mayor posibilidad de realizar la técnica de amamantamiento correctamente, lo que contribuye al buen crecimiento y desarrollo de los niños, así como a la reducción de la morbilidad infantil.

## **B.2. Técnicas de amamantamiento**

Son indispensables para evitar una serie de problemas en el niño (problemas nutricionales y alteraciones del desarrollo) y en la madre (lesiones del pezón, mastitis, dolor de espalda). Existen diversas técnicas que se pueden emplear en función a las necesidades y la comodidad del niño y la madre [6, 77]. Durante la LM se debe tener en cuenta los aspectos que incluyen:

- **Agarre**, un buen agarre del pezón implica las siguientes consideraciones en relación al niño: cuerpo frente al de la madre, cabeza bien alineada al pecho, areola introducida en la boca, abdomen madre-hijo = ombligo con ombligo, boca abierta, labio inferior evertido, mejillas aplanadas a la succión, nariz y mentón en contacto con el pecho materno [6].

- **Posturas**, la posición para amamantar dependerá de la comodidad de la madre y el niño, estas pueden rotarse, pero es fundamental adoptar las posturas correctas, dado que reducen el riesgo de problemas musculares en la madre [77].
- **Posición de crianza biológica**, madre recostada, boca arriba y el niño boca abajo, es útil en las primeras semanas cuando el niño aún no logra el control cefálico, ayuda a mejorar la psicomotricidad gruesa (gateo) y valorar el reflejo de búsqueda [6, 77].
- **Posición sentada**, el tronco del niño de frente y junto a la madre, quien rodea el cuerpo del niño con el antebrazo sujetando la cabeza, se puede acompañar con una ligera elevación de los pies de la madre [77].
- **Posición balón rugby**, se coloca al niño entre la axila de la madre con la cara a la altura del pecho y sujetado por entre la cabeza con los brazos de la madre; es útil para dar de amamantar a gemelos o prematuros [11].
- **Posición acostada**, la madre se acuesta de lado de manera que el niño quede con la cara a la altura del pecho materno y de manera paralela a él. Se puede cambiar de lado en cada mamada, es útil para la lactancia nocturna [6, 77].
- **Posición de caballito**, colocar al niño entre las piernas de la madre que se encuentra sentada, acercar la cabeza al pecho buscando contactar el abdomen; es útil en niños que presentan grietas, reflujo gastroesofágico, son prematuros, tienen labio leporino, mandíbula pequeña y problemas de hipotonía [11].

### **B.3. Técnica correcta de lactancia materna**

Para la OMS [1], una correcta técnica de LM practicada por la madre al momento de amamantar debe incluir los siguientes pasos:

La posición (madre cómoda y relajada; niño sostenido cerca al cuerpo de la madre, cabeza y cuerpo alineados, mentón tocando el pecho, sujetado con firmeza por detrás); respuesta del niño (busca el pecho si tiene hambre, muestra movimientos de búsqueda, explora el pecho con la lengua, mama tranquilo y despierto, presenta signos de eyección de la leche (goteo, chorros), se mantiene en el pecho) y el vínculo afectivo (abrazo seguro y confiado de la madre, la madre mira a la cara y lo acaricia) [1].

Además, se considera la anatomía de las mamas (pechos blandos después de la toma, con pezones salientes y protráctiles, piel de aspecto saludable, pecho redondeado durante la toma) y la succión (boca muy abierta, labio inferior evertido, lengua rodeando la areola, mejillas redondeadas, areola por encima de la boca, succión lenta, profunda y con pausas cada cinco deglutidas, se ve u oye como el niño traga) [1].

#### **B.4. Clasificación de la práctica de la técnica de lactancia materna**

La práctica de la técnica de LM se organiza de acuerdo con la capacidad que tiene la madre para ejecutar el procedimiento correcto para amamantar:

**B.4.1 Adecuada**, se presenta cuando la demostración por parte de la madre sobre la técnica de LM es “apropiada u óptima”, considerando durante el amamantamiento: posición del cuerpo madre-niño (relajación, sostén del niño, posición de la cabeza y mentón), respuestas del niño (reflejo de búsqueda, mama despierto y tranquilo, permanencia en el pecho, evidencia de eyección de leche), vínculo afectivo (mirada al niño durante la lactancia, caricias, abrazos), anatomía de la mama (blanda tras la toma, pezones formados y eréctiles a la estimulación, piel integra, pecho redondeado), succión (posición de la boca, labios, lengua y mejillas, características de la succión y deglución) [19, 76].

**B.4.2 Regular**, se presenta cuando la demostración por parte de la madre sobre la técnica de LM es “escasa o dubitativa”, considerando durante el amamantamiento: posición del cuerpo madre-niño (relajación, sostén del niño, posición de la cabeza y mentón), respuestas del niño (reflejo de búsqueda, mama despierto y tranquilo, permanencia en el pecho, evidencia de eyección de leche), vínculo afectivo (mirada al niño durante la lactancia, caricias, abrazos), anatomía de la mama (blanda tras la toma, pezones formados y eréctiles a la estimulación, piel integra, pecho redondeado), succión (posición de la boca, labios, lengua y mejillas, características de la succión y deglución) [19, 76].

**B.4.3. Inadecuada**, se presenta cuando la demostración por parte de la madre sobre la técnica de LM es “nula o torpe”, considerando durante el amamantamiento: posición del cuerpo madre-niño (relajación, sostén del niño, posición de la cabeza y mentón), respuestas del niño (reflejo de búsqueda, mama despierto y tranquilo, permanencia en el pecho, evidencia de eyección de leche), vínculo afectivo (mirada al niño durante la lactancia, caricias, abrazos), anatomía de la mama (blanda tras la toma, pezones formados y eréctiles a la estimulación, piel integra, pecho redondeado), succión (posición de la boca, labios, lengua y mejillas, características de la succión y deglución) [19, 76].

#### **B.5. Complicaciones de la lactancia materna inadecuada en el recién nacido**

Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran la deshidratación con incremento de sodio en sangre, lo que podría causar edema cerebral y convulsiones; afecciones que representan el 13,4% de los ingresos hospitalarios que se encuentran vinculados a la deficiente LM y que están acompañadas de fiebre y reducción en la producción de orina [78]. Además de ictericia e hipoglicemia, y a largo plazo, alteraciones del desarrollo y del estado de ánimo [79].



## **B.6. Complicación de la lactancia materna inadecuada en la madre**

La LM inadecuada puede provocar en la madre complicaciones que afecten tanto su salud física como mental. En la salud física puede desarrollar mastitis, congestión mamaria y agrietamiento de los pezones dificultando aún más la práctica correcta de amamantar [80]; mientras que, en la salud mental, se pueden presentar temor, frustración, angustia, ansiedad y depresión que se agrava cuando la madre no tiene la capacidad para dar de amamantar [81]. Además, el no amamantar o amamantar con menor frecuencia se ha asociado con mayor riesgo de la madre a desarrollar diabetes tipo 2, cáncer de mama y cáncer de ovarios [82].

## **2.3. Definición de términos básicos**

### **a) Conocimiento**

Conjunto de datos adquiridos por medio de la experiencia, aprendizaje (después de) o la introspección (antes de); forma parte de comprensión de alguien o algo e integra la realidad objetiva y subjetiva [71].

### **b) Lactancia materna exclusiva**

Acto de amamantar al niño hasta los seis meses de vida y de forma exclusiva con leche materna, sin incluir ningún otro tipo de alimento, ni siquiera líquidos [58].

### **c) Lactancia materna complementaria**

Inicia a partir de los seis meses y se extiende hasta los dos años, en esta etapa, la leche materna ya no es el alimento principal, sino que es sustituida parcialmente por la alimentación complementaria [1].

### **d) Práctica**

Destreza o habilidad alcanzada tras la ejecución repetida y sistemática de una actividad dirigida a un fin específico, se evidencia por medio de los comportamientos, conductas, procesos, procedimientos o reacciones ejecutadas por el individuo [73].

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Ámbito de estudio**

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Chota, ubicada en la región Cajamarca a más de 2430 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m.), localizada en el valle interandino Chotano. Está rodeada de comunidades rurales donde las principales actividades económicas son la ganadería y la agricultura, y cuenta con 52 378 habitantes [34]. En la ciudad se encuentran diversas instituciones educativas (inicial, primaria, secundaria, superior), instituciones sanitarias (públicas y privadas); organizaciones religiosas de predominancia católica, además de otras organizaciones públicas, sociales y culturales [83].

En el distrito de Chota, se localiza en el centro de la ciudad el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, clasificado con categoría II-1, es una unidad ejecutora de salud a cargo del Ministerio de Salud (MINSA), utilizado como centro de referencia de pacientes procedentes de las provincias de Hualgayoc y Santa Cruz. Su cartera de servicios está distribuida en 13 áreas, entre las que se incluyen el alojamiento conjunto -contexto del estudio-, crecimiento y desarrollo, pediatría y materno-neonatal [84].

Según las proyecciones de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, en 2024, los usuarios adscritos a los servicios de salud ofertados por el hospital son más de 10 mil personas, entre los cuales se encuentran 1118 menores de cinco años y aproximadamente 245 recién nacidos [85, 86].

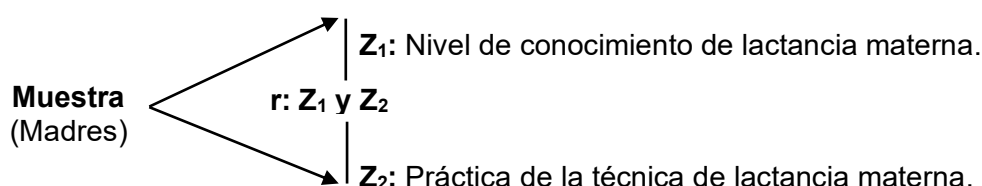
#### **3.2. Diseño de investigación**

Estudio cuantitativo, relacional, observacional y trasversal [87]:

Cuantitativo, en el proceso se usaron datos estadísticos cuantificables, medibles y observables; además de herramientas informáticas de análisis estadístico que permitieron procesar la información obtenida y probar la hipótesis propuesta. Relacional, porque se buscó determinar la relación entre nivel de conocimiento y técnica de LM en las madres [72].

El diseño fue de tipo observacional, debido a que los datos se obtuvieron en el mismo lugar donde ocurrieron los eventos y sin intervención deliberada de las variables por parte del investigador; y transversal, ya que se obtuvo información de fuentes primarias, durante un periodo de tiempo y por única vez [72].

### Esquematización del estudio:



### 3.3. Hipótesis

- **H1:** Existe relación significativa entre nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en el alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024.
- **H0:** No existe relación significativa entre nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en el alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024.

### 3.4. Población, muestra y unidad de estudio

La población lo constituyeron las madres que se encontraron internadas en el servicio de alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas entre los meses de septiembre y octubre de 2024.

La muestra fue determinada de acuerdo a la fórmula de proporciones para poblaciones finitas, en función a la variación de frecuencias y la naturaleza categórica de las variables. Considerando que en promedio se internan cinco madres diariamente en el alojamiento conjunto, lo que equivale a un total de 150 madres al mes, por tanto, la muestra final fue de 109 madres, lo que permitió recolectar la información a razón de tres madres por día. El muestreo para determinar las madres participantes se hizo diariamente y de manera aleatoria simple. Para ello, se calculó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N(Z_{\alpha}^2)(p)(q)}{e^2(N - 1) + (Z_{\alpha}^2)(p)(q)}$$

Donde:

$N$	: Tamaño muestral para una población finita	=	$N$
$N$	: Tamaño de la población	=	150
$Z$	: Coeficiente de confianza	=	1,96
$P$	: Proporción del fenómeno estudiado	=	0,5
$Q(1-P)$	: Complemento de P	=	0,5
$E$	: Error absoluto o error de precisión	=	0,05

$$n = \frac{150 * 1.96^2 * 0,5 * 0,5}{(149 - 1)0,05^2 + 1,96^2 * 0,5 * 0,5} = 109$$

#### **Criterios de inclusión (madres):**

- Con parto atendido en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas.
- Que tuvieron como mínimo diez horas de haber dado a luz.
- Que dieron a luz mediante parto vaginal o cesárea.
- Procedentes de la provincia de Chota.
- Que firmaron el consentimiento informado en el servicio de alojamiento conjunto.

#### **Criterios de exclusión (madres):**

- Que se encontraron bajo los efectos de la anestesia o medicamentos operatorios y preoperatorios que alteraron el estado de conciencia.
- A quienes se les había contraindicado ofrecer LM.
- Con problemas mentales o que se encontraron con tratamiento psiquiátrico medicamentado.
- Que no desearon participar o que no firmaron el consentimiento informado.

### 3.5) Operacionalización de variables

#### a) Variable 1: Nivel de conocimiento sobre lactancia materna

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final	
				Dimensión	Total
Nivel de conocimiento sobre lactancia materna	Información con la que dispone la madre respecto a la lactancia materna, considerando, beneficios para la madre y el niño, técnica para amamantar y formas de conservar y almacenar la leche [19].	Generalidades de la lactancia materna	Definición, duración, inicio y frecuencia de la lactancia materna; importancia de la succión, composición de la leche materna y calostro. (Preguntas: 1 – 5)	<b>Malo:</b> 00 – 04 puntos <b>Regular:</b> 06 – 08 puntos <b>Bueno:</b> 10 puntos	<b>Malo:</b> 00 – 24 puntos  <b>Regular:</b> 26 – 36 puntos  <b>Bueno:</b> 38 – 50 puntos
		Beneficios para la madre	Disminución de la hemorragia posparto, promueve el vínculo madre-hijo, reduce el riesgo de cáncer de mama y ovarios. (Preguntas: 6 – 10)	<b>Malo:</b> 00 – 04 puntos <b>Regular:</b> 06 – 08 puntos <b>Bueno:</b> 10 puntos	
		Beneficios para el neonato	Protege de infecciones, fortalece el desarrollo intelectual y motor, ayuda en	<b>Malo:</b> 00 – 04 puntos	

			la formación de la boca y las piezas dentarias. (Preguntas: 11 – 15)	<b>Regular:</b> 06 – 08 puntos <b>Bueno:</b> 10 puntos	
		Técnica de amamantamiento	Posición de la madre y el niño para la lactancia, signos del buen agarre, forma de agarrar la mama durante la lactancia. (Preguntas: 16 – 20)	<b>Malo:</b> 00 – 04 puntos <b>Regular:</b> 06 – 08 puntos <b>Bueno:</b> 10 puntos	
		Conservación y almacenamiento de la leche materna	Forma correcta de conservación y almacenaje de la leche materna. (Preguntas: 21 – 25)	<b>Malo:</b> 00 – 04 puntos <b>Regular:</b> 06 – 08 puntos <b>Bueno:</b> 10 puntos	

**b) Variable 2: Práctica de la técnica de lactancia materna**

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final	
				Dimensión	Total
Práctica de la técnica de lactancia materna	Habilidad o destreza que tiene la madre respecto a la forma de amamantar, cualidades que las ha adquirido en función a su experiencia, costumbres o transmitida de generación en generación [19].	Posición del cuerpo Madre-niño	Relajación, sostén del niño, posición de la cabeza y mentón del niño. (Pregunta: 1 – 5)	<b>Inadecuada:</b> 00 – 04 puntos <b>Regular:</b> 06 – 08 puntos <b>Adecuada:</b> 10 puntos	<b>Inadecuada:</b> 00 – 24 puntos <b>Regular:</b> 26 – 36 puntos <b>Adecuada:</b> 38 – 50 puntos
		Respuestas del niño	Reflejo de búsqueda, mama despierto y tranquilo, permanencia en el pecho, evidencia de eyección de leche. (Pregunta: 6 – 11)	<b>Inadecuada:</b> 00 – 04 puntos <b>Regular:</b> 06 – 08 puntos <b>Adecuada:</b> 10 – 12 puntos	
		Vínculo afectivo	Mirada al niño durante la lactancia, caricias, abrazos. (Pregunta: 12 – 14)	<b>Inadecuada:</b> 00 – 02 puntos <b>Regular:</b> 04 puntos	

				<b>Adecuada:</b> 06 puntos	
		Anatomía de la mama	Mirada al niño durante la lactancia, caricias, abrazos. (Pregunta: 15 – 18)	<b>Inadecuada:</b> 00 – 02 puntos <b>Regular:</b> 04 – 06 puntos <b>Adecuada:</b> 08 puntos	
		Succión	Posición de la boca, labios, lengua y mejillas, características de la succión y deglución. (Pregunta: 19 – 25)	<b>Inadecuada:</b> 00 – 06 puntos <b>Regular:</b> 08 – 10 puntos <b>Adecuada:</b> 12 – 14 puntos	



### **3.5. Descripción de la metodología**

#### **3.6.1. Métodos**

Las técnicas de recolección de datos incluyeron la entrevista y la observación [87]. La entrevista a las madres se realizó con el objeto de determinar el nivel de conocimiento sobre LM que poseen, esta fue personal, anónima y administrada por los investigadores (pregunta y respuesta). La observación se empleó con el fin de evaluar la práctica que realizan las madres sobre la técnica de LM, esta se obtuvo al momento en que las madres se disponían a amamantar en el servicio de alojamiento conjunto.

La recolección de información fue secuencial y contempló:

- a. Solicitud dirigida al director del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, a fin de acceder a la data diaria de las madres que se encontraron en el servicio de alojamiento conjunto. El documento explicó la metodología y el periodo de duración de la recolección de datos (septiembre - octubre 2024).
- b. Solicitud de reunión con los responsables de los servicios de alojamiento conjunto, Enfermería y Obstetricia para dar a conocer los detalles de la investigación (metodología de recolección de datos, propósito y beneficios).
- c. Recojo de la data para realizar la selección muestral del día, esto se realizó a diario y durante el tiempo de estudio. El tamizaje estadístico se efectuó cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión.
- d. Captación de las madres en el servicio de alojamiento conjunto.
- e. Obtención de la firma del consentimiento informado (Anexo 1).
- f. Aplicación del cuestionario sobre nivel de conocimiento. La evaluación de la técnica de LM se realizó cuando el niño se encontraba lactando, sin forzar el proceso y de forma discreta.
- g. Al término de la recolección total de la información, se hará llegar un informe escrito de las actividades realizadas a la dirección del hospital y jefaturas involucradas.

### 3.6.2. Materiales

Los datos se recabaron por medio de un cuestionario y una lista de cotejo:

El cuestionario “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres”, ha sido diseñado por Juárez y Palacios en el Perú en el año 2016 y adaptado por Zeña [19] en 2023. Está organizado en dos secciones, la primera contiene datos generales de la madre, tales como, edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia y número de atenciones prenatales; la segunda consta de 25 preguntas abiertas y de respuesta múltiple que miden el nivel de conocimiento sobre LM que poseen las madres (Anexo 2).

Está distribuido en cinco dimensiones: Conceptos generales de LM (preguntas = 1 a 5), beneficios maternos (preguntas = 6 a 11), beneficios del neonato (preguntas = 12 a 14), técnica de amamantamiento (pregunta = 15 a 18), y conservación y almacenamiento de la leche materna (pregunta = 19 a 25). Cada pregunta tiene una única respuesta, con puntuaciones de cero (00) para las incorrectas y dos (02) para las respuestas correctas. Los puntajes por dimensiones se determinaron por medio de una baremación a la base de datos final. El puntaje total del cuestionario se obtiene luego de la sumatoria de las 25 preguntas y se clasifica en: conocimiento bueno (38 a 50 puntos), regular (26 a 36 puntos) y malo (00 a 24 puntos).

El cuestionario fue validado por el juicio de tres expertos en el área de la salud, a quienes se les proporcionó una matriz conteniendo el total de preguntas evaluados en nueve criterios, calificados en desacuerdo (0 punto) y de acuerdo (1 puntos), donde el índice de aprobación de expertos alcanzó una concordancia perfecta (100%). La confiabilidad se evaluó con diez participantes, obteniendo un coeficiente KR-20 = 0,748 (aceptable) [19].

La lista de cotejo sobre prácticas de la técnica de LM, ha sido adaptada de la “Ficha de observación de la guía técnica para la consejería en lactancia materna” del MINSA (2019) [88]; a su vez ha sido diseñada a partir del trabajo elaborado por Armstrong HC en los Estados Unidos (1992) [88]. La fiabilidad del instrumento fue evaluada con diez participantes, obteniéndose un KR-20 = 0,846 (muy aceptable) (Anexo 3).

Este instrumento se encuentra organizado en 25 preguntas con respuestas dicotomizadas de sí o no; distribuidas en cinco dimensiones: posición (preguntas = 1 a 5), respuesta (preguntas = 6 a 11), vínculo afectivo (preguntas = 12 a 14), anatomía (preguntas = 15 a 18) y succión (preguntas = 19 a 25). Cada respuesta correcta es puntuada con dos (02 puntos) y las incorrectas con cero puntos (00 puntos). Los puntajes por dimensiones se determinaron por medio de una baremación a la base de datos final. El puntaje total es la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada pregunta y clasificado en: Inadecuada (00 - 24 puntos), regular (26 - 36 puntos) y adecuada (38 - 50 puntos) [86].

La prueba piloto se realizó con diez madres que se encontraban en el alojamiento conjunto del Hospital Santa María de Cutervo. La fiabilidad de obtuvo mediante KR-20, considerando como aceptable un coeficiente mayor a 0,75 y obteniéndose 0,875 para el cuestionario de conocimiento sobre lactancia materna y 0,819 para el de práctica de lactancia materna. La prueba piloto también ayudó a someter los instrumentos a simulación cultural y metodológica (Anexos 5).

### **3.6. Procesamiento y análisis de datos**

Al término de la colecta de datos, los cuestionarios fueron revisados individualmente para garantizar su calidad, aquellos en los que se encontraron enmendaduras, respuestas duplicadas o contenían preguntas sin responder se descartaron de la muestra final. Luego, los datos fueron introducidos en una base de datos diseñada en SPSS v.27.0.

El análisis estadístico abarcó una fase descriptiva, en la cual se identificaron las características maternas y se determinaron el nivel de conocimiento y las prácticas de la técnica de LM, considerando sus dimensiones. Los resultados se presentan en tablas de una sola entrada, conteniendo frecuencias absolutas y relativas.

La segunda fase implicó el análisis inferencial, con el objeto de determinar la relación entre ambas variables; proporcionando tablas cruzadas que albergan frecuencias. La prueba de hipótesis fue realizada con Chi cuadrada, contemplando una significancia  $< 0,05$ . Los hallazgos se interpretaron en función a los porcentajes más relevantes y siguiendo el supuesto planteado en la hipótesis de la investigación.

**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**4.1. Caracterizar social y demográficamente según procedencia a las madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024**

Tabla 1. Características sociodemográficas, según procedencia de las madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024

Características sociodemográficas	Procedencia				Total	
	Rural		Urbana		N	%
	N	%	N	%		
	(64)	(58,7)	(45)	(41,3)	(109)	(100,0)
<b>Edad</b>						
18 a 29 años	36	33,0	22	20,2	58	53,2
30 a 39 años	25	22,9	19	17,5	44	40,4
40 a más años	3	2,8	4	3,6	7	6,4
<b>Grado de instrucción</b>						
Iletrada	1	0,9	4	3,6	5	4,5
Primaria	22	20,2	9	8,2	31	28,4
Secundaria	25	22,9	23	21,3	48	44,2
Superior	16	14,7	9	8,2	25	22,9
<b>Estado civil</b>						
Casada	47	43,1	29	26,6	76	69,7
Soltera	17	15,6	16	14,7	33	30,3
<b>Controles prenatales (CPN)</b>						
< 6 CPN	10	9,2	3	2,8	13	11,9
6 a más CPN	54	49,5	42	38,5	96	88,1

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre lactancia materna, 2024

En la tabla 1 se muestra que las características más comunes de las madres encuestadas se encuentran entre las que tenían 18 a 29 años (33,0% rural y 20,2%); con educación secundaria (22,9% rural y 21,3% urbana); casadas (43,1% rural y 26,6% urbana); y que recibieron de seis a más CPN (49,5% rural y 38,5% urbana).

El perfil sociodemográfico de las madres participantes del estudio indica que más de la mitad de ellas tienen menos de 30 años (jóvenes); rango de edad que coincide con los resultados identificados en India por Ravichandran et al. [39], quienes identificaron una media de 27,3 años en madres lactantes; e igual de parecidos que los reportes nigerianos de Yakubu et al. [40], donde se observaron edades de 20 a 30 años. Estas cifras muestran una tendencia similar en países con contextos de desarrollo comparables, como en Perú, y en poblaciones como las que participaron del presente estudio, a pesar de las ligeras variaciones en la edad materna.

Además, es sabido que las madres jóvenes tienen mejor predisposición para adquirir y aplicar conocimientos sobre LM, a diferencia de las madres adolescentes, quienes por su inexperiencia pueden enfrentar dificultades que conducen a errores al momento del amamantamiento, o a las madres añosas que por cuestiones de patrones culturales arraigados o una menor motivación para el cuidado del niño suelen mantener prácticas que no favorecen la LM, haciendo que sus hijos tengan mayor riesgo de padecer alteraciones del estado nutricional y el desarrollo [41, 54].

Según procedencia, seis de cada diez madres proceden del área rural, esto coincide con el estudio de Ravichandran et al. [39], en India, en el que 81,8% residían en la zona rural y al reporte de Dharel et al. (44) en Nepal, donde 60,9% tenían procedencia similar. Al respecto, la OMS [3], refiere que la ruralidad y los bajos ingresos agravan el desconocimiento y las prácticas inadecuadas sobre LM que poseen las madres.

Estos resultados se explican posiblemente debido a que, en áreas rurales, las madres aún tienen limitado acceso a servicios de salud y a información

adecuada sobre LM, lo que les dificulta comprender su importancia para el desarrollo integral del niño; pero también a mitos, creencias y costumbres propias de sus entornos culturales que se han transmitido de manera intergeneracional, manteniendo prácticas inadecuadas de LM o inicio temprano de la alimentación complementaria, descuidando la LME [3, 19].

Asimismo, las cifras indican que la ruralidad en cualquier contexto, incluido el del presente estudio, es un factor recurrente entre las madres, esto atribuido a que la población usuaria de los servicios de salud del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota procede o desciende de familias rurales, además, el hospital es el establecimiento de referencia de la provincia de Chota, por lo que muchas madres han sido referidas de los distritos (rurales) para su atención de parto.

Respecto al grado de instrucción, se observó que más de un cuarto de las madres tenían educación secundaria, seguido por un casi un tercio con educación superior; cifras cercanas a lo encontrado en estudios internacionales como el de Sultana et al. [42], donde 31% de las madres contaban con educación secundaria, al igual que Ravichandran et al. [39], con 44,9% y al informe de Yakubu et al. [40], con 49,1%, esto podría deberse a la caracterización sociodemográfica parecida entre los estudios previos y la presente investigación. Relacionado con ello, estudios indican que el grado de instrucción es uno de los factores más importantes al momento de la LM, evidenciando que a mayor nivel educativo mejor conocimiento y predisposición para adoptar prácticas apropiadas de LM [9, 10].

A nivel nacional, en Comas, Paulino y Arévalo [45] reportaron un 61,3% de educación secundaria, cifra que según Zeña [19] en Loreto alcanzó el 58,3%, y según Garayar y La Borda [48] en Lima, el 46,9%. Los resultados del presente estudio coinciden con los niveles educativos de las poblaciones rurales del país, donde la mayoría de las madres solo han cursado educación secundaria o no la han culminado; situación que podría impactar en el conocimiento y las prácticas de lactancia, especialmente en poblaciones rurales.

En cuanto al estado civil, siete de cada diez madres participantes eran casadas, datos cercanos a los de Yakubu et al. [40] en Nigeria, quienes encontraron un 95,6% de madres casadas; y similares a los estudios nacionales de Berrocal et al. [47] en Chilca, con un 58%, y de Garayar y La Borda [48] en Lima, donde el 76,5% de las madres eran casadas o convivientes. Resultados que analizados desde la evidencia científica favorecen un mejor conocimiento y prácticas adecuadas de LM, dado que, el contar con una pareja en casa ayuda con el cuidado del niño, reduciendo las actividades domésticas de la madre y brindándole mayor espacio y tiempo para dedicarlo a la práctica correcta de la LM [9, 53].

En relación a los CPN, casi nueve de cada diez madres participantes tuvieron de seis o más controles, cifra que coincide con el estudio de Zeña [19] en Loreto, donde el 94,4% de las madres fueron controladas durante su gestación. Al respecto, Alahmed et al. [41], refieren que la educación sanitaria prenatal en la que se incluya consejería sobre LM y las sesiones demostrativas sobre técnicas de amamantamiento, agarre y succión, y posición madre-hijo al dar lactar, contribuye a mejorar el conocimiento y las prácticas de LM.

Sin embargo, no se puede perder de vista el 11,9% de madres que en el estudio no acudieron o no completaron sus CPN, lo que representaría una desventaja en cuanto a su conocimiento y prácticas de lactancia. Al respecto, Sayres y Visentin [19] han identificado que una adherencia adecuada a los CPN mejora en el crecimiento y desarrollo del niño, mostrando la predisposición y el conocimiento de la madre para LM, lo que representa mayores oportunidades para que esta se adapte satisfactoriamente a su rol materno.

Considerando el Modelo del Rol Maternal, la predominancia de madres jóvenes, casadas, con educación secundaria y cumplimiento de sus CPN, brinda una oportunidad para la adaptación progresiva y exitosa al rol materno que propone el modelo teórico de Mercer, dado que el conocimiento adecuado



permiten la construcción de un vínculo afectivo positivo y el fortalecimiento de la identidad maternal, facilitando así prácticas adecuadas de LM, sugiriendo la implementación de intervenciones dirigidas a promover educación sanitaria que permita fortalecer el rol maternal y mejorar la salud infantil.

**4.2. Identificar según dimensiones el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024**

Tabla 2. Dimensiones del nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024

<b>Dimensiones del nivel de conocimiento de lactancia materna</b>	<b>N (109)</b>	<b>% (100,0)</b>
<b>Generalidades de la lactancia materna</b>		
Malo	34	31,2
Regular	64	58,7
Bueno	11	10,1
<b>Beneficios para la madre</b>		
Malo	49	45,0
Regular	59	54,1
Bueno	1	0,9
<b>Beneficios para el neonato</b>		
Malo	57	52,3
Regular	47	43,1
Bueno	5	4,6
<b>Técnica de amamantamiento</b>		
Malo	34	31,2
Regular	65	59,6
Bueno	10	9,2
<b>Conservación y almacenamiento</b>		
Malo	62	56,9
Regular	47	43,1
<b>Conocimiento general</b>		
Malo	42	38,5
Regular	62	56,9
Bueno	5	4,6

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre lactancia materna, 2024

En la tabla 2 se muestra que, de acuerdo con las dimensiones del conocimiento, 58,7% de las madres presentaron conocimiento regular en la dimensión generalidades de la LM, el 54,1% conocimiento regular en la dimensión beneficios para la madre, el 52,3% conocimiento malo en la dimensión beneficios para el neonato, el 59,6% conocimiento regular en la dimensión técnica de amamantamiento, y el 56,9% conocimiento malo en la dimensión conservación y almacenamiento. El conocimiento general sobre LM fue de nivel regular en un 56,9%, malo en un 38,5% y bueno en un 4,6%.

Los resultados del estudio sobre el nivel de conocimiento de LM muestran, en general, que las madres presentan un conocimiento deficiente o regular en las dimensiones evaluadas. Así, en la dimensión de generalidades, seis de cada diez tienen conocimiento regular y un tercio conocimiento deficiente; en la dimensión beneficios para la madre, más de la mitad muestran conocimiento regular; en la dimensión beneficios para el neonato, la mitad presentan conocimiento deficiente; en la dimensión técnica de amamantamiento, seis de cada diez tuvieron conocimiento regular; y en la dimensión conservación y almacenamiento de la leche materna, casi seis de cada diez madres mostraron conocimiento deficiente. En cuanto al conocimiento general, la mayoría evidenció conocimiento regular, seguido de conocimiento deficiente.

Los hallazgos del presente estudio coinciden parcialmente (en el nivel de conocimiento más no en la frecuencia) con estudios internacionales, como el de Ravichandran et al. [39] en India, donde 91,9% de las madres conocían sobre el inicio de la LM y el 100% sobre LME; asimismo, Yakubu et al. [40] en Nigeria identificaron que 86,6% de participantes presentaron conocimiento adecuado sobre lactancia, lo que contrasta con los resultados del estudio, donde la mayoría de ellas tuvieron conocimiento insuficiente sobre los beneficios de la LM para el neonato,

En este punto, los resultados se explicarían por la diferencia en el acceso a información, educación sanitaria y por factores socioculturales como el área rural y menor grado de instrucción que presenta una parte importante de las

madres participantes del estudio, ya que como lo afirman la OMS [3] y Zeña [19], el residir en áreas rurales donde el acceso a mejores servicios de salud, educación y de información incrementan el desconocimiento y la desinformación sobre prácticas de LM apropiadas.

A nivel nacional, los resultados del presente estudio se asemejan a los de Paulino y Arévalo [45] en Lima, donde 48% de las madres presentaron conocimiento deficiente sobre LM y el 20% conocimiento adecuado. De manera similar, Moreno y Obeso [46] en La Libertad, observaron que el 55% de las madres tenían un conocimiento bajo; demostrando que el desconocimiento sobre LM es un problema de salud pública común en las distintas regiones del país, lo que se corrobora con lo reportado por el INEI en el año 2023 [31], donde, en promedio, el 30% de las madres no practica la LME o inicia tempranamente la alimentación complementaria.

Lo anterior es el resultado del nivel educativo, condición laboral y acceso a servicios de salud con los que cuenta la madre para acceder a información adecuada que promueva la LM exitosa. Situación que demanda una atención inmediata a través de la implementación de programas educativos en salud materno-infantil que busquen mejorar el nivel de conocimiento materno en temas de lactancia.

Sin embargo, los hallazgos del presente estudio difieren con los reportes de Garayar y La Borda [48], quienes identificaron que el 41,3% de madres tenían un conocimiento alto; estos resultados son atribuidos a las características contextuales (edad, grado de instrucción, área de residencia, disponibilidad de tiempo para la lactancia, entre otros) y educativas (acceso a información sanitaria) de la población de estudio, lo que condiciona el nivel de conocimiento de las madres acerca de la LM y, aún más la práctica adecuada de la misma.

Por su parte, Zeña [19] en Loreto encontró que el 61,8% de las madres presentaron conocimiento inadecuado, resultado que coincide con los hallazgos del presente estudio, donde más del 50% tuvieron conocimiento

deficiente en dimensiones como beneficios de la lactancia (para el niño y la madre), técnica de amamantamiento y conceptos básicos de lactancia materna (LM). Asimismo, en el estudio de Panduro [49] en Iquitos, se encontró que el 50% de las participantes mostraron conocimiento regular sobre LM, reflejando que, en cualquier escenario del país, el nivel de conocimiento sobre el tema sigue siendo insuficiente.

Considerando los resultados del presente estudio y haciendo un paralelo con el Modelo del Rol Maternal, se puede afirmar que el proceso de adaptación y adopción a este rol es complejo y está influenciado por diversos factores, entre ellos, el conocimiento, la actitud y las experiencias previas acerca de la LM que ha tenido la madre.

Además, desde la perspectiva de Mercer las madres con conocimientos deficientes sobre LM tienen dificultades para asumir satisfactoriamente su rol materno, especialmente cuando esta deficiencia incluye conocimientos sobre generalidades, beneficios para madre e hijo, técnicas de amamantamiento y conservación de la leche materna. Por esta razón, programas educativos que mejoren el conocimiento y las habilidades prácticas de la madre permitirán a estas comprender los beneficios de la LM y efectivizarlos en la práctica.

En general, los resultados observados se relacionan con la teoría de Ramona Mercer, dado que, para ella, un conocimiento limitado en áreas clave como, LM o técnica de amamantamiento impactan negativamente en la capacidad de la madre para brindar un cuidado eficaz, lo que influye en la interacción madre-niño, afectando con el pasar del tiempo el desarrollo integral del infante.

**4.3. Identificar según dimensiones la práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024**

Tabla 3. Nivel de práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024

<b>Dimensiones de la práctica de lactancia materna</b>	<b>N (109)</b>	<b>% (100,0)</b>
<b>Posición del cuerpo madre-niño</b>		
Inadecuada	49	45,0
Regular	38	34,8
Adecuada	22	20,2
<b>Respuestas del niño</b>		
Inadecuada	36	33,0
Regular	46	42,2
Adecuada	27	24,8
<b>Vínculo afectivo</b>		
Inadecuada	40	36,7
Regular	20	18,3
Adecuada	49	45,0
<b>Anatomía de la mama</b>		
Inadecuada	35	32,1
Regular	59	54,1
Adecuada	15	13,8
<b>Succión</b>		
Inadecuada	42	38,5
Regular	32	29,4
Adecuada	35	32,1
<b>Práctica general</b>		
Inadecuada	44	40,4
Regular	39	35,8
Adecuada	26	23,8

Fuente: Cuestionario de práctica sobre lactancia materna, 2024

En la tabla 3 se muestra que, de acuerdo a las dimensiones de práctica sobre LM, el 45,0% de las madres presentaron una práctica inadecuada en la dimensión de posición del cuerpo madre-hijo, el 42,2% una práctica regular en la dimensión respuestas del niño, el 45,0% una práctica adecuada en la dimensión vínculo afectivo, el 54,1% una práctica regular en la dimensión anatomía de la madre, y el 38,5% una práctica inadecuada en la dimensión succión. La práctica general sobre la LM fue inadecuada en un 40,4%, regular en un 35,8% y adecuada en un 23,8%.

Dos de las cinco dimensiones evaluadas sobre la práctica de LM fueron consideradas inadecuadas, dos regulares y una adecuada. En la dimensión, posición del cuerpo madre-niño, casi la mitad de las madres presentaron una práctica inadecuada, cifras parecidas a los hallazgos de Ravichandran et al. [39], donde 37,9% de madres desconocían sobre la ubicación que se debe colocar al niño al momento de lactar. Las cifras encontradas en esta dimensión se justificarían en el déficit de conocimiento sobre LM y posibles problemas con la anatomía de la mama (pezones evertidos, grietas, congestión). La posición adecuada madre-niño al momento del amamantamiento facilita el agarre correcto del pezón y la succión eficaz, por lo que mejorar la educación para la correcta colocación del niño y la madre a la hora del amamantamiento promueve mejores prácticas de LM.

Respecto a la dimensión respuestas del niño, cuatro de cada diez madres presentaron una práctica regular de lactancia materna (LM), cifra similar a la reportada por Yakubu et al. [40], quienes indicaron que el 30% tuvieron prácticas inadecuadas relacionadas con la respuesta del niño al momento de lactar. Esto podría estar relacionado con la posición incorrecta del niño al lactar, el inicio tardío de la lactancia materna exclusiva (LME), enfermedades neonatales (prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino, asfixia, APGAR menor a siete, entre otros), así como con el deficiente conocimiento sobre LM.

En cuanto a la dimensión vínculo afectivo, casi cinco de cada diez madres evidenciaron una práctica adecuada, lo que indica que la madre y el personal

de salud promueven el apego precoz madre-hijo, esta cifra es similar a los resultados encontrados por Zaenz MF y Ordóñez JM. [52], donde cerca del 50% de las madres tuvieron prácticas adecuadas en cuanto a las conexiones emocionales y afectivas con su hijo al momento de lactar. Esto se relaciona con la capacidad innata de la madre para establecer vínculos afectivos con su niño; sin embargo, esto aún no se traduce en prácticas adecuadas de LM. Esta situación debe ser aprovechada para brindar educación en salud que permita a la madre adoptar su rol materno de manera exitosa, dado que el vínculo madre-hijo refuerza el acto de amamantar, brinda seguridad y confianza a ambos, promueve un buen crecimiento y mejora el autoconcepto materno [20].

En la dimensión anatomía de la mama, más de la mitad de madres tuvieron prácticas regulares, en tanto, en la dimensión de succión, más de un tercio de ellas presentaron prácticas inadecuadas. Cifras que coinciden con Zaenz MF y Ordóñez JM. [52], donde 27,5% en anatomía de la madre y 17,5% en succión presentaron prácticas inadecuadas. Ambas dimensiones están relacionadas entre sí, ya que la falta o inadecuada succión del neonato al momento de lactar genera que la glándula mamaria, la areola y el pezón no tengan las características correctas para facilitar la succión. Además, la práctica inadecuada y regular en estas dimensiones es indicativo de un conocimiento limitado sobre la LM, lo que puede estar asociado a factores como la falta de seguimiento en el proceso postnatal y el limitado acceso a la educación sanitaria.

De acuerdo a la práctica general sobre lactancia materna (LM) observada en el presente estudio, cuatro de cada diez madres presentaron prácticas inadecuadas. Las cifras internacionales de prácticas inadecuadas coinciden con los hallazgos de Yakubu et al. [40], con un 30%; Alahmed et al. [51], con un 50%; y Dharel et al. [44], con una media del 35% en las dimensiones evaluadas. Esto se atribuye fundamentalmente a que las madres evidenciaron conocimiento insuficiente, lo que podría impactar de forma negativa en la práctica eficaz de la LM.



A nivel nacional, las prácticas inadecuadas de LM también se reportaron en estudios como los de Paulino y Arévalo [45], con 81,3%; Moreno y Obeso [46], con 65%; y Zeña RW. [19], con 50,7%. Resultados que muestran, al igual que en el presente estudio, que las prácticas de LM aún son deficientes. Esto podría estar asociado con múltiples factores, entre ellos, el conocimiento limitado, dado que, en todos los estudios abordados, el menor grado de instrucción y el escaso acceso a información sanitaria por parte del sistema de salud se vinculan con prácticas más inadecuadas. Esto demanda de estrategias educativas focalizadas y adaptadas a las características sociodemográficas de las madres.

Además, no basta con la buena intención para la lactancia, sino que la adopción de prácticas adecuadas demanda de la acción y motivación constante de la madre al momento del amamantamiento, sobre todo en zonas rurales y poblaciones con menor nivel educativo [19, 44]. Por lo que las estrategias educativas deben centrarse no solo en la información teórica, sino también en la capacitación práctica para asegurar que las madres puedan aplicar correctamente las recomendaciones sobre LM que promueve la OMS.

Los hallazgos desde el Modelo del Rol Maternal indican que las madres participantes están en un proceso de adaptación y aprendizaje, lo que se refleja en la combinación de prácticas adecuadas e inadecuadas observadas en las diferentes dimensiones evaluadas. De acuerdo con el modelo de Mercer [54], la transición a la maternidad implica un proceso de adquisición de habilidades (prácticas) en el cuidado del niño, donde la confianza en el rol maternal se desarrolla a medida que la madre recibe apoyo y educación.

En general, los resultados del presente estudio indican que, aunque muchas madres tienen el deseo de cumplir con las prácticas de LM, el déficit de conocimiento y apoyo durante el periodo postnatal estaría afectando su capacidad para adaptarse por completo a su nuevo rol. Es aquí donde el sistema sanitario debe implementar estrategias educativas de prevención y promoción para mitigar el impacto de la lactancia sobre el estado nutricional, el crecimiento y el desarrollo del niño.

**4.4. Determinar la relación entre nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024**

Tabla 4. Nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024

Conocimiento de lactancia materna	Práctica sobre lactancia materna					
	Inadecuada		Regular		Adecuada	
	N	%	N	%	N	%
Malo	17	40,5	15	35,7	10	23,8
Regular	26	41,9	23	37,1	13	21,0
Bueno	1	20,0	1	20,0	3	60,0

**CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Prueba	Conocimiento y prácticas de lactancia materna		
	Coeficiente de correlación	Sig. (bilateral)	N
Rho Spearman	0,680	0,040	109

En la tabla 4 se muestra que el 41,9% de las madres con conocimiento regular tuvieron prácticas inadecuadas sobre lactancia materna (LM); el 37,1% de las que presentaron conocimiento regular tuvieron prácticas regulares; y el 60,0% de las madres que tenían conocimiento bueno mostraron prácticas adecuadas sobre LM.

Se determinó una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de LM, siendo esta directa (0,680) y significativa ( $p = 0,040$ ) a nivel bilateral (error típico 0,01). La asociación se identificó por medio del coeficiente Rho de Spearman, el cual indica claramente que la

tendencia general de las variables es directa, es decir, a mayores niveles de conocimiento, mejores prácticas de LM y viceversa.

Las frecuencias cruzadas sobre los niveles de conocimiento y práctica de LM en las madres participantes muestran una relación clara y directa entre ambas variables; pues casi cuatro de cada diez presentaron conocimiento malo y tuvieron prácticas inadecuadas, mientras que seis de cada diez madres con conocimiento bueno mostraron prácticas adecuadas. Estas cifras indican que el conocimiento sobre LM tiene una relación significativa con las prácticas de lactancia que las madres adoptan.

Los resultados del presente estudio comparados con estudios internacionales previos, como el de Ravichandran et al. [39] muestran que el conocimiento bueno en LM mejora las prácticas maternas, dado que la mayoría tenían conocimiento adecuado y 63,1% tenían una práctica correcta. Sin embargo, en el presente estudio se requiere que el conocimiento y las prácticas, especialmente en espacios con limitada educación y estrategias sanitaria poco efectivas se centre en la adopción de comportamientos maternos.

Asimismo, Yakubu et al. [40] identificaron que un alto número de madres tenía conocimiento adecuado sobre LM, pero no todas llevaban a la práctica de forma correcta este conocimiento, debido a que el 14,4% presentaron conocimiento inadecuado y el 30% realizaron prácticas incorrectas. Esto demuestra que, al igual que en el presente estudio, la relación entre variables es significativa, aunque la implementación de la práctica adecuada no siempre es efectiva.

Por su parte, Nguyen et al. [23], indica que el conocimiento influye en las prácticas de LM, en vista de que la brecha entre ambos sigue siendo un problema de salud pública de orden mundial, nacional y local, lo que refuerza la importancia de implementar políticas sanitarias que promuevan la educación continua de la madre, familia y comunidad, tanto en el pre como en el post parto.

A nivel nacional, el conocimiento deficiente y las prácticas inadecuadas de LM se presentaron en el 46,7% de los participantes del estudio de Paulino y Arévalo [45] y en el 50% de lo reportado por Moreno y Obeso [46], demostrando la existencia de una relación significativa entre conocimiento y prácticas. Cifras similares a los resultados encontrados en el presente estudio, las cuales pueden deberse, como lo indica Ramírez [19] y Ramírez [73] a factores que limitan el acceso sanitario, falta de redes de apoyo familiar y social o a la adaptación inadecuada de las madres a su nuevo rol materno.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, analizados desde el Modelo del rol maternal, indican que las madres adoptan su rol de cuidadoras mediante la internalización de conocimientos y prácticas durante la maternidad [54]. Así, cuando estos conocimientos no son adoptados adecuadamente, la madre no tendrá la disposición y motivación suficiente para poner en práctica la LM en sus dimensiones de posición, respuesta del niño, vínculo afectivo, anatomía de la mama y succión.

Además, bajo este modelo teórico los resultados del presente estudio también explican que es la madre la encargada de desempeñar correctamente su rol materno para cuidar del niño durante la LM, por lo que debe contar con los conocimientos apropiados y la práctica correcta de la técnica de LM para prevenir problemas en el estado nutricional del niño (anemia y desnutrición), alteraciones del desarrollo (motor, social, lenguaje, coordinación y cognitivo) o enfermedades infecciosas (diarrea, neumonía y parasitosis). Por esta razón se requiere mejorar su nivel de conocimiento y prácticas de LM para fortalecer su rol como proveedoras de cuidados.

En general, los resultados instan a promover la importancia de adquirir conocimientos sobre LM, ya que facilita el proceso de adaptación a las demandas del rol maternal y promueve prácticas adecuadas. Por ello, en el estudio, el hecho de que las madres con conocimiento deficiente presenten prácticas inadecuadas de LM requiere de políticas públicas que faciliten a las madres un tránsito efectivo y saludable en el cumplimiento de su rol maternal.

**CAPÍTULO V**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**  
**CONCLUSIONES**

- La mayoría de las madres que participaron en el estudio tienen características sociodemográficas específicas, como edades entre 18 y 29 años, educación secundaria, estado civil casadas o convivientes, y haber recibido seis o más controles prenatales, además proceden de la zona rural; los datos revelan que las mujeres jóvenes con acceso a educación y atención prenatal tienen mayor representatividad.
- El conocimiento sobre LM regular es de predominio común (más de la mitad de las madres en cada dimensión) en las dimensiones generalidades de la lactancia materna, beneficios para la madre, y técnica de amamantamiento; en tanto, el conocimiento malo es más frecuente (más de la mitad de madres en cada dimensión) en las dimensiones beneficios para el neonato, y en conservación y almacenamiento de la leche materna. El conocimiento general sobre LM es mayormente regular (seis de cada diez madres alcanzaron este nivel), lo que podría estar asociado a factores sociodemográficos y acceso a información previa.
- La práctica de LM inadecuada es más frecuente en las dimensiones, posición del cuerpo madre-hijo y succión; la práctica regular es común en las dimensiones, respuestas del niño y anatomía de la madre; mientras que la práctica adecuada es más prevalente en la dimensión vínculo afectivo. La práctica general de lactancia materna es en su mayoría inadecuada (cuatro de cada diez madres presentan estas limitaciones), situación que podría asociarse al limitado conocimiento, falta de experiencia de las madres y problemas emocionales.
- Se determinó relación estadística directa y significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica de lactancia materna ( $p = 0,040$ ), lo que sugiere que a medida que se aumenta el nivel de conocimiento sobre LM, también se incrementa la probabilidad de que las madres adopten prácticas adecuadas en este contexto.

## RECOMENDACIONES

### **A la Escuela Profesional de Enfermería – UNACH**

- Desarrollar programas educativos focalizados para madres con conocimiento limitado y prácticas inadecuadas sobre LM, utilizando enfoques y estrategias validadas para asegurar la efectividad de las intervenciones.
- Fomentar investigaciones de intervención que permitan a las madres adoptar prácticas correctas de LM, promoviendo la formación y mejora continua de los profesionales de Enfermería en el tema, garantizando un apoyo actualizado y oportuno para las madres lactantes.

### **Al Hospital José Hernán Soto Cadenillas**

- Continuar promoviendo el alojamiento conjunto de la madre y recién nacido a fin de fortalecer el vínculo afectivo, la estimulación de la LM y garantizar los cuidados del bebé.
- Fortalecer la educación y promoción de la salud sobre la LM, para mejorar el conocimiento y fomentar las prácticas de lactancia adecuadas y seguras entre las madres.
- Realizar campañas de sensibilización sobre la importancia de la LM, dirigidas a madres lactantes de las zonas rurales y urbano marginales que se encuentran en situación de pobreza.
- Brindar consejería personalizada a las madres cuyo nivel de conocimiento y practicas sobre LM son deficientes en un ambiente de confianza y apoyo práctico, abordando de manera efectiva sus necesidades y cuidados individuales.

### **A las madres que se atienden en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas**

- Valorar la importancia de la LM y tomar en cuenta la información brindada por el personal de salud con el fin de asegurar las prácticas adecuadas que beneficien la salud y nutrición del niño.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2021 [consultado 01 junio 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/Vk6qgy>
2. De la Teja E. Lactancia materna como un derecho humano fundamental. Acta Pediátrica De México. [Internet]. 2024 [consultado 28 junio 2024];45(S3):S13-S19. Disponible en: <https://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/2885>
3. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2020 [consultado 01 junio 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1)
4. Minchala-Urgiles RE, Ramírez-Coronel AA, Caizaguano-Dutan MK, Estrella-González MA, Altamirano-Cárdenas LF, Andrade-Molina MC, ET AL. a lactancia materna como alternativa para la prevención de enfermedades materno-infantiles: Revisión sistemática. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica [Internet]. 2020 [consultado 05 junio 2023];39(8):941-947. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969796017/html/>
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia materna: La leche materna es el mejor alimento para niños y niñas durante sus primeros 6 meses de vida [Internet]. Nueva York, Estados Unidos: UNICEF; 2020 [consultado 29 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
6. Novillo N, Junes A, Calderón J. Beneficios de la lactancia materna y factores asociados a la interrupción de esta práctica. Rev. Enfermería Investiga [Internet]. 2019 [consultado 01 junio 2023];4(5):29-35. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/729>
7. Rosada Y, Delgado W, Maireles MY, Figueredo LI, Barrios A. Factores de riesgo que influyen en el abandono de la Lactancia Materna. 2017-2018. Multimed [Internet]. 2019 [consultado 29 mayo 2023];23(6):1278-1293. Disponible en: <https://n9.cl/gplmfnf>
8. Rondán PY. Factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en niños de 6 meses que acuden al Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Conde de la Vega Baja [Tesis de

- Licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2016 [consultado 29 mayo 2023]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/1619>
9. Ortega MC, Castillo EF, Reyes CE. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una ciudad de Perú. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2020 [consultado 25 mayo 2023];36(2):e3211. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3211>
  10. Ramiro MD, Ortiz H, Cañedo CA, Esparza MJ, Cortés O, Terol M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2018 [consultado 27 mayo 2023];89(1):32-43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.09.002>
  11. Villarreal C, Placencia MD, Nolberto VA. Lactancia materna exclusiva y factores asociados en madres que asisten a establecimientos de salud de Lima, Perú. *Rev. Fac. Med. Hum* [Internet]. 2020 [consultado 22 mayo 2023];20(2):287-294. doi: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2765>
  12. Sayres S, Visentin L. Breastfeeding: uncovering barriers and offering solutions. *Curr Opin Pediatr.* [Internet]. 2018 [consultado 10 mayo 2023];30(4):591-596. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000647>
  13. Sociedad Marcé Española (MARES). El impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la lactancia materna y la atención al parto [Internet]. Barcelona, España: MARES; 2021 [consultado 25 mayo 2023]. Disponible en: <https://n9.cl/8f0cn>
  14. Safayi BL, Assimamaw NT, Kassie DG. Breastfeeding technique and associated factors among lactating mothers visiting Gondar town health facilities, Northwest Ethiopia: observational method. *Ital J Pediatr* [Internet]. 2018 [consultado 11 mayo 2023];47(1):206. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01158-6>
  15. Bich TH, Long TK, Hoa DP. Community-based father education intervention on breastfeeding practice-Results of a quasi-experimental study. *Matern Child*



- Nutr. [Internet]. 2018 [consultado 11 mayo 2023];15(Suppl 1): e12705. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.12705>
16. Organización Panamericana de la Salud. Las bases científicas de los “Diez pasos para una lactancia exitosa” [Internet]. Washington, USA: OPS; 2018 [consultado 08 junio 2023]. Disponible en: <https://n9.cl/4cxxd>
  17. Thorley V. Is breastfeeding 'normal'? Using the right language for breastfeeding. Midwifery. [Internet]. 2018 [consultado 18 mayo 2023];69:39-44 disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30391881/>
  18. Instituto Nacional de Perinatología Española. Técnica correcta de lactancia materna [Internet]. Madrid, España: INPer; 2022 [consultado 21 mayo 2023]. Disponible en: <https://lc.cx/JxRbeH>
  19. Zeña RW. Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de la técnica de lactancia materna en madres lactantes del Hospital Regional de Loreto, 2020 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023 [consultado 29 mayo 2023]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/19423>
  20. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: Definiciones y métodos de medición [Internet], Ginebra, Suiza: OMS/UNICEF; 2024 [consultado 12 septiembre 2024]. Disponible en: <https://lc.cx/g-4MKA>
  21. Organización Panamericana de la Salud. Semana mundial de la lactancia materna 2024 [Internet]. EE.UU., Washington: OPS; 2024 [consultado 12 septiembre 2024]. Disponible en: <https://lc.cx/5yr6cL>
  22. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. En la Semana Mundial de la Lactancia Materna, UNICEF y la OMS reclaman un acceso equitativo al apoyo a esta práctica [Internet]. Ginebra, Suiza: UNICEF; 2024. [consultado 30 agosto 2024]. Disponible en: <https://lc.cx/4vANle>
  23. Agho KE, Ahmed T, Fleming C, Dhama MV, Miner CA, Torome R, Ogbo FA, On Behalf Of The Global Maternal And Child Health Research Collaboration GloMACH. Breastfeeding Practices among Adolescent Mothers and Associated Factors in Bangladesh. Nutrients [Internet]. 2021 [consultado 18 mayo 2023];13(2):557. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu13020557>

24. Nguyen PH, Kim SS, Tran LM, Menon P, Frongillo EA. Early breastfeeding practices contribute to exclusive breastfeeding in Bangladesh, Vietnam and Ethiopia. *Matern Child Nutr* [Internet]. 2020 [consultado 18 mayo 2023];16(4):e13012. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.13012>
25. Rollins N, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martínez J. ¿Por qué invertir y qué se necesita para mejorar las prácticas de lactancia?. *Breastfeeding* [Internet]. 2016 [consultado 12 mayo 2023];387(10017):P491-504. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
26. Organización Mundial de la Salud. Amamantar y trabajar: Hagamos que sea posible. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2021 [consultado 05 septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/campaigns/world-breastfeeding-week/2023>
27. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición [Internet]. OMS;2024 [Consultado 17 septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
28. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Desnutrición Infantil [Internet]. UNICEF;2023 [Consultado 17 septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil>
29. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Solo 4 de cada 10 bebés menores de 6 meses son exclusivamente amantados en América Latina y el Caribe [Internet]. UNICEF; 2023 [Consultado 15 septiembre 2024]. Disponible en: <https://lc.cx/QDZTv->
30. Navarro MJ, Olivares PA, Martínez M, Montoya MV, Pérez KJ, Guzmán JC. Razones del abandono de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida del lactante. *Matronas Hoy* [Internet]. 2021 [consultado 04 junio 2023];9(3):6-10. Disponible en: <https://n9.cl/74lx6>
31. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023, Nacional y Departamental. [Internet]. Lima, Perú: INEI-ENDES; 2023 [consultado 26 junio 2024]. Disponible en: <https://lc.cx/flyeQU>
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Desnutrición crónica afectó al 11,5% de la población menor de cinco años [Internet]. Lima, Perú: INEI-ENDES; 2023 [consultado 26 junio 2024]. Disponible en: <https://lc.cx/6zQnyQ>

33. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cajamarca: Compendio estadístico 2023 [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2023 [consultado 26 junio 2024]. Disponible en: <https://lc.cx/syYKoB>
34. Peralta M. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres adolescentes primíparas del servicio de alojamiento conjunto, Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota 2017 [Tesis de grado]. [Internet]. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2020 [consultado 06 junio 2023]. Disponible en: <https://n9.cl/q903j>
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2022 [Internet]. Lima, Perú: INEI-ENDES; 2023 [consultado 25 junio 2024]. Disponible en: <https://lc.cx/Mj8CSW>
36. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. Información departamental, provincial y distrital de población que requiere atención adicional y devengado per cápita, 2017 [Internet]. Lima, Perú: CEPLAN; 2018 [consultado 03 junio 2023]. Disponible en: <https://lc.cx/AlIU8M>
37. Pinilla M, Astruey M, Garcés C, Sánchez MF. Aspectos básicos de la lactancia materna. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2023 [consultado 09 junio 2023];1(1): p1-p110. Disponible en: <https://lc.cx/NCfxDI>
38. Asociación Española de Pediatría, Lozano M. Recomendaciones sobre lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. Madrid, España: AEP; 2015 [consultado 10 junio 2023]. Disponible: <https://lc.cx/TKoaHi>
39. Ravichandran M, Parida SP, Singh AK, Mishra AK, Gopi K. Knowledge and practice of breastfeeding among lactating mothers in AIIMS, Bhubaneswar - A hospital-based cross-sectional study. J Educ Health Promot. [Internet]. 2024 [consultado 29 junio 2024];29;13:141. Disponible en: [https://doi.org/10.4103%2Fjehp.jehp\\_1003\\_23](https://doi.org/10.4103%2Fjehp.jehp_1003_23)
40. Yakubu MI, Odesanya RU, Abbas MY, Lawal BK. Exclusive breastfeeding knowledge and practice among nursing mothers in selected healthcare facilities in Kaduna Metropolis, Nigeria. Afr Health Sci. [Internet]. 2023 [consultado 27 junio 2024];23(2):682-693. Disponible en: <https://doi.org/10.4314/ahs.v23i2.78>
41. Alahmed S, Meedy S, Mutair AA, Fernandez R. Saudi Women's Breastfeeding Knowledge, Attitude, and Practices: A Systematic Review and

- Meta-analysis. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2023 [consultado 06 junio 2023];34(1):68-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10436596221129228>
42. Sultana M, Dhar S, Hasan T, Shill LC, Purba NH, Chowdhury AI, Shuvo SD. Knowledge, attitudes, and predictors of exclusive breastfeeding practice among lactating mothers in Noakhali, Bangladesh. *Heliyon*. [Internet]. 2022 [consultado 28 junio 2024];8(10):e11069. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e11069>
43. Ayari F, Sdiri Y, Cherifi E, Khemiri S, Chourou H, et al. Niveau de connaissance des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel à la sortie de la maternité. *Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 2022 [consultado 09 junio 2023];50(2):164-172. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2021.10.002>
44. Dharel D, Dhungana R, Basnet S, Gautam S, Dhungana A, Dudani R, Bhattarai A. Breastfeeding practices within the first six months of age in mid-western and eastern regions of Nepal: a health facility-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020 [consultado 28 junio 2024];20(1):59. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2754-0>
45. Paulino JC, Arévalo R. Conocimientos y Prácticas sobre la Lactancia Materna Exclusiva en madres de Menores de 6 Meses atendidos en el Centro de Salud Collique III Zona, Comas 2023. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. [Internet]. 2023 [consultado 29 junio 2024];7(3):2406-2426. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6357>
46. Moreno TA, Obeso LJ. Conocimiento y práctica de lactancia materna en madres de lactantes menores de seis meses, Centro de Salud Materno Infantil Huanchaco 2023 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2024 [consultado 28 junio 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/26291?show=full>
47. Berrocal MR, Flores BK, Solano OA. Conocimiento y prácticas sobre la lactancia materna en madres adolescentes en el Centro de Salud "Chilca 2022. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Huancayo, Perú: Universidad Continental; 2022 [consultado 28 junio 2024]. Disponible en: <https://lc.cx/2RAQAd>

48. Garayar IA, La Borda FM. Nivel de conocimientos y práctica de lactancia materna exclusiva en madres atendidas en un hospital de Lima – 2022 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Interamericana; 2022 [consultado 28 junio 2024]. Disponible en: <http://repositorio.unid.edu.pe/handle/unid/300>
49. Panduro K. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puérperas atendidas en la IPRESS I-4 Bellavista Nanay, 2020 [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Iquitos, Perú: Universidad Científica del Perú; 2022 [consultado 04 junio 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1663>
50. Barboza A. Morales S. Conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud Condorillo, Chincha 2021 [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Chincha, Perú: Universidad Autónoma de Ica; 2021 [consultado 06 junio 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/UcGh1o>
51. Palomino MM. Nivel de conocimiento, prácticas y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres primíparas de niños menores de 6 meses. Puesto de salud Chontapaccha-Cajamarca 2020. [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2020 [consultado 06 junio 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4976>
52. Zaenz MF, Ordóñez JM. Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses del Centro de Atención Primaria II Essalud Baños del Inca, Cajamarca – 2022 [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Chincha, Perú: Universidad Autónoma de Ica; 2021 [consultado 06 junio 2023]. Disponible en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/2049>
53. Silva DY. Conocimiento, actitud y lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2020. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2021. [consultado 30 agosto 2024]. Disponible en: <https://lc.cx/GKuhUy>

54. Mercer, RT. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nurs Res* [Internet]. 1981 [consultado 24 mayo 2023];30(2):73-77. disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7010317/>
55. Mercer RT. Becoming a mother versus maternal role attainment. *J NursScholarsh* [Internet]. 2004 [consultado 24 mayo 2023];36(3):226-32. disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
56. World Health Organization. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1989.
57. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica para la consejería en lactancia materna [Internet]. Lima, Perú: MINSa; 2017 [consultado 10 junio 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4173.pdf>
58. Asociación Americana del Embarazo; Lactancia: Generalidades [Internet]. American Pregnancy Association. 2020 [consultado 10 octubre 2022]. Disponible en: <https://lc.cx/8hn5Hg>
59. Espina-Jerez B, Gómez-Cantarino S, Queirós PPJ, Siles J. La figura de la nodriza y su implicación en el parentesco de leche para la cultura islámica: marco socio-cultural y jurídico. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) [Internet]. 2022 [consultado 06 junio 2023];26(64):103-121. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/130211/1/CultCuid64\\_10.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/130211/1/CultCuid64_10.pdf)
60. Aguilera M, Lavanderos G, León C, Zúñiga M, Mena P. Evaluación de un protocolo de calostro para prematuros de muy bajo peso de nacimiento. *Andes pediatr.* [Internet]. 2022 [consultado 10 junio 2023];93(3):343-350. Disponible en: <https://lc.cx/9gA7qq>
61. Patel AL, Meier PP, Canvasser J. Strategies to increase the use of mother's own milk for infants at risk of necrotizing enterocolitis. *Pediatr Res.* 2022 [consultado 10 junio 2023];88(Suppl 1):21-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41390-020-1075-3>
62. López-Mejía L, Guillén-López S, Vela-Amieva M, Carrillo-Nieto MI. Actualización sobre la lactancia materna en los recién nacidos con errores innatos del metabolismo intermediario. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex* [consultado 10 junio 2023]; 79(3):141-151. Disponible en: <https://lc.cx/swW-8K>

63. National Institute Of Health. Office Dietary Supplements: La vitamina A y los carotenoides [Internet]. USA: NIH; 2022 [consultado 21 junio 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/d1HMhg>
64. National Institute Of Health. Office Dietary Supplements: La vitamina E [Internet]. USA: NIH; 2022 [consultado 21 junio 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/NbAjHV>
65. National Institute Of Health. Office Dietary Supplements: La vitamina C [Internet]. USA: NIH; 2022 [consultado 21 junio 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/C7eabF>
66. Brunser O. Leche Materna: Características funcionales de los oligosacáridos de la leche materna (Parte 2). Rev. chil. nutr. [Internet]. 2019 [consultado 01 junio 2023];46(5):633-643. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182019000500633](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000500633)
67. Rodríguez DA, Barrera MK, Tibanquiza LP, Montenegro AF. Beneficios Inmunológicos de la leche materna. RECIAMUC [Internet]. 2020 [consultado 07 junio 2023];4(1):93-104 Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/download/440/635/>
68. Monet DE, Álvarez JT, Gross VY. Beneficios inmunológicos de la lactancia materna. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2022 [consultado 01 junio 2023];94(3):e1915. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312022000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312022000300004)
69. Aguilera-Eguía RA, Rodríguez-Pindave VA, Fuentes-Barría H, Roco-Videla A, Gómez-Cerro P. Lactancia materna y su rol preventivo en el cáncer de mama. Nutr. Hosp. [Internet]. 2022 [consultado 11 junio 2023];39(4):955-957. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112022000600032](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000600032)
70. Asociación Española de Pediatría, Lozano M. conservación y almacenamiento de la leche materna [Internet]. Madrid, España: AEP; 2015 [consultado 10 junio 2023]. Disponible: <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/conservacion-almacenamiento-leche-materna>
71. Martínez A, Ríos F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo

- de Grado. [Internet]. Venezuela, 2006. [consultado 20 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102508>
72. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018.
  73. Ramírez AV. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An Fac med [Internet]. 2009 [consultado 25 mayo 2023]; 70(3):217-224. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n3/a11v70n3.pdf>
  74. Zegarra M y Bou JC. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Revista de economía y empresa [Internet]. 2005 [consultado 11 junio 2023]; 52(3):175-195. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2274043>
  75. Cerón AU. Cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia: Una propuesta taxonómica. Ciencia ergo-sum [Internet]. 2017 [consultado 17 mayo 2023]; 24(1):83-90. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10449880009>
  76. Álvarez C. Teoría frente a práctica educativa: algunos problemas y propuestas de solución. Perfiles educativos [Internet]. 2015 [consultado 10 junio 2023];37(148):172-190. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-26982015000200011](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982015000200011)
  77. Riaco D, Cuartero MM, Ventura E, Burugorría AJ. Lactancia materna: Técnicas y posiciones. Revista sanitaria de investigación [Internet]. 2021[consultado 03 junio 2023];1(1):pp-12. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/lactancia-materna-tecnicas-y-posiciones/>
  78. Djamila B, Setti Z, Izdihar B. Dehydration in Newborns Admitted to Intensive Care for Ehs Nouar Fadela. CLINICMED [Internet]. 2022 [consultado 31 agosto 2024];3(4):11-13. Disponible en: <https://doi.org/10.24018/clinicmed.2022.3.4.199>
  79. Wilde VK. Breastfeeding Insufficiencies: Common and Preventable Harm to Neonates. Cureus. [Internet]. 2021 [consultado 31 agosto 2024];13(10):e18478. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.18478>



80. Kamsu GP. Breast Pathologies and Inadequate Breastfeeding Practices: A Survey Among a Group of Newly Delivered Women in Yaoundé, Cameroon. *Journal of Family Medicine and Health Care*. [Internet]. 2020 [consultado 31 agosto 2024];6(3):87-90. Disponible en: <https://doi.org/10.11648/j.jfmhc.20200603.16>
81. Rivi V, Petrilli G, Blom JMC. Mind the Mother When Considering Breastfeeding. *Front Glob Womens Health*. [Internet]. 2020 [consultado 31 agosto 2024];1:3. Disponible en: <https://doi.org/10.3389%2Ffgwh.2020.00003>
82. Organización Panamericana de la Salud. Lactancia materna y alimentación complementaria. [Internet]. Washington, EE.UU.: OPS; 2024 [consultado 31 agosto 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>
83. Municipalidad Provincial de Chota. Ubicación geográfica [Internet]. Chota, Perú: Municipalidad Provincial de Chota; 2019 [consultado 06 junio 2023]. Disponible en: <http://www.munichota.gob.pe/ubicacion-geografica>
84. Carbajal M. Geografía de Chota. Perfil antropogeográficos de la provincia de Chota. 1ra Ed. Lima: Sociedad Geográfica de Lima; 2014. Disponible desde: <http://isbn.bnpp.gob.pe/catalogo.php?mode=detalle&nt=69612>
85. Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota. Ubicación geográfica [Internet]. [consultado 04 junio 2023]. Disponible en: <https://www.deperu.com/saludnacional/establecimientos-de-salud-gbno-regional-minsa/jose-h-sotocadenillas-chota-chota-2622>
86. Dirección Regional de Cajamarca. Población regional por establecimientos de salud. Archivo Excel. Chota, Perú. 2024.
87. Tamayo M. Diccionario de la investigación científica. 2° ed. México: Editorial Limusa. 2006.
88. Ministerio de Salud. Guía técnica para la consejería en lactancia materna [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2019 [consultado 07 junio 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4928.pdf>
89. Armstrong HC. Training Guide in Lactation Management. 1ra ed. Nueva York: IBFAN/UNICEF; 1992

## ANEXOS

### Anexo 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de la investigación:**

“Conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024”

**Objetivo de la investigación:**

Determinar la relación entre conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024.

Yo....., identificado (a) con DNI N° ..... , mediante la información dada por las Bachilleres en Enfermería Carranza Angaspilco Luz Elita y Muñoz Segura Raquel de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, acepto brindar toda la información solicitada por los investigadores, teniendo en cuenta que esta será confidencial, anónima y no revelada bajo ninguna argumentación.

Chota, .....del 2024.

-----  
Firma del apoderado

-----  
Firma del investigador

**Anexo 2**  
**CUESTIONARIO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE CHOTA**  
Escuela Profesional de  
Enfermería

*“Conocimiento y práctica de  
lactancia materna en madres  
atendidas en alojamiento conjunto  
del Hospital José Hernán Soto  
Cadenillas, Chota 2024”*

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES**

**I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MADRE**

**a) Edad**

- a. < 18 años..... (1)
- b. 18 a 29 años..... (2)
- c. 30 a 39 años..... (3)
- d. 40 años a más..... (4)

**b) Grado de instrucción**

- a. Ilustrada..... (1)
- b. Primaria..... (2)
- c. Secundaria..... (3)
- d. Superior..... (4)

**c) Estado civil**

- a. Soltera..... (1)
- b. Casada..... (2)
- c. Divorciada..... (3)
- d. viuda..... (4)

**d) Procedencia**

- a. Rural..... (1)
- b. Urbana..... (2)

**e) Número de controles prenatales**

- a) < 6 controles..... (1)
- b) > 6 controles..... (2)

**II. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN LACTANCIA MATERNA**

**1. ¿Qué entiende por lactancia materna exclusiva?**

- a) Es la alimentación con leche materna desde el nacimiento hasta los seis meses, sin añadir ningún otro alimento sólido o líquido.
- b) Es dar leche materna más agüitas.
- c) Es dar leche materna más leche de fórmula.

**2. ¿Hasta qué edad debe dar lactancia materna exclusiva?**

- a) Hasta los 3 meses
- b) Hasta los 6 meses
- c) Hasta los 12 meses
- d) Hasta los 4 meses

**3. ¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna a su niño?**

- a) A las 24 horas de nacido
- b) A las 12 horas de nacido
- c) Cuando el niño llora

**4. ¿En qué ocasiones se impide la lactancia materna?**

- a) Solo cuando la madre recibe quimioterapia
- b) Solo cuando la madre tiene VIH/SIDA
- c) Cuando la madre tiene VIH/SIDA y/o recibe quimioterapia

**5. ¿Cada qué tiempo debe mamar el niño?**

- a) Cada 2 horas
- b) Cada 3 horas
- c) Siempre que el niño quiera (libre demanda)
- d) Solamente cuando el niño llora y/o despierta de dormir

- 6. ¿Qué es necesario para el inicio de la producción de leche materna?**
- a) La buena alimentación de la madre
  - b) La succión del niño
  - c) Ingesta de gran cantidad de líquidos por parte de la madre
- 7. ¿Cuál es la composición de la leche materna?**
- a) Carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas, minerales y agua
  - b) Carbohidratos y proteínas
  - c) Proteínas, vitaminas y minerales
- 8. ¿Es necesario utilizar leches fortificadas con nutrientes a parte de la leche materna?**
- a) Sí
  - b) No
- 9. ¿La lactancia materna exclusiva brinda nutrientes necesarios para el buen crecimiento y desarrollo del niño?**
- a) Sí
  - b) No
- 10. ¿La leche final tiene un contenido de grasa y lactosa, y es la que brinda la mayor cantidad de nutrientes al niño?**
- a) Sí
  - b) No
- 11. ¿Qué es el calostro?**
- a) La primera leche de color amarillo claro, rica en proteínas y anticuerpos
  - b) La leche de color blanco que se produce del cuarto al quinceavo día después del parto
  - c) La leche final después de la mamada del niño
- 12. ¿Cuáles son las ventajas de la lactancia materna para la madre?**
- a) Disminuye la hemorragia después del parto, fortalece el vínculo madre-hijo, disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovarios.

- b) No restringe las actividades diarias de la madre y no produce amenorrea
- c) Favorece la depresión posparto y la aparición de osteoporosis

**13. ¿Cuáles son las ventajas de la lactancia materna para el niño?**

- a) Brinda una buena nutrición y se ahorra tiempo y dinero
- b) Lo protege de enfermedades e infecciones, permite un mayor desarrollo intelectual y motor, favorece la formación de la boca y la alineación de los dientes
- c) No tiene contraindicaciones, es de lenta digestión y satisface parcialmente la necesidad de líquido del niño

**14. ¿Cómo debe ser la posición correcta para dar de lactar al niño?**

- a) Sentada o acostada, cómoda y relajada
- b) En cualquier posición
- c) Solamente sentada
- d) Solamente costada

**15. ¿Qué hace cuando los pezones están enrojecidos y dolorosos?**

- a) Aplica vaselina
- b) Continúa amamantando a su niño y acude al médico
- c) Suspende definitivamente la lactancia materna

**16. Al momento de dar de lactar ¿con cuál mama inicia la lactancia?**

- a) Empezará por cualquier seno
- b) Empezará por el seno que no dio de lactar la última vez

**17. ¿Acerca al niño a su seno y el abdomen del niño choca con el suyo?**

- a) Sí
- b) No

**18. ¿Los labios del niño permanecen evertidos (boca de pescado) en el momento de la lactancia?**

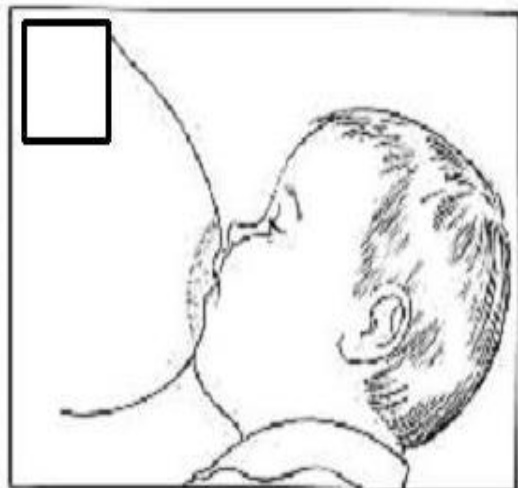
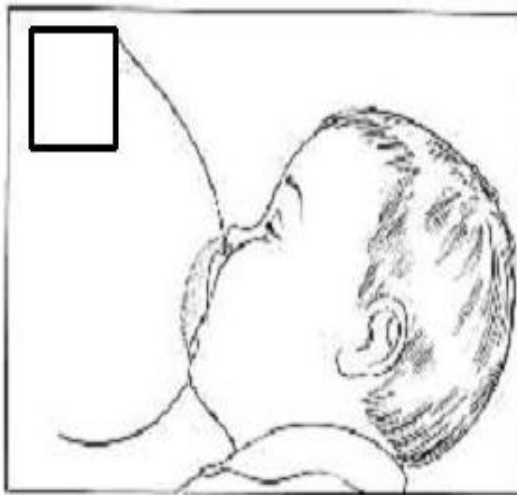
- a) Sí

b) No

19. Marque la forma correcta de coger la mama al momento de dar de lactar:



20. Marque correctamente la imagen que muestra el signo del buen agarre (boca de pescado) de la mama



21. ¿La leche materna motiva el vínculo afectivo madre-hijo?

- a) Sí
- b) No

22. ¿Para asegurarnos que el niño haya consumido la leche final debe haberse saciado y haber vaciado un pecho antes de pasarlo al otro?

- a) Sí
- b) No

**23. ¿Cómo conservaría la leche materna cuando debe salir de su domicilio?**

- a) En cualquier recipiente de vidrio o plástico
- b) En un recipiente de vidrio, desinfectado, con boca ancha y tapa, y en un lugar fresco y refrigerado
- c) En cualquier recipiente de vidrio o de plástico con tapa
- d) En cualquier recipiente de vidrio o de plástico sin tapa

**24. Sí usted tiene que salir de casa dejando a su niño al cuidado de un familiar ¿Cómo alimentaría a su hijo menor de 6 meses?**

- a) Darle leche artificial y en biberón
- b) Dar de lactar cuando regrese a casa
- c) Darle la leche materna almacenada por cucharitas o en vaso
- d) Darle la leche materna almacenada preferiblemente en biberón

**25. ¿Cómo calentaría la leche materna almacenada?**

- a) En una olla enjuagada con agua hervida
- b) En el microondas con el recipiente bien tapado
- c) En una olla con agüita tibia introduzco el recipiente con la leche (baño maría)
- d) Le echo agua caliente a la leche y lo mezclamos.



### Anexo 3

#### LISTA DE COTEJO



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE CHOTA**  
Escuela Profesional de  
Enfermería

*“Conocimiento y práctica de  
lactancia materna en madres  
atendidas en alojamiento conjunto  
del Hospital José Hernán Soto  
Cadenillas, Chota 2024”*

#### PRÁCTICAS DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES

N°	Pregunta	Valoración	
		Si	No
<b>A. Posición</b>			
1.	Madre relajada y cómoda		
2.	Niño sostenido cerca al cuerpo de la madre		
3.	Cabeza y cuerpo del niño alineados		
4.	El mentón del niño toca el pecho		
5.	Niño bien sujeto por detrás		
<b>B. Respuesta del niño</b>			
6.	Busca el pecho si tiene hambre		
7.	Movimientos de búsqueda		
8.	Explora el pecho con la lengua		
9.	Mama tranquilo y despierto		
10.	Se mantiene en el pecho		
11.	Signos de eyección de la leche (goteo, chorros)		
<b>C. Vínculo afectivo</b>			
12.	Abrazo seguro y confiado de la madre		
13.	La madre lo mira a la cara		
14.	La madre lo acaricia		
<b>D. Anatomía de las mamas</b>			
15.	Pechos blandos después de la toma		

16.	Pezones salientes y protráctiles		
17.	Piel de aspecto sano		
18.	Pecho redondeado durante la toma		
<b>E.</b>	<b>Succión</b>		
19.	Boca muy abierta		
20.	Labio inferior doblado hacia fuera (evertido)		
21.	Lengua rodeando la areola		
22.	Mejillas redondeadas		
23.	Areola por encima de la boca		
24.	Succión lenta, profunda y con pausas cada cinco deglutidas		
25.	Se ve u oye como traga		
<b>Puntaje total</b>			

## Anexo 4

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnica e instrumento
<p>Conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024.</p>	<p>¿Cuál es la relación entre conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024?</p>	<p><b>Objetivo general</b>            Determinar la relación entre conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024.</p> <p><b>Objetivos específicos</b>            Caracterizar social y demográficamente a las madres</p> <p>Identificar según dimensiones el nivel de conocimiento sobre lactancia</p>	<p>Existe relación significativa entre conocimiento y práctica de lactancia materna en madres atendidas en alojamiento conjunto del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota 2024.</p>	<p><b>Técnica</b>            Entrevista            Observación</p> <p><b>Instrumento</b>            Cuestionario            Lista de cotejo</p>

		materna en madres.  Identificar según dimensiones la práctica de lactancia materna en madres	
--	--	---	--

## Anexo 5

### CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES (KR-20)

#### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticas de fiabilidad

KR-20	N de elementos
,875	25

### CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO: NIVEL DE PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES (KR-20)

#### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticas de fiabilidad

KR-20	N de elementos
,819	25