

**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

Conocimiento y actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y
Ablactancia en madres del C.S El Bosque, La Victoria.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

Autora:

Bach. Obst. Castope Guevara Katia Keila

Asesora:

Mg. Gutiérrez Manzaneda Martha
(Código Orcid: 0000 – 0002 – 3268 – 772X)

Línea de Investigación

Salud Materna

**CHICLAYO – PERU
AÑO 2024**




ACTA DE CONTROL DE ORIGINALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **MARTHA GUTIÉRREZ MANZANEDA**, asesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Obstetricia, he realizado el debido control de originalidad de la investigación, el mismo que está dentro de los porcentajes establecidos para el nivel de pregrado, según la Directiva de similitud vigente en la UDCH; además certifico que la versión que hace entrega es la versión final del informe presentado por la bachiller: **KATIA KEILA CASTOPE GUEVARA** titulado: **"CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y ABLACTANCIA EN MADRES DEL C.S EL BOSQUE, LA VICTORIA."**

Se deja constancia que la investigación antes indicada tiene un índice de similitud del **17%** verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el software de similitud **TURNITIN**.

Por lo que se concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con lo establecido en la Directiva sobre el nivel de similitud de productos acreditables de investigación vigente.

Chiclayo, 05 de abril del
2024



Martha E. Gutiérrez Manzaneda
OBSTETRA
C.O.P. 1997
DOCENTE FCS - EPO - UDCH.

MG. MARTHA GUTIÉRREZ MANZANEDA



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISION DE GRADOS Y TITULOS



ACTA DE SUSTENTACIÓN PARA TITULO PROFESIONAL

En Chiclayo, a los trece días del mes de mayo del año dos mil veinticuatro, ante el Jurado constituido por:

PRESIDENTE : **MG. CAROLA VILCHEZ PIEDRA**
SECRETARIO : **MG. LUIS GOMEZ SEGURA**
VOCAL : **MICROBIOLOGA CARMEN MORENO DE LA CRUZ**

La Graduada : **CASTOPE GUEVARA KATIA KEILA**

El título de la Tesis a sustentar es: **CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y ABLACTANCIA EN MADRES DEL C.S EL BOSQUE, LA VICTORIA;**

Para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**, obteniendo el siguiente calificativo: aprobado por UNANIMIDAD

MG. CAROLA VILCHEZ PIEDRA
Presidente

MG. LUIS GOMEZ SEGURA
Secretaria

MICROBIOLOGA CARMEN MORENO DE LA CRUZ
Vocal

DEDICATORIA

A Dios por haberme ayudado en tener perseverancia y sobre todo darme las fuerzas para no quedarme atrás en cada obstáculo y lograr concluir mi carrera.

A mi madre Wilma Guevara Baca por saber instruirme con coraje para enfrentar valientemente las situaciones de la vida y sus orientaciones que han sido fundamentales para mí formación como un mejor ser humano en todos los ámbitos; al mismo tiempo dedicó todo mi esfuerzo a mi hija Aymar Cristel Bracamonte Castope por ser mi motivación diaria.

KATIA KEILA

AGRADECIMIENTO

Agradecer a la Mg. Martha Gutiérrez Manzaneda, por sus conocimientos, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación que han sido importantes en el tiempo de asesoría.

Al Dr. Germán Peláez Angulo jefe del Centro de Salud El Bosque - La Victoria por brindarme las facilidades para ejecutar este estudio.

A las madres que participaron en esta investigación por su apoyo y colaboración.

LA AUTORA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	5
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
I. INTRODUCCIÓN.....	3
II. DESARROLLO	7
III. METODOLOGÍA.....	16
3.1. Tipo de investigación.....	16
3.2. Diseño de investigación.....	16
3.3. Variables y operacionalización.....	16
3.4. Población, muestra y muestreo.....	17
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	17
3.6. Procedimiento de recolección de datos e informaciones.....	18
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	18
3.8. Rigor Científico. Aspectos Éticos	18
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	20
V. CONCLUSIONES	27
VI. RECOMENDACIONES	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	29
ANEXOS.....	34

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y ablactancia en madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria.....	20
TABLA 2. Actitud frente a la lactancia materna exclusiva y ablactancia en madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria.....	22
TABLA 3. Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre lactancia materna exclusiva y ablactancia en madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria.....	24
TABLA 4. Características epidemiológicas y culturales de las madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria.	25

RESUMEN

Con el objetivo de determinar el conocimiento y actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres del C.S El Bosque, La Victoria, octubre – diciembre del 2022. Se desarrolló una tesis cuantitativa y cuyo diseño fue correlacional. La población estuvo constituida por 90 madres que acudieron al Consultorio de Obstetricia del nosocomio antes mencionado.

Los principales resultados fueron: El 83.33% de madres atendidas en el C.S. El Bosque tuvieron un nivel de conocimiento malo, el 11.11% regular y sólo el 05.56% bueno. El 83.33% de madres atendidas en el C.S. El Bosque tuvo una actitud negativa y sólo el 16.67% una actitud positiva. Existe diferencia estadística respecto al nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva y ablactancia con la actitud ($p < 0.05$) en madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria. Las madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria, se caracterizaron por tener entre 24 a 29 años, ser convivientes, proceder de zonas urbanas, ser amas de casa, multíparas con un Nivel Socio Económico y cultural (NSEC) bajo.

Palabras Claves: Nivel de conocimiento, Actitud, Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia.

ABSTRACT

With the objective of determining the knowledge and attitude towards Exclusive Breastfeeding and Ablation in mothers from C.S El Bosque, La Victoria, October - December 2022. A quantitative thesis was developed and whose design was correlational. The population was made up of 90 mothers who attended the Obstetrics Clinic of the aforementioned hospital.

The main results were: 83.33% of mothers cared for in the C.S. The Forest had a bad level of knowledge, 11.11% average and only 05.56% good. 83.33% of mothers cared for in the C.S. El Bosque had a negative attitude and only 16.67% had a positive attitude. There is a statistical difference regarding the level of knowledge about exclusive breastfeeding and lactation with the attitude ($p < 0.05$) in mothers cared for at the C.S El Bosque, La Victoria. The mothers treated at the C.S El Bosque, La Victoria, were characterized as being between 24 and 29 years old, cohabiting, coming from urban areas, being housewives, multiparous with a low Socio-Economic and Cultural Level (NSEC).

Keywords: Level of knowledge, attitude, exclusive breastfeeding and breastfeeding.

I. INTRODUCCIÓN

La desnutrición infantil es una grave preocupación, ya que se estima que causa aproximadamente 2.7 millones de muertes de niños, lo que representa el 45% de todas las muertes en niños. La alimentación de los lactantes y los niños pequeños desempeña un papel fundamental en la mejora de la supervivencia infantil y en el fomento de un crecimiento y desarrollo saludables; los primeros dos años de vida son especialmente críticos, ya que una nutrición óptima durante este período puede reducir la morbilidad, la mortalidad y el riesgo de enfermedades crónicas, además de mejorar el desarrollo general. La lactancia materna es de vital importancia, ya que se estima que podría salvar la vida de más de 820,000 niños menores de 5 años cada año. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ofrecen recomendaciones específicas como iniciar la lactancia materna de inmediato, idealmente en la primera hora de vida, mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, introducir alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los seis meses, mientras continúa la lactancia materna hasta los dos años o más (1,2).

A pesar de las recomendaciones y los esfuerzos para mejorar la salud y la nutrición infantil, las estadísticas siguen siendo alarmantes. El 45% de las muertes de niños se relaciona con la desnutrición, lo que destaca la urgencia de abordar este problema. Además, se estima que 52 millones de niños menores de 5 años padecen emaciación, de los cuales 17 millones sufren de emaciación grave, y 155 millones experimentan retraso en el crecimiento. Por otro lado, 41 millones de niños tienen sobrepeso u obesidad, lo que señala la creciente preocupación por la malnutrición en ambas direcciones, es decir, tanto la desnutrición como la sobrealimentación (1).

En cuanto a la lactancia materna exclusiva, se observa que aproximadamente un 40% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna. Esto indica que todavía hay un amplio margen de mejora para garantizar que más bebés reciban este valioso y saludable comienzo en la vida (1).

Estas cifras resaltan la necesidad continua de esfuerzos globales y locales para abordar la malnutrición en todas sus formas y garantizar que los niños tengan acceso a una alimentación adecuada y a un cuidado nutricional durante los primeros años de vida. La inversión en la salud y la nutrición de los niños sigue siendo un desafío prioritario a nivel mundial (1).

En cuanto a La ablactancia, o introducción de alimentos complementarios, se recomienda a partir de los seis meses de edad del bebé, en ese momento, su sistema digestivo ha alcanzado un nivel de madurez que le permite procesar alimentos sólidos, además, a menudo los bebés de esta edad ya pueden sentarse y agarrar objetos con sus manos. Estos son signos de que están listos para explorar nuevos sabores y texturas, lo que les permite interactuar con el mundo que les rodea. En esta etapa, se introducen alimentos como papillas, compotas y mazamorras con una textura consistente y algunos grumos, esto fomenta la práctica de la masticación por parte del bebé, lo que, a su vez, contribuye al desarrollo de los músculos maxilofaciales, que desempeñan un papel importante en la futura habilidad de hablar y en la dentición del niño (3,4).

La introducción gradual de alimentos complementarios, de acuerdo con las indicaciones médicas y nutricionales, es un hito importante en el crecimiento y desarrollo del bebé y un paso fundamental en su transición hacia una dieta más variada y equilibrada, la atención a las necesidades nutricionales específicas de los bebés es esencial para su salud y bienestar a medida que crecen (3,4).

Es una preocupación importante que, en muchos países, la proporción de niños que reciben una alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional sea baja. Los datos indican que, en muchos lugares, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumplen con los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad. Esta falta de diversidad y adecuación en la alimentación complementaria puede tener implicaciones negativas para el crecimiento, el desarrollo y la salud de los niños. (1).

Para abordar esta cuestión, es fundamental promover la educación sobre nutrición y la conciencia entre los padres y cuidadores, así como garantizar el acceso a alimentos nutritivos y seguros para los niños. También se requiere una mayor atención a nivel gubernamental y comunitario para implementar políticas y programas que fomenten prácticas de alimentación adecuadas y accesibles para las familias. La nutrición en la primera infancia desempeña un papel crucial en el desarrollo físico y cognitivo de los niños, y es esencial para establecer una base sólida para su salud a lo largo de toda la vida. Por tanto, es importante que se realicen esfuerzos continuos para mejorar la alimentación complementaria de los niños y garantizar que tengan acceso a alimentos ricos en nutrientes que satisfagan sus necesidades en crecimiento (1).

En nuestro país, según el informe ENDES del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la tasa de lactancia materna en el año 2022 fue del 65.9%, siendo en áreas urbanas un 61.4% y rurales un 76.7%, según región natural el 55.7% fue costa, 77% sierra y 71.1% selva, a su vez según el nivel de educación de la madre, un 71.2% no tenían educación o solo estudios primarios, 68.4% educación secundaria y 54.2% superior (5,6).

A su vez en cuanto a los alimentos y líquidos recibidos en niños y niñas que está lactando de 0 a 36 meses de edad, un 15.3% es fórmula infantil, 26.7% otra leche, 66.4% alimentos a base de grano, trigo y/o cereal, 64.5% frutas y verduras, 59.7% alimentos hechos de tubérculos, 35.9% hechos de legumbres, 74.2% carne, aves, pescado o huevo, 24% queso, yogurt u otros productos lácteos, 81.4% sólido o semisólido, 53.9% hechos con aceite, grasas o mantequilla, y un 15.2% son alimentos azucarados; en cuanto a los alimentos líquidos mayormente son consumidos por bebés de 2 a 3 meses o menos, mientras que los alimentos sólidos o semisólidos es de 6 meses a más (5,6).

La lactancia materna es un tema de gran relevancia en la salud pública y el desarrollo infantil, la elección y la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida y la introducción adecuada de alimentos complementarios, conocida como ablactancia, son cuestiones fundamentales para el bienestar de los niños y sus madres. Por lo tanto, es

importante justificar y comprender la importancia de investigar el conocimiento y la actitud de las madres en relación con la LME y la ablactancia en el contexto del Centro de Salud El Bosque, La Victoria. Entre las razones clave para abordar el tema es el impacto en la salud infantil y materna, desafíos comunes para promover prácticas óptimas de lactancia, el empoderamiento de las madres para tomar decisiones informadas sobre la alimentación de sus hijos, la introducción oportuna es esencial para garantizar que los niños reciban los nutrientes necesarios a medida que crecen y por último mejorar el conocimiento y las actitudes sobre la lactancia materna no solo beneficia a las madres y los bebés individualmente, sino que también contribuye a la promoción de la salud en la comunidad en su conjunto, al reducir las tasas de enfermedades infantiles y las cargas de atención médica. Por lo que, en síntesis, investigar este tema fomenta las prácticas de lactancia óptimas, mejorar la salud de los niños y las madres, y fomentar una comunidad más saludable en general, además servirá de base para diseñar intervenciones y programas de educación que aborden las barreras y promuevan una LME y la ablactancia.

Por todo lo antes expuesto me planteo la siguiente interrogante: ¿Cuál es el conocimiento y actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres del C.S El Bosque, La Victoria, octubre – diciembre 2022?

El objetivo general planteado es determinar el conocimiento y actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres del C.S El Bosque, La Victoria, octubre – diciembre 2022. Dentro de los objetivos específicos tenemos: Especificar el conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en las madres motivo de estudio. Describir la actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en las madres motivo de estudio. Relacionar el nivel de conocimiento y la actitud sobre la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia. Identificar las características epidemiológicas y culturales en las madres motivo de estudio.

II. DESARROLLO

Dentro de los estudios en el ámbito internacional podemos mencionar a:

Alahmed S et al (Arabia Saudita – 2023). Llevaron a cabo una revisión sistemática y un metaanálisis de ensayos clínicos aleatorios y estudios transversales para sintetizar el conocimiento, la actitud y las prácticas sobre lactancia materna de las mujeres sauditas e identificar los factores que las mujeres informaron para dejar de amamantar. Encontraron que, las mujeres saudíes informaron de conocimientos deficientes sobre cómo gestionar los desafíos de la lactancia materna y tenían una actitud positiva hacia la alimentación con fórmula. Concluyendo que, a pesar del buen nivel de conocimientos y actitudes sobre la lactancia materna entre las mujeres sauditas, las tasas de inicio de la lactancia materna y de lactancia materna exclusiva fueron bajas (7).

Gebretsadik G et al (Tigray – 2022). Llevaron a cabo un estudio transversal comunitario con el propósito de evaluar el conocimiento, la actitud y los determinantes de la lactancia materna exclusiva (LME) durante la COVID-19 entre 621 madres lactantes que vivían en la ciudad de Mekelle, Tigray, de abril a junio de 2021, aquellas en su mayoría eran casadas (90.7%) y ama de casa (64.5%), a su vez las madres presentaron un conocimiento bueno (54.9%) y actitud adecuada (81%) (8).

Sultana M et al (Bangladesh – 2022). Desarrollaron un estudio transversal, cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva entre madres lactantes, así como los predictores de su práctica de lactancia materna exclusiva, incluyó a 397 madres con bebés de 0 a 6 meses de edad que buscaron atención en Noakhali Sadar Upazila, Noakhali, Bangladesh. Las madres lactantes se caracterizaron en tener entre 20 a y 29 años de edad (74.3%), residir de zonas urbanas (50.4%), casadas (100.00%), con educación superior (69%) y múltipara (66%), a su vez el conocimiento y las actitudes de las madres hacia la LME fueron en general satisfactorios (9).

Dukuzumuremyi J et al (África Oriental – 2020). Realizaron una revisión sistemática de la literatura revisada por pares, incluyeron dieciséis estudios, el propósito de la investigación fue examinar el estado de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres relacionadas con la lactancia materna exclusiva en África Oriental. Esta revisión indicó que casi el 96.2% de las madres había oído hablar alguna vez de la LME, el 84.4% conocía la LME y el 49.2% sabía que la duración de la LME era solo los primeros seis meses. Además, el 42.1% de las madres no estuvo de acuerdo y el 24.0% estuvo totalmente en desacuerdo con que es importante dar leche materna al recién nacido inmediatamente y dentro de una hora, y el 47.9% no estuvo de acuerdo con que desechar el calostro sea importante; sin embargo, el 42.0% de las madres prefirió alimentar a sus bebés durante los primeros seis meses únicamente con leche materna (10).

Navas J (Nicaragua – 2018). Elaboró su tesis cuantitativa para indicar el nivel de conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en 100 madres, entre ellas prevalecieron aquellas de 15 a 19 años de edad (32%), procedentes de zonas urbanas (82%), con educación secundaria incompleta (38%), con salario menor del mínimo (68%), convivientes (59%) y amas de casa (74%), en cuanto al nivel de conocimiento, este fue bueno en un 52%, a su vez la actitud fue favorable en un 95% (11).

En el ámbito Nacional tenemos a:

Salas V (Callao – 2023). Desarrolló su tesis descriptiva para mostrar el nivel de conocimiento y actitud respecto la LME en 131 gestantes las cuales se caracterizaban en tener entre 18 a 29 años de edad (57.3%), ser convivientes (61.9%), con educación secundaria (60.3%), amas de casa (34.4%), con nivel de conocimiento bueno (51.9%) y una actitud neutra (50.38%) (12).

Benancio M (Huánuco – 2022). Efectuó un artículo cuantitativo para relacionar la actitud y conocimiento sobre lactancia materna en 120 madres adolescentes, aquellas presentaron un nivel de conocimiento suficiente (62.7%) y una actitud positiva (68.63%), a su vez no halló relación entre dichas variables ($p > 0.05$);

por otro lado las madres adolescentes se caracterizaron en tener entre 17 a 19 años de edad (51%), procedentes de zonas urbanas (43.7%), ser estudiantes (58.3%), ser solteras (50.5%), de religión católica (47.6%), con educación secundarios (55.3%), eran nulíparas (62.1%) y fueron informadas sobre lactancia materna (69.9%) (13).

Arango D y Sulca R (Lima – 2022). Elaboraron su tesis descriptiva simple con el fin indicar el nivel de conocimiento sobre LME en 249 madres, la mayoría de ellas eran jóvenes (51.4%), con educación secundaria completa (50.6%), ama de casa (47.4%), con dos o más hijos (57%) y con un nivel de conocimiento excelente (32.9%) sobre LME (14).

Morales J y Sousa K (Trujillo – 2021). Realizaron su tesis correlacional para relacionar los factores y el nivel de conocimiento sobre LME en 79 puérperas, aquellas presentaron un nivel de conocimiento medio en un 55.7%, además las puérperas en su mayoría se caracterizaban en tener entre 20 y 30 años (39.2%), con dos hijos (34.2%), casadas (55.7%), con educación primaria (34.2%), con trabajo independiente (38%) (15).

Temoche L (Piura – 2019). Presentó tu tesis de tipo prospectiva descriptiva para indicar el nivel de conocimiento, prácticas y actitud sobre la LME y amenorrea en 169 puérperas, aquellas se caracterizaron en tener entre 20 a 35 años (65.7%), proceder de zonas urbanas (84.6%), ser amas de casa (71%), tener educación secundaria (46.2%), ser conviviente (51.5%), religión católica (52.7%), además tenían un nivel de conocimiento regular (52.1%) y una actitud favorable (58%), a su vez encontró relación estadística significativa entre las dos variables antes mencionadas ($p < 0.05$) (16).

En el ámbito Local se tiene investigaciones como las:

Castillo M (Chiclayo – 2019). Efectuó una pesquisa no experimental retrospectivo para indicar el nivel de conocimiento y actitud sobre LME y ablactancia de 73 madres la cual fue bajo (83.56%) y negativo (90.41%) respectivamente, además encontró relación significativa entre las dos variables en estudio ($p < 0.05$), por otro lado, las madres se caracterizaban en ser adultas

(45.21%), proceder de zonas urbano marginales (94.52%), eran amas de casa (79.45%) y tenían un NSEC bajo (57.53%) (17).

Villegas E y Arriola M (Chiclayo – 2016). Quienes, ejecutaron su artículo descriptivo transversal para mostrar el nivel de conocimiento y prácticas sobre lactancia materna exclusiva en 127 madres primíparas, en donde encuentra que un 46.5% del total presentan un nivel de conocimiento regular (18).

Base teórica

Lactancia materna exclusiva (LME): Implica que el bebé recibe únicamente leche materna, sin la introducción de otros líquidos o sólidos, incluyendo agua, con excepción de soluciones de rehidratación oral o gotas/jarabes de vitaminas, minerales o medicamentos (19).

Según las directrices del Ministerio de Salud (MINSA), se recomienda que los bebés sean alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, ya que proporciona nutrientes esenciales para un desarrollo óptimo y contiene sustancias inmunológicas que refuerzan las defensas del bebé. El MINSA destaca la importancia de la lactancia materna exclusiva para reducir el riesgo de anemia en los bebés, dado que la leche humana tiene una biodisponibilidad de hierro del 50% (20).

La lactancia materna se reconoce como un derecho tanto para el niño como para la madre, y se valora como una oportunidad para el desarrollo integral de los niños, beneficiando también a la sociedad al contribuir a la formación de ciudadanos que alcanzan su máximo potencial físico, emocional y cognitivo. Cualquier acción que restrinja la lactancia materna va en contra de las regulaciones establecidas en el Reglamento de Alimentación Infantil, actualizado mediante el Decreto Supremo n.º 009-2006-SA, que busca asegurar una atención efectiva en la alimentación de niños hasta los 24 meses y constituye una violación de los derechos de la mujer, afectando a la salud pública (20).

En consonancia con las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se destaca la recomendación de amamantar exclusivamente a los bebés durante los primeros seis meses de vida para asegurar un crecimiento, desarrollo

y salud óptimos. Posteriormente, la introducción de alimentos complementarios nutricionalmente adecuados se vuelve crucial, continuando la lactancia hasta los dos años o más, atendiendo así a las cambiantes necesidades nutricionales de los lactantes (19).

Asimismo, la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) respalda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, abogando por cambios sociales y sistémicos que respalden a las madres que optan por esta práctica (21).

Las recomendaciones y evidencias de la AAP, presentadas en su declaración de política y un informe técnico actualizados, titulados "La lactancia materna y el uso de leche humana", incluyen ahora el respaldo a los padres que eligen amamantar hasta los 2 años y más. Joan Younger Meek, autora principal de los informes, destaca la singularidad de la leche materna en términos de nutrientes y efectos protectores para el sistema inmunológico del niño, subrayando la importancia del apoyo y la orientación sin prejuicios para las familias que optan por la lactancia (21).

Las investigaciones respaldan estos enfoques, demostrando que la lactancia materna está asociada con menores tasas de infecciones respiratorias, diarrea grave, infecciones de oído y obesidad, además de ofrecer una protección contra el síndrome de muerte súbita del lactante y otros efectos beneficiosos (21).

La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) establece varias recomendaciones clave (21):

- **Lactancia Materna Exclusiva y Continuada:** Se sugiere la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, sin necesidad de introducir fórmulas infantiles u otras fuentes de nutrición para la mayoría de los bebés. Después de los 6 meses, se aboga por mantener la lactancia materna junto con alimentos complementarios nutritivos.
- **Prácticas de Atención en Maternidad:** Se insta a los hospitales o centros de maternidad a implementar prácticas que mejoren el inicio, duración y exclusividad de la lactancia materna.

- **Beneficios Continuos de la Lactancia Materna:** La lactancia materna ofrece beneficios continuos más allá del primer año y hasta los 2 años, especialmente en la madre. Se asocia con la protección contra la diabetes, la presión arterial alta y el cáncer de mama y ovarios.
- **Apoyo para Madres a Largo Plazo:** Se destaca la importancia de brindar apoyo a las madres que deciden amamantar más allá del primer año y la necesidad de protección contra las barreras laborales.
- **Políticas de Protección a la Lactancia Materna:** Se considera esencial establecer políticas que protejan la lactancia materna, que incluyan licencia de maternidad remunerada universal, el derecho de la mujer a amamantar en público, cobertura de seguro para apoyo a la lactancia y extractores de leche, cuidado infantil en el lugar de trabajo, tiempo de descanso universal en el lugar de trabajo con un lugar limpio y privado para extraer la leche, el derecho a alimentar con leche extraída, y el derecho a amamantar en guarderías y salas de lactancia de las escuelas.
- **Importancia de la Lactancia Materna como Imperativo de Salud Pública:** La AAP considera que la lactancia materna es un imperativo de salud pública y también una cuestión de equidad. Se destaca la responsabilidad de los pediatras y otros profesionales médicos en ayudar a las madres a alcanzar sus objetivos de lactancia materna, brindando atención inclusiva, equitativa y culturalmente sensible.

Beneficios para el bebé amamantado (2):

- Como adultos, los bebés amamantados tienen menos diabetes tipo 2, mayor coeficiente intelectual y más años de escolaridad (22,23); además, un estudio muy reciente demostró que los ingresos aumentaron en un 20% (24).
- Muchos estudios (aunque no todos) muestran un riesgo reducido de sobrepeso y obesidad en adultos que fueron amamantados cuando eran bebés (22).
- **Beneficios para las madres que amamantan (2):**
- Reduce sus riesgos de cáncer de ovario y de mama premenopáusico (25–27).

- Reduce su riesgo de diabetes tipo 2, esto podría deberse a la mejora de las hormonas de la glucosa (26).
- Reduce su riesgo de desarrollar hipertensión y enfermedades cardiovasculares (27,28).
- Les ayuda a perder peso, especialmente mientras sus bebés reciben lactancia materna exclusiva (13).

Ablactancia:

Período de la alimentación infantil que comienza después de los seis meses de edad y consiste en introducir alimentos sólidos en la dieta del niño, manteniendo la lactancia materna. Esta etapa se ha vuelto crítica para el crecimiento y desarrollo del niño, ya que los alimentos iniciales de la ablactancia no son lo suficientemente densos ni cumplen con los requerimientos de calorías y proteínas necesarios, esto lleva a un aumento en los índices de desnutrición durante este período (29).

Durante la ablactancia, los niños a menudo adquieren enfermedades relacionadas con sus hábitos de higiene y alimentación, como la diarrea. Sin embargo, esto no debería ser una razón para suspender la alimentación en esta etapa. Es importante tener en cuenta que, tan pronto como un niño comienza a consumir alimentos distintos a la leche materna, aumenta la probabilidad de adquirir gérmenes, especialmente si los alimentos están contaminados. Para prevenir esto, es fundamental preparar los alimentos del niño en condiciones de higiene estrictas, utilizando utensilios limpios, manos lavadas y suministrándolos con cuchara en lugar de biberón (29).

Los niños tienen una capacidad gástrica pequeña en esta etapa, pero sus necesidades nutricionales son mayores debido a su rápido crecimiento y desarrollo. Por lo tanto, se recomienda alimentar al niño con mayor frecuencia (4 o 5 veces al día) y proporcionar alimentos de mayor densidad, como sopas espesas, mazamorra y papillas, con una alta concentración de nutrientes. A diferencia de la rutina de tres comidas al día de los adultos, los niños pequeños

necesitan una alimentación más frecuente y basada en mezclas de alimentos que sean energéticas, nutritivas y de densidad adecuada (29).

Es fundamental asegurar que los niños reciban una ingesta calórica total adecuada, evitando la administración de pocas comidas o el uso de preparaciones diluidas, como caldos o jugos. La orientación principal para las madres por parte de los profesionales de la salud debe ser garantizar una ingesta suficiente de todos los nutrientes necesarios, incluyendo carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales como el hierro y el caroteno (para la vitamina A) (29).

Conocimiento y Actitud: La medición del conocimiento se basa en la evaluación de diferentes niveles de competencia cognitiva. Un nivel elevado de conocimiento se refleja en un funcionamiento cognitivo efectivo, donde las respuestas son precisas, basadas en conceptos sólidos, coherentes, expresadas de manera adecuada y respaldadas de manera apropiada. En el caso de un nivel de conocimiento moderado o convencional, se observa que las ideas están parcialmente integradas, se manejan conceptos básicos, pero la capacidad para ubicar, utilizar y organizar datos no emocionales es limitada; por otro lado, el conocimiento de nivel bajo se caracteriza por ser desorganizado, con ideas inapropiadas y una percepción no estructurada de conceptos elementales en la redacción. La información es incompleta, la terminología no es adecuada, y no se presenta de manera estructurada ni suficiente, lo que resulta en una comprensión limitada o poco definida (30,31).

Definimos "actitud" como el comportamiento que un individuo muestra al realizar una actividad específica, su personalidad, su conducta o su carácter. Estas actitudes no son innatas, sino que se adquieren a través de la observación y la influencia social, y tienden a ser duraderas en lugar de temporales.

Las madres pueden adoptar actitudes específicas hacia la lactancia materna, las cuales están relacionadas con su disposición para llevar a cabo esta práctica. En este contexto, hay ciertos aspectos particulares que podemos anticipar, como la lactancia materna que establece un vínculo afectivo durante los primeros

momentos con el bebé, la formación de un apego, la comparación entre la lactancia materna y el uso de fórmulas infantiles, así como la elección entre el biberón y el seno como método de alimentación (11).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación.

Cuantitativa, puesto que los datos son expresados en números y medidas numéricas, enfocada en la cantidad y la medición (32,33).

3.2. Diseño de investigación.

Correlacional, estudio que examina la relación entre dos o más variables para determinar si existe una asociación estadística entre ellas, sin implicar causalidad directa (32,33).

3.3. Variables y operacionalización.

- Variable 1: Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia

Definición conceptual: Medición del conocimiento basándose en la evaluación de diferentes niveles de competencia cognitiva (30,31).

Definición operacional: Nivel del conocimiento sobre el tema antes mencionado en madres que acudieron al Consultorio de Obstetricia del C.S. El Bosque, La Victoria durante el octubre – diciembre del 2022 determinado mediante una encuesta.

- Variable 2: Actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia

Definición conceptual: Comportamiento que un individuo muestra al realizar una actividad específica, su personalidad, su conducta o su carácter (11).

Definición operacional: Conducta frente al tema antes mencionado en madres que acudieron al Consultorio de Obstetricia del C.S. El Bosque, La Victoria durante el octubre – diciembre del 2022 determinado mediante una encuesta.

Operacionalización de las Variables

Variables	Dimensión	Indicadores	Índice	Escala	Instrumento
Conocimiento	Cognitiva	Bueno	Puntaje: Bueno = 17 – 20 Regular = 12 – 16 Malo = ≤ 11	Ordinal	Ficha de Recolección de Datos
		Regular			
Actitud frente a la LME y Ablactancia	Actitudinal	Positiva	7 – 10 Puntos	Ordinal	Ficha de Recolección de Datos
		Negativa	≤ 6 Puntos		

Variables intervinientes

Variables intervinientes	Dimensión	Indicadores	Escala	Instrumento
Procedencia	Epidemiológica	Urbana Urbano/Marginal	Nominal	Ficha de recolección de datos
Ocupación		Estudiante Ama de Casa	Nominal	
Estado Civil		Soltera Casada Conviviente	Nominal	
Paridad		Primípara Multípara Gran multípara	Ordinal	
NSEC	Socioeconómica y Cultural	Alto Bajo Medio Medio – Alto	Ordinal	Cédula sociológica de meza cuadra

3.4. Población, muestra y muestreo.

Población: Estuvo constituida por todas las madres que acudieron al Consultorio de Obstetricia del C.S. El Bosque, La Victoria durante el octubre – diciembre del 2022 que fueron un total de 90 y que cumplieron los sgtes criterios de selección.

Criterios de inclusión

- Madres de cualquier edad.
- Madres que deseen participar del estudio.

Criterios de Exclusión

- Madres con problemas mentales.

Muestra: Se trabajó con el 100% de la población.

Muestreo: No hubo.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Como técnica se utilizó la entrevista personal la cual tuvo una duración aproximada de 20 minutos. Como instrumento una ficha de recolección de datos, donde están inmersos datos como edad, procedencia, estado civil, ocupación y paridad, además de un cuestionario para medir el nivel de conocimiento y la actitud de la madre, y por último la cédula sociológica de meza cuadra para medir el nivel socio económico cultura de la familia (34) (Anexo 1 y 2). Cabe resaltar que el instrumento utilizado para determinar el nivel de conocimiento y la actitud ha sido validado en anteriores investigaciones como la de Yaipén B, J (35).

Para el nivel de conocimiento, el puntaje se agrupo en 3 niveles:

Bueno	17 a 20 respuestas correctas
Regular	12 a 16 respuestas correctas
Malo	≤ 11 respuestas correctas

A su vez para la actitud, el puntaje se agrupo en 2 niveles:

Positivo	7 a 10 puntos
Negativo	≤ 6 puntos

En cuanto al nivel socioeconómico y cultural, la clasificación es de la siguiente manera:

Alto	65 a 75 puntos
Medio alto	45 a 64 puntos
Medio	27 a 44 puntos
Bajo	00 a 26 puntos

3.6. Procedimiento de recolección de datos e informaciones.

Para el desarrollo del presente estudio se solicitó el permiso pertinente a la Geresa, luego con la autorización se apersonó a la jefatura del C.S antes

referido para proceder a la aplicación del instrumento a las madres que acudieron a la consulta externa de obstetricia durante el último trimestre del año 2022.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

En el procesamiento de datos, se empleó el software estadístico SPSS en su versión 25. Los datos fueron presentados a través de tablas estadísticas de una entrada. Se hizo uso solo de la estadística descriptiva.

3.8. Rigor Científico. Aspectos Éticos

Se dio cumplimiento a los siguientes aspectos éticos:

Consentimiento Informado: Se obtuvo el consentimiento informado de todas las madres motivo de estudio antes de su inclusión en la investigación, siendo libre en la decisión de participar o no del estudio. Este consentimiento informado se realizó de manera verbal.

Confidencialidad y Privacidad: Se garantizó la confidencialidad y privacidad de la información proporcionada por las madres motivo de estudio.

Beneficencia y No Maleficencia: Se cercioró de que el estudio tenga el potencial de beneficiar a la comunidad y que los riesgos implicados sean mínimos y estén justificados.

Equidad y Diversidad: Se garantizó que la selección de las participantes (madres) sea equitativa y no discriminatoria.

Autorización Institucional: Se consiguió la aprobación ética del CIC de la Universidad y del Establecimiento de Salud.

Respeto por la Autonomía: Se respetó la autonomía de las madres motivo de estudio, ofreciéndoles la opción de no responder a preguntas específicas si se sintieran incómodas.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y ablactancia en madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria, octubre – diciembre del 2022.

Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y ablactancia	Nº	%
Total	90	100.00
Bueno	05	05.56
Regular	10	11.11
Malo	75	83.33

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Interpretación: En la siguiente tabla se puede apreciar que, el 83.33% de madres atendidas en el C.S. El Bosque tuvieron un nivel de conocimiento malo, el 11.11% regular y sólo el 05.56% bueno.

Similar a los hallazgos de Alahmed S et al en Arabia Saudita (7), donde mujeres saudíes reportaron conocimientos deficientes. Caso contrario, Dukuzumuremyi J et al en África Oriental (10) encontraron que casi el 96.2% de las madres tenían conocimiento general, pero un 49.2% desconocía la duración recomendada, a su vez Navas J en Nicaragua, Salas V en Callao, Gebretsadik G en Tigrai, Sultana M et al en Bangladesh, Arango D y Sulca R en Lima los estudios indican niveles mayoritariamente buenos, excelentes y/o satisfactorios (8,9,11,12,14), a diferencia de C.S. El Bosque. Asimismo, en una población específica, en adolescentes, Benancio M en Huánuco (13) informó de un conocimiento suficiente en madres adolescentes.

Por otro lado, Morales J y Sousa K en Trujillo (15) correlacionaron factores, encontró un conocimiento medio en un 55.7%, al igual que Temoche L en Piura y Villegas E y Arriola en Chiclayo específicamente en primíparas (16,18), mientras que Castillo M en Chiclayo (17) reveló que fue un nivel bajo.

Otro dato a mencionar es que Villegas E y Arriola M (18) subrayó la diversidad y la necesidad de estrategias de intervención contextualizadas, considerando factores geográficos, demográficos y sociales.

Al analizar los resultados de los estudios sobre el conocimiento de la lactancia materna exclusiva (LME), se destacan similitudes y diferencias significativas. En general, se observa una tendencia global hacia deficiencias en el conocimiento, como evidencian los resultados del C.S. El Bosque y el estudio en Arabia Saudita (7). No obstante, estas similitudes coexisten con variabilidades marcadas, como lo revelan los niveles de conocimiento variados en Tigray, Bangladesh, Nicaragua, Callao, y Lima (8,9,11,14). Las diferencias podrían atribuirse a factores geográficos, culturales y demográficos específicos de cada región. La revisión sistemática en África Oriental resalta la importancia de no solo evaluar la conciencia general, sino también el conocimiento detallado, sugiriendo que la falta de información específica puede contribuir a las disparidades observadas (10). Además, las diferencias podrían ser influidas por la efectividad de las intervenciones educativas y políticas de salud locales. En conjunto, la diversidad de resultados destaca la necesidad de estrategias de intervención contextualizadas y adaptadas a las características específicas de cada población, a fin de mejorar el conocimiento y la práctica de la lactancia materna exclusiva.

TABLA 2. Actitud frente a la lactancia materna exclusiva y ablactancia en madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria, octubre – diciembre del 2022.

Actitud frente a la lactancia materna exclusiva y ablactancia	Nº	%
Total	90	100.00
Positiva	15	16.67
Negativa	75	83.33

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Interpretación: En la subsecuente tabla se aprecia que el 83.33% de madres atendidas en el C.S. El Bosque tuvo una actitud negativa y sólo el 16.67% una actitud positiva.

Contrastando con otros estudios, se revelan una diversidad de actitudes hacia la lactancia materna exclusiva (LME) en distintas regiones y contextos. En el estudio de Alahmed S et al en Arabia Saudita (7) indicó que las mujeres saudíes mostraban un 7% de actitud positiva hacia la alimentación con fórmula, esta disparidad podría atribuirse a diferencias culturales y enfoques de crianza entre las regiones estudiadas, asimismo, en Tigray, Gebretsadik G et al (8) encontraron que un considerable 81% de las madres presentaban una actitud adecuada hacia la lactancia materna, al igual que Sultana M et al en Bangladesh (9) donde revelan que las madres lactantes exhibían actitudes generalmente satisfactorias hacia la LME. Estos hallazgos, contrastando con la alta tasa de actitud negativa en El Bosque, sugieren que las percepciones sobre la lactancia materna pueden variar notablemente según el entorno cultural y socioeconómico.

Por otro lado, en la revisión sistemática de Dukuzumuremyi J et al en África Oriental (10) se destaca un 42.1% de desacuerdo y un 24.0% de total desacuerdo con la importancia de dar leche materna inmediatamente al recién nacido. No obstante, el 42.0% prefería alimentar exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses. Esta dualidad de opiniones subraya la complejidad del tema y la necesidad de abordarlo considerando diversas perspectivas culturales.

A nivel latinoamericano, estudios como el de Navas J en Nicaragua (11) y Benancio M en Huánuco (13) presentaron resultados más positivos. En Nicaragua, el 95% de las madres mostró una actitud favorable hacia la lactancia materna, mientras que, en Huánuco, un significativo 68.63% de madres adolescentes expresó una actitud positiva. En contraste, Salas V en Callao quien identificó que el 50.38% de las gestantes tenía una actitud neutral hacia la LME (12).

Finalmente, las investigaciones de Temoche L en Piura (16) y Castillo M en Chiclayo (17) resaltan la variabilidad de actitudes dentro de Perú. Temoche encontró que el 58% de las puérperas tenía una actitud favorable, mientras que Castillo informó que el 90.41% de las madres estudiadas manifestaron una actitud negativa.

La contrastación comparativa de investigaciones sobre la lactancia materna exclusiva destaca similitudes y contrastes, especialmente en relación con el resultado encontrado que nos indica un 83.33% de actitudes negativas en el C.S. El Bosque. Aunque hallazgos positivos se registran en Nicaragua (11), Huánuco (13), Tigray (8), y Bangladesh (9), donde se observa una predisposición favorable hacia la lactancia materna, contrastan con las altas tasas de actitudes desfavorables en la presente investigación y con el estudio ejecutado en el Hospital Naylamp - Chiclayo (17). La divergencia cultural y regional se manifiesta con claridad, notándose la preferencia por la fórmula en Arabia Saudita (7) y opiniones variadas en África Oriental (10). Además, se destaca la influencia del contexto socioeconómico y la edad, evidenciada por actitudes neutrales en gestantes de Callao (12) y una receptividad positiva entre madres adolescentes en Huánuco (13). En resumen, estas discrepancias subrayan la complejidad del tema y resaltan la necesidad de estrategias específicas y contextualizadas para promover la lactancia materna exclusiva, considerando factores regionales y demográficos.

TABLA 3. Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre lactancia materna exclusiva y ablactancia en madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria, octubre – diciembre del 2022.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ACTITUD				TOTAL	
	NEGATIVA		POSITIVA		Nº	%
TOTAL	Nº	%	Nº	%		
	75	83.33	15	16.67	90	100.00
BUENO	--	--	05	05.56	05	05.56
REGULAR	--	--	10	11.11	10	11.11
MALO	75	83.33	--	--	75	83.33

Fuente: Ficha de Recolección de datos

$$X^2 \text{ exp} = 90 \quad \alpha = 0.05; \quad \text{gl} = 2 \quad X^2 \text{ tab} = 05.99 \quad p < 0.05$$

Interpretación: En esta tabla se puede visualizar que si se encontró diferencia estadística respecto al nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva y ablactancia con la actitud ($p < 0.05$) en madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria. Así pues, todas (83.33%) las que presentaron nivel de conocimiento malo, tuvieron una actitud negativa frente a la lactancia materna exclusiva y ablactancia respectivamente.

En contraste, el estudio de Benancio M en Huánuco (13) no encontró una relación significativa ($p > 0.05$) entre el conocimiento y la actitud en madres adolescentes. Sin embargo, en Piura, Temoche L (16) identificó una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el conocimiento, las prácticas y la actitud hacia la LME y amenorrea. Asimismo, en Chiclayo, el estudio de Castillo M (17) encontró una relación significativa ($p < 0.05$) entre el nivel de conocimiento y la actitud respecto a la LME y ablactancia en un grupo de 73 madres. Por lo que esto sugiere que la relación entre el conocimiento y la actitud puede variar según el contexto, resaltando la importancia de considerar factores locales al diseñar intervenciones para promover prácticas saludables de lactancia materna.

TABLA 4. Características epidemiológicas y culturales de las madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria, octubre – diciembre del 2022.

Edad (años)	Total	
Total	Nº	%
	90	100.00
≤ 17	05	5.56
18 – 23	21	23.33
24 – 29	31	34.44
30 – 35	25	27.78
> 35	08	8.89
Estado civil	Nº	%
	90	100.00
Soltera	12	13.33
Casada	28	31.11
Conviviente	50	55.56
Procedencia	Nº	%
	90	100.00
Urbana	60	66.67
Urbano/marginal	30	33.33
Ocupación	Nº	%
	90	100.00
Estudiante	07	7.78
Ama de casa	56	62.22
Empleada	27	30.00
Paridad	Nº	%
	90	100.00
Primípara	27	30.00
Múltipara	39	43.33
Gran múltipara	24	26.67
Nivel socio económico y cultural	Nº	%
	90	100.00
Medio	05	5.56
Bajo	85	94.44

Fuente: Ficha de Recolección de datos

Interpretación: En lo que concierne a las características epidemiológicas y culturales de las madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria, se puede observar que el 34.44% tuvieron edades entre 24 a 29 años, el 55.56% fueron convivientes, un 66.67 procedían de zonas urbanas en el 66.67%, eran amas

de casa en un 62.22% y multíparas en un 43.33%, respecto al Nivel Socio Económico y cultural (NSEC) este fue bajo en el 94.44%.

En comparación, investigaciones en otras regiones muestran variabilidad en estas características. En Tigray, Gebretsadik G et al identificaron que la mayoría de las madres lactantes eran casadas (90.7%) y amas de casa (64.5%) (8). En Bangladesh, Sultana M et al encontraron que las madres lactantes se caracterizaban mayormente por tener entre 20 y 29 años, residir en zonas urbanas, ser casadas, con educación superior y multíparas (9). En Nicaragua, el estudio de Navas J destacó la prevalencia de madres de 15 a 19 años, procedentes de zonas urbanas, con educación secundaria incompleta, salarios menores al mínimo, convivientes y amas de casa (11). Salas V en Callao identificó gestantes de 18 a 29 años, convivientes, con educación secundaria y amas de casa (12). Benancio M en Huánuco enfocó su estudio en madres adolescentes de 17 a 19 años, procedentes de zonas urbanas, estudiantes, solteras, de religión católica, con educación secundaria y nulíparas (13). Arango D y Sulca R en Lima señalaron madres jóvenes con educación secundaria completa, amas de casa y con dos o más hijos (14). Morales J y Sousa K en Trujillo destacaron puérperas de 20 a 30 años, con dos hijos, casadas, con educación primaria y trabajo independiente (15). En Chiclayo, Castillo M describió madres adultas de zonas urbanas marginales, amas de casa y con NSEC bajo (17). Estas variaciones resaltan la diversidad en los perfiles demográficos y culturales de las madres en diferentes regiones, subrayando la importancia de considerar estos factores al diseñar intervenciones y estrategias de promoción de la lactancia materna.

V. CONCLUSIONES

1. El 83.33% de madres atendidas en el C.S. El Bosque tuvieron un nivel de conocimiento malo, el 11.11% regular y sólo el 05.56% bueno.
2. El 83.33% de madres atendidas en el C.S. El Bosque tuvo una actitud negativa y sólo el 16.67% una actitud positiva.
3. Existe diferencia estadística respecto al nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva y ablactancia con la actitud ($p < 0.05$) en madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria, octubre – diciembre del 2022.
4. Las madres atendidas en el C.S El Bosque, La Victoria, se caracterizaron por tener entre 24 a 29 años, ser convivientes, proceder de zonas urbanas, ser amas de casa, multíparas con un Nivel Socio Económico y cultural (NSEC) bajo.

VI. RECOMENDACIONES

- Implementar programas educativos específicos y accesibles para mejorar la comprensión de las madres sobre la lactancia materna exclusiva y ablactancia. Estos programas podrían abordar información clave y brindar recursos educativos para empoderar a las madres con conocimientos sólidos sobre las prácticas de lactancia.
- Realizar campañas de concientización, sesiones educativas y grupos de apoyo podrían ser útiles para cambiar actitudes y fomentar una perspectiva más positiva hacia la lactancia materna exclusiva.
- Diseñar intervenciones que integren la mejora del conocimiento con la promoción de actitudes positivas. Estos programas deben abordar específicamente las brechas identificadas en el conocimiento y dirigirse a cambiar las actitudes negativas hacia la lactancia materna.
- Implementar programas que se ajusten a la realidad y necesidades específicas, abordando factores como la edad, la situación socioeconómica y las responsabilidades familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. 2021 [citado 13 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
2. PAHO/WHO. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [citado 16 de octubre de 2023]. Breastfeeding and Non-Communicable Diseases (NCDs). Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9977:2014-breastfeeding-and-non-communicable-diseases-ncds&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0
3. Redacción EC. Ablactancia: la primera comida de tu bebé. El Comercio [Internet]. 2018 [citado 13 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://elcomercio.pe/viu/ablactancia-primera-comida-bebe-noticia-511715-noticia/?ref=ecr>
4. Ministerio de Salud. Documento técnico: Guías alimentarias para niñas y niños menores de 2 años de edad. Resolución Ministerial No. 967-2020/MINSA [Internet]. 2020. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1466360/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0967-2020-MINSA.PDF>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Principales resultados Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/files/2022/INFORME_PRINCIPAL/INFORME_PRINCIPALINFORME_PRINCIPAL_ENDES_2022.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Principal Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [Internet]. 2022. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/files/2022/INFORME_PRINCIPAL/INFORME_PRINCIPALINFORME_PRINCIPAL_ENDES_2022.pdf

7. Alahmed S, Meedya S, Mutair AA, Fernandez R. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna de las mujeres sauditas: una revisión sistemática y un metanálisis. *J Transcult Nurs.* 1 de enero de 2023;34(1):68-82.
8. Gebretsadik GG, Tadesse Z, Mamo L, Adhanu AK, Mulugeta A. Conocimiento, actitud y determinantes de la lactancia materna exclusiva durante la pandemia de COVID-19 entre madres lactantes en Mekelle, Tigray: un estudio transversal. *BMC Pregnancy Childbirth.* 18 de noviembre de 2022; 22:850.
9. Sultana M, Dhar S, Hasan T, Shill LC, Purba NH, Chowdhury AI, et al. Conocimientos, actitudes y predictores de la práctica de la lactancia materna exclusiva entre madres lactantes en Noakhali, Bangladesh. *Heliyon.* 13 de octubre de 2022;8(10):e11069.
10. Dukuzumuremyi JPC, Acheampong K, Abesig J, Luo J. Conocimiento, actitud y práctica de la lactancia materna exclusiva entre madres en África Oriental: una revisión sistemática. *Int Breastfeed J.* 14 de agosto de 2020;15(1):70.
11. Navas Traña J. Conocimientos actitudes y prácticas de Lactancia de Materna de madres con recién nacidos ingresados en el HAN en el periodo comprendido en febrero a marzo 2018 [Internet] [Tesis para optar al título de Especialista en Pediatría]. [Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2018 [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/9120/>
12. Salas Núñez VC. Conocimiento y actitud sobre lactancia materna en gestantes atendidas por control prenatal en el Centro de Salud Perú Corea- Bellavista - Callao octubre 2022 [Internet] [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. [Lima]: Universidad San Juan Bautista; 2023 [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4669>
13. Benancio Vigilio ML. Actitudes y conocimientos hacia la lactancia materna en madres adolescentes usuarias de un hospital materno infantil. *Rev Peru Cienc Salud.* 3 de enero de 2022;4(1):21-7.

14. Arango Sedano D, Sulca Rivera R. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres que asisten al Centro de Salud Tupac Amaru. Setiembre 2020 [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. [Lima]: Universidad Privada del Norte; 2022.
15. Morales Obregon JR, Sousa Rodriguez KA. Factores asociados al conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puérperas atendidas en el hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2021. Repos Inst - UCV [Internet]. 2021 [citado 16 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/59534>
16. Temoche Vélchez L. Conocimiento, práctica y actitud del método de lactancia materna exclusiva y amenorrea, en puérperas del Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa, Piura 2019 [Internet] [Tesis para optar el título de Obstetra]. [Piura]: Universidad Nacional de Piura; 2019 [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/2228>
17. Castillo Arévalo M. Nivel de conocimiento y actitud frente a la lactancia materna exclusiva y ablactancia en madres atendidas en el Centro De Salud Pedro Pablo Atusparia en el período de octubre - diciembre 2018 [Internet] [Tesis para optar el título de Obstetra]. [Chiclayo]: Universidad Particular de Chiclayo; 2019 [citado 13 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/300>
18. Villegas Mera EV, Arriola Arízaga MC. Conocimientos y prácticas sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres primíparas que acuden al Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Naylamp, Chiclayo. ACC CIETNA Rev. Esc Enferm. 2016;3(2):19-28.
19. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna exclusiva para un crecimiento, desarrollo y salud óptimos de los lactantes [Internet]. 2023 [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/elena/interventions/exclusive-breastfeeding>

20. Ministerio de Salud. Minsa: lactancia materna es un derecho del bebé y la madre [Internet]. 2022 [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/618664-minsa-lactancia-materna-es-un-derecho-del-bebe-y-la-madre>
21. Academia Estadounidense de Pediatría. La Academia Estadounidense de Pediatría pide más apoyo para las madres que amamantan dentro de las recomendaciones de políticas actualizadas [Internet]. 2022 [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.aap.org/en/news-room/news-releases/aap/2022/american-academy-of-pediatrics-calls-for-more-support-for-breastfeeding-mothers-within-updated-policy-recommendations/>
22. Horta B, Victora C. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review [Internet]. Brasil: World Health Organization; 2013 [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/79198>
23. Lutter CK, Lutter R. Desnutrición, mortalidad y salud durante toda la vida fetal y en la primera infancia. *Science*. 21 de septiembre de 2012;337(6101):1495-9.
24. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Asociación entre lactancia materna e inteligencia, nivel educativo e ingresos a los 30 años: un estudio prospectivo de cohortes de nacimiento en Brasil. *Lancet Glob Health*. 2015;3(4): e199-205.
25. Danforth KN, Tworoger SS, Hecht JL, Rosner BA, Colditz GA, Hankinson SE. Lactancia materna y riesgo de cáncer de ovario en dos cohortes prospectivas. *Cancer Causes Control CCC*. junio de 2007;18(5):517-23.
26. Martin RM, Middleton N, Gunnell D, Owen CG, Smith GD. Lactancia materna y cáncer: la cohorte de Boyd Orr y una revisión sistemática con metaanálisis. *J Natl Cancer Inst*. 5 de octubre de 2005;97(19):1446-57.
27. Stuebe AM, Schwarz EB. Los riesgos y beneficios de las prácticas de alimentación infantil para las mujeres y sus hijos. *J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc*. marzo de 2010;30(3):155-62.

28. Stuebe AM, Schwarz EB, Grewen K, Rich-Edwards JW, Michels KB, Foster EM, et al. Duración de la lactancia e incidencia de hipertensión materna: un estudio de cohorte longitudinal. *Am J Epidemiol*. 15 de noviembre de 2011;174(10):1147-58.
29. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Programa de Salud Mujer y Niño. Manual de Alimentación Infantil [Internet]. 1993. Disponible en: https://bvs.ins.gob.pe/insprint/cenan/manual_alimentacion_infantil.pdf
30. Raviolo A, Ramírez P, López E, Aguilar A. Concepciones sobre el Conocimiento y los Modelos Científicos: Un Estudio Preliminar. *Form Univ* [Internet]. 2010 [citado 16 de octubre de 2023];3(5). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-50062010000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
31. Palomino Canales G. Nivel de conocimiento y la actitud sobre lactancia materna exclusiva en madres primerizas que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud San Luis – Lima, 2021 [Internet] [Tesis para optar el título de Especialista en cuidado enfermero en Neonatología]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2021 [citado 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/5784>
32. Villa A, Moreno L, García G. Estudios Transversales. En: *Epidemiología y Estadística en salud Pública*. Mc Graw Hill. México; 2011.
33. Hernández R, Fernández C, Baptista M. *Metodología de la investigación*. 7 ma. México: Mc – Graw - Hill Interamericana Editores, S.A.; 2014.
34. Antonio Meza Cuadra. Nivel de vida y salud [Internet]. Editorial Causachun; Disponible en: 2019
35. Yaipén J. Factores asociados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, durante mayo - agosto del 2011. [Chiclayo]: Universidad Particular de Chiclayo; 2011.

ANEXOS



Ficha de Recolección de Datos

“Conocimiento y actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres del C.S El Bosque, La Victoria”

I.- DATOS EPIDEMIOLÓGICAS:

Edad: ≤ 17 () 18 – 23 () 24 – 29 () 30 – 35 () > 35 ()

Procedencia: Urbana () Urbano – Marginal () Rural ()

Estado Civil: Casada () Conviviente () Soltera ()

Ocupación: Estudiante () Ama de casa () Empleada ()

Paridad: Primípara () Multípara () Gran Multípara ()

III.- CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA:

1. ¿Qué es la Lactancia Materna Exclusiva?

- Leche de Pecho más leche artificial
- Leche artificial solamente
- Leche de pecho solamente
- Leche de pecho más agüitas

2. ¿Hasta qué edad es recomendable dar Lactancia Materna Exclusiva?

- Hasta los 10 meses de edad
- Hasta los 6 meses de edad
- Hasta que el bebé lo pida
- No importa la edad del bebé.
- Ninguna de las Anteriores.

3. ¿Qué ventajas tiene la leche materna para el Bebé?

- Mayor resistencia a las infecciones.
- Ofrece mayor acercamiento hacia la madre.
- Es de fácil digestión y absorción.

- d. El niño crece adecuadamente
- e. Todas las anteriores

4. ¿Qué ventajas tiene la Leche Materna para la madre?

- a. Refuerza el lazo afectivo madre - hijo.
- b. Protege de salir embarazada.
- c. Está siempre lista.
- d. Todas las anteriores.
- e. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Qué es el Calostro?

- a. Es la leche de pecho durante los 6 meses post parto.
- b. Secreción amarillenta que aparece los primeros cinco días post parto.
- c. Es la leche de pecho tipo cortado.
- d. Es la leche artificial
- e. Ninguna de las anteriores.

6. ¿Por qué es importante el Calostro?

- a. Disminuye el riesgo de alergias en el bebé.
- b. Satisface las necesidades inmediatas del niño.
- c. Disminuye el riesgo de infección.
- d. Todas son correctas.
- e. Ninguna es correcta.

7. ¿Qué parte del pecho debe coger el bebé para lactar?

- a. Sólo una parte del pezón
- b. Todo el pezón
- c. El pezón y la areola
- d. Cualquier parte del pecho.
- e. Ninguna de las anteriores.

8. ¿Cuál es la forma correcta para retirar el pecho de la boca del bebé?

- a. Retirar de un solo golpe.
- b. Introducir el dedo gordo en la boca del bebé.
- c. Introducir el dedo meñique en la boca del bebé.
- d. Abrir la boca presionando la mejilla del bebé.
- e. Ninguna de las anteriores.

9. ¿Qué tiempo debe lactar el bebé cada pecho?

- a. 10 a 15 minutos
- b. 15 a 20 minutos
- c. 20 a 25 minutos
- d. 25 a 30 minutos
- e. Sólo 5 minutos nada más

10. La Producción de leche de la madre es:

- a. Condicionada por la succión del bebé.
- b. Depende de la cantidad de líquido que ingiera.
- c. Depende de la comida de la madre.
- d. Depende del pecho de la madre.
- e. Ninguna de las anteriores.

11. ¿Cómo debe ser la higiene de los pezones para lactar al bebé?

- a. Lavar con agua y Jabón.
- b. Lavar con agua tibia solamente una vez al día.
- c. Lavar con agua y jabón después de lactar.
- d. Usar otros desinfectantes.
- e. Ninguna de las anteriores.

12. ¿Qué es Ablactancia?

- a. La incorporación de alimentos no lácteos en la dieta de su bebé.
- b. La incorporación de alimentos no lácteos en la dieta de su bebé a partir de los 6 meses.
- c. Comenzar dar comida a su bebé.
- d. Es cuando al niño le comienza a salir los dientes.
- e. Ninguna de las anteriores.

13. ¿Considera Ud., que el niño debe comer a partir de?

- a. 6 meses.
- b. 8 meses.
- c. 10 meses.
- d. Al año de edad.
- e. Ninguna de las anteriores.

14. ¿Qué alimentos puede dar a su niño?

- a. Carnes y Pollo.
- b. Pan y huevos.
- c. Papillas, purés.

- d. Papillas, purés y sopitas.
- e. Cualquier alimento

15. ¿El alimento para el bebé debe ser?

- a. Nutritivo.
- b. Balanceado.
- c. Libre de gérmenes y bacterias
- d. Todas las anteriores.
- e. Ninguna de las anteriores

16. ¿La alimentación debe ser?

- a. Gradualmente.
- b. Con horarios.
- c. Cuando el bebé llora.
- d. Sólo A y B.
- e. Todas.

17. ¿Considera que su bebé debe comer lo mismo que Ud?

- a. No
- b. SI
- c. A veces
- d. Sólo una probadita
- e. Ninguna de las anteriores.

18. ¿Cuándo su bebé estará apto para comer todo?

- a. A los 8 meses.
- b. Cuando le salgan los dientes
- c. Cuando tengan los dientes completos.
- d. Al año de edad.
- e. Ninguna de las anteriores.

19. Las frutas son importantes para su bebé ¿En qué momento?

- a. Cuando recién empieza a comer.
- b. A los 8 meses.
- c. A partir del año.
- d. El momento ideal sería desde los 6 u 8 meses, dependiendo que fruta sea.
- e. Ninguna de lo anteriores

20. ¿Quién cree Ud, que le dará las pautas necesarias para nutrir a su niño adecuadamente?

- a. El médico
- b. La Obstetra
- c. La Enfermera
- d. Todas las anteriores.
- e. Ninguna de las anteriores.

Puntaje:

Bueno = 17 – 20

Regular = 12 – 16

Malo = ≤ 11

IV.- ACTITUD DE LA MADRE:

1. **¿Cuál fue su reacción al saber que estaba embarazada?**
 - a. De felicidad
 - b. De tristeza
 - c. Indiferencia
 - d. Preocupación
2. **¿Después del parto le dio de lactar inmediatamente a su bebé?**
SI () NO ()
3. **¿Se mantiene tranquila y cómoda cuando lacta a su bebé?**
SI () NO ()
4. **¿Prefiere sacarse la leche para darle en biberón a su bebé?**
SI () NO ()
5. **¿Si su bebé llora de hambre le da inmediatamente de lactar?**
SI () NO ()
6. **¿Usa el chupón para entretener a su bebé?**
SI () NO ()
7. **¿Piensa dar a su niño papillas y sopitas, antes de que empiece a salirle los dientes?**
SI () NO ()
8. **¿Sabe Ud; cómo se prepara la comida del bebé?**
SI () NO ()
9. **¿Cree ud, que su niño debe comer sólo bajo la supervisión de una persona mayor o Ud?**
SI () NO ()
10. **¿Le interesa que su niño este bien nutrido?**
SI () NO ()

Puntuación de la Actitud.

Positiva: 7 – 10 Puntos

Negativa: ≤ 6 Puntos

ANEXO Nº 2

CÉDULA SOCIOLOGICA DE MEZA CUADRA PARA MEDIR EL NIVEL SOCI ECONÓMICO Y CULTURAL DE LA FAMILIA

1. GRADO DE INSTRUCCIÓN	2.- NIVEL DE INFORMACIÓN	3.- CATEGORÍA OCUPACIONAL
(0) Analfabeto (1) Primaria incompleta (2) Primaria completa. (3) Secundaria incompleta (4) Secundaria completa (5) Técnico. (6) Universitario	(0) Desconoce (1) Incompleta (3) Completas	(0) Desocupado – abierto (1) Obrero (2) Independiente (3) Empleado (4) Profesional (5) Empleador
4.- INGRESO MENSUAL	5.- TIPO DE VIVIENDA	6.- MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN
(0) < 700 (1) 700 – 800 (2) 801 – 900 (4) 901 – 1000 (5) > 1000	(1) Callejón (2) Quinta (3) Casa (4) Independiente (6) Chalet	(0) Recuperable (esteras) (1) Rustico (adobe-caña) (3) Madera (4) Material noble
7.- PERSONA POR CAMA	8.- PERSONA POR PIEZA	9.- TIPO DE COCINA
(0) Más de 3 personas (1) Entre 2 y 3 personas (2) Entre 1 y 2 personas (3) Una persona o menos	(0) Más de 3 personas (1) Entre 2 y 3 personas (2) Entre 1 y 2 personas (3) < 1 persona o menos	(1) Bracero (leña y/o carbón) (3) Kerosene (5) Gas o eléctrica
10.- SERVICIOS HIGIÉNICOS	11.- LUZ ELÉCTRICA	12.- AGUA POTABLE
(0) No hay (1) Pozo ciego (2) Letrina (3) Inodoro	(0) No hay instalación (2) Si hay instalación	(0) No hay instalación (5) Si hay instalación

* Antonio Meza Cuadra: **Nivel de vida y salud**. Editorial Causachun, 1972 - 105 pp.

CLASIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CULTURAL (N.S.E.C)

- **N.S.E.C ALTO** **65-75 PUNTOS**
- **N.S.E.C MEDIO ALTO** **45-64 PUNTOS**
- **N.S.E.C. MEDIO** **27-44 PUNTOS**
- **N.S.E.C. BAJO** **00-26 PUNTOS**