



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN



TESIS

**FACTORES RELACIONADOS A LOS CONOCIMIENTOS EN LACTANCIA
MATERNA EN MUJERES PRIMIGESTAS Y MULTIPARAS QUE ACUDEN
AL CONTROL PRENATAL EN LA MICRO RED MARISCAL NIETO DEL
DEPARTAMENTO DE MOQUEGUA-2020**

PRESENTADA POR:

SANDRA KAREM VIZCARRA RIOS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

**MAGISTER SCIENTIAE EN CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN
MENCIÓN EN GERENCIA DE PROGRAMAS Y SEGURIDAD
ALIMENTARIA**

PUNO, PERÚ

2021



DEDICATORIA

A Dios quien ha sido mi guía, fortaleza y su mano de fidelidad y amor han estado conmigo siempre.

A mis padres Sonia, Ysidoro y mi hermana Cindy quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento.

A Elvis por acompañarme siempre y apoyarme en todos mis proyectos y a mi niño hermoso Sebastian por ser mi fuente de motivación e inspiración para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para él.



AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la familia que tengo que son el pilar fundamental de mi vida, con su apoyo y consejos he logrado una de mis metas que es lo más valioso que puedo recibir.

A la Universidad Nacional del Altiplano especialmente a la Maestría en Ciencias de la Nutrición, a la plana docente y administrativa por la formación académica impartida en mi persona.

A la Dra. Amalia Felicitas Quispe Romero, mi directora de tesis por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

A los miembros del jurado calificador por su empeño en la revisión y corrección del trabajo de investigación.

A todas las personas que colaboraron amablemente en la ejecución de la presente tesis, con las cuales estaré eternamente agradecida.



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE ANEXOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1 Marco teórico	3
1.1.1 Lactancia materna en mujeres multíparas y primigestas	3
1.1.2 Posiciones de la lactancia materna en mujeres multíparas y primigestas	4
1.1.3 Bondades de la leche materna en mujeres multíparas y primigestas	5
1.1.4 Cambios del comportamiento de la leche	6
1.2 Antecedentes	7
1.2.1 A nivel global	7
1.2.2 A nivel nacional	11
1.2.3 A nivel local	12

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Identificación del problema	14
2.2 Enunciados del problema	14
2.1.1 Enunciado general	16
2.1.2 Enunciados específicos	16
2.3 Justificación	16
2.4 Objetivos	17
2.4.1 Objetivo general	17
2.4.2 Objetivos específicos	17
2.5 Hipótesis	17
2.5.1 Hipótesis general	17



CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Lugar de estudio	18
3.2 Población	18
3.3 Muestra	19
3.4 Método de investigación	19
3.5 Descripción detallada de métodos por objetivos específicos	19

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados	22
4.1.1 Características demográficas en mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua	22
4.1.2 Nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua	28
4.1.3 Relación de los factores demográficos con el nivel de conocimiento en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua	29
4.2 Discusión	42
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	57

ÁREA: Desarrollo Humano en alimentación y nutrición

Puno, 29 de octubre del 2021

TEMA: Lactancia Materna

LINEA: Genero, salud y nutrición en desarrollo humano

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
1. Paridad de mujeres gestantes que acuden al control prenatal	22
2. Edad de las mujeres gestantes que acuden al control prenatal	23
3. Estado civil de mujeres gestantes que acuden al control prenatal	24
4. Procedencia de mujeres gestantes que acuden al control prenatal	24
5. Nivel educativo de mujeres gestantes que acuden al control prenatal	25
6. Recepción de consejerías en gestantes que acuden al control prenatal	26
7. Número de controles de mujeres gestantes que acuden al control prenatal	27
8. Conocimiento en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden al control prenatal	28
9. Conocimiento en lactancia materna según la paridad de la gestante que acude a su control prenatal	29
10. Conocimiento en lactancia materna según la paridad de la gestante que acude a su control prenatal	30
11. Conocimiento en lactancia materna según la edad de la gestante que acude a su control prenatal	31
12. Conocimiento en lactancia materna según la edad de la gestante que acude a su control prenatal	32
13. Conocimiento en lactancia materna según el estado civil de la gestante que acude a su control prenatal	33
14. Conocimiento en lactancia materna según el estado civil de la gestante que acude a su control prenatal	34
15. Conocimiento en lactancia materna según la procedencia de la gestante que acude a su control prenatal	35
16. Conocimiento en lactancia materna según la procedencia de la gestante que acude a su control prenatal	36
17. Conocimiento en lactancia materna según nivel educativo de la gestante que acude a su control prenatal	37
18. Conocimiento en lactancia materna según nivel educativo de la gestante que acude a su control prenatal	38
19. Conocimiento en lactancia materna según la recepción de consejería en la gestante que acude a su control prenatal	39



20. Conocimiento en lactancia materna según la recepción de consejería en la gestante que acude a su control prenatal	40
21. Conocimiento en lactancia materna según número de controles de la gestante que acude a su control prenatal	41
22. Conocimiento en lactancia materna según número de controles de la gestante que acude a su control prenatal	42



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág
1. Matriz de consistencia de la investigación	57
2. Ficha de consentimiento informado	58
3. Cuestionario de factores demográficos y de conocimientos	59
4. Base de datos	62
5. Tratamiento estadístico Chi Cuadrado	74
6. Evidencia fotográfica	96



RESUMEN

Existen diversos factores que intervienen en el conocimiento de la lactancia materna y a su vez dichos conocimiento podrían ser un factor influyente en su correcta práctica. La presente investigación se realizó con el objetivo de evaluar la relación entre los factores demográficos y el nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden al control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto en Moquegua. Se encuentra en el nivel relacional, es un estudio cuantitativo, analítico, observacional, prospectivo y transversal. Se trabajó con 270 participantes, a quienes se les aplicó dos encuestas. La primera, que permitió obtener datos demográficos como la paridad, edad, estado civil, lugar de residencia, nivel educativo, recepción de consejería y número de controles. Y, la segunda encuesta, fue un cuestionario calificable a base de 20 puntos. Como resultado, se evidenció que más de la mitad (74,4%) presentó conocimientos desaprobatorios sobre lactancia materna. Así mismo, en cuanto a las características demográficas, las gestantes con conocimiento regular y desaprobatorio; tienen entre 20 y 34 años, son conviviente/casada, provienen de la zona urbana, tienen estudios de secundaria completa y afirmaron recibir consejería. Por ello, se concluye que, los conocimientos no se relacionan con ninguno de los factores demográficos estudiados.

Palabras Clave: Características demográficas, Conocimiento, Lactancia materna



ABSTRACT

There are several factors that intervene in the knowledge of breastfeeding and in turn such knowledge could be an influencing factor in its correct practice. This research was carried out with the objective of evaluating the relationship between demographic factors and the level of knowledge about breastfeeding in pregnant women who attend prenatal care at the MICRO RED Mariscal Nieto in Moquegua. It is at the relational level, it is a quantitative, analytical, observational, prospective and cross-sectional study. We worked with 270 participants, to whom two surveys were applied. The first, which made it possible to obtain demographic data such as parity, age, marital status, place of residence, educational level, reception of counseling and number of controls. And the second survey was a qualifying questionnaire based on 20 points. As a result, it was evidenced that more than half (74.4%) presented disapproving knowledge about breastfeeding. Likewise, regarding demographic characteristics, pregnant women with regular and disapproving knowledge; they are between 20 and 34 years old, they are cohabiting / married, they come from urban areas, they have completed high school studies and they affirmed that they receive counseling. Therefore, it is concluded that knowledge is not related to any of the demographic factors studied.

KEYWORDS: Demographic characteristics, Knowledge, Breastfeeding.

INTRODUCCIÓN

En la antigüedad las mujeres amamantaban más que en la actualidad. Desde la mitología de cualquier tipo tanto la griega como romana las diosas se representaba como mujeres amamantando⁽¹⁾. En la cultura hebrea el destete completo está escrito a los 3 años, en el Talmud 24 meses y en todo lo que se haya escrito en India después de los 3 años⁽²⁾. Entonces la lactancia materna en un proceso vital donde la madre provee un tejido vivo homólogo, rico en calorías, de bajo contenido proteico, con inmunoglobulinas y que permite intercambios emocionales únicos⁽³⁾. Es el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo de los niños, ya que la naturaleza lo ha hecho especialmente para los seres humanos⁽⁴⁾. Por ende no hay ningún sustituto que pueda reemplazar la leche materna, debido a la existencia de factores bioactivos presentes en ella que no pueden ser reemplazados por la industria farmacéutica, las hormonas y péptidos tróficos: la GH, insulina, IGF-I, FCE, prolactina, colecistoquinina⁽⁵⁾. Es así que la industria farmacéutica por más que modifica los componentes de la leche de vaca, no ha podido sustituir la leche materna, que está cambiando y va variando según la etapa de la vida del niño⁽⁶⁾ y que no están presentes de ninguna manera en otros tipos de leche.

La regulación de la síntesis y secreción de leche está dada por la secreción de la prolactina, oxitocina, vaciamiento de la mama y factor inhibidor de la lactancia. Donde la succión por el infante originará una cascada de reacciones y una ausencia de ésta repercute en la producción de leche e inclusive la calidad nutritiva. Un ejemplo claro ocurre con el DHA, un ácido graso necesario para la formación de la retina y cerebro cuya concentración en suero de la madre se encuentra a razón de la lactancia, es decir, cuando el niño no lacta disminuye la concentración de DHA plasmático⁽⁷⁾. De allí la importancia de la educación y la consejería por parte del personal de salud.

Una de las estrategias más importantes para promover la lactancia materna exclusiva es la educación que brinda el equipo de salud a través de la estrategia de CRED donde se desarrolla una serie de actividades tendientes a lograr un crecimiento y desarrollo integral del niño, lo que incluye orientación y seguimiento permanente a las madres para el inicio y continuación del amamantamiento exclusivo, durante sus primeros 6 meses de vida, en razón a que el conocimiento está dado por una serie de informaciones, ideas y otros conceptos que permiten a la persona poder asumir una actitud positiva o realizar prácticas saludables. En consecuencia, es necesario conocer el nivel de conocimiento de las



gestantes atendidas en la MICRO RED Mariscal Nieto en Moquegua y sus posibles factores demográficos intervinientes.

En tal sentido, la presente investigación se estructura en IV capítulos organizados de manera secuencial; El primer capítulo, que consta de la " La revisión de literatura", que presenta en detalle el marco teórico y los antecedentes de investigación relacionados con esta investigación. El segundo capítulo abarca el "Enunciado del problema", que explica en detalle la identificación del problema, el enunciado del problema, las razones, los objetivos e hipótesis. El tercer capítulo incluye la parte de "Materiales y métodos". Este capítulo presenta en detalle el lugar de la investigación, la población, las muestras, los métodos de investigación y las descripciones de los métodos para los objetivos específicos. El cuarto capítulo, finalmente contiene los "Resultados y discusión" y se detalla las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1 Marco teórico

1.1.1 Lactancia materna en mujeres multíparas y primigestas

Desde la existencia de los seres humanos, la leche materna ha sido la principal fuente de nutrición para los niños pequeños. también se le llama "sangre blanca" y se le llama nutrición natural porque es la madre quien la produce, desde la última vez, el uso de la lactancia materna ha sido un tema contradictorio. La leche materna es un alimento que aporta la energía y los nutrientes que los niños necesitan en los primeros meses de vida, favorece el desarrollo sensorial y cognitivo y es un factor protector frente a enfermedades infecciosas y crónicas⁽⁸⁾. Además, contribuye a la salud y el bienestar de las madres, ayuda a reducir los intervalos de embarazo y reduce el riesgo de cáncer de ovario y de mama⁽⁸⁾.

La leche materna es el mejor alimento que se le puede ofrecer a un lactante, es un alimento que se le puede describir como un alimento inteligente ya que además de proporcionar los nutrientes esenciales para el lactante proporciona otros nutrientes con numerosas ventajas como pueden ser las inmunoglobulinas que los defienden frente algunas infecciones como pueden ser diarreas o infecciones respiratorias⁽⁹⁾, además también contienen enzimas que ayuda a la digestión del niño que en los primeros meses de vida puede estar inmaduro, contiene también unas hormonas que actúan como factores tróficos que le va ayudar también al niño a madurar sus diferentes sistemas y además a lo largo del periodo de amamantamiento incluso en la misma mamada, la propia leche materna va cambiando su composición haciendo que el niño vaya regulando su propia ingesta⁽¹⁰⁾.

Es un alimento que además contiene Omega 3 y Omega 6 que son unos ácidos grasos que ayudan también al desarrollo del sistema nervioso central y a la maduración de su retina y que, por lo tanto, proporciona beneficios para el lactante. Durante la lactancia, el contacto piel a piel favorece el apego, lo que prolongará la duración de la lactancia y promoverá un mejor desarrollo psicológico y emocional de los niños⁽¹¹⁾. También hace una contribución positiva a la economía de la familia y el país sin dañar el medio ambiente. El período de lactancia también tiene un efecto beneficioso sobre la actividad del útero, porque la estimulación repetida del pezón libera oxitocina a través de la neurohipófisis y provoca la estimulación del miometrio⁽¹²⁾.

1.1.2 Posiciones de la lactancia materna en mujeres multíparas y primigestas

Es esencial conseguir una buena postura de agarre al pecho y efectuar siempre horario a demanda al principio para que la producción de leche de la madre se adapte bien a lo que necesita el bebé⁽¹³⁾. Y para eso es muy importante tener un buen apoyo al inicio de la lactancia; profesionales o gente especializada para ello. El tiempo dependerá de la disponibilidad de la madre, teniendo claro que cualquier tiempo de lactancia materna es aconsejable por corto que sea⁽¹⁴⁾. La recomendación estándar es intentar hacer 6 meses la lactancia materna exclusiva y después prolongarla junto con otros alimentos hasta los 12, 18 o 24 meses⁽¹⁵⁾.

a) Posición Sentada “Clásica”: En la actualidad, es cada vez más importante ofrecer bienes y servicios de calidad en el mercado. Los consumidores tienen requisitos más altos todos los días y tienen un conocimiento profundo de lo que significa calidad. Para cumplir con estas expectativas, se han desarrollado muchas técnicas y herramientas para medir y asegurar la calidad de los productos proporcionados⁽¹⁶⁾.

b) Posición Sentada de “Sandía”: La madre debe sentarse en una silla, en el suelo o en la cama. El cuerpo del bebé debe pasar por las axilas de la madre y el abdomen debe descansar sobre las costillas y los pies de la madre. A diferencia de la madre, su cabeza debe estar sostenida por las manos de la madre. Esta ubicación es útil para bebés prematuros o madres que dan a luz por cesárea o gemelos⁽¹⁶⁾.

c) Posición Sentada de “Caballito”: El bebé está sentado sobre el muslo antes del muslo de la madre, con la mano de la madre en el cuello sosteniendo su cabeza. Esta posición es muy útil para niños con problemas de reflujo, palpación, labio leporino y madres que producen mucha leche⁽¹⁷⁾.

d) Posición Acostada: El bebé se acuesta frente al pecho, lo que puede aumentar el contacto visual. Esta postura es útil para las madres durante la noche⁽¹⁷⁾

1.1.3 Bondades de la leche materna en mujeres multíparas y primigestas

La leche materna es un alimento que también tiene sus ventajas porque está disponible en cualquier momento para el lactante, no necesita que se hagan métodos de esterilización y por tanto se le puede considerar el mejor alimento que los padres pueden ofrecer a su hijo⁽¹⁸⁾. A continuación, se destaca las bondades de la leche materna;

- La leche materna contiene todas las proteínas, grasas, vitaminas y otros elementos esenciales necesarios para la alimentación del recién nacido, y seguirá siendo una fuente importante de nutrición durante al menos dos años⁽¹⁹⁾.
- La leche materna protege a los niños de la causa de la infección.
- Los diferentes cambios que experimenta la leche materna y sus efectos positivos en la salud y la nutrición de los niños.
- Argumentos que prueban que la alimentación artificial causa muchos problemas en los recién nacidos. En comparación con otros tipos de alimentos, la ventaja económica de la lactancia materna.
- La leche materna contiene todos los nutrientes esenciales para alimentar a un niño. Además, también tiene elementos para protegerlo de infecciones. La alimentación artificial puede ser la fuente de múltiples problemas para los niños y las familias⁽²⁰⁾.
- Poniendo los intereses económicos en primer lugar, la industria moderna ha establecido con éxito una cultura alimentaria de prestigio en la que ciertos componentes de la dieta reciben un valor más alto que otros para cobrar más por ellos. costo. Bajo esta tendencia, el objetivo es hacer creer a las personas que la leche materna puede ser reemplazada o imitada por otras⁽²¹⁾.
- Lo que importa no es el contenido absoluto de uno o más tipos de proteínas, grasas o vitaminas de la leche, sino la proporción de proteínas, grasas o vitaminas en la leche. Esta proporción debe estar equilibrada y debe satisfacer las necesidades de los diferentes órganos y funciones del cuerpo humano⁽²¹⁾.
- Estas necesidades varían de un niño a otro, de una edad a otra del mismo niño, de un momento del día a otro y de una alimentación a otra⁽²²⁾.
- Cada niño solo puede obtener leche de su propia madre, y la madre se ha adaptado completamente a su edad y necesidades, y la leche (o leche en un frasco) se

exprime de muchas vacas. Son terneros lactantes de diferentes edades y se ordeñan en diferentes momentos del día⁽²²⁾.

1.1.4 Cambios del comportamiento de la leche

a) Calostro y leche madura:

La leche que sale del pecho el primer día después del parto es más amarilla y espesa que la leche madura, contiene más anticuerpos y más glóbulos blancos, y su composición es muy alta⁽²³⁾.

Esto es exactamente lo que necesita el niño en este momento, porque se encontrará rodeado de muchos virus y bacterias que necesitan protección al nacer. La madre produce muy poco calostro, pero el niño necesita más⁽²⁴⁾. Por lo general, un recién nacido tiene suficientes reservas de alimentos y líquidos corporales para poder esperar hasta que gotee la leche, excepto en el caso de algunos niños peligrosos⁽²⁵⁾. En las semanas posteriores al parto, la cantidad de leche producida por la madre aumenta y la apariencia y composición de la leche cambia. Se volvió menos viscoso y comenzó a parecer azulado y acuoso⁽²⁶⁾. A pesar de su apariencia, la leche madura contiene todos los nutrientes que un niño necesita para crecer durante los primeros cuatro a seis meses, sin ningún otro nutriente. Estos nutrientes son de excelente calidad y en cantidad suficiente, por lo que los niños pueden seguir consumiéndolos con alimentos nutritivos durante mucho tiempo. Si la madre y el niño están dispuestos, esperan vivir hasta dos años o más⁽²⁷⁾.

Al comparar la leche madura con la leche, algunas madres encuentran que la consistencia de la leche ha disminuido, creen que su leche no es suficiente para satisfacer las necesidades de sus bebés, por lo que comienzan a complementarla. La mejor manera de persuadirlos es pesar al bebé con regularidad, preferiblemente usted mismo, para que puedan ver qué tan rápido y saludable está el bebé⁽²⁸⁾.

b) Leche del principio y del final de la mamada

La leche al principio es la leche que se excreta cuando el niño comienza a amamantar. Su apariencia es acuosa y su color es azul. Debido a que hay mucha agua, puede eliminar la sed del niño. Inmediatamente, también es rico en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa⁽²⁷⁾.

La leche al final de la toma es más blanca que la leche al principio porque tiene más grasa. Esta grasa finalmente enriquece el líquido de la leche con energía, que es necesaria para satisfacer al niño y aumentar de peso satisfactoriamente. Si se

saca al bebé del pecho demasiado pronto, no podrá obtener leche desde el principio y no podrá crecer normalmente⁽²⁹⁾.

Si un niño cambia rápidamente de una leche materna a otra sin obtener la leche final, pero solo la primera leche materna, entonces la ingesta excesiva de lactosa causará intolerancia a la lactosa, en algunos casos puede causar tres La causa del cólico nocturno en un bebé de un mes. Además, debido a su mayor contenido de grasa, la leche final es rica en vitaminas liposolubles A, D, E y K⁽³⁰⁾.

c) Leche de la madre del niño prematuro y del niño a término:

En comparación con la leche para bebés nacidos a término, la leche para bebés prematuros tiene más capacidades defensivas y puede combatir infecciones, especialmente infecciones que pueden ser fatales para los bebés prematuros⁽³⁰⁾.

1.2 Antecedentes

1.2.1 A nivel global

Gutierrez *et al.* (2019), realizaron un estudio descriptivo transversal, cuya muestra de estudio fueron madres y recién nacidos atendidos desde 2015 a 2018. Se examinaron variables de proceso y de resultados, realizando análisis descriptivo y bivariado para la comparativa entre años. Como resultado se encontró que la tasa de LM exclusiva al alta pasó del 58,3 % al 72,2 %. Se encontraron diferencias significativas para la primera toma de LM exclusiva en los partos eutócicos (del 90,8% al 93,2%) y en las cesáreas (del 21,7% al 60%). Se obtuvieron mejoras en la valoración de la toma, la educación postnatal y el inicio y duración del contacto piel con piel. Se llegó a la conclusión que las acciones protocolizadas posnatales que realizan los profesionales de la salud, como la valoración de la toma de LM y la educación postnatal, resultan eficaces para instaurar la lactancia. El momento de inicio del contacto piel con piel y su duración son aspectos que deben ser reforzados para un apoyo efectivo⁽³¹⁾

Saliba *et al.* (2020), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la intención de amamantar a gestantes de alto riesgo y factores relacionados. Cuya muestra de estudio fue 1.118 gestantes de alto riesgo que se sometieron a atención prenatal en un centro especializado del Sistema Único de Salud. Para el procesamiento de los datos se utilizó el software Epi Info 7.4.1, Bioestat 5.3 e IRAMUTEQ 0.7.2.0. Los resultados mostraron que el 8,76% de las mujeres embarazadas tenían condiciones que podrían afectar la lactancia. La intención de lactancia materna exclusiva fue afirmada por el 93,83%, siendo 69,86% hasta los seis meses, mostrando asociación con variables

sociodemográficas ($p < 0,05$). El período previsto para la lactancia materna se asoció con la edad ($p = 0,0041$), el estado civil ($p = 0,0053$) y la educación ($p = 0,0116$)⁽³²⁾

Macedo *et al.* (2020), analizaron la asociación entre la lactancia materna y el sobrepeso en preescolares. Donde se trabajó con 448 preescolares de 10 Centros Municipales de Educación Infantil de la ciudad de Teresina-PI. Se aplicó un cuestionario estructurado con preguntas relacionadas con los datos sociodemográficos y la dieta previa de los niños. Se obtuvieron medidas antropométricas de los niños (peso y talla). Se evidenció la prevalencia de sobrepeso y la proporción de niños que recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad fue de 11,16% y 41,9%, respectivamente. El exceso de peso fue 2,5 veces mayor entre los niños no amamantados (IC del 95%: 1,09; 5,83); y, después de controlar por variables sociodemográficas, se encontró que los niños mayores de 48 meses tenían un alto riesgo de sobrepeso (RP: 1,69; IC 95%: 1,01; 2,85) en comparación con los menores 48 meses de edad ($p = 0,04$). Demostrándose que los niños que recibieron lactancia materna estaban protegidos contra el sobrepeso⁽³³⁾.

Zhihong *et al.* (2018) investigaron los factores relacionados con la lactancia materna exclusiva con base en la teoría de la conducta planificada (TPB) e identificar el factor más influyente en las madres primerizas a los 4 meses posnatales. Cuya muestra de estudio fueron 400 madres primerizas a los 4 meses posnatales. Los datos sobre el conocimiento, la actitud, la norma subjetiva y el control de la práctica de la lactancia materna de las madres se recopilaron a los 4 meses después del parto según el TPB. Las asociaciones entre estos cuatro factores y el resultado de la lactancia materna exclusiva se analizaron mediante regresión logística y red neuronal artificial. Se obtuvieron respuestas de 272 madres. La tasa de lactancia materna exclusiva fue del 34,4% a los 4 meses. El estudio concluyó en que el conocimiento, la actitud, la norma subjetiva y el control de la práctica sobre lactancia materna están relacionados positivamente con la lactancia materna exclusiva basada en la TPB⁽³⁴⁾.

Buccini *et al.* (2018), cuantificaron la proporción de aumentos en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva que pueden atribuirse a la reducción del uso de chupetes a lo largo del tiempo. Se hizo el análisis de datos secundarios de dos encuestas transversales representativas a nivel nacional realizadas en las capitales de los estados en 1999 y en 2008 (N = 42,395 infantes brasileños menores de 6 meses de edad).

Como resultado se obtuvo que de 1999 a 2008, hubo un aumento de 15,2 puntos porcentuales en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva y una disminución de aproximadamente 17 puntos porcentuales en la prevalencia del uso de chupete entre los bebés menores de 6 meses. La reducción en el uso de chupetes explicó un aumento en las tasas de lactancia materna exclusiva de 5,5 puntos porcentuales. Si el uso de chupetes disminuyera del 41,6% (prevalencia en 2008) al 14% (como se encontró en Nueva Zelanda), se esperaría un aumento adicional en la lactancia materna exclusiva de aproximadamente 12 puntos porcentuales. Concluyéndose que aproximadamente un tercio de las mejoras en la prevalencia de la LME observadas en Brasil durante una década se puede atribuir a la correspondiente disminución en el uso de chupetes⁽³⁵⁾

Rosas *et al.* (2019), realizaron un estudio en el Hospital de Montemorelos, con selección aleatorizada mediante el software Research Randomizer. Se realizó secuencia de sobres, en los que se indicaba si se realizaría contacto piel con piel o rutina en cuna; el pediatra a cargo de recibir al recién nacido tomó un sobre que revelaba el grupo. Donde no se observó una diferencia significativa al comparar los grupos de frecuencia cardiaca y respiratoria, sin embargo, en relación con la temperatura, a los 15 min sí existe diferencia significativa ($p=0.015$) con en el grupo “contacto piel con piel”; este contacto no afecta negativamente en el control térmico del neonato. Además, se observa una diferencia significativa en cuanto a la alimentación exclusiva entre el grupo de estudio y el control, pues existe mejor apego en el primer grupo⁽³⁶⁾.

Catipovic *et al.* (2018), realizaron un estudio con el propósito de analizar el efecto del programa de educación corta entre estudiantes de secundaria sobre el conocimiento y las intenciones de la lactancia materna en un total de 106 estudiantes mujeres y 155 varones de cuatro escuelas secundarias diferentes en Bjelovar Se utilizaron pruebas univariadas para examinar la relación de varias variables independientes con la intención de amamantar y las puntuaciones de conocimiento antes y después de la educación. Los resultados mostraron un efecto estadísticamente significativo de la educación tanto en las intenciones como en el conocimiento, mientras que el efecto de la escuela fue significativo solo para las intenciones⁽³⁷⁾.

Alpizar *et al.* (2019), realizaron una investigación cualitativa de tipo descriptivo, con una población de diez estudiantes universitarias que amamantaban a sus hijos e hijas.

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada y el análisis se realizó triangulando los datos obtenidos, la teoría de I. King y los aportes de los investigadores. Los resultados señalaron que las estudiantes universitarias perciben que la lactancia materna es un derecho, un beneficio, y el mejor alimento que pueden brindarle a sus hijos e hijas. La familia o amigos generalmente son los que plantean la idea de abandonar la lactancia materna, además el entorno familiar influye directamente en la duración de la lactancia materna. Se concluye que el éxito en la lactancia de las estudiantes universitarias madres va estar influenciado por diferentes factores tanto personales, interpersonales y sociales que son dinámicos y que se relacionan entre sí, además de las redes de apoyo, educación en salud, acompañamiento y la acciones en pro de la lactancia materna de la institución universitaria y de sus propios entornos familiares⁽³⁸⁾.

Belintxon *et al.* (2011), llevaron a cabo un estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico descriptivo, en el que participaron 12 madres primíparas que fueron entrevistadas en profundidad en dos ocasiones, una los primeros días tras el parto y otra al mes de haber dado a luz. Los datos obtenidos se grabaron y transcribieron para analizarlos con el método de Giorgi. Como resultados evidenciaron que el significado esencial de la experiencia vivida por las madres que participaron en este estudio se puede resumir en los cinco temas que se detallan a continuación: la idealización de la lactancia; la incertidumbre ante las dificultades; el deseo de privacidad durante las tomas; la responsabilidad compartida con el niño para lograr el éxito; y finalmente, la desorganización en sus vidas y la modificación del rol de la mujer⁽³⁹⁾.

Gancedo *et al.* (2019) Buscaron conocer el nivel de ansiedad y conocimientos de puericultura y lactancia de las embarazadas primerizas actuales, y las variables clínico-demográficas con las que se relacionan. El estudio concluye en que las embarazadas actuales que completan cursos preparto son principalmente maduras, universitarias y españolas. Poseen buenos conceptos sobre lactancia, pero muchas desconocen conceptos básicos de fiebre y deposiciones del lactante. Las madres extranjeras, con embarazo no deseado y estudios primarios parecen tener conceptos más confusos. Las madres fumadoras, con antecedentes psicopatológicos y que no han recibido LM presentan más ansiedad. La matrona influye significativamente sobre la ansiedad y los conceptos adquiridos⁽⁴⁰⁾.

1.2.2 A nivel nacional

Padilla (2019), determinó el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las madres puérperas de la unidad de alojamiento conjunto de un hospital de Lima en una muestra constituida por 145 madres. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario sobre conocimientos sobre lactancia materna exclusiva. El instrumento obtuvo una confiabilidad de 0.85 según el método Kuder Richardson -KR 20. Los resultados permitirán identificar el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las madres el cual servirá para implementar charlas educativas diarias y consejería en lactancia materna⁽⁴¹⁾.

Ocola (2019), evaluó la consejería de enfermería sobre lactancia materna exclusiva en madres de niños (as) menores de 6 meses del Servicio de Neonatología HRHD en Arequipa, se trabajó con una muestra de 68 primigestas a través del muestreo probabilístico. Usando como técnica la entrevista y el análisis documental, como instrumentos el cuestionario y el carnet de atención integral de salud del niño menor de 5 años; obteniéndose los siguientes resultados, el conocimiento en lactancia materna exclusiva sin consejería es bajo con el 36%, una vez instruidas por consejería de enfermería y terminada la evaluación presentan un 24% en nivel medio y 69% con un alto nivel de conocimiento⁽⁴²⁾.

Pomahuali (2019), determinó los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Puesto de Salud Tres de Diciembre en el año 2017 en 30 madres de niños menores de 6 meses que acuden a la atención en el servicio de CRED. Como resultados principales se encontró que el nivel medio es el conocimiento (83.3%), identificándose mayor población con actitud negativa (60%) y mayor aún con práctica no adecuada (86.7%) de lactancia materna. La conclusión es que la relación entre variables es buena y directa en el caso del conocimiento y la práctica (saber y hacer) y mediana relación directa entre la actitud y la práctica (afecto y práctica)⁽⁴³⁾.

García (2017), determinó la relación entre conductas optimas de la lactancia materna en madres que acuden al Hospital Regional del Cusco. Llegándose a los siguientes resultados; el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de las madres es de un 70% tiene buen nivel de conocimiento, en relación a las conductas óptimas, las prácticas adecuadas de buen amamantamiento de la leche materna un 40% tiene

buen nivel de conocimiento sobre las técnicas de amamantamiento el 23% tiene buen conocimiento y solo el 8.3% conoce muy poco. Sobre los componentes de la leche materna un 33% de las madres tienen buen nivel de conocimiento y el 31% tiene regular nivel de conocimiento, y el 8.3% desconoce sobre los componentes de la leche materna. En relación al conocimiento sobre alimentación complementaria a partir del sexto mes de vida el 33.3%, de las madres tienen buen conocimiento el 31 % tiene regular conocimiento y el 18 % tiene poco conocimiento⁽⁴⁴⁾.

Apaza (2016), evaluó la influencia del cumplimiento de las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud en la pérdida de peso del recién nacido en el HRHDE. Se trabajó con 252 madres y recién nacidos que estuvieron en el área de alojamiento conjunto utilizando una ficha de recolección de datos dirigido a las puérperas y se evaluó a los neonatos con valoración de su peso al nacer y al momento del alta. Concluyéndose que la mayoría de los recién nacidos con 71.8% presentaron pérdida de peso considerada fisiológica y el 28.2% presentaron pérdida de peso patológica. Solo el alojamiento conjunto inmediato se relacionó con menor pérdida de peso patológica⁽⁴⁵⁾.

1.2.3 A nivel local

Berolatti (2014), determinó los efectos de la lactancia materna en el lactante y el nuevo embarazo de gestantes atendidas en la Red de salud Puno. Como resultado en relación a la lactancia en un nuevo embarazo se encontró que el 41% continúa brindando la lactancia y el 59% la suspende y en la mayoría de los casos es por decisión propia de la madre 39%. En cuanto a los efectos negativos de la lactancia sobre el embarazo actual como: abortos en el 1%, partos prematuros 2%, estado nutricional de la gestante de bajo peso 1%, molestias en las mamas 17%, náuseas 14% y contracciones uterinas 6%. La lactancia brindada durante el nuevo embarazo tiene efectos negativos para el lactante: estado nutricional bajo peso 8%, destete 59% y causas de destete diversas no justificadas científicamente⁽⁴⁶⁾.

Justo (2018), determinó la relación entre el nivel de conocimiento de las madres y el estado nutricional de los niños y niñas de 0-6 meses atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro – Puno. Usando la técnica del Cuestionario, y como instrumento el Formulario de Preguntas, aplicados a 95 madres de niños de 0 – 6 meses. El estudio concluye que la relación entre el nivel de conocimiento de las

madres y el estado nutricional de los niños y niñas de 0-6 meses atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro – es indirecta, ya que las madres de niños con estado nutricional normal tienen un nivel de conocimiento incorrecto⁽⁴⁷⁾.

Chambilla (2019), determinó la prevalencia de los factores de riesgo de la Ictericia Neonatal en el Hospital III ESSALUD de Puno en el 2019 en un tamaño muestral de 50. Encontrándose que los factores de riesgo materno en la ictericia neonatal fueron lactancia materna exclusiva (OR: 4.85, I.C.:1.29 –18.26, $p<0.05$) y la pre eclampsia severa (OR: 5.41, I.C.:1.02 – 28.79, $p<0.05$); los factores de riesgo del recién nacido en la ictericia neonatal fueron la edad gestacional pretérmino (OR: 5.76, I.C.:1.36 – 24.36, $p<0.05$) y cefalohematoma (OR: 9.33, I.C.:1.05 – 82.78, $p<0.05$)⁽⁴⁸⁾.

Aliaga y Tipula (2018), determinaron la efectividad de la consejería en conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva en mujeres en etapa perinatal. Los resultados referentes al conocimiento sobre lactancia materna exclusiva antes de la consejería fue regular y posterior a la consejería fue predominantemente bueno; respecto a la práctica antes de la consejería fue inadecuada y posterior a la intervención mejoró en su totalidad, y finalmente sobre las características personales, la edad con mayor predominio fue de 21 a 30 años, referente a la ocupación la mayoría son amas de casa de estado civil convivientes y grado de instrucción superior⁽⁴⁹⁾.

Centon y Yucra (2020), determinaron los factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón Puno en un total de 60 madres adolescentes puérperas encontrándose que el 60% de madres adolescentes encuestadas presentaron cuadros de depresión y el 40% no, en cuanto a los factores demográficos asociados a la depresión encontramos a la edad, estado civil y ocupación, no encontrando asociación con el grado de instrucción, con un $p<0.05$ ⁽⁵⁰⁾.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Identificación del problema

La leche materna humana es muy importante por ser leche de la misma especie, por tanto, no introduce proteínas extrañas en la alimentación del bebé porque está demostrado que protege de enfermedades infantiles como infecciones durante los primeros meses de vida⁽⁵¹⁾, esto porque posee los nutrientes y anticuerpos en cantidades adecuadas de azúcar, agua, grasas y proteínas que promueven no solo el crecimiento y el desarrollo de los bebés, sino que también son importantes para su supervivencia⁽⁵²⁾. Una exposición continua a la lactancia también reduce la introducción de otros alimentos contaminados y garantiza una nutrición adecuada para el bebé y establece un vínculo muy especial entre la madre y el bebé. Estudios como el de Nafee⁽⁵³⁾ señalan que aquellos niños sanos amamantados pueden obtener mejores resultados en las pruebas neuropsicológicas en el dominio del lenguaje entre los 10 y los 12 años de edad, también protege de infecciones, obesidad infantil y sus comorbilidades asociadas en la vida adulta⁽³⁾. Por otro lado, la lactancia materna exclusiva trae consigo beneficios no únicamente para el bebé, sino también para la madre como un menor riesgo de padecer de cáncer de mama, cáncer de ovario, depresión posparto, hipertensión, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus tipo II⁽⁵⁴⁾ e incluso puede tener un efecto positivo en la reducción de la tasa de recaídas y la discapacidad en mujeres con esclerosis múltiple⁽⁵⁵⁾. Es así que la lactancia materna es muy importante, y susceptible a diversos factores como los conocimientos de la madre y demás características demográficas de esta⁽⁵⁾.

Y aunque la lactancia materna es un acto natural y debería ser muy fácil, son difíciles de instaurar, ya que a nivel mundial la decisión de la madre de amamantar se ve afectada por varios factores⁽⁵⁶⁾; como las creencias, valores, experiencia de lactancia materna, creencias comunitarias⁽⁵⁷⁾, así mismo el modo de parto, el nivel socioeconómico de la

madre, así como su ocupación, número de hijos, educación prenatal sobre lactancia materna⁽⁵⁸⁾ o conocimientos erróneos de que la leche materna por sí sola es insuficiente como dieta de un bebé⁽⁵⁹⁾, o en su defecto la percepción de leche insuficiente, la mala interpretación del llanto del bebé, el regreso de la madre al trabajo o la escuela, así como la introducción temprana de alimentos sólidos y la falta de apoyo estarían influyendo en la lactancia materna⁽⁶⁰⁾. En ese entender la problemática en la prevalencia de lactancia materna no es única y exclusiva del Perú, y a pesar del esfuerzo de los profesionales, el porcentaje de recién nacidos con lactancia materna exclusiva al nacer no es suficiente⁽⁶¹⁾. Ya que, en el año 2018, el 66.4% de niñas y niños menores de seis meses tuvieron lactancia materna; alcanzando los mayores porcentajes en el área rural (79.6%), principalmente en la Sierra (77.0%) y en aquellas/os cuyas madres tenían un nivel educativo de primaria o menos (80,5%)⁽⁶²⁾. Y en Moquegua, la lactancia materna se redujo drásticamente en 2016 y 2017 siendo la proporción de niños menores de 6 meses del 52,5% en 2016. Para 2018, aumentó al 64,9%, superando incluso las metas nacionales⁽⁶³⁾. Si bien es cierto más del 50% de la población infantil ha recibido LM, sin embargo, persiste una brecha de niños que no la reciben y que debe ser cubierta, principalmente aquellos niños cuyas madres se encuentran en el área urbana y que por motivos laborales disminuye la duración y la exclusividad de la lactancia materna⁽⁶⁴⁾. Es por ello que se sugieren enfoques multisectoriales y multidisciplinarios para aumentar la lactancia materna en las madres⁽⁶⁵⁾, implementando y cumpliendo con políticas que promuevan la creación de un entorno propicio para las madres que amamantan, involucrando a las diversas partes interesadas a fin de lograr aumentar las tasas y la duración de la lactancia materna exclusiva⁽⁷⁾. No olvidando la parte cultural y lingüística que contribuye en aumentar su duración y disminuyendo la suplementación con fórmulas⁽⁶⁶⁾. En otro aspecto, las futuras intervenciones de promoción de la lactancia materna debe apuntar especialmente al conocimiento sobre lactancia materna, y continuar durante al menos dos meses después del parto⁽³⁴⁾, incorporando teorías de autoeficacia de LM y el comportamiento planificado para promover prácticas sostenidas en las madres⁽⁶⁷⁾.

De lo mencionado anteriormente, el presente trabajo de investigación busca sentar las bases de los factores demográficos que puedan estar asociados a la práctica de la lactancia materna en mujeres primíparas y multíparas de un grupo de mujeres que son controladas en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua. Para así, ser un punto de partida en la implementación de estrategias para atenuar aquellos posibles factores que

obstaculizarían una óptima lactancia materna exclusiva. Por tanto, se plantea los siguientes enunciados.

2.2 Enunciados del problema

2.2.1 Enunciado general

- ¿Los factores demográficos se encontrarán relacionados con el nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua?

2.2.2 Enunciados específicos

- ¿Cómo serán los factores demográficos (paridad, edad, estado civil, lugar de procedencia, nivel educativo, recepción de consejería y número de controles) en mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua?
- ¿Cuál será el nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua?

2.3 Justificación

Debido a que la lactancia materna contribuye positivamente a la salud humana de varias maneras, puesto que es sostenible y ecológica. Cuya producción solo requiere el alimento adicional que una madre necesita consumir y por lo tanto utiliza menos recursos naturales y casi no genera desperdicios. Y como la lactancia materna es una práctica que no requiere conocimientos científicos para ser llevada a cabo con éxito.

Es necesario conocer los saberes previos que las futuras madres tienen al respecto y si este nivel de conocimiento estaría siendo influenciado por los caracteres demográficos de las mismas. Es por ello que se realizará un estudio empírico sobre la evaluación de la relación entre los factores demográficos y el nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en los establecimientos de Salud que pertenecen a la Micro red de salud Mariscal Nieto.

Esto con el motivo de generar información base en la institución para llevar a cabo estudios de investigación en otros niveles de la investigación, que permitan generar soluciones frente a los posibles factores que estarían interfiriendo en la práctica de la lactancia materna exclusiva. Por otro lado, como profesional en nutrición humana se me permita a partir de los resultados obtenidos elaborar planes de intervención en la promoción de la lactancia materna sostenible.

2.4 Objetivos

2.4.1 Objetivo general

- Determinar si los factores demográficos se encuentran relacionados con el nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

2.4.2 Objetivos específicos

- Identificar las características demográficas (paridad, edad, estado civil, lugar de procedencia, nivel educativo, recepción de consejería y número de controles) en mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua
- Evaluar el nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua.

2.5 Hipótesis

2.5.1 Hipótesis general

Los factores demográficos como la paridad, edad, estado civil, lugar de procedencia, nivel educativo, recepción de consejería y número de controles se encuentran relacionados con el nivel de conocimientos en lactancia materna de las mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Lugar de estudio

Este trabajo de investigación titulado “Factores relacionados a los conocimientos en lactancia materna en mujeres primigestas y multíparas que acuden al control prenatal”. Fue llevada a cabo en el ámbito de la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua ubicado al sur del país, en la vertiente occidental de la cordillera de los Andes.

3.2 Población

Se sabe que la población es el total de individuos de quienes se extrae la población de estudio a través de criterios de inclusión y exclusión. Siendo así la población en la presente investigación; todas las gestantes que acuden a su control en el ámbito de la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua. Siendo así un total de 570.

Para determinar la población de estudio se aplicó los siguientes criterios de inclusión y exclusión;

– **Criterios de inclusión:**

Participan gestantes que hayan aceptado participar activamente en la investigación, firmando la ficha de consentimiento informado.

– **Criterio de exclusión:**

No participan gestantes multíparas y primigestas que se encuentran en el último mes de embarazo.

Al aplicar los criterios de inclusión y exclusión se determinó que la población de estudio fue conformada por 500 mujeres primigestas y multíparas en el ámbito de la MICRO

RED Mariscal Nieto, los cuales fueron extraídos del registro diario del cuaderno de pacientes atendidos que se tiene como marco muestral.

3.3 Muestra

La muestra viene a ser el número de sujetos que harán parte del estudio, de tal manera que los resultados obtenidos puedan aplicarse a la población de estudio representativa(68). Por ende, el tamaño muestral fue calculado aplicando ecuación matemática para marco muestral conocido obteniéndose a 270 participantes.

A continuación, se muestra el procedimiento para el cálculo del tamaño muestral:

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

Donde:

$$Z^2 = \text{Nivel de Confianza} = 1.960$$

$$p = \text{Probabilidad de éxito} = 0.500$$

$$q = \text{probabilidad de no éxito} = 0.500$$

$$N = \text{Tamaño de la población} = 500$$

$$d = \text{Error muestral máximo} = 0.050$$

$$n = \text{Tamaño de la muestra} = 270$$

Así mismo esta muestra fue seleccionada a través del muestreo no probabilístico de tipo por conveniencia.

3.4 Método de investigación

La investigación se encuentra en el nivel relacional, es un estudio cuantitativo, analítico, observacional, prospectivo, transversal⁽⁶⁹⁾.

3.5 Descripción detallada de métodos por objetivos específicos

3.5.1 Determinación de la relación entre los factores demográficos y el nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en el ámbito de la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Para determinar la relación de los factores demográficos y el conocimiento en las gestantes que se atienden en el ámbito de la MICRO RED Mariscal Nieto del

Departamento de Moquegua. Las respuestas de los cuestionarios, fueron procesados en la base de datos en el programa Excel, obteniendo así la data cruda, el cuál posteriormente fue importado al programa SPSS versión 21 para la obtención de tablas de relación aplicando el tratamiento estadístico con la prueba Chi cuadrado de Pearson en base al siguiente criterio de decisión:

Si el P. Valor es menor al valor alfa $\alpha=0,05$, se niega la hipótesis nula y se firma la hipótesis alterna.

A continuación, se detalla las técnicas utilizadas para el cumplimiento de los objetivos específicos;

A) Identificación de los factores demográficos (paridad, edad, estado civil, lugar de residencia, nivel educativo, recepción de consejería pre natal y número de controles) en mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en el ámbito de la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua;

- **Técnicas a utilizar en la investigación.**

- a) *Encuesta*

Fue la principal técnica utilizada, cuyo instrumento de aplicación fue un cuestionario de factores demográficos Anexo N°03.

- **Instrumento**

- a) *Cuestionario*

El cuestionario es un instrumento de investigación que ayudó a recopilar las características demográficas como paridad, edad, estado civil, lugar de residencia, nivel educativo, recepción de consejería y número de controles de la muestra de estudio, que en este caso son las mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en el ámbito de la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua.

El instrumento consta de 7 ítems (paridad, edad, estado civil, procedencia, nivel educativo, recepción de consejería y número de controles), siete preguntas relacionadas a la obtención de la información demográfica en la gestante. Anexo N°03

B) Evaluación del nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en el ámbito de la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

- **Técnicas a utilizar en la investigación**

- a) *Encuesta*

Fue la principal técnica utilizada, cuyo instrumento de aplicación fue un banco de preguntas de conocimientos con puntaje (0-20) Anexo N°03.

- **Instrumento**

- a) *Cuestionario (examen)*

El instrumento (Anexo N°03) consta de 20 preguntas clave sobre lactancia materna, cuya información normalmente es brindada por los establecimientos de salud. Así mismo este banco de preguntas fue calificable de 0 a 20 puntos, que permitió la clasificación del conocimiento en base a escalas del Ministerio de Educación, los cuales son:

- Desaprobado (0-10 puntos)-Conocimiento bajo o en proceso de aprendizaje
- Aprobado con nota regular (11-14 puntos)- Conocimiento regular
- Aprobado con buena nota (15-17 puntos)- Conocimiento bueno
- Aprobado con muy buena nota (18-20 puntos)-Conocimiento muy bueno

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

4.1.1 Características demográficas en mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Tabla 1

Paridad de mujeres gestantes que acuden al control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Paridad de gestante	N	%
Primípara	147	54,4
Múltipara	123	45,6
Total	270	100,0

La tabla 1 muestra la distribución porcentual según paridad de las gestantes que acudieron a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto durante el periodo diciembre 2020- mayo 2021. Siendo del total (270), el 54,4% primíparas y el 45,6% múltiparas.

Mamani L, determinó el conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes primigestas. La muestra de estudio estuvo constituida por 32 adolescentes primigestas usuarias del Centro de Desarrollo Juvenil - Puno, los resultados obtenidos respecto al conocimiento de las adolescentes primigestas se demostró que las adolescentes primigestas poseen conocimiento deficiente en aspectos de: beneficios para las madres 38%, contenido nutricional 28% e inicio de la lactancia materna 25%. En cuanto a la técnica de amamantamiento, las adolescentes primigestas poseen un conocimiento bueno

respecto a: posición del lactante para eliminar gases 78%, higiene de la mama y postura correcta de la madre para dar de lactar 72%. Muestran conocimientos deficientes en cuanto: el buen agarre 25%, frecuencia 22% y duración del amamantamiento 19%.

De los resultados obtenidos se puede visualizar que, de las 270 gestantes, 147 van a ser madres por primera vez y 123 tienen 1 o más partos.

Tabla 2

Edad de las mujeres gestantes que acuden al control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Edad de la gestante	N	%
Menores de 20 años	20	7,4
20 a 34 años	206	76,3
Mayores a 34 años	44	16,3
Total	270	100,0

La tabla 2 muestra la distribución porcentual según edad de las gestantes que acudieron a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto durante el periodo diciembre 2020-mayo 2021. Siendo las gestantes de entre 20 y 30 años (76,3%) las de mayor proporción respecto al total (270) y en una menor proporción mujeres mayores a 34 años (16,3%) y menores a 20 años (7,4%).

Quispe J & Rivas R., determinaron los factores que se asocian con el inicio de la Lactancia Materna Precoz en puérperas primíparas del INMP. Se entrevistó a 151 puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Dentro de los principales resultados se observó que la mayoría eran madres entre 19-25 años (49,9%).

En los resultados de la investigación se evidencia que el mayor número de gestantes se encuentra dentro del grupo de 20 a 34 años de las mujeres gestantes que acuden a sus controles prenatales. Tomando como referencia a Quispe J & Rivas R, se identifica que el mayor número de mujeres gestantes se encuentra entre los 20 y 34 años.

Tabla 3

Estado civil de mujeres gestantes que acuden al control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Estado civil de la gestante	N	%
Conviviente/casada	211	78,1
Separada/divorciada	24	8,9
Madre soltera	35	13,0
Total	270	100,0

La tabla 3 muestra el estado civil de las gestantes que acudieron a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto durante el periodo diciembre 2020- mayo 2021. Donde el 78,1% del total son convivientes/casadas, el 13% son madres solteras y el 8,9% son separadas/divorciadas.

Quispe J & Rivas R., determinaron los factores que se asocian con el inicio de la Lactancia Materna Precoz en puérperas primíparas del INMP. Se entrevistó a 151 puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Dentro de los principales resultados se observaron que la mayoría eran madres tienen una unión estable (64,9 %).

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se puede apreciar que 211 mujeres gestantes durante la investigación se encuentran casada o son convivientes, todo esto en el marco de una unión estable. De los resultados obtenido se encuentra relación con los resultados obtenidos por Quispe J & Rivas R, donde se evidencia que el mayor número de mujeres gestantes tienen una unión estable.

Tabla 4

Procedencia de mujeres gestantes que acuden al control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Procedencia de la gestante	N	%
Rural	127	47,0
Urbano	143	53,0
Total	270	100,0

La tabla 4 muestra la procedencia de las gestantes que acudieron a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto durante el periodo diciembre 2020- mayo 2021. Donde el 53% proviene de la zona urbana y el 47% restante de la zona rural.

Gómez M., determinó los factores relacionados al éxito de la lactancia materna exclusiva en 152 madres de niños menores de 6 meses de edad, aplicando un cuestionario. Como resultado se encontró que el 62,5% de madres brindaron lactancia materna exclusiva a sus bebés. Los factores sociodemográficos que se relacionaron al éxito de lactancia materna exclusiva fueron ser de procedencia rural ($p=0,003$) y ama de casa ($p = 0,000$). Durante la investigación se puede identificar que del total de 270 gestantes que acuden a sus controles prenatales 143 tienen residencia en zona urbana y 127 en zona rural. De los resultados obtenidos, se asemeja con lo obtenido por Gómez M. durante su investigación donde se encuentra que el mayor número de gestantes tienen procedencia rural.

Tabla 5

Nivel educativo de mujeres gestantes que acuden al control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Nivel educativo de la gestante	N	%
Primaria completa	5	1,9
Secundaria completa	142	52,6
secundaria incompleta	21	7,8
superior completo	41	15,2
superior incompleto	61	22,6
Total	270	100,0

La tabla 5 muestra la distribución demográfica de las gestantes que acudieron a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto según su nivel educativo, durante el periodo diciembre 2020- mayo 2021. Donde se encontró que el 52,6% cuentan con estudios de secundaria completa, en menor proporción se tiene al 22,6% con estudios superiores incompletos mientras que el 15,2% con estudios superiores completos, sin obviar al 7,8% con secundaria incompleta y al 1,9% con primaria completa.

Quispe J & Rivas R., determinaron los factores que se asocian con el inicio de la Lactancia Materna Precoz en púerperas primíparas del INMP. Se entrevistó a 151 púerperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Dentro de los principales resultados se observó que la mayoría eran madres entre 19-25 años (49,9 %), grado de instrucción secundaria (72,2%), unión estable (64,9 %), proceden de la región costa (59,6%) y como ocupación de ama de casa (76,2 %).

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que 142 gestantes durante el periodo de la investigación el nivel educativo alcanzado es de secundaria completa seguido de 61 mujeres gestantes que tiene superior incompleto, de acuerdo a estos resultados obtenidos se concuerda con lo encontrado en el estudio de por Quispe J & Rivas R donde el nivel educativo alcanzado es educación secundaria.

Tabla 6

Recepción de consejerías pre natal (obstétrica y nutricional) en mujeres gestantes que acuden al control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Recepción de consejería	N	%
Si recibió	270	100,0
No recibió	0	0,0
Total	270	100,0

En la tabla 6 se muestra el porcentaje de mujeres gestantes que recibieron consejería pre natal (obstétrica y nutricional) durante su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua. Donde se evidencia que todas las mujeres sin excepción recibieron las consejerías por parte del personal de salud.

Tuny J., determinó los factores asociados al abandono de la lactancia materna del neonato en la primera semana de vida. La población de estudio estuvo constituida por madres púerperas que acuden a control de la primera semana del recién nacido, por consultorio externo de pediatría; a las que se les aplicó una encuesta pre elaborada. Se encuestaron a 121 madres púerperas, de las cuales dan Lactancia Materna Exclusiva 98, y 23 NO; de las madres que NO optaron dar a sus hijos Lactancia Materna Exclusiva, 17 no asistieron a sus sesiones de Psicoprofilaxis y 16 solo 6 recibieron consejería sobre Lactancia Materna por parte del Personal de Salud antes del Alta.

Por lo que podemos concluir que las 270 gestantes atendidas durante el periodo de la investigación si ha recibido la consejería prenatal. Tomando como referencia lo encontrado por Tuny J. en el estudio realizado encontramos que un gran número de mujeres gestantes no han recibido sesiones educativas y demostrativas durante su investigación y siendo un escenario diferente el encontrado durante el desarrollo de la presente investigación donde el 100% de las gestantes han recibido consejerías prenatales.

Tabla 7

Número de controles de mujeres gestantes que acuden al control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Número de controles de la gestante	N	%
Menor a 6 controles	231	85,6
6 controles	23	8,5
Mayor a 6 controles	16	5,9
Total	270	100

La tabla 7 muestra el número de controles prenatales que presentan las gestantes que acudieron a la MICRO RED Mariscal Nieto durante el periodo diciembre 2020- mayo 2021. Donde se observa que un 85,6% del total de gestantes presentan menos de 6 controles, a diferencia del 8,5% que presento 6 controles mientras que solo un 5,9% más de 6 controles.

Tuny J., determinó los factores asociados al abandono de la lactancia materna del neonato en la primera semana de vida. Se encuestaron a 121 madres puérperas, de las cuales dan Lactancia Materna Exclusiva 98, y 23 NO; de las madres que NO optaron dar a sus hijos Lactancia Materna Exclusiva, 17 no asistieron a sus sesiones de Psicoprofilaxis y 16 solo 6 recibieron consejería sobre Lactancia Materna por parte del Personal de Salud antes del Alta.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación según Tuny J. se encuentra un número significativo de mujeres gestantes que no acuden a sus controles prenatales.

Evidenciamos en la investigación que 231 mujeres gestantes tienen menos de 6 controles pre natales.

4.1.2 Nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Tabla 8

Conocimiento en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden al control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Conocimiento en lactancia materna	Total	
	N	%
Desaprobado (0-10)	201	74,4
Aprobado con nota regular (11-14)	68	25,2
Aprobado con buena nota (15-17)	1	0,4
Total	270	100

La tabla 8 muestra el conocimiento frente a lactancia materna que tienen las mujeres gestantes que acudieron a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua. Evidenciándose que más de una mitad, es decir, el 74,4% presenta bajos conocimientos frente a lactancia materna con calificaciones desaprobatorias entre 0 y 10 puntos, mientras que solo un 25,2% obtuvo calificaciones entre 11 a 14 puntos, lo cual demuestra un conocimiento regular del tema. Y finalmente sólo el 0,4% del total tiene nota aprobatoria con puntaje superior a 15 demostrando conocimiento bueno.

Guerrero J & Vera J., entre agosto de 2012 y enero de 2013 realizaron un estudio descriptivo prospectivo para determinar el conocimiento, actitud y nivel de habilidad de madres, luego de correlacionar y analizar los datos, los resultados con respecto al nivel de conocimiento sobre la lactancia, fueron los siguientes: Nivel 1 (malo) corresponde al 55%, el nivel 2 (regular) al 19%, el Nivel 3 (bueno) al 21% y el Nivel 4 (excelente) al 5% de la muestra.

De acuerdo a los resultados obtenidos se concuerda con el estudio realizado por Guerrero J & Vera J donde el 55% de madres está en el nivel 1 calificado como malo para conocimiento de lactancia materna.

4.1.3 Relación de los factores demográficos con el nivel de conocimiento en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Tabla 9

Conocimiento en lactancia materna según la paridad de la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Conocimiento en lactancia materna	Paridad de gestante				Total	
	Primípara		Multípara		N	%
	N	%	N	%		
Desaprobado (0-10)	113	76,9%	88	71,5%	201	74,4%
Aprobado con nota regular (11-14)	34	23,1%	34	27,6%	68	25,2%
Aprobado con buena nota (15-17)	0	0,0%	1	0,8%	1	0,4%
	Total				270	100%

La tabla 9, muestra la relación entre el conocimiento que tiene la gestante con la paridad gestacional. Es así que el 76,9% de gestantes primíparas y el 71,5% de gestantes multíparas, es decir, más de la mitad en ambos grupos presentaron conocimientos bajos con puntajes entre 0 y 10. Y sólo un 23,1% de gestantes primíparas aunado a un 27,6% de multíparas ostentaron tener conocimientos regulares (11 a 14 puntos), no obstante, sólo un 0,8% equivalente a una gestante multípara demostró tener conocimientos buenos con puntaje por encima de 15.

Maravi P & Moromisato O., aplicaron un cuestionario de 12 preguntas a 98 mujeres embarazadas, de las cuales 49 primigestas y 49 multigestas. En las respuestas brindadas por las mujeres embarazadas, se encontró que, si bien continuaron participando en la escucha de charlas sobre lactancia materna, la gran mayoría de las personas no recibieron

charlas útiles sobre el tema. También se descubrió que no sabían que el destete hace seis meses podría causar que su hijo tenga hábitos de succión dañinos en el futuro.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación y tomando como referencia a los hallazgos de Maravi P & Moromisato O. en su investigación, se coincide que si bien han recibido las consejerías en la mayoría estas no han sido útiles y aún tienen desconocimiento sobre el tema.

Tabla 10

Conocimiento en lactancia materna según la paridad de la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Estadístico de prueba	Valor	df	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	1,992 ^a	2	,369
N de casos válidos	270		

H_0 : El conocimiento en lactancia materna y la paridad de la gestante no están relacionados.

H_1 : El conocimiento en lactancia materna y la paridad de la gestante están relacionados.

En la tabla anterior se observa la probabilidad (p-valor) asociado al estadístico de prueba. El p valor de la prueba Chi-cuadrado ($p = 0.369$) es mayor al nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (5%), rechazamos la hipótesis alterna (H_1) y aceptamos la hipótesis nula (H_0). De lo anterior, concluimos que, el conocimiento en lactancia materna y la paridad de la gestante que acude a la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua no están relacionados.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado, podemos evidenciar que no existe relación estadísticamente significativa entre lactancia materna y paridad de la gestante, debido a que, aunque exista un nivel de conocimiento sobre lactancia materna, no tienen relación.

Mamani L, determinó el conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes primigestas. La muestra de estudio estuvo constituida por 32 adolescentes primigestas usuarias del Centro de Desarrollo Juvenil - Puno, los resultados obtenidos respecto al conocimiento de las adolescentes primigestas es bueno con 59%, seguido de 25% que poseen conocimiento regular y el 16% posee conocimiento deficiente sobre lactancia materna.

Tabla 11

Conocimiento en lactancia materna según la edad de la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Conocimiento en lactancia materna	Edad de la gestante						Total	
	Menores de 20 años		20 a 34 años		Mayores a 34 años		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Desaprobado (0-10)	16	7,9%	152	75,6%	33	16,4%	201	74,4%
Aprobado con nota regular (11-14)	4	5,8%	53	77,9%	11	16,1%	68	25,2%
Aprobado con buena nota (15-17)	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	0,4%
Total							270	100%

La tabla 11, muestra la relación entre el conocimiento que tiene la gestante con su edad cronológica. Es así que del total de gestantes desaprobadas con calificaciones entre 0 y 10, 7,9% son menores de 20 años, 16,4% mayores a 34 años y 75,6% abarcan edades entre los 20 y 34 años, no existiendo amplia diferencia del escaso conocimiento entre los grupos de edad. Por otro lado, del total de gestantes aprobadas con nota regular entre 11 y 14 puntos, 77,9% tienen edades entre 20 y 34 años, 16,1% son mayores a 34 años y 5,8% menores a 20 años.

Según Flores R., en su estudio determinó el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en 30 madres con niños menores de seis meses que asisten a CRED. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 50% de madres con niños menores de 6 meses poseen un conocimiento regular, el 40% bueno y el 10% conocimiento deficiente. De acuerdo a la investigación tomando de referencia a Según Flores R. se evidencia la mayoría de mujeres gestantes no tienen conocimientos adecuados sobre lactancia

materna, similar a los que se encontró en la investigación donde el 74.4% no tienen conocimiento adecuado.

Tabla 12

Conocimiento en lactancia materna según la edad de la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Estadístico de prueba	Valor	df	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	,646a	4	,958
N de casos válidos	270		

H_0 : El conocimiento en lactancia materna y la edad cronológica de la gestante no están relacionados.

H_1 : El conocimiento en lactancia materna y la edad cronológica de la gestante están relacionados.

En la tabla anterior se observa la probabilidad (p-valor) asociado al estadístico de prueba. El p valor de la prueba Chi-cuadrado ($p = 0.958$) es mayor al nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (5%), rechazamos la hipótesis alterna (H_1) y aceptamos la hipótesis nula (H_0). De lo anterior, concluimos que, el conocimiento en lactancia materna y la edad cronológica de la gestante que acude a la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua no están relacionados.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado, podemos evidenciar que no existe relación estadísticamente significativa entre lactancia materna y edad cronológica de la gestante, debido a que, aunque exista un nivel de conocimiento sobre lactancia materna, no tienen relación.

Tabla 13

Conocimiento en lactancia materna según el estado civil de la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Conocimiento en lactancia materna	Estado civil de la gestante						Total	
	Conviviente/ casada		Separada/ divorciada		Madre soltera		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Desaprobado (0-10)	158	78,6%	18	8,9%	25	12,4%	201	74,4%
Aprobado con nota regular (11-14)	52	76,4%	6	8,8%	10	14,7%	68	25,2%
Aprobado con buena nota (15-17)	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%
Total							270	100%

La tabla 13, muestra la relación entre el conocimiento que tiene la gestante con su estado civil. Es así que del total de gestantes desaprobadas con calificaciones entre 0 y 10, el 78,6% son conviviente/casada, el 12,4% son madres solteras y un 8,9% separadas/divorciadas. Por otro lado, del total de gestantes aprobadas con nota regular entre 11 y 14 puntos, el 76,4% son conviviente/casada, el 14,7% madres solteras y el 8,8% separada/divorciada. Finalmente, se tuvo solo a 1 gestante casada/conviviente que presentó conocimientos aprobatorios con nota superior a 15.

Saliba S, De Toledo D, Adas T & Saliba N., realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la intención de amamantar a gestantes de alto riesgo y factores relacionados Cuya muestra de estudio fue 1.118 gestantes Los resultados mostraron que el 8,76% de las 9 mujeres embarazadas tenían condiciones que podrían afectar la lactancia. La intención de lactancia materna exclusiva fue a firmada por el 93,83%, siendo 69,86% hasta los seis meses, mostrando asociación con variables sociodemográficas ($p < 0,05$). El

período previsto para la lactancia materna se asoció con la edad ($p = 0,0041$), el estado civil ($p = 0,0053$) y la educación ($p = 0,0116$).

Del estudio realizado por Saliba S, De Toledo D, Adas T & Saliba N, podemos corroborar que si bien existe conocimiento de lactancia materna este no está relacionado al estado civil de la gestante.

Tabla 14

Conocimiento en lactancia materna según el estado civil de la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Estadístico de prueba	Valor	df	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	,513a	4	,972
N de casos válidos	270		

H_0 : El conocimiento en lactancia materna y el estado civil de la gestante no están relacionados.

H_1 : El conocimiento en lactancia materna y el estado civil de la gestante están relacionados.

En la tabla anterior se observa la probabilidad (p-valor) asociado al estadístico de prueba. El p valor de la prueba Chi-cuadrado ($p = 0.972$) es mayor al nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (5%), rechazamos la hipótesis alterna (H_1) y aceptamos la hipótesis nula (H_0). De lo anterior, concluimos que, el conocimiento en lactancia materna y estado civil de la gestante que acude a la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua no están relacionados.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado, podemos evidenciar que no existe relación estadísticamente significativa entre lactancia materna y estado civil de la gestante, debido a que, aunque exista un nivel de conocimiento sobre lactancia materna, no tienen relación.

Tabla 15

Conocimiento en lactancia materna según la procedencia de la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Conocimiento en lactancia materna	Procedencia de la gestante				Total	
	Rural		Urbano		N	%
	N	%	N	%		
Desaprobado (0-10)	99	49,2%	102	50,7%	201	74,4%
Aprobado con nota regular (11-14)	27	39,7%	41	60,2%	68	25,2%
Aprobado con buena nota (15-17)	1	100,0%	0	0,0%	1	0,4%
	Total				270	100%

La tabla 15, muestra la relación entre el conocimiento que tiene la gestante con su lugar de procedencia. Es así que del total de gestantes desaprobadas con calificaciones entre 0 y 10, un 49,2% provienen de la zona rural y el 50,7% de la zona urbana. Por otro lado, del total de gestantes aprobadas con nota regular entre 11 y 14 puntos; el 60,2% es de la zona urbana y el 39,7% de la zona rural. Finalmente, el 0,8% equivalente a una gestante que presentó conocimientos aprobatorios con nota superior a 15 pertenece a la zona rural. Gómez M., determinó los factores relacionados al éxito de la lactancia materna exclusiva en 152 madres de niños menores de 6 meses de edad, aplicando un cuestionario. Como resultado se encontró que el 62,5% de madres brindaron lactancia materna exclusiva a sus bebés. Los factores sociodemográficos que se relacionaron al éxito de lactancia materna exclusiva fueron ser de procedencia rural ($p=0,003$) y ama de casa ($p = 0,000$). De la investigación, y de acuerdo con lo hallado por Gómez M podemos se evidencia una realidad distinta, en su estudio manifiesta que ya que, en la investigación realizada, el lugar de procedencia tiene relación directa al conocimiento de la lactancia materna y en el presente estudio se encontró que el mayor porcentaje de desconocimiento de lactancia materna se encuentra en mujeres gestantes de procedencia Rural.

Tabla 16

Conocimiento en lactancia materna según la procedencia de la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Estadístico de prueba	Valor	df	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	2,989a	2	,224
N de casos válidos	270		

H_0 : El conocimiento en lactancia materna y la procedencia de la gestante no están relacionados.

H_1 : El conocimiento en lactancia materna y la procedencia de la gestante están relacionados.

En la tabla anterior se observa la probabilidad (p-valor) asociado al estadístico de prueba. El p valor de la prueba Chi-cuadrado ($p = 0.224$) es mayor al nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (5%), rechazamos la hipótesis alterna (H_1) y aceptamos la hipótesis nula (H_0). De lo anterior, concluimos que, el conocimiento en lactancia materna y el lugar de procedencia de la gestante que acude a la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua no están relacionados.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado, podemos evidenciar que no existe relación estadísticamente significativa entre lactancia materna y lugar de procedencia de la gestante, debido a que, aunque exista un nivel de conocimiento sobre lactancia materna, no tienen relación.

Tabla 17

Conocimiento en lactancia materna según nivel educativo de la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Conocimiento en lactancia materna	Nivel de educación de la gestante										Total	
	Primaria completa		Secundaria completa		Secundaria incompleta		Superior completo		Superior incompleto		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Desaprobado (0-10)	3	1,49%	11	54,7%	1	6,46%	2	12,9%	4	24,7%	20	74,4%
Aprobado con nota regular (11-14)	2	2,9%	32	47,0%	8	11,7%	1	20,5%	1	17,6%	68	25,2%
Aprobado con buena nota (15-17)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	0,4%
Total										27	100%	

La tabla 17, muestra la relación entre el conocimiento que tiene la gestante con su nivel educativo. Es así que el 54,7% de gestantes que cuenta con secundaria completa desaprueba en conocimientos frente a lactancia materna con calificaciones que oscilan entre 0 y 10 puntos, en igual sentido al 24,7% con estudio superior incompleto, o al 12,9% con estudio superior completo, de manera similar al 6,46% con secundaria incompleta, y al 1,49% con primaria completa. Por otro lado, de las 68 mujeres gestantes que ostentan conocimientos regulares con puntajes entre 11 y 14; se encuentra que el 47% tienen estudios de secundaria completa, el 20,5% superior completa, el 17,6% superior

incompleto, el 11.7% secundaria incompleta y el 2,9% primaria completa. Finalmente, solo 1 gestante con estudio superior completo presenta conocimientos aprobatorios con calificaciones superiores a 15 puntos.

De acuerdo al estudio realizado por Palomino M & Estrada S., aplicaron un cuestionario de Factores Psicológicos y Sociales en la Lactancia Materna a una muestra de 55 madres con niños menores de 6 meses de edad. Evidenciándose la existencia de asociación del abandono de la lactancia materna exclusiva con los factores demográficos y sus indicadores edad de la madre, edad, grado de instrucción y situación laboral de la madre; el factor social y apoyo familiar.

De acuerdo a los resultados obtenidos durante la investigación se evidencia que solo 1as gestantes tienen los conocimientos según nota aprobatoria para Lactancia Materna y esto se encuentra relacionado a los estudios superiores que la gestante tiene.

Tabla 18

Conocimiento en lactancia materna según nivel educativo de la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Estadístico de prueba	Valor	df	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	11,562a	8	,172
N de casos válidos	270		

H_0 : El conocimiento en lactancia materna y el nivel educativo de la gestante no están relacionados.

H_1 : El conocimiento en lactancia materna y el nivel educativo de la gestante están relacionados.

En la tabla anterior se observa la probabilidad (p-valor) asociado al estadístico de prueba. El p valor de la prueba Chi-cuadrado ($p = 0.172$) es mayor al nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (5%), rechazamos la hipótesis alterna (H_1) y aceptamos la hipótesis nula (H_0). De lo anterior, concluimos que, el conocimiento en lactancia materna y el nivel educativo de la gestante que acude a la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua no están relacionados.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado, podemos evidenciar que no existe relación estadísticamente significativa entre lactancia materna y el nivel educativo de la

gestante, debido a que, aunque exista un nivel de conocimiento sobre lactancia materna, no tienen relación.

Tabla 19

Conocimiento en lactancia materna según la recepción de consejería pre natal (obstétrica y nutricional) en la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Conocimiento en lactancia materna	Recepción de consejería la gestante				Total	
	Si recibió		No recibió		N	%
	N	%	N	%		
Desaprobado (0-10)	201	74,4%	0	0,0%	201	74,4%
Aprobado con nota regular (11-14)	68	25,2%	0	0,0%	68	25,2%
Aprobado con buena nota (15-17)	1	0,4%	0	0,0%	1	0,4%
	Total				270	100%

La tabla 19, muestra la relación entre el conocimiento que tiene la gestante con la presencia de consejería prenatal tanto obstétrica como nutricional. Para ello la tabla indica que todas las participantes del estudio recibieron la consejería. Es así que del total de mujeres gestantes que si recibieron consejería por parte del personal de salud; el 74,4% se encuentra desaprobado en conocimientos sobre lactancia materna, a diferencia del 25,2% que cuenta con conocimientos regulares (puntaje entre 11-14) y, por otro lado, solo un 0,4% (1 persona) demuestra tener conocimientos aprobatorios con nota superior a 15. Flores R., determinó el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en 30 madres con niños menores de seis meses. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el 50% de madres con niños menores de 6 meses poseen un conocimiento regular, el 40% bueno y el 10% conocimiento deficiente respecto a la lactancia materna, referente a los beneficios de la lactancia materna exclusiva el 44% tienen conocimiento regular, 36% conocimiento bueno y 20% conocimiento deficiente. Respecto al

amamantamiento el 52% tienen conocimiento bueno, 42,3% conocimiento regular y 5,7% conocimiento deficiente.

Citando a Flores R. en su investigación ha obtenidos se evidencia que más del 50% de la población estudiada tiene conocimientos regulares sobre lactancia materna, en la misma línea para la presente investigación se evidencia que 74.4% no tienen conocimientos adecuados sobre lactancia materna y los conocimientos que manejan son empíricos de acuerdo a costumbres y tradiciones.

Tabla 20

Conocimiento en lactancia materna según la recepción de consejería prenatal (obstétrica y nutricional) en la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Estadístico de prueba	Valor	df	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	15,56. ^a		,958
N de casos válidos	270		

H_0 : El conocimiento en lactancia materna y la recepción de consejería en la gestante no están relacionados.

H_1 : El conocimiento en lactancia materna y la recepción de consejería en la gestante están relacionados.

En la tabla anterior se observa la probabilidad (p-valor) asociado al estadístico de prueba. El p valor de la prueba Chi-cuadrado ($p = 0.958$) es mayor al nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (5%), rechazamos la hipótesis alterna (H_1) y aceptamos la hipótesis nula (H_0). De lo anterior, concluimos que, el conocimiento en lactancia materna y la recepción de consejería en la gestante que acude a la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua no están relacionados.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado, podemos evidenciar que no existe relación estadísticamente significativa entre lactancia materna y la recepción de consejería de la gestante, debido a que, aunque exista un nivel de conocimiento sobre lactancia materna, no tienen relación.

Tabla 21

Conocimiento en lactancia materna según número de controles de la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Conocimiento en lactancia materna	Número de controles de la gestante						Total	
	Menor a 6 controles		6 controles		Mayor a 6 controles		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Desaprobado (0-10)	171	74,0%	18	78,3%	12	75,0%	201	74,4%
Aprobado con nota regular (11-14)	59	25,5%	5	21,7%	4	25,0%	68	25,2%
Aprobado con buena nota (15-17)	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%
Total							270	100%

La tabla 21, muestra la relación entre el conocimiento que tiene la gestante y el número de controles prenatales que presenta. Es así que del total de mujeres gestantes que recibieron menos de 6 controles; el 74,0% se encuentra desaprobado en conocimientos sobre lactancia materna, a diferencia del 25,5% que cuenta con conocimientos regulares (puntaje entre 11-14) y solo un 0,4% (1 persona) demuestra tener conocimientos aprobatorios con nota superior a 15. No obstante en las gestantes que recibieron 6 controles prenatales el 78,3% desaprueba en conocimientos frente a lactancia materna (puntaje 0 y 10) al contrario del 21,7% con conocimientos regulares (11 a 14 puntos). Por otro lado, se tiene a las gestantes que recibieron más de 6 controles prenatales, de las cuales el 75% tiene bajos conocimientos sobre lactancia materna en comparación al 25% que demuestra conocimientos regulares con notas entre 11 y 14 puntos.

Condori V., determinó el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en 26 gestantes del noveno mes que acuden a control prenatal, a través de una encuesta. Los resultados fueron: 50, 0% de gestantes del noveno mes poseen un conocimiento bueno, el 42,3 % regular y el 7,7 % conocimiento deficiente sobre lactancia materna exclusiva.

De acuerdo a la investigación realizada se evidencia que el número de controles que recibe la gestante no está relacionado al nivel de conocimiento.

Tabla 22

Conocimiento en lactancia materna según número de controles de la gestante que acude a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

Estadístico de prueba	Valor	df	p-valor
Chi-cuadrado de Pearson	,340a	4	,987
N de casos válidos	270		

H_0 : El conocimiento en lactancia materna y el número de controles de la gestante no están relacionados.

H_1 : El conocimiento en lactancia materna y el número de controles de la gestante están relacionados.

En la tabla anterior se observa la probabilidad (p-valor) asociado al estadístico de prueba. El p valor de la prueba Chi-cuadrado ($p = 0.987$) es mayor al nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (5%), rechazamos la hipótesis alterna (H_1) y aceptamos la hipótesis nula (H_0). De lo anterior, concluimos que, el conocimiento en lactancia materna y el número de controles de la gestante que acude a la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua no están relacionados.

Aplicando la prueba estadística del chi cuadrado, podemos evidenciar que no existe relación estadísticamente significativa entre lactancia materna y el número de controles de la gestante, debido a que, aunque exista un nivel de conocimiento sobre lactancia materna, no tienen relación.

4.2 Discusión

Al observar estos resultados se da notar el mismo comportamiento tanto en las mujeres desaprobadas como las aprobadas con nota regular, es decir, la mayoría de las mujeres tanto desaprobadas o aprobadas coinciden en tener entre 20 y 34 años, ser conviviente o casada, provenir de zona urbana, tener estudios de secundaria completa y haber recibido consejería por parte del personal de salud. Por ende, no hubo diferencias significativas en las características demográficas de ambos grupos, por lo que al someterlo al tratamiento

estadístico se niega la hipótesis alterna afirmando la hipótesis nula, la cual indica que el conocimiento en lactancia materna no se encuentra relacionado con la paridad, ni con la edad cronológica, estado civil, procedencia, nivel educativo o con haber recibido consejería y tener los controles prenatales al día.

Estos resultados se asemejan a los de Ruiz(70) quién en Iquitos estudió el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva de 110 puérperas del Hospital César Garayar García encontrando que el nivel de conocimiento no se relaciona con el nivel de instrucción ($p=0.443$); la procedencia ($p=0.680$) ni la consejería recibida ($p=0.071$). Así mismo y sin ir más lejos en Trujillo Bocanegra(71) investigó el nivel de conocimiento de cinco conductas óptimas de lactancia materna y su relación con algunos factores personales, educativos y socioeconómicos en 245 madres puérperas inmediatas atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén, evidenciando que el 88,57% de las madres tuvo un nivel aceptable de conocimiento, y a su vez no existiendo relación significativa entre el nivel de conocimiento de las conductas estudiadas con la edad, procedencia, ocupación, estado civil y paridad. Todo ello gracias al empleo de la prueba Chi cuadrado y ANOVA, complementado con la prueba SNK.

Lo mismo pasó con el estudio de De Luna(72) quien llegó a la conclusión que el nivel de conocimiento no presenta diferencia significativa estadísticamente con algunos factores demográficos (edad, escolaridad, ocupación, estado civil). Entonces con los estudios mencionados (Ruiz, Bocanegra y De Luna) anteriormente se puede destacar que los conocimientos sobre LM en mujeres gestantes no dependen directamente de los factores demográficos estudiados. Sin embargo, no es posible darlo por hecho ya que existen trabajos de investigación como Gutiérrez et al(73), que comprobó la existencia de una relación directa entre el grado de escolaridad y el de conocimiento acerca de LM, así como la vinculación de la ocupación y residencia de la madre y la duración de la lactancia, a este estudio se le suma el de Zimmermann et al(74), quien encontró que una mayor edad, nivel de escolarización y paridad se asocia con conocimientos más extensos y seguros acerca de LM.

Entonces el nivel de conocimientos en lactancia materna puede estar sujeto como no a ciertos factores demográficos, por lo que los resultados no son totalmente conclusivos debido a que no tienen el mismo comportamiento en todas las mujeres gestantes del Perú ya que los factores pueden variar en distintas poblaciones, pudiendo existir otros más que

si tengan una relación directa o un grado de asociación mayor, así mismo se debe tener en cuenta ciertos aspectos metodológicos de investigación como son las pruebas estadísticas a utilizar o el tamaño muestral, ya que de haberse trabajado con más participantes o de haberse trabajado con un análisis multivariante u otra que según las variables utilizadas permita realizar múltiples combinaciones para evidenciar algún tipo de relación, probablemente se hubiese encontrado un grado de asociación.

Otro aspecto a tomar en cuenta en los resultados de la investigación es que las gestantes que aprobaron en conocimientos lo hicieron con calificaciones regulares, y tomando en cuenta que el cuestionario fue con preguntas cerradas de respuestas de opción múltiple lo que haría suponer que algunas respuestas correctas fueron por descarte, deducción o intuición. Algo muy diferente hubiese sido si en su lugar hubieran sido preguntas abiertas.

Ahora bien, otro dato importante a destacar producto de la investigación es la falta de conocimiento de LM en las mujeres gestantes atendidas en la MICRO RED Mariscal Nieto de Moquegua, muy a pesar de haber recibido la información sobre los beneficios que ésta conlleva. Más del 50% de las gestantes demostraron no conocer el número de veces que debe lactar el recién nacido, los beneficios de la lactancia materna exclusiva para la madre y para el niño, así también el primer paso a realizar antes de amamantar al bebé, las acciones que estimulan la producción de leche, o como debe colocarse la mano para tomar el pecho al momento de amamantar o la mejor posición para el amamantamiento, así como la correcta ubicación del niño al seno y su importancia, de igual forma no reconocen cuando el niño no está satisfecho con el pecho materno o las medidas a tomar frente a la presencia de dolor y heridas en los pezones o como es la preparación de la mama para el amamantamiento y el dedo usado para retirar el pecho cuando se culmine y por último pero no menos importante desconocen si el uso de los chupones y biberones genera algún beneficio.

Este escaso conocimiento es preocupante puesto que en la atención prenatal se debe brindar información, educación y comunicación a las madres con el único objetivo de enseñar el amamantamiento, promover la importancia del control prenatal, los beneficios de la lactancia materna, los riesgos de no dar de lactar, las técnicas de la lactancia materna, la importancia del contacto piel a piel inmediatamente después del parto y la práctica del alojamiento conjunto, todo ello con la finalidad de lograr una lactancia materna exitosa.

Para esto según la bibliografía estudiada existen factores causales muy aparte de los ya estudiados que podrían interferir en el conocimiento, uno de ellos es la actitud ya que una actitud cognitiva inapropiada de la mujer gestante está relacionada con el desinterés en adquirir conocimiento frente a la lactancia materna(75), así también el número de hijos es un factor asociado significativamente al conocimiento de puérperas(76) junto a la etnicidad indígena y la forma en la que el personal de salud brinda la información(77). Por lo que se debe investigar el porqué de éste y fortalecer las capacidades del personal de salud, puesto que estudios publicados en Pub Med, Lilacs, Medline y Scielo evidencian que los establecimientos de salud y sus profesionales son uno de los más importantes promotores de esta práctica(78). Ya que en este lugar es donde las madres reciben educación sobre la práctica y beneficios(37).

Es así que la lactancia materna se constituye en una estrategia de salud pública para el mejoramiento de los índices de salud infantil y materna(38). Por lo que es necesario que los profesionales de salud, relacionados con la atención materno infantil, fortalezcan sus competencias y habilidades para que brinden apoyo efectivo a las madres ya que al aplicar contenido educativo se favorece al nivel de conocimiento y la práctica de la técnica de LM(79).

Si bien es cierto no se encontró una correlación entre las variables de estudio “nivel de conocimiento y factores demográficos”, no repercutiría en la práctica de lactancia materna en las gestantes objeto de éste estudio, ya que no es posible predecirlo, pero tampoco se puede descartar, de todos modos se cuenta con evidencia bibliográfica como Gerónimo et al, el cual comprobó que aquellas mujeres en periodo posparto cuyo nivel de conocimiento sobre LM fue regular reportaron un deseo favorable para amamantar a sus hijos(80). Entonces los conocimientos en LM; como las técnicas de amamantamiento, que son un conjunto de procedimientos o pasos, se emplean para la realización efectiva y exitosa en la buena práctica y éxito de la lactancia materna principalmente durante las primeras horas de vida⁽²⁾.

CONCLUSIONES

1. De las 270 mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto en Moquegua el 54,4% son primíparas y 45,6% multíparas. El 76,3% tienen entre 20 y 34 años, el 16,3% son mayores de 34 años y un 7,4% menores a 20 años. Así mismo el 78,1% son entre conviviente y casada, el 13% madres solteras, y el 8,9% separadas o divorciadas. Seguidamente el 53% provienen de la zona urbana y el 47% de la zona rural. El 52,6% tienen secundaria completa, el 22,6% estudios superiores incompleto, el 15,2% superior completo, el 7,8% secundaria incompleta y el 1,9% primaria completa. Finalmente, el 100% revela si haber recibido consejerías, el 85,6% tuvo menos de 6 controles, el 8,5% 6 controles y el 5,9% más de 6 controles.
2. Al evaluar los conocimientos de lactancia materna de las 270 mujeres gestantes; el 74,4% tienen conocimientos desaprobatorios, el 25,2% tienen conocimientos aprobatorios con nota regular y el 0,4% aprueba con buena nota.
3. Se relacionó ambas variables de estudio a través del análisis estadístico con la prueba Chi-cuadrado, donde la probabilidad (p-valor) en todos los casos es mayor al nivel de significancia $\alpha = 0.05$ (5%), por ende, se rechaza la hipótesis alterna (H_1) afirmando la nula (H_0) afirmando que estadísticamente los factores demográficos como la paridad, edad cronológica de la gestante, lactancia materna, estado civil, procedencia, nivel educativo, recepción de consejería y número de controles no están relacionados directamente con los conocimientos presentes en las de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua

RECOMENDACIONES

- Se recomienda difundir los resultados de la investigación a las universidades, escuelas de postgrado, establecimientos de salud y organizaciones encargadas de desarrollar programas educativos en sesiones de consejería de lactancia materna, siendo esto pertinente para la mejorar esta estrategia a favor de la madre y el niño.
- A los profesionales impulsar actividades preventivas promocionales hacia la comunidad; en acciones de capacitación y educación a las madres sobre aspectos de lactancia materna a fin de fortalecer sus conocimientos. Los resultados aquí encontrados deben servir para la formulación de nuevas estrategias de intervención para mejorar los conocimientos de las gestantes.
- Se sugiere desarrollar más estudios de Lactancia Materna, incluyendo las variables de factores demográficos como es el número de consejerías recibidas y la duración de éstas.
- A los futuros investigadores se sugiere aplicar pruebas estadísticas como regresión lineal o análisis multivariado que permitan correlaciones múltiples en diferentes direcciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adalia E, Hernández-Luengo M, Bartolomé R, Rodríguez-Martín B, Jiménez López E, Martínez-Andrés M. Percepciones Sobre la Maternidad y la Lactancia: La importancia de conocer las expectativas y experiencias maternas a través del análisis temático. protocolo de investigación cualitativa. Res Heal Adv challenges. 2020;3:68–81.
2. Dozier AM, Brownell EA, Thevenet-Morrison K, Martin H, Hagadorn JI, Howard C. Predicting Maintenance of Any Breastfeeding from Exclusive Breastfeeding Duration: A Replication Study. J Pediatr. 2018;203:197-203.e2.
3. Labraña A, Ramírez K, Troncoso C, Leiva A, Villagrán M, Mardones L, et al. Obesidad en lactantes: efecto protector de la lactancia materna versus fórmulas lácteas. Rev chil nutr [Internet]. 2020;47(3):478–83. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182020000300478&lng=en
4. Daniels L, Plessis D, Mbhenyane X. Breastfeeding support practices in designated workplaces in the Breede Valley sub-district , Western Cape , South Africa. RESEARCH [Internet]. 2020;14(2):94–8. Available from: <http://www.sajch.org.za/index.php/SAJCH/article/view/1548>
5. Choi HJ, Kang SK, Chung MR. The relationship between exclusive breastfeeding and infant development: A 6- and 12-month follow-up study. Early Hum Dev. 2018;127:42–7.
6. Babazade R, Vadhera RB, Krishnamurthy P, Varma A, Doulatram G, Saade GR, et al. Acute postcesarean pain is associated with in-hospital exclusive breastfeeding, length of stay and post-partum depression. J Clin Anesth. 2020;62.
7. Mattar L, Hobeika M, Zeidan R, Salameh P, Issa C. Determinants of Exclusive and Mixed Breastfeeding Durations and Risk of Recurrent Illnesses in Toddlers Attending Day Care Programs Across Lebanon. J Pediatr Nurs. 2019;45:e24–34.
8. Guerrero J, Vera J. Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna en Madres Adolescentes. UNIVERSIDAD DEL AZUAY; 2013.

9. Kahsu G, Ensieh F, Virginia P, Helen H. Enablers and barriers of exclusive breastfeeding among employed women in low and lower middle-income countries. *Sex Reprod Healthc.* 2020;25.
10. Maravi P, Moromisato O. Conocimientos que tienen las gestantes sobre las consecuencias del destete precoz en el desarrollo orofacial del bebé. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ; 2013.
11. Portilla G. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres de niños de 0-6 meses atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Central PNP Luis N. Saenz en el periodo Octubre – Diciembre 2015. UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA; 2016.
12. Quispe J, Rivas R. Factores que se asocian con el inicio de la lactancia materna precoz en puérperas primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal : noviembre 2011 - enero. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS; 2012.
13. Gómez M. Factores relacionados al éxito de la lactancia materna exclusiva en madres del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2018. UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO; 2018.
14. Morales D, Quispe Y. Alojamiento conjunto e inicio de lactancia materna en puérperas inmediatas. Hospital II Essalud Ayacucho Agosto—Octubre 2015. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA; 2016.
15. Morales S. Factores socioculturales y la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes del Centro de Salud Condorillo Chíncha 2019. UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA; 2019.
16. Amaral L, Marques R, Laura C, Azevedo A, Vital D, Ortiz M, et al. Practice of breastfeeding in quilombola communities in the light of transcultural theory. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):7–12.
17. Palomino M, Estrada S. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva, Centro de Salud San Antonio. Chiclayo 2017. Universidad Señor de Sipán; 2018.
18. Diaz V, Reque A. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna

- exclusiva en las madres del Centro de Salud Padre Victor Diaz Aleman Reque, Marzo-Julio 2018. UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN; 2018.
19. Silva CS, Lima MC, Sequeira-de-Andrade LAS, Oliveira JS, Monteiro JS, Lima NMS, et al. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93:356–64.
 20. Zhang Z, Zhu Y, Zhang L, Wan H. What factors influence exclusive breastfeeding based on the theory of planned behaviour. *Midwifery*. 2018;62:177–82.
 21. Aparecida V, Rodrigues J, Alibio B, Betti T, Pitilin É de B, Cordova L. Factors associated with the maintenance of exclusive breastfeeding in the late postpartum. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41.
 22. Tuny J. Factores asociados al abandono de la lactancia materna del neonato en la primera semana de vida, Hospital III Essalud - Puno. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO; 2017.
 23. Costa M, Diniz-Santos D, Santana J, Silva L. The Impact of an Educational Intervention on Breastfeeding, Health Education, 2006. *Health Educ*. 2006;196:309–14.
 24. Alves T, Kellen G, Vivian S. Exclusive breastfeeding and underweight in children under six months old monitored in primary health care in Brazil , 2017. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2020;39:1–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822021000100415&lng=en
 25. Condori V. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las gestantes del noveno mes en el establecimiento de salud Metropolitano I-3 Puno -2015 [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO; 2015. Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/1894>
 26. Da Silva M, Mialich M, De Barros C, Paula A, García C, De Barros M. Longer duration of exclusive breastfeeding reduces maternal weight retention : results from the CLaB study. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2020;20(1):273–84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000100273&lng=en

27. Zhu Y. Breastfeeding as an Ideological Practice: Chinese Immigrant Mothers' Postpartum Learning in Canada. *Can J Study Adult Educ.* 2017;29:37–51.
28. Flores R. Conocimiento Sobre Lactancia Materna Exclusiva En Madres Con Niños Menores De 6 Meses Del Establecimiento De Salud Vallecito I - 3 Puno – 2016 [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO; 2016. Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/2850>
29. Mamani L. Conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes primigestas, Centro de Desarrollo Juvenil, Puno – 2016 [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO; 2016. Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9192/Mamani_Mamani_Lucero_Brenda.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Citrakesumasari, Fadhillah, Suriah, Rahayu M. Based cultural and religion to education of exclusive breastfeeding for bride. *Enfermería Clínica.* 2020;30:127–30.
31. Gutierrez M, Gonzáles P, Quiñoz D, Rivas A, Espósito M, Zurita A. Evaluación de buenas prácticas en lactancia materna en un Hospital Materno Infantil. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2019;93:1–10. Available from: <https://scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201911088/>
32. Saliba S, De Toledo D, Adas T, Saliba N. Estudo quanti-qualitativo sobre amamentação exclusiva por gestantes de alto risco A quantitative and qualitative study of exclusive breastfeeding intention by high-risk pregnant women. *Ciênc saúde coletiva.* 2020;25:3657–68.
33. Macedo R, Ramos C, Paiva A, Martins M, Almeida C, Paz S. Association between breastfeeding and overweight in preschoolers. 2020;1–8.
34. Zhihong Z, Yu Z, Lijuan Z, Hongwei W. What factors influence exclusive breastfeeding based on the theory of planned behaviour. *Midwifery.* 2018;62:177–82.
35. Buccini G, Pérez-Escamilla R, D'Aquino M, Justo E, Isoyama S. Exclusive breastfeeding changes in Brazil attributable to pacifier use. *PLoS One.* 2018;19.

36. Rosas B, Rodríguez J, Martínez J. Impacto del contacto piel con piel al nacer en la lactancia materna exclusiva y la regulación de los signos vitales. *Salud pública Méx* [Internet]. 2019;61(11):1465-1858. Available from: <https://scielosp.org/article/spm/2019.v61n5/560-561/es/>
37. Catipovic M, Markovic M, Grguric J. Educational Intervention about Breastfeeding among Secondary School Students. *Health Educ.* 2018;118:339–53.
38. Alpízar M, Canales J, Moreira R. Factores que influyen en la duración de la lactancia materna en las estudiantes universitarias. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2019;37. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682019000200110&lng=en&nrm=iso%3E. ISSN 1409-4568. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.34905>
39. Belintxon-Martín M, Zaragüeta MC, Adrián MC, López-Dicastillo O. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *An Sist Sanit Navar.* 2011;34(3):409–18.
40. Gancedo-García A, Fuente-González P, Chudáčik M, Fernández-Fernández A, Suárez-Gil P, Suárez Martínez V. Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas. *Atención Primaria.* 2019;51(5):285–93.
41. Padilla F. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las madres puérperas de la unidad de alojamiento conjunto de un hospital de Lima, 2019 [Internet]. 2019. Available from: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/533>
42. Ocola R. Consejería en enfermería sobre Lactancia Materna Exclusiva a madres de niños(as) menores de 6 meses, servicio de neonatología-Arequipa-2018. [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10569/UPocdmry.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Pomahuali M. Conocimiento, actitudes y práctica en lactancia materna de las madres que acuden al puesto de salud TRES DE DICIEMBRE- Huancayo 2017. 2019.
44. García J. Conocimientos sobre conductas óptimas de la lactancia materna en madres

- usuarias del servicio de pediatría del Hospital Regional Cusco-2014. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2017.
45. Apaza Quispe VG. Influencia del cumplimiento de las prácticas hospitalarias de promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva por parte del personal de salud en la pérdida de peso del recién nacido en el servicio de Neonatología del Hospital Regional Honorio Delgado . Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2016.
 46. Berolatti F. Efectos de la lactancia materna en el lactante y el nuevo embarazo de gestantes atendidas en la RED de Salud Puno. 2014. UNIVERSIDAD ANDINA “NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ” JULIACA; 2015.
 47. Justo M. Nivel de Conocimiento de las Madres sobre Lactancia Materna Relacionado al Estado Nutricional de los Niños y Niñas de 0-6 Meses Atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azangaro. Puno, 2018. [Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2018. Available from: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/7910>
 48. Chambilla N. Prevalencia y factores de riesgo en la ictericia neonatal del Hospital III ESSALUD - Puno, 2019 [Internet]. Universidad Privada San Carlos-Puno. UNIVERSIDAD PRIVADA SAN CARLOS; 2019. Available from: <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC/4523>
 49. Aliaga Y, Tipula R. Efectividad De La Consejería En Conocimiento Y Práctica Sobre Lactancia Materna Exclusiva En Mujeres En Etapa Perinatal Del Establecimiento De Salud I-3 Vallecito, Puno 2019. Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
 50. Centon J, Cruz Y. Factores de riesgo para la depresión posparto en madres adolescentes atendidas en el Hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2020. Tesis. Universidad Roosevelt; 2020.
 51. Omar Babar SB, Zelalem T. HPM, Ilana Azulay CPI. Association Between Exclusive Breastfeeding and Infant Health Outcomes in Pakistan. J Pediatr Nurs. 2020;50:e62–8.
 52. Nafee E, Hoda M, Al-Dossary L. Exclusive Breastfeeding, Prevalence and Maternal Concerns: Saudi and Egyptian Mothers. J Educ Pract. 2016;7:5–11.

53. Tozzi A, Bisiacchi P, Tarantino V, Chiarotti F, D'elia L, De Mei B, et al. Effect of Duration of Breastfeeding on Neuropsychological Development at 10 to 12 Years of Age in a Cohort of Healthy Children. *Dev Med Child Neurol*. 2012;54:843–8.
54. Westerfield KL, Koenig K, Oh R. Breastfeeding_ Common Questions and Answers - PubMed. *Am Fam Physician*. 2018;15:368–73.
55. Masoud G, Mohaddeseh N, Abdorreza N, Mehran G. Effect of pregnancy and exclusive breastfeeding on multiple sclerosis relapse rate and degree of disability within two years after delivery. *Clin Neurol Neurosurg*. 2020;194.
56. Zielińska M, Sobczak A, Hamułka J. Breastfeeding knowledge and exclusive breastfeeding of infants in first six months of life. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2017;68:51–9.
57. Budiati T, Setyowati. The influence culture and maternal care on exclusive breastfeeding practice in post caesarean section mothers. *Enferm Clin*. 2019;
58. Sayres S, Visentin L. Breastfeeding: uncovering barriers and offering solutions. *Curr Opin Pediatr*. 2018;30:591–6.
59. Alabi TA, Adejoh SO, Atinge S, Umahi E. Social and Bio-Medical Predictors of Exclusive Breastfeeding Among Nursing Mothers in Lagos and Taraba States, Nigeria. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2020;52:e96–102. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S088259631930315X>
60. Neifert M, Bunik M. Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60:115–45.
61. Del Mazo-Tomé P, Suárez-Rodríguez M. Prevalence of exclusive breastfeeding in the healthy newborn. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2018;75:49–56.
62. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres. In: *Endes 2018*. 2019. p. 237–68.
63. Mesa de concertación para la lucha contra la Pobreza. Informe regional de la situación de las niñas, niños y adolescentes de la Región Moquegua. **INFORME REGIONAL**. Moquegua; 2019. p. 1–62.



64. Bellù R, Condò M. Breastfeeding promotion: evidence and problems. Pagepress. 2017;39:53–6.
65. Ayalew T. Exclusive breastfeeding practice and associated factors among first-time mothers in Bahir Dar city, North West Ethiopia, removed: A community based cross sectional study. Heliyon [Internet]. 2020;6(9). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04732>
66. Linares AM, Cartagena D, Rayens MK. Las Dos Cosas Versus Exclusive Breastfeeding: A Culturally and Linguistically Exploratory Intervention Study in Hispanic Mothers Living in Kentucky. J Pediatr Heal Care. 2019;33(6):e46–56.
67. Roselyn C, Hsiao-Yean C, Mega Hasanul H, Yen-Miao L, Shu-Yu K. Effectiveness of theory-based educational interventions on breastfeeding self-efficacy and exclusive breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2020;109.
68. Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos, & Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Hill EMG, editor. Mexico; 1998.
69. Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos, & Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Editorial Mc Graw Hill 15-40., editor. Mexico; 1998.
70. Ruiz P. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puerperas del Hospital Cesar Garayar Garcia. 2017. 2017.
71. Bocanegra S. Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en puérperas del Hospital Belén de Trujillo. Rev Medica Vallejana. 2007;4.
72. De Luna Adam SY. Factores sociodemográficos relacionados con la práctica de alimentación al seno materno. Rev Enfermería del Inst Mex del Seguro Soc. 2002;10(1):11–6.
73. Gutiérrez Gutiérrez AE, Barbosa Rodríguez D, González Lima R, Martínez Figueroa O. Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. Rev Cubana Enferm. 2001;17(1):42–6.

74. Zimmermann C, Medina S, Ortiz A, Gavilán C. Conocimiento sobre lactancia materna en puerperas de la Ciudad de Resistencia en el año 2010. Rev Posgrado la VIa Cátedra Med [en línea] [Internet]. 2011;1:1–5. Available from: <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/revista/posgrado medicina VI/207.pdf>
75. Lizano M. Actitud y los factores sociodemográficos de madres lactantes sobre la lactancia materna en el Puesto de Salud el Lúcumo, Piura, 2018 [Internet]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2019. Available from: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4010/TESIS_MARLENY LIZANO CARMEN.pdf?sequence=2&isAllowed=y
76. Muñoz C. Factores asociados al conocimiento de lactancia materna en puérperas hospitalizadas en el servicio de gineco- obstetricia del hospital “ San José ” Callao- Lima [Internet]. 2018. Available from: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1180/112_TESIS_FINAL_CAROLINA MUÑOZ HECHO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
77. Monteban M. Factores asociados con la lactancia materna en madres concurrentes a servicios de Atención Primaria en Salud en el NOA. Cuad la Fac Humanidades y Ciencias Soc - Univ Nac Jujuy. 2018;(54):191–212.
78. Demirtas B. Apoyo a la lactancia materna recibida por las madres primerizas turcas. Rev Of del Cons Int Enfermeras. 2012;59(1577–9378):374–80.
79. Avendaño M, Medrano K. Conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva que tienen las madres adolescentes primíparas en un Hospital Nacional - 2017 [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/853>
80. Gerónimo R, Magaña M, Zetina E, Herrera Y. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. Salud en Tabasco. 2014;20(1):14–20.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia de la investigación

Planteamiento del problema	hipótesis	objetivos	variables	indicadores	método	estadística
<p>Enunciado del problema:</p> <p>¿Los factores demográficos se encontrarán relacionados con el nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres primigestas y multiparas que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua?</p> <p>Enunciados específicos:</p> <p>¿Cuáles serán los factores demográficos (paridad, edad, estado civil, lugar de procedencia, nivel educativo, recepción de consejería y número de controles) en mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua?</p>	<p>Hipótesis General: Los factores demográficos están relacionados con el nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres primigestas y multiparas que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua</p> <p>Hipótesis Específicas: La edad está relacionada con el nivel de conocimiento en lactancia materna de mujeres primigestas y multiparas que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua</p>	<p>Objetivo General: Evaluar la relación entre los factores demográficos y el nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua</p> <p>Objetivos Específicos: Identificar los factores demográficos (paridad, edad, estado civil, lugar de procedencia, nivel educativo, recepción de consejería y número de controles) en mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua</p>	<p>Factores demográficos</p>	<p>Paridad Edad Estado civil Procedencia Nivel educativo Número de controles Recepción de consejería</p>	<p>Observación no participante Encuesta</p>	<p>Chi cuadrado de Pearson</p>
<p>¿Cuál será el nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua?</p> <p>¿Los factores demográficos como la paridad, edad, estado civil, lugar de procedencia, nivel educativo, recepción de consejería y número de controles, estarán relacionados con el nivel de conocimiento en lactancia materna de gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua?</p>	<p>El estado civil está relacionado con el nivel de conocimiento en lactancia materna de mujeres primigestas y multiparas que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua</p> <p>El lugar de residencia está relacionado con el nivel de conocimiento en lactancia materna de mujeres primigestas y multiparas que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua</p> <p>El nivel educativo está relacionado con el nivel de conocimiento en lactancia materna de mujeres primigestas y multiparas que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua</p> <p>El número de controles está relacionado con el nivel de conocimiento en lactancia materna de mujeres primigestas y multiparas que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua</p>	<p>Determinar el nivel de conocimientos en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua</p> <p>Relacionar los factores demográficos como la paridad, edad, estado civil, procedencia, nivel educativo, recepción de consejería y número de controles, con el nivel de conocimiento en lactancia materna de mujeres gestantes que acuden a su control prenatal en la MICRO RED Mariscal Nieto del Departamento de Moquegua</p>	<p>Conocimientos en lactancia materna</p>	<p>Desaprobado (0-10 puntos)- Conocimiento bajo o en proceso de aprendizaje Aprobado con nota regular (11-14 puntos)- Conocimiento regular Aprobado con buena nota (15-17 puntos)- Conocimiento bueno Aprobado con muy buena nota (18-20 puntos)- Conocimiento muy bueno</p>	<p>Observación no participante Encuesta</p>	<p>Chi cuadrado de Pearson</p>



Anexo 2. Ficha de consentimiento informado

YO,de.....años de edad con DNI..... Domiciliado en el jr/av..... del barrio..... habiéndome explicado en forma clara y sencilla sobre el proyecto de investigación “FACTORES RELACIONADOS A LOS CONOCIMIENTOS EN LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PRIMIGESTAS Y MULTIPARAS QUE ACUDEN AL CONTROL PRENATAL”, que va efectuar la tesista de la Escuela de Post grado de la Maestría en Ciencias de la Nutrición de la Universidad Nacional del Altiplano, acepto participar voluntariamente en dicha investigación.

Habiendo sido informada de todo lo anteriormente señalado y estando en pleno uso de mis facultades mentales, es que suscribo el presente documento, en el que no perjudicará mi integridad física

Fecha:/...../.....

Firma.....

Anexo 3. Cuestionario de factores demográficos y de conocimientos

I. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

N° DNI : _____

A. Características demográficas de la mujer embarazada

1. Paridad
 - a) Primípara
 - b) Multípara
 2. Edad:
 - a) Menor a 20 años
 - b) Entre 20 a 34 años
 - c) Mayor a 34 años
 3. Estado civil
 - a) Conviviente
 - b) Casada
 - c) Separada
 - d) Madre soltera
 4. Procedencia
 - a) Urbana
 - b) Urbano marginal
 - c) Rural
 5. Nivel educativo
 - a) Sin estudios
 - b) Primaria incompleta
 - c) Primaria completa
 - d) Secundaria incompleta
 - e) Secundaria completa
 - f) Superior incompleta
 - g) Superior completa
-

6. Recibió consejería
 - a) Si he recibido
 - b) No he recibido
7. Número de controles
 - a) Menos a 6 controles
 - b) 6 controles
 - c) Mas de 6 controles



II. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS EN LACTANCIA MATERNA

En el siguiente cuestionario, se presenta una serie de preguntas relacionadas con la lactancia materna, sus respuestas son confidenciales, agradecemos su colaboración.

1. ¿Cuánto tiempo puede dar leche materna a su hijo sin necesidad de incluir alimentos líquidos?

- a) 1 año
- b) 3 meses
- c) 4 meses
- d) 5 meses
- e) 6 meses
- f) Otro:.....

2. ¿Qué es el calostro?

- a) El alimento que le sale del pecho durante los primeros 2 a 3 días
- b) El nombre que recibe la bajada de la leche
- c) El peor alimento que sale del pecho, con menos defensas y nutrientes
- d) No sé

3. ¿Cómo debe ser la primera mamada?

- a) La primera mamada debe ser inmediatamente después del parto
- b) La primera amada debe ser a las 8 horas después del parto
- c) La primera mamada debe ser al día siguiente después del parto
- d) No sé



4. ¿Cuántas veces debe mamar el/la niño(a) recién nacido(a)?
- a) Cada tres horas
 - b) Cada vez que el(la) niño(a) lo pida**
 - c) Cada 4 horas
 - d) No sé
5. ¿La lactancia materna es riesgosa?
- a) No es riesgosa**
 - b) Si es riesgosa
 - c) No sé
6. ¿A qué edad se debe incorporar otros alimentos al niño, además de la leche materna?
- a) A los tres meses
 - b) A los cuatro meses
 - c) A los cinco meses
 - d) Desde los seis meses**
 - e) No sé
7. ¿Cuál de estos beneficios tiene la lactancia materna exclusiva para la madre?
- a) Es más barata
 - b) Previene el embarazo
 - c) Ayuda a bajar de peso
 - d) Previene el cáncer de mama y ovario
 - e) Todas las anteriores**
 - f) No sé
8. En caso de que el niño(a) se encuentre con diarrea. ¿Qué hacer con la lactancia materna?
- a) Si el niño tiene diarrea hay que suspender unos días la lactancia materna
 - b) Si el niño tiene diarrea se debe continuar con la lactancia materna**
 - c) Si el niño tiene diarrea, brindar fórmula láctea
 - d) No sé
9. ¿Cuál de estos beneficios tienen la lactancia materna exclusiva para su hijo(a)?
- a) Lo protege de infecciones respiratorias y digestivas
 - b) Ayuda en su crecimiento
 - c) Crea lazos de amor madre e hijo
 - d) Es más higiénica para el/ella
 - e) Todas las anteriores**
 - f) No sé
10. Antes de amamantar a su bebé ¿Qué se debe realizar primero?
- a) Aseo de manos con agua y jabón.
 - b) Buscar un lugar adecuado para dar de lactar.
 - c) Limpiar sus pezones.**
 - d) Ninguna de las anteriores

11. ¿Cuál de estas acciones hacen que el pecho produzca más leche?
- a) Debe tomar abundante líquido
 - b) Alimentarse sanamente
 - c) Poner el/la niño(a) al pecho
 - d) Todas las anteriores**
 - e) No sé
12. ¿Cómo debe colocarse la mano para tomar el pecho cuando se amamanta?
- a) Cuando la mano está en forma de "C"
 - b) Con los dedos en forma de tijeras
 - c) Todas las anteriores**
 - d) No importa la forma mientras se sienta cómoda
 - e) No sé
13. ¿Sabe usted, cuál es la mejor posición de la madre para amamantar a su hijo?
- a) Sentada en una silla, con la espalda recta y los pies apoyados
 - b) Acostada de lado en la cama
 - c) Todas las anteriores**
 - d) No importa la posición, siempre que la madre y el niño están cómodos
 - e) No sé
14. ¿Sabe usted como colocar correctamente el niño al seno?
- a) Tomar al niño en los brazos y pegarlo al abdomen
 - b) Agarrar el seno y estimular los labios del bebé para que abra la boca
 - c) Introducir en la boca del niño el pezón y la areola
 - d) Todas las anteriores**
 - e) No sé
15. ¿Por qué es importante la colocación correcta del bebe al seno?
- a) Porque no se produce grietas
 - b) Porque no causa dolor en las mamas
 - c) Permite una buena succión por parte del bebé
 - d) Todas las anteriores**
 - e) No sé
16. ¿Cuándo se da cuenta que el(la) niño(a) no está satisfecho con el pecho materno?
- a) Porque llora constantemente y no parece satisfecho
 - b) Porque duerme por un periodo corto
 - c) Porque el/la niño/a no sube de peso
 - d) Porque el/la niño/a no duerme después de tomar el pecho
 - e) Porque orina menos
 - f) Porque el/la niño/a tiene menos energía
 - g) Todas las anteriores**
 - h) No sé



17. ¿Ante dolor y heridas en los pezones hay qué?
- a) Usar cremas cicatrizantes y lavarse los pezones antes y después de mamar
 - b) Después de cada mamada, sacar unas gotas de leche y ponerse sobre las grietas
 - c) Dejar las mamas al aire libre por 5 minutos y a la luz del sol dos veces al día
 - d) Vaciar completamente las mamas y asegurar que el/la niño(a) agarre bien el pezón tomando hasta la areola (toda la parte café del pezón)
 - e) Todas las anteriores**
 - f) Usar Jabón, alcohol o agua con bicarbonato
 - g) Dejar de dar pecho hasta que se curen las heridas
 - h) No sé
18. La preparación de la mama para el amamantamiento comprende:
- a) Limpieza de los pechos.**
 - b) Masaje circular de los pechos.
 - c) No se hace ninguna preparación
19. Al terminar el amamantamiento ¿Con qué dedo se retira el pecho?
- a) Índice.
 - b) Medio.**
 - c) Meñique.
20. ¿En qué beneficia el uso de chupones y biberones?
- a) Beneficia el buen desarrollo de la lengua
 - b) No beneficia en nada, perjudica el desarrollo de la mandíbula**
 - c) Beneficia la respiración
 - d) No sé

Anexo 4. Base de datos

Resultados del cuestionario de conocimientos

N°	1. ¿Cuánto tiempo puede dar leche materna a su hijo sin necesidad de incluir alimentos líquidos?	2. ¿Qué es el calostro?	3. ¿Cómo debe ser la primera mamada?	4. ¿Cuántas veces debe mamar el/la niño(a) recién nacido(a)?	5. ¿La lactancia materna es riesgosa?	6. ¿A qué edad se debe incorporar otros alimentos al niño, además de la leche materna?	7. ¿Cuál de estos beneficios tiene la lactancia materna exclusiva para la madre?	8. En caso de que el niño(a) se encuentre con diarrea, ¿qué hacer con la lactancia materna?	9. ¿Cuál de estos beneficios tiene la lactancia materna exclusiva para su hijo(a)?	10. ¿Antes de amamantar a su bebé, ¿qué se debe realizar primero?	11. ¿Cuál de estas acciones hacen que el pecho produzca más leche?	12. ¿Cómo debe colocarse la mano para tomar el pecho cuando se amamanta?	13. ¿Sabe usted, cuál es la mejor posición de la madre para amamantar a su hijo?	14. ¿Sabe usted, cómo colocar correctamente e el niño al seno?	15. ¿Por qué es importante la colocación correcta del bebé al seno?	16. ¿Cuándo se da cuenta que el(a) niño(a) NO está satisfecho con el pecho materno?	17. ¿Puede dolor y heridas en los pezones hacer que haya que?	18. ¿La preparación de la mama para el amamantamiento comprende:	19. ¿Puede terminar el amamantamiento. Con qué dedo se retira el pecho?	20. ¿En qué beneficia el uso de chupones y biberones?	
1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	
2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
4	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
5	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
6	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
8	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
11	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
12	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
13	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
14	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
15	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
16	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
17	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
18	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
19	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
20	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
21	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
22	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
23	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
24	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
25	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
26	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
27	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
28	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
29	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
30	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
31	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
32	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
33	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
34	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
35	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
36	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
37	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
38	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
39	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
40	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
41	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
42	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
43	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
44	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
45	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
46	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Resultados de los factores demográficos y nivel de conocimientos

N°	FACTORES DEMOGRÁFICOS							NIVEL DE CONOCIMIENTO
	PARIDAD DE LA GESTANTE	EDAD DE LA GESTANTE	E. CIVIL DE LA GESTANTE	PROCEDENCIA DE LA GESTANTE	NIVEL EDUCATIVO DE LA GESTANTE	RECIBE CONSEJERÍA LA GESTANTE	NUMERO DE CONTROLES DE LA GESTANTE	CONOCIMIENTO EN LACTANCIA MATERNA DE LA GESTANTE
1	1	1	3	1	3	1	3	1
2	1	2	1	1	2	1	1	1
3	1	2	1	1	2	1	1	1
4	1	2	2	1	2	1	1	1
5	1	1	3	1	2	1	1	1
6	1	2	1	1	2	1	1	1
7	1	2	3	1	2	1	1	1
8	1	2	1	1	5	1	1	1
9	1	2	1	1	4	1	1	2
10	1	2	1	1	4	1	1	1
11	1	2	3	1	2	1	2	1
12	1	2	3	1	2	1	1	1
13	1	2	2	1	2	1	1	1
14	1	1	3	1	3	1	1	1
15	1	2	1	1	2	1	1	1
16	1	2	1	1	2	1	1	1
17	1	2	1	1	4	1	1	1
18	1	2	1	1	4	1	1	1
19	1	2	3	1	2	1	3	1
20	1	2	3	1	2	1	1	1
21	1	2	1	1	2	1	1	2
22	1	2	1	1	2	1	1	2
23	1	2	1	1	2	1	1	1
24	1	2	1	1	5	1	1	2
25	1	2	3	1	3	1	1	1
26	1	2	2	1	2	1	1	1
27	1	2	1	1	5	1	1	1
28	1	2	3	1	5	1	3	1
29	1	1	1	1	3	1	1	2
30	1	2	1	1	3	1	1	2
31	1	2	1	1	2	1	1	1
32	1	2	2	1	2	1	1	1
33	1	2	1	1	2	1	2	2
34	1	2	1	1	4	1	1	1
35	1	2	1	1	2	1	1	1
36	1	2	1	1	2	1	1	1
37	1	2	3	1	5	1	3	2
38	1	2	1	1	2	1	1	1
39	1	2	1	1	2	1	3	1
40	1	1	3	1	3	1	1	1
41	1	2	1	1	5	1	1	1
42	1	2	1	1	2	1	1	1
43	1	2	1	1	2	1	1	1
44	1	2	2	1	2	1	2	1
45	1	2	1	1	2	1	1	1
46	1	2	1	1	5	1	1	1
47	1	2	1	1	2	1	1	2
48	1	2	1	1	2	1	1	1
49	1	2	3	1	2	1	1	2
50	1	2	2	1	2	1	1	1
51	1	2	1	1	2	1	1	1
52	1	2	1	1	4	1	1	1
53	1	2	1	1	4	1	1	2
54	1	1	3	1	2	1	1	1
55	1	1	1	1	2	1	3	1
56	1	2	1	1	2	1	1	1
57	1	1	1	1	3	1	1	1
58	1	1	1	1	3	1	1	1
59	1	2	1	1	2	1	1	1
60	1	2	1	1	2	1	1	2
61	1	2	1	2	2	1	2	1
62	1	2	1	2	2	1	2	2
63	1	2	1	2	5	1	1	1
64	1	2	1	2	5	1	1	1
65	1	2	1	2	4	1	1	1
66	1	2	1	2	4	1	1	2
67	1	2	1	2	5	1	1	1
68	1	1	1	1	2	1	1	2



68	1	1	1	2	2	1	1	2
69	1	1	1	2	2	1	1	1
70	1	1	1	2	2	1	1	1
71	1	1	3	2	3	1	2	1
72	1	1	3	2	2	1	1	1
73	1	1	3	2	2	1	1	1
74	1	2	1	2	2	1	1	1
75	1	2	1	2	5	1	1	1
76	1	2	1	2	2	1	1	2
77	1	2	2	2	5	1	1	1
78	1	2	1	2	5	1	1	1
79	1	2	1	2	4	1	1	2
80	1	2	1	2	4	1	1	1
81	1	2	1	2	2	1	1	1
82	1	2	1	2	2	1	1	1
83	1	2	1	2	2	1	1	1
84	1	2	1	2	2	1	1	1
85	1	2	1	2	2	1	1	1
86	1	1	1	2	2	1	1	1
87	1	1	3	2	3	1	1	2
88	1	1	3	2	2	1	1	1
89	1	1	1	2	2	1	2	1
90	1	2	1	2	2	1	2	1
91	1	2	1	2	2	1	1	1
92	1	2	1	2	5	1	1	1
93	1	2	1	2	5	1	1	1
94	1	2	1	2	5	1	1	1
95	1	2	1	2	4	1	1	1
96	1	2	1	2	5	1	1	1
97	1	2	1	2	5	1	1	1
98	1	2	1	2	5	1	1	1
99	1	2	1	2	5	1	1	1
100	1	2	1	2	4	1	1	2
101	1	2	1	2	4	1	1	1
102	1	2	1	2	5	1	1	1
103	1	2	1	2	5	1	2	1
104	1	2	1	2	2	1	1	1
103	1	2	1	2	5	1	2	1
104	1	2	1	2	2	1	1	1
105	1	2	1	2	2	1	1	1
106	1	2	1	2	2	1	1	1
107	1	2	1	2	2	1	1	1
108	1	2	1	2	2	1	1	1
109	1	2	1	2	4	1	1	1
110	1	2	1	2	4	1	1	1
111	1	2	1	2	4	1	1	1
112	1	2	1	2	4	1	1	1
113	1	2	2	2	4	1	1	2
114	1	2	3	2	5	1	2	1
115	1	2	1	2	5	1	1	1
116	1	2	1	2	4	1	1	1
117	1	2	1	2	4	1	1	2
118	1	2	1	2	5	1	1	1
119	1	2	1	2	5	1	1	1
120	1	2	1	2	2	1	1	1
121	1	2	1	2	2	1	1	2
122	1	2	1	2	2	1	2	1
123	1	2	1	2	2	1	1	2
124	1	2	1	2	5	1	1	2
125	1	2	1	2	5	1	1	2
126	1	2	2	2	2	1	1	2
127	1	2	3	2	2	1	1	2
128	1	2	1	2	4	1	1	1
129	1	2	1	2	5	1	1	1
130	1	2	1	2	5	1	1	1
131	1	2	1	2	2	1	1	1
132	1	2	1	2	2	1	1	1
133	1	2	1	2	5	1	2	1
134	1	2	1	2	5	1	1	1
135	1	2	1	2	5	1	1	1
136	1	2	1	2	4	1	1	2
137	1	2	1	2	5	1	1	2
138	1	2	1	2	2	1	1	1



139	1	2	1	2	2	1	1	2
140	1	2	1	2	2	1	1	2
141	1	2	1	2	2	1	1	1
142	1	2	1	2	5	1	2	1
143	1	2	1	2	5	1	2	1
144	1	2	1	2	5	1	1	2
145	1	2	1	2	5	1	1	1
146	1	2	3	2	2	1	2	2
147	1	1	3	2	3	1	1	2
148	2	2	1	1	2	1	1	1
149	2	2	1	1	4	1	1	1
150	2	2	2	1	4	1	1	1
151	2	2	2	1	2	1	1	1
152	2	2	1	1	2	1	1	1
153	2	2	1	1	2	1	1	1
154	2	2	1	1	2	1	1	1
155	2	2	1	1	2	1	1	2
156	2	3	1	1	2	1	1	1
157	2	3	2	1	2	1	1	1
158	2	3	1	1	2	1	2	1
159	2	2	1	1	2	1	2	1
160	2	2	1	1	2	1	2	2
161	2	2	1	1	3	1	1	2
162	2	2	1	1	2	1	1	1
163	2	3	1	1	3	1	1	1
164	2	2	2	1	2	1	1	1
165	2	2	1	1	5	1	1	1
166	2	2	1	1	4	1	1	1
167	2	2	1	1	4	1	1	3
168	2	2	1	1	2	1	1	2
169	2	2	1	1	3	1	1	1
170	2	2	1	1	2	1	1	1
171	2	2	1	1	2	1	1	1
172	2	2	1	1	2	1	1	1
173	2	2	1	1	2	1	1	1
174	2	2	1	1	3	1	3	2
175	2	2	1	1	3	1	1	1
175	2	2	1	1	3	1	1	1
176	2	2	2	1	2	1	1	1
177	2	2	1	1	2	1	1	1
178	2	2	1	1	2	1	1	2
179	2	2	1	1	2	1	1	1
180	2	2	1	1	5	1	1	2
181	2	2	1	1	5	1	1	1
182	2	2	1	1	4	1	1	2
183	2	2	1	1	4	1	1	2
184	2	3	1	1	2	1	1	2
185	2	3	1	1	2	1	3	1
186	2	3	1	1	1	1	1	1
187	2	3	1	1	2	1	1	1
188	2	3	1	1	2	1	1	1
189	2	3	1	1	2	1	1	2
190	2	3	1	1	2	1	1	1
191	2	3	1	1	2	1	1	1
192	2	3	1	1	2	1	1	1
193	2	3	1	1	2	1	1	1
194	2	3	1	1	1	1	1	1
195	2	2	1	1	2	1	1	1
196	2	2	2	1	2	1	1	1
197	2	3	1	1	2	1	1	1
198	2	3	1	1	2	1	1	1
199	2	3	3	1	2	1	3	1
200	2	2	3	1	2	1	1	2
201	2	3	1	1	2	1	1	1
202	2	3	1	1	4	1	1	1
203	2	3	1	1	5	1	1	1
204	2	3	1	1	2	1	1	1
205	2	3	1	1	2	1	1	1
206	2	3	1	1	2	1	1	2
207	2	3	1	1	1	1	1	1
208	2	2	1	1	2	1	3	1
209	2	2	1	1	2	1	1	2
210	2	2	1	1	2	1	1	2
211	2	2	1	1	2	1	1	1
212	2	2	1	1	2	1	1	1
213	2	2	1	1	2	1	1	1
214	?	?	?	?	?	?	?	?



218	2	2	3	2	5	1	1	1
219	2	2	1	2	5	1	1	1
220	2	2	1	2	2	1	1	1
221	2	3	1	2	2	1	1	2
222	2	3	1	2	2	1	1	1
223	2	3	1	2	5	1	2	1
224	2	2	1	2	5	1	1	1
225	2	3	1	2	5	1	1	2
226	2	2	1	2	4	1	1	1
227	2	2	1	2	4	1	1	2
228	2	2	1	2	5	1	3	1
229	2	3	1	2	2	1	1	2
230	2	3	1	2	1	1	1	2
231	2	2	1	2	2	1	1	2
232	2	2	1	2	4	1	1	1
233	2	3	1	2	5	1	1	1
234	2	2	3	2	5	1	1	2
235	2	2	3	2	2	1	1	1
236	2	2	3	2	2	1	2	1
237	2	2	1	2	2	1	1	1
238	2	2	1	2	1	1	1	2
239	2	3	1	2	2	1	1	1
240	2	3	1	2	5	1	3	1
241	2	3	2	2	4	1	3	1
242	2	2	2	2	2	1	3	2
243	2	3	1	2	2	1	1	2
244	2	2	1	2	5	1	1	1
245	2	2	2	2	5	1	1	1
246	2	2	1	2	2	1	1	1
247	2	2	2	2	3	1	1	1
248	2	2	1	2	2	1	1	1
249	2	2	1	2	5	1	2	2
250	2	3	1	2	4	1	1	1
251	2	3	1	2	2	1	1	1
252	2	3	1	2	2	1	1	2
253	2	3	1	2	3	1	1	2
254	2	3	1	2	2	1	1	1
255	2	3	1	2	3	1	1	1
256	2	3	1	2	5	1	1	1
257	2	3	2	2	4	1	1	2
258	2	2	2	2	5	1	1	2
259	2	2	3	2	4	1	3	2
260	2	2	3	2	4	1	1	1
261	2	2	1	2	4	1	1	2
262	2	2	1	2	2	1	1	1
263	2	2	1	2	3	1	1	1
264	2	2	3	2	3	1	1	2
265	2	2	3	2	4	1	2	1
266	2	2	1	2	5	1	1	1
267	2	2	1	2	5	1	1	1
268	2	2	1	2	4	1	1	1
269	2	2	2	2	5	1	1	2
270	2	2	1	2	2	1	2	1

Anexo 5. Tratamiento estadístico Chi Cuadrado

Tabla cruzada nivel de conocimiento*pariedad de gestante

			pariedad de gestante		Total
			primípara	múltipara	
nivel de conocimiento	desaprobado	Recuento	113	88	201
		% dentro de pariedad de gestante	76,9%	71,5%	74,4%
	aprobado con nota regular	Recuento	34	34	68
		% dentro de pariedad de gestante	23,1%	27,6%	25,2%
	aprobado con buena nota	Recuento	0	1	1
		% dentro de pariedad de gestante	0,0%	0,8%	0,4%
Total	Recuento	147	123	270	
	% dentro de pariedad de gestante	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,646 ^a	4	,958
Razón de verosimilitud	,890	4	,926
Asociación lineal por lineal	,049	1	,825
N de casos válidos	270		

Tabla cruzada nivel de conocimiento*edad de la gestante

		edad de la gestante			Total	
		menores de 20 años	20 a 34 años	mayores a 34 años		
nivel de conocimiento	desaprobado	Recuento	16	152	33	201
		% dentro de edad de la gestante	80,0%	73,8%	75,0%	74,4%
	aprobado con nota regular	Recuento	4	53	11	68
		% dentro de edad de la gestante	20,0%	25,7%	25,0%	25,2%
	aprobado con buena nota	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de edad de la gestante	0,0%	0,5%	0,0%	0,4%
Total	Recuento	20	206	44	270	
	% dentro de edad de la gestante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,646 ^a	4	,958
Razón de verosimilitud	,890	4	,926
Asociación lineal por lineal	,049	1	,825
N de casos válidos	270		

Tabla cruzada nivel de conocimiento*estado civil de la gestante

nivel de conocimiento			estado civil de la gestante			Total
			conviviente/casada	separada/divorciada	madre soltera	
desaprobado	Recuento	158	18	25	201	
	% dentro de estado civil de la gestante	74,9%	75,0%	71,4%	74,4%	
aprobado con nota regular	Recuento	52	6	10	68	
	% dentro de estado civil de la gestante	24,6%	25,0%	28,6%	25,2%	
aprobado con buena nota	Recuento	1	0	0	1	
	% dentro de estado civil de la gestante	0,5%	0,0%	0,0%	0,4%	
Total	Recuento	211	24	35	270	
	% dentro de estado civil de la gestante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,513 ^a	4	,972
Razón de verosimilitud	,721	4	,949
Asociación lineal por lineal	,101	1	,751
N de casos válidos	270		

Tabla cruzada nivel de conocimiento*procedencia de la gestante

		procedencia de la gestante		Total	
		rural	urbano		
nivel de conocimiento	desaprobado	Recuento	99	102	201
		% dentro de procedencia de la gestante	78,0%	71,3%	74,4%
	aprobado con nota regular	Recuento	27	41	68
		% dentro de procedencia de la gestante	21,3%	28,7%	25,2%
	aprobado con buena nota	Recuento	1	0	1
		% dentro de procedencia de la gestante	0,8%	0,0%	0,4%
Total	Recuento	127	143	270	
	% dentro de procedencia de la gestante	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,989 ^a	2	,224
Razón de verosimilitud	3,385	2	,184
Asociación lineal por lineal	1,145	1	,285
N de casos válidos	270		

Tabla cruzada nivel de conocimiento*nivel de educación de la gestante

		nivel de educación de la gestante					Total	
		primaria completa	secundaria completa	secundaria incompleta	superior completo	superior incompleto		
nivel de conocimiento	desaprobado	Recuento	3	110	13	26	49	201
		% dentro de nivel de educación de la gestante	60,0%	77,5%	61,9%	63,4%	80,3%	74,4%
	aprobado con nota regular	Recuento	2	32	8	14	12	68
		% dentro de nivel de educación de la gestante	40,0%	22,5%	38,1%	34,1%	19,7%	25,2%
	aprobado con buena nota	Recuento	0	0	0	1	0	1
		% dentro de nivel de educación de la gestante	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,4%
	Total	Recuento	5	142	21	41	61	270
		% dentro de nivel de educación de la gestante	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,562 ^a	8	,172
Razón de verosimilitud	9,495	8	,302
Asociación lineal por lineal	,015	1	,903
N de casos válidos	270		

Tabla cruzada nivel de conocimiento*recibe consejería la gestante

		recibe consejería la gestante		Total
		si recibió		
nivel de conocimiento	desaprobado	Recuento	201	201
		% dentro de recibe consejería la gestante	74,4%	74,4%
	aprobado con nota regular	Recuento	68	68
		% dentro de recibe consejería la gestante	25,2%	25,2%
	aprobado con buena nota	Recuento	1	1
		% dentro de recibe consejería la gestante	0,4%	0,4%
Total	Recuento	270	270	
	% dentro de recibe consejería la gestante	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	270

Tabla cruzada nivel de conocimiento*número de controles de la gestante

nivel de conocimiento			número de controles de la gestante			Total	
			menor a 6 controles	6 controles	mayor a 6 controles		
desaprobado	Recuento		171	18	12	201	
	% dentro de número de controles de la gestante		74,0%	78,3%	75,0%	74,4%	
	aprobado con nota regular	Recuento		59	5	4	68
		% dentro de número de controles de la gestante		25,5%	21,7%	25,0%	25,2%
	aprobado con buena nota	Recuento		1	0	0	1
		% dentro de número de controles de la gestante		0,4%	0,0%	0,0%	0,4%
Total	Recuento		231	23	16	270	
	% dentro de número de controles de la gestante		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	de	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,340 ^a	4	,987
Razón de verosimilitud	,488	4	,975
Asociación lineal por lineal	,105	1	,746
N de casos válidos	270		

Resultado de las frecuencias del nivel de conocimientos

paridad de gestante

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	primípara	147	54,4	54,4	54,4
	multípara	123	45,6	45,6	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

edad de la gestante

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	menores de 20 años	20	7,4	7,4	7,4
	20 a 34 años	206	76,3	76,3	83,7
	mayores a 34 años	44	16,3	16,3	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

estado civil de la gestante

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	conviviente/casada	211	78,1	78,1	78,1
	separada/divorciada	24	8,9	8,9	87,0
	madre soltera	35	13,0	13,0	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

procedencia de la gestante

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	rural	127	47,0	47,0	47,0
	urbano	143	53,0	53,0	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

nivel de educación de la gestante

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	primaria completa	5	1,9	1,9	1,9
	secundaria completa	142	52,6	52,6	54,4
	secundaria incompleta	21	7,8	7,8	62,2
	superior completo	41	15,2	15,2	77,4
	superior incompleto	61	22,6	22,6	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

recibe consejería la gestante

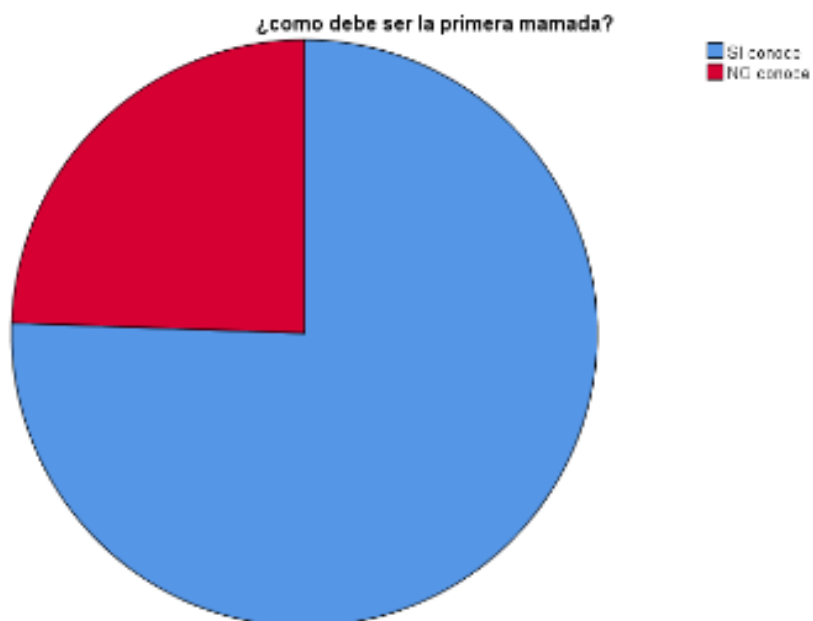
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si recibió	270	100,0	100,0	100,0

número de controles de la gestante

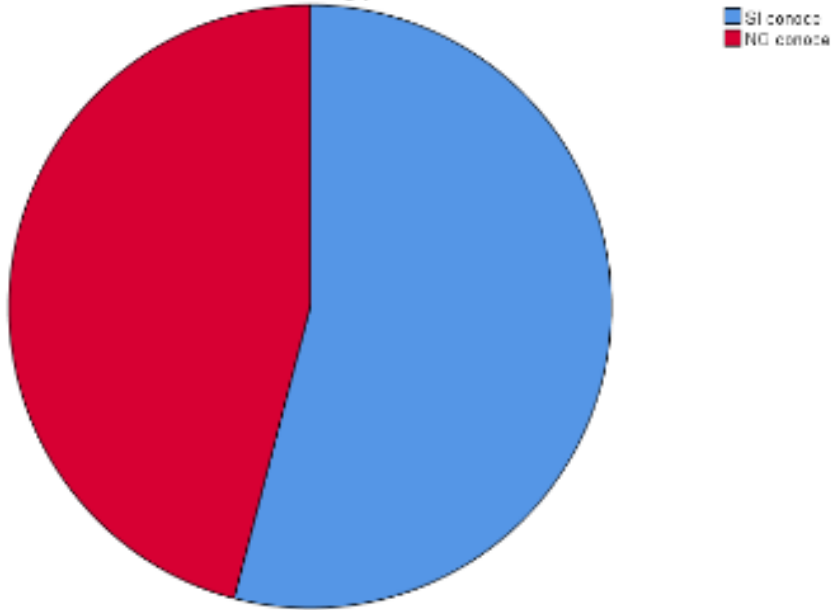
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	menor a 6 controles	231	85,6	85,6	85,6
	6 controles	23	8,5	8,5	94,1
	mayor a 6 controles	16	5,9	5,9	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

Resultados del cuestionario de conocimientos en lactancia materna

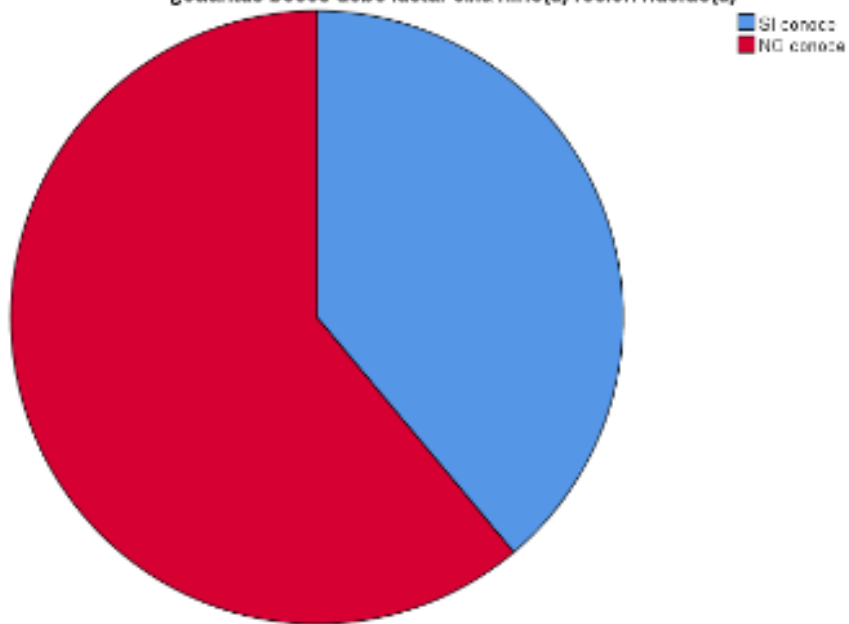
Frecuencias



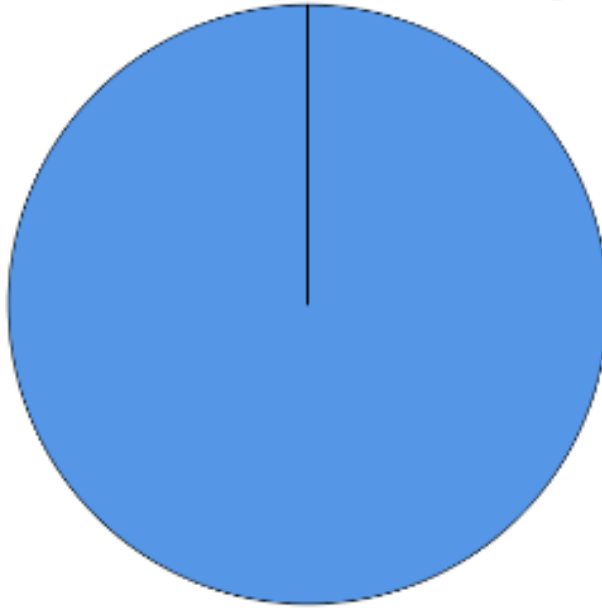
¿que es el calostro?



¿cuantas veces debe lactar e/lla niño(a) recién nacido(a)

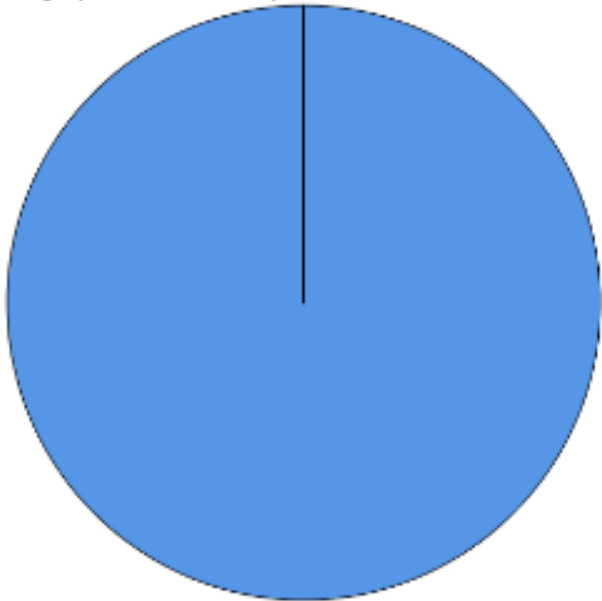


¿la lactancia materna es riesgosa?



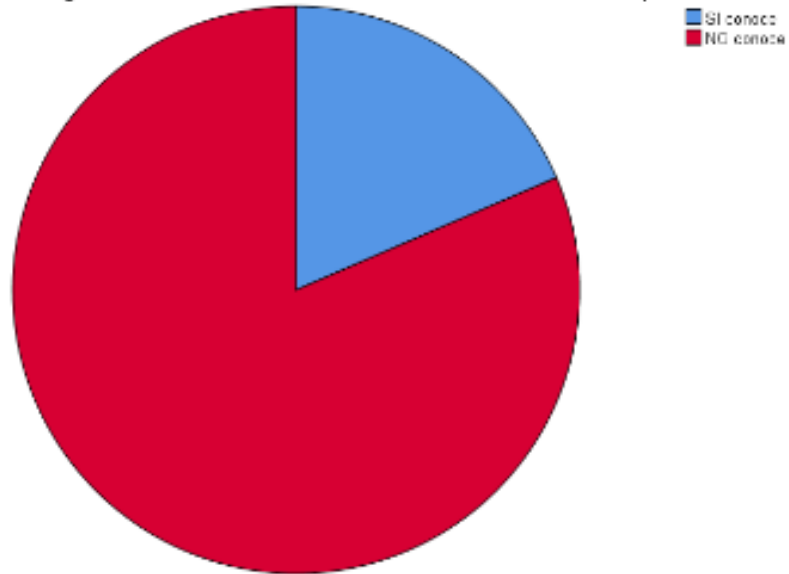
■ Si conoce

¿a que edad debe incorporar otros alimetos al niño ademas de la leche materna?

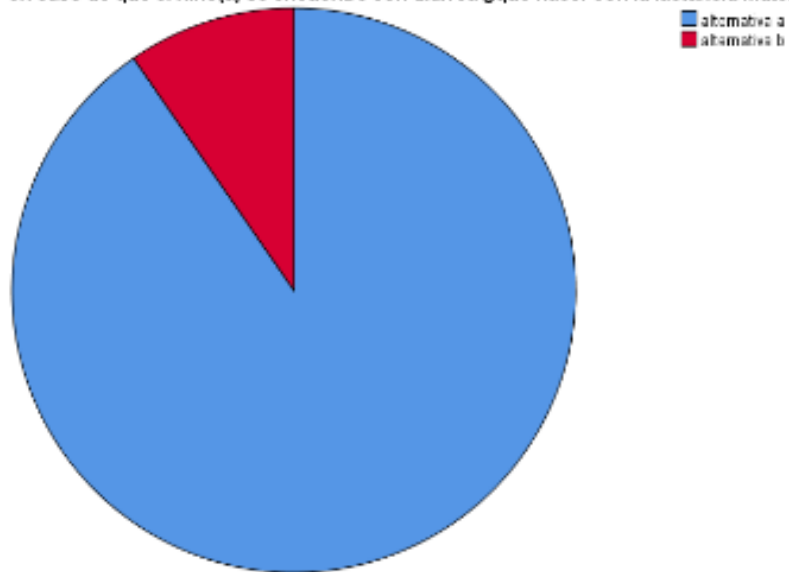


■ Si conoce

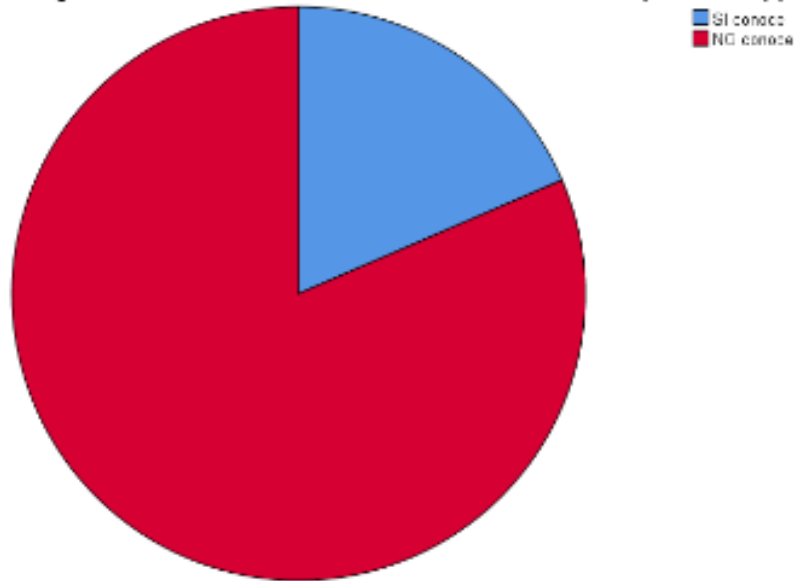
¿cual de estos beneficios tiene la lactancia materna exclusiva para la madre?



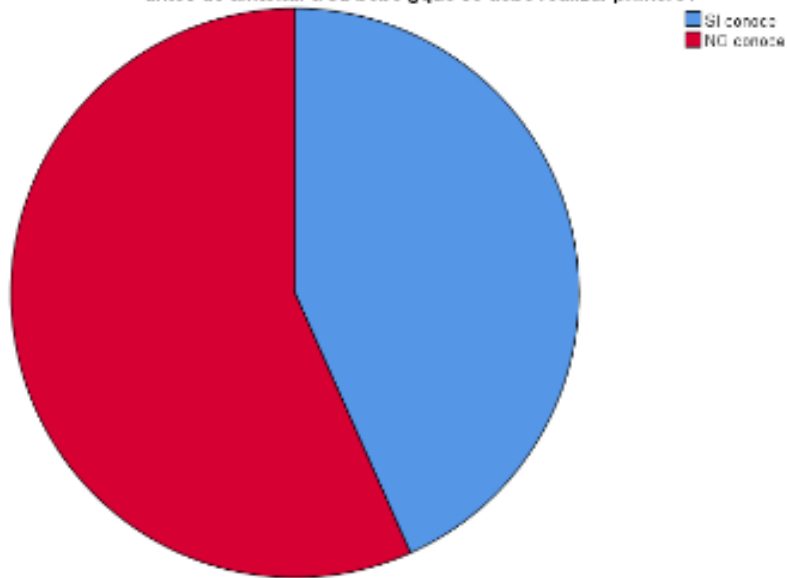
en caso de que el niño(a) se encuentre con diarrea ¿que hacer con la lactancia materna?



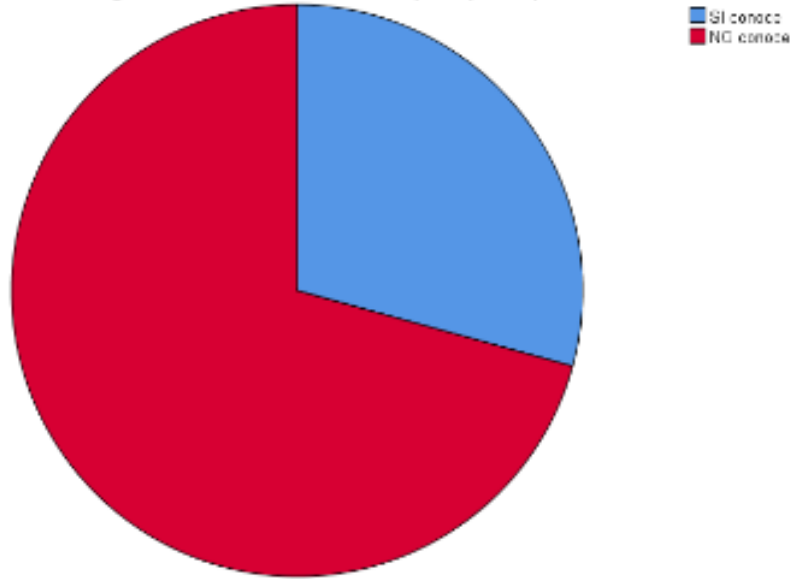
¿cual de estos beneficios tiene la lactancia materna exclusivo para su niño(a)?



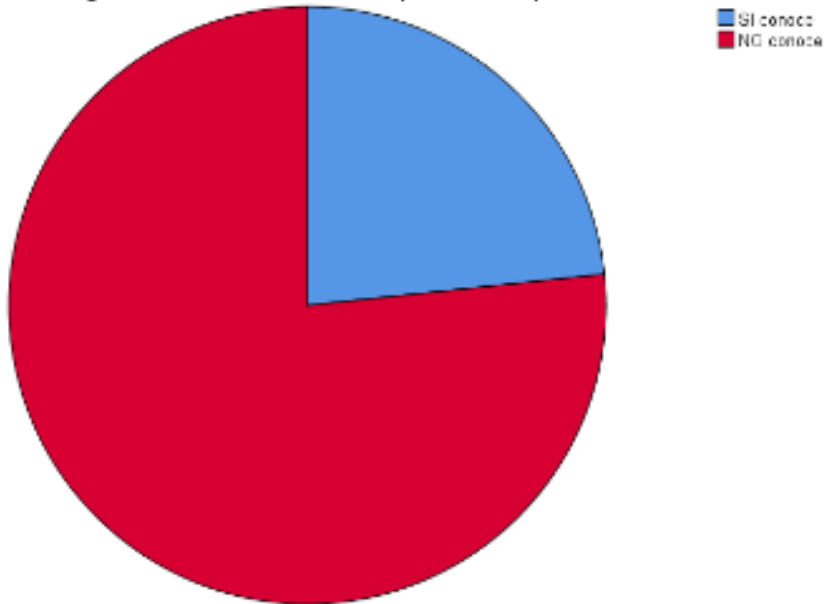
antes de amantar a su bebé ¿que se debe realizar primero?



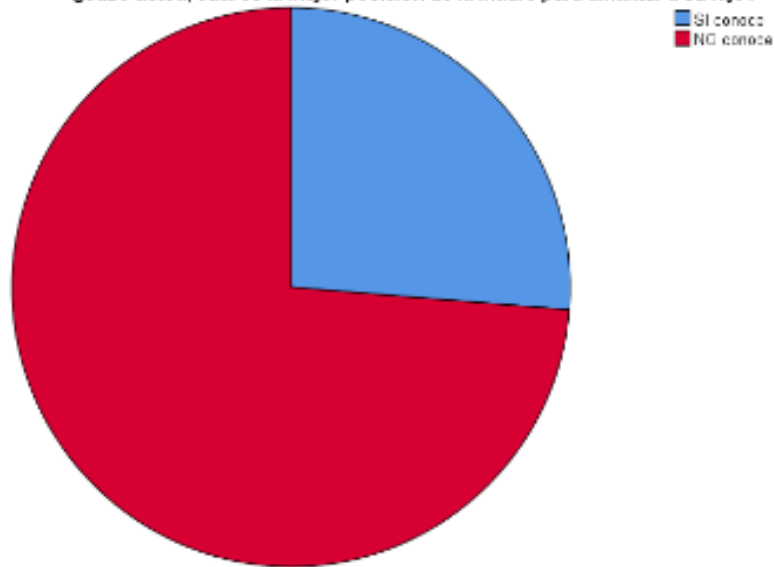
¿cual de estas acciones hacen que el pecho produzca más leche?



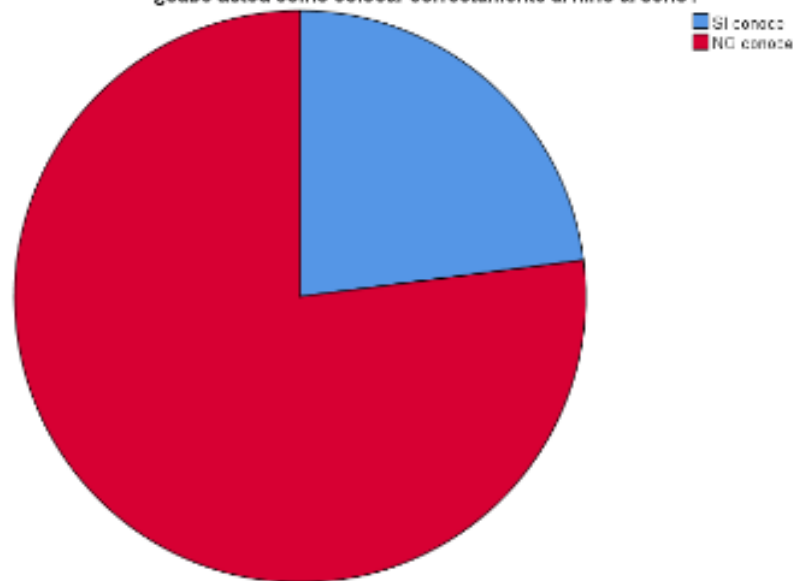
¿como debe colocarse la mano para tomar el pecho cuando se amanta?



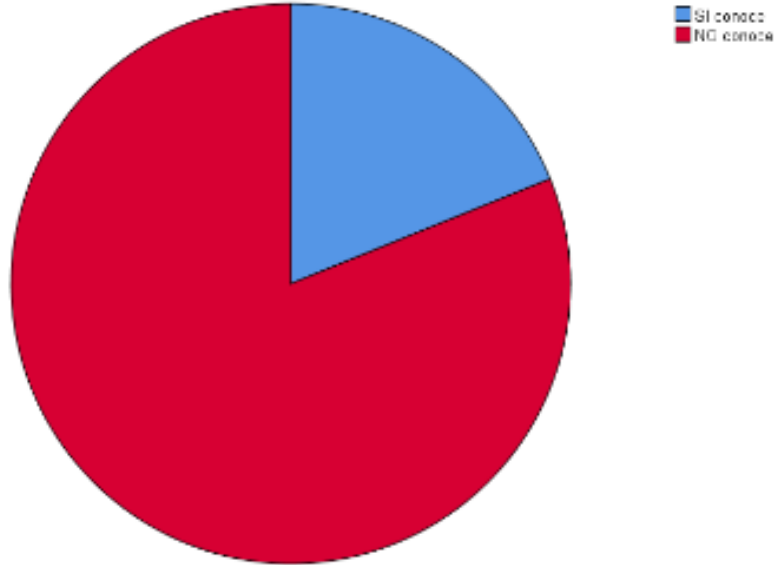
¿sabe usted, cual es la mejor posicion de la madre para amantar a su hijo?



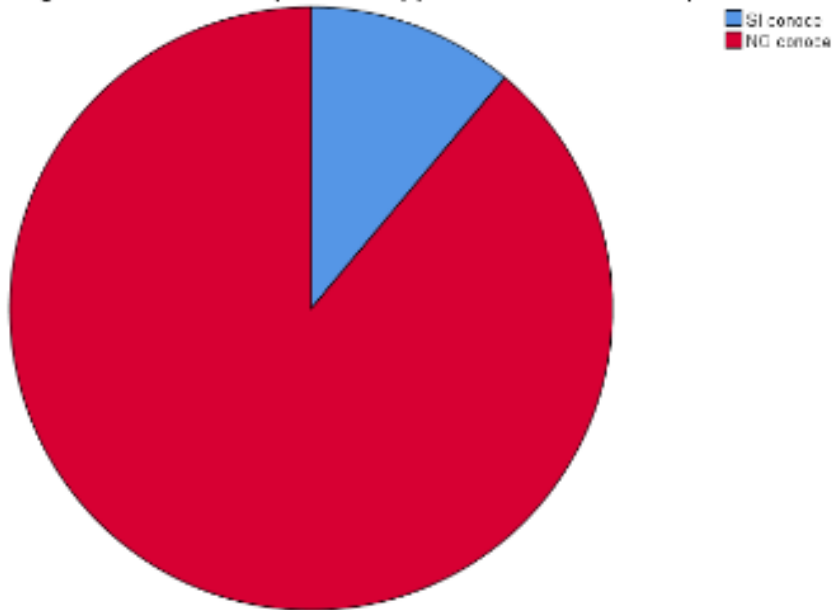
¿sabe usted como colocar correctamente al niño al seno?



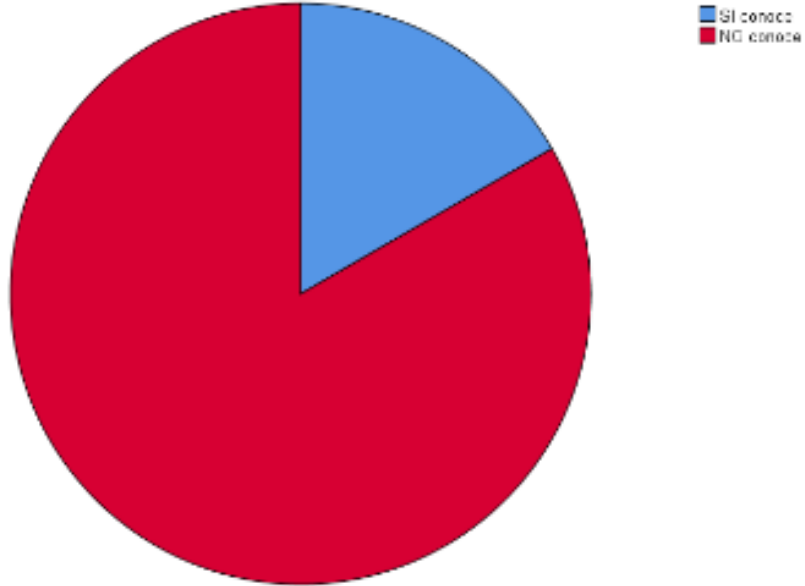
¿porque es importante la colocación correcta del bebé al seno?



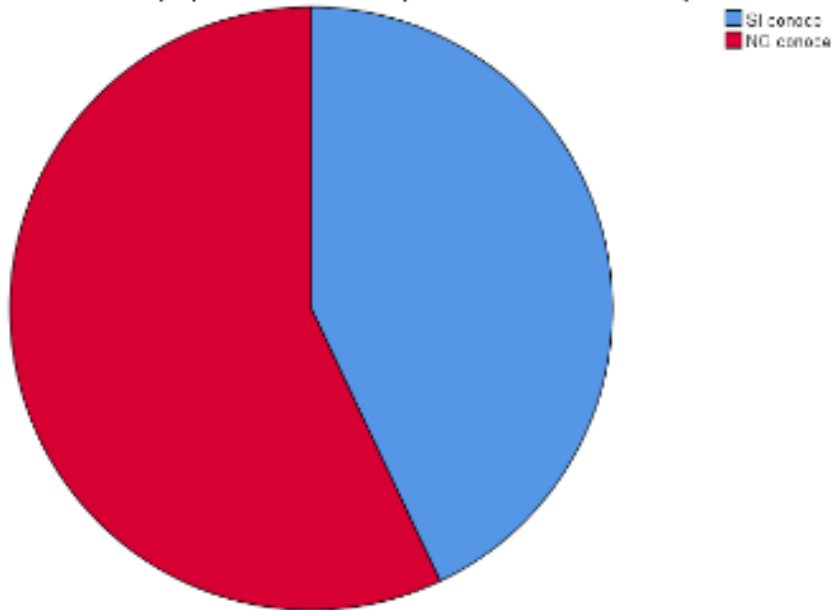
¿cuando se da cuenta que el/la niño(a) NO esta satisfecho con el pecho materno?



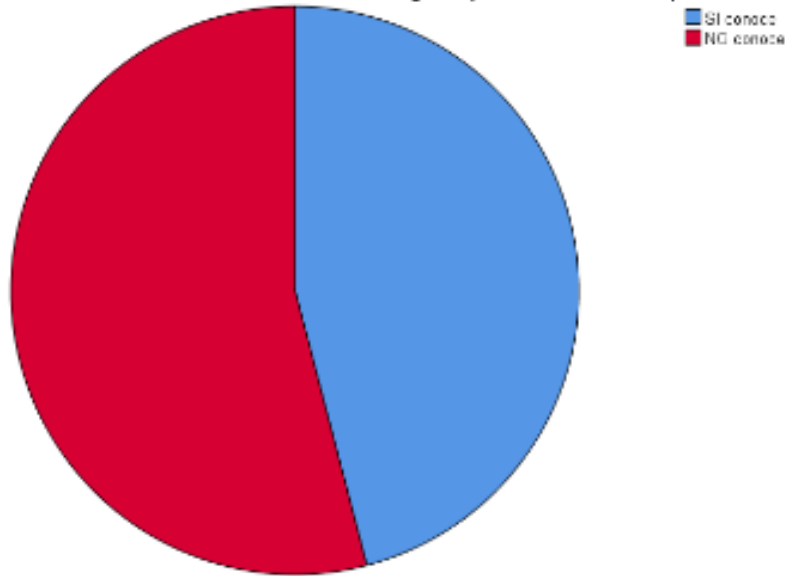
¿ante el dolor y las heridas en los pezones hay qué?



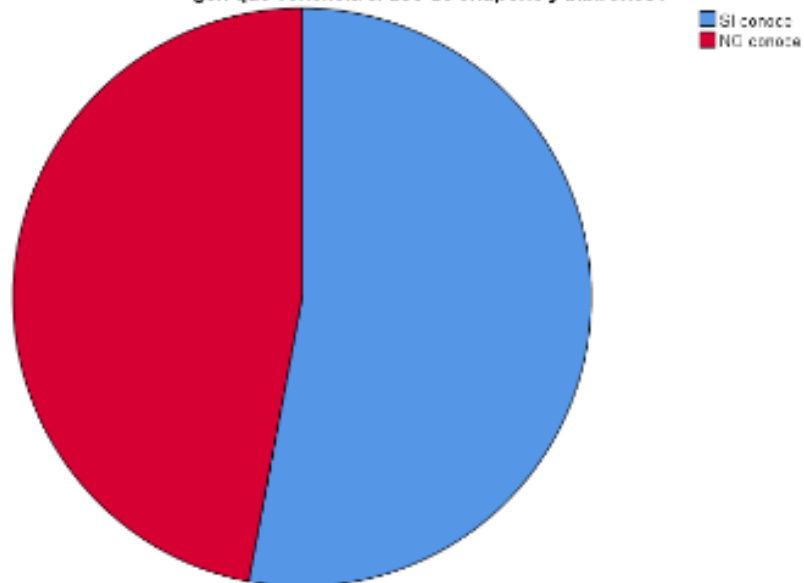
la preparación de la mama para el amantamiento comprende



al terminar el amamantamiento ¿con qué dedo se retira del pecho?



¿en que veneficia el uso de chupone y bibirones?



Anexo 6. Evidencia fotográfica
Resultados del cuestionario de conocimientos

Fotografía 01: Gestante Primigesta



Visita realizada en el Distrito de San Antonio

Fotografía 02: Gestante Multipara



Visita realizada en el Distrito de San Antonio

Fotografía 03: Gestante Primigesta



Visita realizada en el C.P. de Chen Chen

Fotografía 04: Gestante Multipara



Visita realizada en el C.P. de Chen Chen

Fotografía 05: Gestante Primigesta



Visita realizada en el C.P. San Francisco

Fotografía 06: Gestante Multipara



Visita realizada en el C.P. San Francisco