



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



*“Nivel de Conocimientos y Actitud frente a la Lactancia
Materna Exclusiva y Ablactancia en madres
adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Santa
Gema de Yurimaguas, durante octubre del 2015”*

TESIS

Para Optar el Título Profesional de:

Licenciado en Obstetricia

AUTORAS

Liz Massiel Cieza Huamán

Nadia Lit Orbe Manrique

ASESORA

Dra. Rocio Pejerrey Gonzáles

CHICLAYO - PERU

2016

Dedicatoria

A Dios.

Que me guio por el buen camino, y me da las fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la esperanza ni desfallecer en el intento.

A mis padres, hermanos, esposo e hija.

Por el apoyo que me han brindado siempre, con su cariño, comprensión, consejos que me motivan a seguir adelante.

Liz Massiel

Dedicatoria

*A **Dios**, ya que sin él nada puedo hacer, Dios es quien me concede el privilegio de la vida y me ofrece lo necesario para lograr mis metas, Señor Jesucristo gracias por las pruebas que me hacen crecer como persona y ser humano y me permiten dar lo mejor de mí.*

*A mis queridos padres **Víctor Manuel y Mercedes**.*

Por todo el sacrificio y esfuerzo que hicieron a lo largo de mi carrera profesional.

A mí querida hija y esposo, que representan el motor que impulsa mi existencia.

Nadia Lit

Agradecimiento

Agradecemos en primer lugar a Dios quien nos ha llenado de bendiciones en todo este tiempo, que con su infinito amor nos ha brindado la sabiduría suficiente para culminar con nuestra carrera universitaria.

Nuestro más sincero agradecimiento a nuestros padres por todo el esfuerzo que hicieron para darnos una profesión y hacer de nosotros personas de bien, gracias por los sacrificios y la paciencia que demostraron todos estos años.

Al personal del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, al Director Dr. Guillermo Angulo Arévalo, Obstetra Ladys Marianella Da Silva Vargas encargada del área de adolescentes, por permitirnos realizar nuestro trabajo de investigación.

A nuestra asesora Dra. Rocio Pejerrey Gonzáles, por su paciencia y disponibilidad para guiarnos en el desarrollo del presente estudio.

Las Autoras

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	04
INDICE	05
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
I. INTRODUCCIÓN	08
1.1 Marco Teórico	08
a. Situación Problemática	08
b. Antecedentes bibliográficos	15
c. Base Teórica	20
1.2 Problema	29
1.3 Objetivos	29
1.4 Justificación de la Investigación	30
1.6 Variables: Operacionalización	31 - 33
II. MATERIAL Y MÉTODOS	34
2.1 Tipo de Investigación	34
2.2 Diseño de Contrastación	34
2.3 Población y muestra	34
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos	35
2.5 Procedimiento	35
2.6 Análisis Estadísticos de los Datos	35
III. RESULTADOS	36
IV. DISCUSIÓN	42
V. CONCLUSIONES	46
VI. RECOMENDACIONES	47
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXO	52

RESUMEN

Con el objetivo general de determinar el Nivel de Conocimientos y Actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Santa Gema de Yurimaguas, durante octubre del 2015. Se realizó el presente estudio de tipo Observacional / Descriptivo y Transversal, cuyo diseño fue Descriptivo. La población muestral estuvo constituida por todas las madres adolescentes que acudieron al Consultorio de Obstetricia del Hospital en mención, que cumplieron con los criterios de selección y que fueron un total de 52.

Los principales resultados fueron:

- El Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres adolescentes fue malo en el 76.92%.
- La Actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en las madres adolescentes fue negativa en el 80.77%.
- El Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia influye sobre la actitud frente al tema ($p < 0.05$).
- La mayoría de la población motivo de estudio se caracterizó por ser adolescentes tempranas, proceder de zonas urbanas en el 86.54%, ser empleadas del hogar en el 53.84% y tener un nivel socio económico y cultural bajo en el 86.54% respectivamente. Hallándose que la edad, estado civil, ocupación y nivel socio económico y cultural influyen en la actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia. ($p < 0.05$).

Palabras Claves: Conocimientos, Actitud, Lactancia Materna Exclusiva, Ablactancia, madres adolescentes.

ABSTRACT

With the overall aim of determining the level of knowledge and attitude towards exclusive breastfeeding and Ablactancia teenage mothers attended at the Hospital Santa Gema Support Yurimaguas, in October 2015. This study Observational / Descriptive type was performed and transversal, whose design was descriptive. The sample population consisted of all adolescent mothers who attended the Obstetrics Clinic Hospital in question, who met the selection criteria and were a total of 52.

The main results were:

- The level of knowledge on Exclusive Breastfeeding and Ablactancia teenage mothers was wrong with 76.92%.
- The level of knowledge on Exclusive Breastfeeding and Ablactancia teenage mothers was wrong with 76.92%.
- The Attitude to Exclusive Breastfeeding and Ablactancia in teenage mothers was negative in 80.77%.
- The level of knowledge on Exclusive Breastfeeding and Ablactancia influences the attitude towards the subject ($p < 0.05$).
- Most of the population under study was characterized by early adolescents, come from urban areas at 86.54%, being housemaids in 53.84% and have a socioeconomic level and low culture in 86.54% respectively. It is found that age, marital status, occupation and socio economic and cultural influence attitudes towards exclusive breastfeeding and Ablactancia. ($p < 0.05$).

Keywords: Knowledge, Attitude, exclusive breastfeeding, Ablactancia, teenage mothers.

I. - INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

a) Situación Problemática

En la actualidad, 1 de cada 5 muertes en el mundo se da en niños menores de 5 años de edad, en quienes las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias y diarreicas, así como las relacionadas con su estado de nutrición. No obstante, cabe señalar que existen factores que pueden prevenir estas causas de morbilidad y mortalidad exitosamente, entre los cuales destacan los hábitos saludables de alimentación y la lactancia materna exclusiva (LME). Ésta puede prevenir no sólo un gran número de enfermedades crónicas, sino también enfermedades transmisibles, como las infecciones respiratorias y diarreicas. (1)

Los beneficios de la LME, tanto para el recién nacido como para la madre, han sido evidenciados en múltiples estudios; sin embargo, esta información no ha contribuido al incremento del número de mujeres que ofrecen esta forma de alimentación de manera exclusiva a sus bebés por 6 meses.

Este problema es más evidente al hablar de madres adolescentes, quienes son susceptibles a la influencia social, a su nivel de conocimientos y a la calidad de la atención de los servicios de salud,

que resultan determinantes en la decisión de dar, o no, leche materna a sus hijos. En el estudio realizado por Motil, Kerts y Thotathuchery se reporta que no existen diferencias en la producción de leche entre madres adultas y adolescentes, pero los comportamientos en relación a la lactancia difieren significativamente, donde las últimas presentan una menor frecuencia de amamantamiento durante el día y una tendencia a la introducción temprana de fórmula láctea.

Globalmente, menos de 35% de los niños menores de 6 meses de edad son alimentados únicamente al seno materno, debido a diversos factores que no permiten que la LME se lleve a cabo exitosamente. Algunos de ellos son la falta de apoyo a las madres en la casa, en el trabajo y en la comunidad, además de las molestias que esta práctica genera y el miedo de la madre a no tener suficiente leche para el bebé.

Además, la LME no es un comportamiento totalmente instintivo; existe un importante componente cultural transmitido de generación en generación, que pierde relevancia con el paso de los años, al igual que la cultura del amamantamiento, cediendo el paso a una continua promoción a la alimentación con biberón y el uso de fórmulas infantiles, lo que impacta esta práctica.

Por ello, instituciones como el Fondo Nacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven diversas acciones para fomentar el apoyo y la orientación a las madres, con el fin de asegurar la LME por los primeros 6 meses de vida y prevenir enfermedades y muertes en los menores de 5 años de edad. (1)

Del 01 al 07 de Agosto, se celebra en más de 120 países, la Semana Mundial de la Lactancia Materna, con diferentes jornadas destinadas a fomentar la lactancia natural y mejorar la salud de los bebés de todo el mundo (2).

Según la Alianza Mundial Pro Lactancia Materna, la lactancia natural es el mejor modo de proporcionar al recién nacido, los nutrientes que necesita. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda como modo exclusivo de alimentación, la lactancia hasta los seis meses de edad (3).

Con la Semana Mundial de la Lactancia Materna, se conmemora la Declaración de Innocenti, formulada por altos cargos de la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en agosto de 1990 con el fin de proteger, promover y respaldar la lactancia materna (4).

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo

saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida.

Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años (4).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Continua 2010 (4) muestra que el 68,3% de los menores de seis meses de edad son alimentados exclusivamente con leche materna. Según área de residencia, ésta proporción es mayor en el área rural (83,9%) que en el área urbana (59,9%).

Al comparar los resultados con la ENDES 2007, se observa que las niñas y niños de seis meses de edad con lactancia exclusiva han disminuido en 0,4%. Por área de residencia, disminuye en el área urbana al pasar de 64,5 a 59,9% (4,6 puntos porcentuales); mientras, que en el área rural aumenta de 76,5 a 83,9% (7,4 puntos porcentuales).

A nivel de región natural, en la Sierra el 83,7% de menores de seis meses de edad son alimentados exclusivamente con leche materna y en la Selva el 77,2%, presenta la mayor proporción en contraste con la observada en la región de la Costa, donde el 52,8% de niños tienen lactancia materna exclusiva. Con respecto a la ENDES 2007, la proporción de niñas y niños de seis meses que tienen lactancia exclusiva y que residen en la Sierra se incrementa en 11,3% al pasar de 72,4 a 83,7%; en tanto, en la Costa, disminuye en 7,3% (de 60,1 a 52,8%) (5).

A nivel nacional la mayor proporción de menores de seis meses que se alimentan con lactancia materna exclusiva se presentan en los departamentos de Puno (97,3%), Huancavelica (94,7%), Junín (91,5%), Ucayali (87,2%), Apurímac (86,3%), Huánuco (83,4%), Cusco (82,3%) y Ayacucho con 82,0% (5).

Actualmente, la información acerca de actitudes y percepciones de las madres con respecto a la alimentación de sus niños durante los 3 primeros años de vida es limitada, por lo que se conoce poco sobre por qué realizan ciertas prácticas y por qué no otras, siendo esta información la que nos ayudaría a darle un enfoque real y útil a las intervenciones educativo-nutricionales que se realizan en busca de una mejora del estado de salud y nutrición de los niños.

En nuestro país, la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad es una de las prácticas permanentes que promueve el Programa Nacional Wawa Wasi del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), complementándola con otros alimentos, hasta los dos años de edad, a través de métodos y estrategias orientadas a la consejería a familias usuarias y a las técnicas de conservación de la leche materna mientras las madres de los lactantes beneficiarios trabajan, así como la forma correcta de amamantar a sus hijos sin ninguna dificultad (6).

De igual forma el MINDES, enfatiza que la leche materna es el único e irremplazable alimento natural que brinda a los recién nacidos los nutrientes necesarios para una vida saludable. Por ello la campaña promueve la lactancia materna exclusiva del recién nacido hasta los seis meses y la alimentación complementaria hasta los 24 meses, así como la vigilancia y cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (7).

En países desarrollados se ha demostrado, que entre un tercio y la mitad de las mujeres deciden cómo alimentarán a sus hijos antes del embarazo. Sin embargo, estas intenciones pueden variar con el grupo étnico, el estado civil y la edad y con experiencias previas, incluyendo la forma en que ellas fueron alimentadas. Las relaciones entre los tipos de lactancia y sus determinantes son diferentes entre países y entre distintas instituciones y comunidades de un mismo

país. Buenas prácticas de lactancia materna se asocian con alto nivel educativo, ser mayor de treinta años, actitudes positivas del compañero hacia la lactancia y la percepción que de ellas tiene la embarazada, influencia favorecedora de amigas, hermanas y parientes y, que los niños mamen durante la primera o primeras horas después del nacimiento (8) (9) (10) (11) (12).

Actualmente, el Ministerio de Salud (MINSA) continua promoviendo la Práctica de la Lactancia Materna Exclusiva, mediante estrategias preventivo – promocionales, por lo que es necesario evaluar si se ha mejorado la actitud y la práctica de esta en madres atendidas en los diferentes establecimientos de salud.

Por otro lado, el estado nutricional de un niño menor de dos años y, en última instancia, su sobrevivencia hasta los 5 años, depende directamente de sus prácticas de alimentación. Por lo tanto, para mejorar la nutrición, la salud y el desarrollo de los niños entre 0 y 23 meses de edad es crucial mejorar sus prácticas de alimentación. Así pues, los indicadores usados en las encuestas de base poblacional para medir estas prácticas han estado más enfocados en las prácticas de lactancia materna. La falta de bases científicas y consenso sobre indicadores fáciles de medir, con respecto a las prácticas de alimentación adecuadas de los niños de 6 a 23 meses de edad, ha limitado el progreso en la medición y mejoramiento de dichas prácticas. Como consecuencia, la obtención de mejores

resultados nutricionales en los lactantes y los niños pequeños se ha visto restringida (13).

b) Antecedentes bibliográficos

Internacionales

Hernández O (Guatemala) (2015). Realizó un estudio cualitativo, descriptivo y transversal en madres primíparas atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Escuintla, Guatemala 0 del 1 al 30 de noviembre 2014. Hallando que, el conocimiento de las madres primíparas en estudio relacionado a la lactancia materna exclusiva en el período posparto inmediato es preocupante, porque se concluye que de las 50 madres (36) el 72% indicaron estar totalmente de acuerdo que la lactancia materna exclusiva es dar pecho y agüita al bebé, esta inadecuada práctica de alimentación para el recién nacido es un riesgo latente muy relacionado a la morbilidad y mortalidad neonatal. En el 50% de las madres en estudio (25) se determinó que no tienen el conocimiento de cómo continuar alimentando al bebé con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, al incorporarse a su trabajo desconocen las técnicas de extracción, conservación y administración de leche extraída, riesgo presente del abandono temprano de la práctica de lactancia materna, uso de pachas, sucedáneos de la leche materna

y otros líquidos no aptos para la edad del bebé. La práctica del lavado de manos es deficiente, de las 50 madres en estudio se observó que (39) el 78% no realizan el procedimiento, lo cual es un riesgo de diseminación de microorganismo durante el proceso de amamantamiento, factor predisponente para el aumento de enfermedades diarreicas, parasitarias, desnutrición entre otras. El 100% de las madres en estudio presentó una actitud positiva hacia el bebé durante el amamantamiento, se determinó que es fundamental el alojamiento conjunto en esta etapa porque es donde se van realizando una serie de intercambios sociales entre el bebé y la madre y se proporciona mayor solidez al apego materno, así como la leche materna es nutritiva, el apego también es fuente de nutriente emocional para el bebé. (14)

Pérez K (Guatemala) (2014). Realizó un estudio con el objetivo de describir los conocimientos acerca de la ablactación, así como indagar en las prácticas más comunes y las actitudes respecto a la misma. Se realizó un estudio observacional, descriptivo en madres primigestas y/o multigestas que tenían hijos vivos mayores a 6 meses pero menores a 1 año las cuales asistieron a la consulta externa del Hospital General San Juan de Dios para realizar primer expediente clínico. Se incluyó al personal de enfermería que laboran en el mismo servicio y a los estudiantes de sexto año de la carrera de medicina que se encontraron en el período de internado en el

área de pediatría. Se utilizó cuestionario de pregunta directa cuyo resultado se tabuló. Se estableció que el 91% de las madres entrevistadas desconocían el término ablactación; por lo que de las madres incluidas en el estudio el 47% tuvo como base de información a familiar cercano lo que evidencia que tienen prácticas erróneas como el 67% inició la ablactación con alimentos combinados; el 52% inició la ablactación para a sus hijos antes de los 6 meses; se define actitud como la disposición de ánimo manifestada de algún modo encontrando a las madres en total acuerdo con haber iniciado la ablactación antes del tiempo recomendado así como el combinar alimentos desde el inicio. El personal de salud el 64% respondió no saber si existe diferencia entre ablactación y alimentación complementaria, 40% de esta población no sabía el número de comidas a dar a un lactante, por lo que se concluyó que en la población estudiada hay carencia de conocimientos del tema y se han arraigado las prácticas y actitudes de los ancestros. (15)

Benjumea M, Falla N, Jurado L. (Colombia) (2013). Realizaron un estudio descriptivo transversal con abordaje cualitativo y cuantitativo con el objetivo de Identificar los conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores de menores de dos años sobre lactancia materna, residentes en cinco municipios caldenses con las mayores tasas de mortalidad materna y prevalencia de bajo peso al nacer. El

estudio se realizó en 31 gestantes, 90 madres lactantes y 14 cuidadores de menores de dos años que asistían a instituciones y programas en los distintos niveles de atención en salud de Marulanda, Risaralda, Pácora, Manizales y Palestina. Las variables fueron: zona de residencia, estrato socioeconómico, edad de madres o cuidadores, nivel de escolaridad de madres o cuidadores, ocupación de cuidadores, parentesco de cuidadores con el usuario FAMI, estado civil y conocimientos y prácticas sobre lactancia materna. Los participantes concordaron en el valor y beneficios de la lactancia materna tanto para el bebé como para la madre. Las mayores distorsiones entre conocimientos y prácticas se encontraron en el tiempo adecuado para amamantar exclusivamente al bebé, en las técnicas de amamantamiento, en el proceso de destete y en los alimentos que según ellos ayudan a bajar la leche. Plantearon también que se debe amamantar durante seis meses sin incluir otros alimentos, aunque en la práctica no se cumple por diversas razones. Los autores concluyeron que los hallazgos de este estudio respaldan todavía más el papel clave que juegan el personal de salud y las instituciones de atención del parto para promover la lactancia materna exclusiva mediante la educación sobre técnicas exitosas de amamantamiento. (16)

Nacionales

Vásquez R (Lima - Perú) (2009). Ejecutó un estudio aplicativo, cuantitativo y transversal con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis. La población estuvo conformada por 60 madres de niños menores de 6 meses que acuden al servicio de CRED. La técnica fue la entrevista y los instrumentos la encuesta y la escala de Lickert modificada, considerando el consentimiento informado. Hallando que del 100% (60), 40% (24) tienen conocimiento medio, 16.7% (10) bajo y 43.3% (26) alto, en cuanto a las prácticas 63.3% (38) es adecuada y 36.7% (22) inadecuado, acerca de la actitud 50% (30) tienen una actitud medianamente favorable, 20% (12) desfavorable y 30% (18) favorable. (17)

Locales

Yaipén B, J (Lambayeque) (2012). Ejecutó un estudio descriptivo y transversal cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, durante mayo - agosto del 2011. Hallando que: El Nivel de Conocimientos sobre el tema fue regular en el 46.77%. La Actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia, por parte de

las madre atendidas en el HPD Belén de Lambayeque, fue negativa en el 83.87%. El Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia se asocia con la actitud frente al tema ($p < 0.05$). La edad, estado civil, procedencia, así como el nivel socio económico y cultural son factores que se asocian a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en la población motivo de estudio. La población motivo de estudio se caracterizó por ser madres ≤ 19 años y entre 20 a 24 años, proceder de zonas urbanas en el 66.13%, ser amas de casa en el 85.48% y tener un nivel socio económico y cultural bajo en el 95.97% respectivamente. (18)

c) Base teórica

“La lactancia materna es una parte integral del proceso reproductivo, el modo natural e ideal de alimentar al lactante y una base única, biológica y emocional para el desarrollo del niño. Esto, junto con sus otros efectos importantes sobre la prevención de las infecciones, sobre la salud y el bienestar de la madre, sobre el espaciamiento de los nacimientos, sobre la salud de la familia, sobre la economía nacional y familiar y sobre la producción de alimento, hace de ella un aspecto clave en la autoconfianza, en la asistencia primaria y el desarrollo actual.”(OMNS/UNICEF) (19).

Esta importante declaración, más política que científica, considera la lactancia materna como el alimento ideal para los niños en los

meses que siguen al nacimiento; esta consideración a tenido su apoyo más sólido en su ventajas sobre la mortalidad y morbilidad infantil frente a cualquier alternativa. Siendo además el modelo natural, permite un ajuste armónico biológico, psicológico y social entre los dos protagonistas del fenómeno: la madre y el niño.

El primer año de vida es una época fundamental en el desarrollo del niño: es la fase de mayor crecimiento. Para que así sea, es preciso que la alimentación del niño se adecue a sus necesidades. Pero ni el recién nacido ni el lactante decide como alimentarse, es su familia y en último término la sociedad quién decide cómo hacerlo. Sin duda, la sociedad influye directa o indirectamente, imponiendo modelos de alimentación. Así, en las últimas décadas la lactancia materna ha sufrido diversos vaivenes en función de los cambios vividos en la sociedad, y nuestro país no ha sido ajeno a ellos.

Como ya se ha mencionado, en el Calendario Cívico Nacional se ha instituido la cuarta semana de agosto para valorar en su máxima dimensión, lo que simboliza la leche materna como primer alimento del recién nacido. En este sentido lo que se trata es inculcar en todas las mujeres que no hay nada igual como la leche de mamá por la cantidad de nutrientes que contiene y además por esa sublime acción de dar de lactar a la prole en sus primeros meses de vida, le trasmite al niño una sabia esencia casi divina, que le da una profunda espiritualidad a través del afecto, el cariño y el amor de

madre que lo hace capaz de lograr las más grandes hazañas durante toda su existencia y lo predispone humanamente para ser una persona de éxito en todas las etapas de su vida (3) (4).

Especialistas del Ministerio de Salud (MINSA) informan que la leche materna actúa como un efectivo protector de la salud del bebé y vacuna natural debido a su alto contenido de inmunoglobulinas que permite fortalecer el sistema de defensa de los lactantes, protegiéndolos de las infecciones como la diarrea, la neumonía, otitis, así como reduciendo el riesgo de las alergias y malnutrición.

Para ello, indicaron, que es fundamental que la lactancia sea exclusiva durante los seis primeros meses de vida del niño y continuada junto con otros alimentos hasta los dos años de vida (20).

La Leche Materna:

- Es un excelente nutriente que asegura el adecuado crecimiento y desarrollo del bebé sobre todo del sistema nervioso y principalmente del cerebro. Es fuente de vitaminas y proteínas. Además, la leche materna es más fácil y rápida de digerir y se adapta en cada momento a las necesidades del bebé.
- Representa un gran ahorro para la economía del hogar, pues las leches artificiales tienen un costo muy elevado, es mejor utilizar el dinero ahorrado para mejorar la alimentación de la madre. Además,

la leche materna está libre de contaminantes y gérmenes, evitando la presencia de diarrea. El peligro de muerte por diarrea de los niños menores de dos meses que no son amamantados es 2.5 veces mayor, según la Organización Mundial de la salud.

- En el corto plazo la lactancia logra el adecuado crecimiento del bebé durante el primer año de vida en el que triplica su peso y aumenta su talla en un cincuenta por ciento; mientras que a largo plazo influye en la mejor capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar del niño.

Nutrientes esenciales:

Contiene proteínas, vitaminas y ácidos grasos (que no se encuentran en ningún otro tipo de alimento, ya sea de origen animal o vegetal), que permiten el pleno desarrollo del cerebro humano, fundamentalmente en los dos primeros años de vida.

Beneficios para la madre.

- Menos Enfermedades: Disminuye el riesgo de hemorragias post parto y por consiguiente el desarrollo de anemias; ayuda a contraer el útero y volverlo al tamaño normal, contribuye a prevenir el cáncer de mama y ovarios.
- Método Anticonceptivo Natural: Puede ser usada como método anticonceptivo durante los primeros seis meses siempre y cuando

el amamantamiento se realice con una frecuencia de 10 – 12 veces día y noche, y que la madre no presente período menstrual. (20)

- Mantiene el peso: La lactancia Mantiene el peso adecuado de la madre y muchas veces, si no bien ellas tienen a adelgazar. “Por tal razón, al dar de lactar deben de consumir alimentos más nutritivos un poco más habitual, y no comida chatarra que es lo que más engorda. (20) (21)

Algunos mitos y creencias:

- Para dar leche hay que tomar mucha leche.
- La madre le pasa al bebé sus enfermedades o penas en la teta.
- Es lo mismo darle al bebé leche en el biberón.
- Las adolescentes no pueden dar de lactar

ABLACTANCIA:

Es el período de transición entre una dieta basada en la lactancia materna a otra sin leche materna. Durante este período se van incorporando alimentos sólidos y semisólidos de acuerdo a los patrones socio culturales de lo más variado. (22)

Los especialistas recomiendan a los padres, que el bebé deba consumir tres comidas principales al día y una comida adicional, desde los 6 meses de edad, las cuales brindaran la suficiente

energía - hierro, este último incluido en alimentos de origen animal como, en el hígado, pescado, aves y carne.

La cantidad de alimentos que necesita comer el niño a partir de los seis meses de edad es: Un cuarto de taza pequeña de preparación en cada tiempo de comida, entre siete y ocho meses media taza, entre nueve y doce meses la cantidad aproximadamente de una taza llena. Entre uno y dos años, el niño (a) necesita comer equivalente a 1 y media taza.

Metas de la Ablactancia:

La Primera meta: Que el niño aprenda a ingerir alimentos semisólidos y finalmente sólidos, dejando la costumbre de ingerir líquidos.

Segunda meta: Deberá aprender a degustar otros sabores, hasta entonces sólo conocía el sabor de la leche, ahora deberá probar paulatinamente, el dulce, salado, amargo, agrídulce, etc. Hasta el sabor mixto de la comida dulce.

Tercera meta o meta final: Es lograr que cumpliendo el primer año de vida el niño, ingiera la comida familiar, es decir de todo como el adulto. (22) (23)

Al preparar la comida del bebé debemos tener en cuenta las siguientes leyes.

Ley de la Cantidad:

Se relaciona básicamente con el aporte energético de la dieta y su equilibrio, previene una alimentación insuficiente o excesiva.

Ley de la Calidad:

El régimen alimentario debe ser completo en su composición para ofrecer al organismo que es una unidad e indivisible a todas las sustancias que lo integran.

Ley de la Armonía:

Los nutrientes que integran la alimentación deben guardar una relación de proporción entre sí de una dieta normal, hidratos de carbono 50%, lípidos 35% y proteínas el 15%.

Ley de Adecuación:

La alimentación debe ser lo más limpia posible, lo más agradable y de costo razonable de acuerdo a las posibilidades del grupo.

Ley de la Pureza:

Todo alimento debe estar libre de agentes patógenos como Bruselas, bacilo de Koch, salmonellas, shigellas, etc. (23)

Definiciones de Términos y Conceptos:

- **Actitud:** Forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. La actitud engloba un conjunto de creencias, todas ellas relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación. Las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación son muy numerosas, pero son las formas comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada. (24)
- **Nivel de Conocimiento:** Nivel de información básica sobre un determinado tema, que es valorado a través de la proporción de respuestas correctas en un cuestionario. (24)
- **Conducta:** Modo de ser del individuo y conjunto de acciones que lleva a cabo para adaptarse a su entorno. La conducta es la respuesta a una motivación en la que están involucrados componentes psicológicos, fisiológicos y de motricidad. La conducta de un individuo, considerada en un espacio y tiempo determinados, se denomina “comportamiento”. La conducta está determinada por múltiples factores: los genéticos o hereditarios y los situacionales o del medio. Los primeros hacen referencia a la conducta innata (instintiva) que existe en el individuo al nacer; los segundos, a la conducta concreta que se da ante una determinada situación (aprendida). (24)

- **Embarazo:** Proceso de gestación, que abarca el crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo dentro de una mujer, desde el momento de la concepción a lo largo de los períodos embrionarios y fetal hasta el nacimiento. El embarazo dura alrededor de 280 días (40 semanas, 10 meses lunares, 9 meses y 10 días del calendario normal), contando desde el primer día del último período menstrual. (23)

- **Adolescente:** Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 11 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. (25) Por su parte el MINSA desde el año pasado ha establecido a la población adolescente aquellas personas que se encuentran entre los 12 a 17 años, y que están en una etapa de su vida en la cual se presentan cambios importantes en su aspecto físico, así como en su personalidad. En esta etapa se fijan prácticas y valores que determinarán su forma de vivir sea o no saludable en el presente y en el futuro. (26)

- **Ablactancia:** Incorporación de alimentos no lácteos en la dieta alimentaría del bebé después de los seis meses de vida. (27)
- **Lactante:** Recién nacido que recibe exclusivamente leche materna hasta los seis meses de vida. (28)
- **Lactante Mayor:** Niño desde los siete meses hasta los 18 meses de vida, que complementa la lactancia materna con leches maternizadas o enteras. (28)

1.2 Problema

¿Cuál es el Nivel de Conocimientos y Actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Santa Gema de Yurimaguas, durante octubre del 2015?

1.3 Objetivos:

Objetivo General:

Determinar el Nivel de Conocimientos y Actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Santa Gema de Yurimaguas, durante octubre del 2015.

Objetivos Específicos:

1. Determinar el nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres adolescentes.
2. Determinar la actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres adolescentes.
3. Identificar si el nivel de conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva y Ablactancia influye sobre la actitud frente al tema.
4. Identificar si las características socio - demográficas y culturales que influyen en la actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia.

1.4 Justificación de la Investigación:

Como sabemos, el embarazo es un período vital, no sólo decisivo para el desarrollo psico – físico del nuevo ser, sino también para la estructuración de la vinculación madre hijo; pero cuando se presenta un embarazo durante la etapa de la adolescencia se altera los mecanismos psíquico – físicos, ya que esta fase cursa con serios problemas, experimentando cambios en su comportamiento, por ello la mayoría de los embarazos en este período son no deseados. Luego del parto existe gran preocupación de las puérperas más aún de las adolescentes, este grupo no ha terminado de comprender ni asimilar su estado y está frente a la responsabilidad de asumir su rol

de madre, por consiguiente la Lactancia Materna exclusiva que se debe de dar se ve interrumpida en este grupo de madres ya que no le dan la debida importancia al tema, por su insuficiente madurez física y mental.

Pues bien nosotros como parte del equipo de salud, inmersos en el tema, debemos concientizar a este grupo poblacional sobre la importancia de la Lactancia Materna exclusiva y la Ablactancia.

No olvidemos que nuestras adolescentes no están ajenas a su propia caracterización social, cultural y biológica, es por ello que la presente investigación tiene como finalidad conocer la actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres adolescentes atendidas en el Hospital antes mencionado.

1.5 Identificación de la Variables:

Variable principal:

Nivel de Conocimientos y Actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia.

Operacionalización de Variables

Variables Principales	Dimensión	Indicadores	Sub indicadores
Nivel de Conocimientos	Cognitiva	Información básica sobre el tema, valorado a través de la proporción de respuestas correctas en un cuestionario de 20 preguntas	Puntaje: Bueno = 17–20 Regular = 12–16 Malo = ≤11
Actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia	Valorativa	Postura a partir de las vivencias, que orienta la respuesta de las madres adolescentes respecto a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia. En base a 10 preguntas	Positiva 7 – 10 Puntos
			Negativa ≤ 6 Puntos
Madres Adolescentes	Cronológica	Adolescentes entre los 12 – 17 años que han sido madres (26)	Etapas (Adolescencia Temprana) 12 – 14 (Adolescencia Tardía) 15 – 17

Variables Intervinientes

Variables	Dimensión	Indicador	Sub indicador	Escala
Procedencia	Socio Demográfica	Zona donde reside la población motivo de estudio	Urbana Urbano/Marginal Rural	Nominal
Ocupación	Socio Económica	Trabajo, labor o quehacer que realiza la población motivo de estudio	Estudiante Ama de Casa	Nominal
Estado civil	Social	Condición conyugal de la mujer que fue motivo de estudio.	Soltera Casada Conviviente	Nominal
Nivel socio económico y cultural	Sociológica	Situación social, económica y cultural de la población motivo de estudio	Alto Bajo Medio Medio – Alto	Ordinal

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Observacional / Descriptivo y Transversal. (29)

2.2 DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

Descriptivo. (29)

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población Muestral:

Estuvo constituida por las madres adolescentes que acudan al Consultorio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Santa Gema de Yurimaguas, durante el período antes mencionado, que fueron en total 52.

Criterios de Inclusión

- Madres entre 12 a 17 años.
- Que deseen participar de la Investigación.

Criterios de Exclusión

- Madres mayores de 17 años.
- Madres Adolescentes con Trastornos mentales.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la respectiva recolección de los datos se empleó como instrumento, un protocolo de investigación (Anexo N° 1), donde están inmersos datos generales, Nivel de conocimiento sobre el tema y la actitud de la madre frente al tema. Cabe resaltar que el instrumento utilizado ha sido validado en anteriores investigaciones como la de Yaipén B, J. (18)

Además se utilizó la Cédula Socio Económica de Meza Cuadra (Para medir el Nivel Socio Económico y Cultural de la Familia) (Anexo N° 2). Como técnica se utilizó la entrevista personal, teniendo una duración aproximada de 20 minutos.

2.5 PROCEDIMIENTO:

Luego de obtener el permiso correspondiente del Hospital en mención y la respectiva aprobación del Proyecto de Tesis, se procedió a la respectiva aplicación de los instrumentos, para posteriormente procesarse y consignarse en cuadros estadísticos.

2.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Los datos fueron consolidados en tablas Uni y bidimensionales. El análisis de los mismos se realizó a través de cifras porcentuales. Se aplicó la prueba de independencia de Criterios de Chi Cuadrado. Todas las pruebas estadísticas fueron leídas al 95% de confiabilidad.

III.- RESULTADOS

CUADRO N° 1

Respecto al nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres adolescentes podemos observar que el 76.92% tuvo un nivel de conocimiento malo, el 19.23% regular y sólo el 03.85% bueno.

CUADRO N° 2

En lo que atañe a la actitud de las madres frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres adolescentes podemos observar que el 80.77% tuvo una actitud negativa y el resto (19.23%) una actitud positiva.

CUADRO N° 3

En el siguiente cuadro podemos apreciar que si se encontró diferencia estadística respecto al nivel de conocimiento sobre el tema y la actitud ($p < 0.05$). Así pues, todas (76.92%) las que presentaron nivel de conocimiento malo, tuvieron una actitud negativa frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia.

CUADRO N° 4

En lo que concierne a las características socio demográficas de la población se puede observar que el 55.77% tuvieron edades entre 12 a 14 años (Adolescencia Temprana) todas ellas mostraron una actitud negativa frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia. El 61.54% fueron solteras, el

34.61% convivientes y el 3.85% casadas. Resaltando la actitud negativa en el grupo de las solteras (57.69%), seguidas del grupo de las convivientes en el 19.23%. En relación a la zona de procedencia, prevalecieron las de zonas urbanas en el 86.54%, mientras que el 13.46% procedía de zonas urbano – marginales. Resaltando que todas ellas tuvieron una actitud negativa frente al tema. Se halló una mayor prevalencia de las Empleadas del hogar en el 53.84%, seguidas de las vendedoras de frutas en el 23.08% y un 03.85% amas de casa, todas ellas tuvieron actitudes negativa respecto al tema, mientras que todas las estudiantes que fueron el 19.23% mostraron una actitud positiva. Y Respecto al Nivel Socio Económico y cultural (NSEC) podemos apreciar que el 86.54% de la población motivo de estudio pertenecían a un NSEC bajo. La mayoría de ellas (73.08%) tuvieron actitudes negativas respecto al tema. El 13.46% pertenecían a un NSEC medio. Encontrando que la edad, estado civil, ocupación y nivel socio económico y cultural son factores que influyen en la actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia. ($p < 0.05$).

CUADRO N° 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y
ABLACTANCIA EN MADRES ADOLESCENTES
HOSPITAL DE APOYO SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
OCTUBRE 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA	N°	%
TOTAL	52	100.00
BUENO	02	03.85
REGULAR	10	19.23
MALO	40	76.92

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

CUADRO N° 2

**ACTITUD FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y ABLACTANCIA
EN MADRES ADOLESCENTES**

HOSPITAL DE APOYO SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

OCTUBRE 2015

ACTITUD	N°	%
TOTAL	52	100.00
NEGATIVA	42	80.77
POSITIVA	10	19.23

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

CUADRO N° 3

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA ACTITUD SOBRE
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y ABLACTANCIA
HOSPITAL DE APOYO SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
OCTUBRE 2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA	ACTITUD				TOTAL	
	POSITIVA		NEGATIVA			
TOTAL	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	10	19.23	42	80.77	52	100.00
BUENO	02	03.85	--	--	02	03.85
REGULAR	08	15.38	02	03.85	10	19.23
MALO	--	--	40	76.92	40	76.92

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

$$X^2 \text{ exp} = 34.5 \quad \alpha = 0.05; \quad \text{gl} = 2 \quad X^2 \text{ tab} = 5.99 \quad p < 0.05$$

CUADRO N° 4

CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICAS Y CULTURALES SEGÚN ACTITUD FRENTE A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y ABLACTANCIA HOSPITAL DE APOYO SANTA GEMA DE YURIMAGUAS OCTUBRE 2015

EDAD (Años)	ACTITUD				TOTAL		Chi ²
	POSITIVA		NEGATIVA				
TOTAL	Nº	%	Nº	%	Nº	%	X² exp = 20 X² tab = 3.84 p < 0.05
	10	19.23	42	80.77	52	100.00	
12 – 14	--	--	29	55.77	29	55.77	X² exp = 167.14 X² tab = 5.99 p < 0.05
15 – 17	10	19.23	13	25.00	23	44.23	
ESTADO CIVIL	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
	10	19.23	42	80.77	52	100.00	
SOLTERA	02	03.85	30	57.69	32	61.54	X² exp = 3.4 X² tab = 3.84 p > 0.05
CASADA	--	--	02	03.85	02	03.85	
CONVIVIENTE	08	15.38	10	19.23	18	34.61	
PROCEDENCIA	Nº	%	Nº	%	Nº	%	X² exp = 43.48 X² tab = 3.84 p < 0.05
	10	19.23	42	80.77	52	100.00	
Urbana	10	19.23	35	67.31	45	86.54	
Urbano/Marginal	--	--	07	13.46	05	13.46	
OCUPACIÓN	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
	10	19.23	42	80.77	52	100.00	
Estudiante	10	19.23	--	--	10	19.23	
Ama de Casa	--	--	02	03.85	02	03.85	
Empleada del Hogar	--	--	28	53.84	28	53.84	
Vendedoras de frutas	--	--	12	23.08	12	23.08	
NIVEL SOCIO ECONÓMICO Y CULTURAL	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
	10	19.23	42	80.77	52	100.00	
Medio	03	05.77	04	07.69	07	13.46	
Bajo	07	13.46	38	73.08	45	86.54	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

IV.- DISCUSIÓN

Durante la etapa de puerperio, la mujer enfrenta nuevas experiencias en su rol materno, y su actitud frente a ellos, puede significar el bienestar del niño y el de ella, dentro de este rol que debe cumplir la madre es el de amamantar a su hijo en los primeros meses y a partir del sexto mes, el de la Ablactancia.

Es así que, desde tiempos remotos se conoce lo importante que es brindar lactancia materna al recién nacido, por ser un acto natural y el alimento ideal desde la primera hora de su nacimiento hasta los seis meses de vida de forma exclusiva. Es considerada como la fuente de nutrientes insustituible de alimentación de la especie humana, sin embargo es preocupante el conocimiento de los índices del abandono precoz de su práctica en el ser humano, presentándose el incremento del riesgo de morbilidad y mortalidad de forma significativa en los recién nacidos cuando la madre no brinda lactancia materna exclusiva.

Todo ello, motivo la realización del presente estudio cuyo propósito fue determinar el nivel de conocimientos y actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Santa Gema de Yurimaguas, durante octubre del 2015.

Así pues la población motivo de estudio la constituyeron 52 Madres Adolescentes, de ellas el 76.92% tuvieron un nivel de

conocimiento malo y el 80.77% tuvo una actitud negativa frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia. Hallándose que el Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia influye sobre la actitud frente al tema ($p < 0.05$), ya que a menor nivel de conocimiento sobre el tema mayor será el número de madres adolescentes con actitudes negativas frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia. (Cuadro N° 1 al 3).

Por su parte **Yaipén J** (18), halló que el nivel de conocimientos sobre el tema fue regular en el 46.77%. La Actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia, por parte de las madre atendidas en el HPD Belén de Lambayeque, fue negativa en el 83.87%. Hallando que el Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia se asocia con la actitud frente al tema ($p < 0.05$).

Como sabemos la etapa de la adolescencia se considera como un período de crisis, depende de gran medida del entorno familiar y la educación que haya recibido durante la infancia para adoptar una conducta determinada.

Vásquez R (17) en su estudio realizado en 60 madres en el Centro de Salud San Luis de Lima, halló que del 100% (60), 40% (24) tuvieron conocimiento medio, 16.7% (10) bajo y 43.3% (26) alto, en cuanto a la actitud 50% (30) tienen una actitud medianamente favorable, 20% (12) desfavorable y 30% (18) favorable.

Hernández O (14), en su investigación realizada en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Escuintla – Guatemala. Halló que el 50% de las madres en estudio (25) se determinó que no tienen el conocimiento de cómo continuar alimentando al bebé con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.

Es pertinente acotar que cuando el embarazo ocurre en la adolescencia, el proceso de formación de la identidad del ego se divisa seriamente obstaculizado porque la adolescente se encuentra enfrentando a una serie de problemas diferentes y la maternidad temprana le estaría dando un sentido a su vida que aún desconoce la responsabilidad que ella implica.

La mayoría de las madres se caracterizaron por ser adolescentes tempranas, proceder de zonas urbanas en el 86.54%, ser empleadas del hogar en el 53.84% y tener un nivel socio económico y cultural bajo en el 86.54%. Hallando que la edad, estado civil, ocupación y nivel socio económico y cultural son factores que influyen en la actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia. ($p < 0.05$). (Cuadro N° 4)

Por su parte **Yaipén J** (18), halló que el 69.01% fueron adolescentes tardías, el 53.52% eran convivientes, el 69.01% procedían de zonas urbanas, el 54.93% eran amas de casa y el 87.32% tenían un nivel socio económico y cultural bajo. Hallando asociación estadística entre estas

variables y la actitud por parte de las madres adolescentes frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia ($p < 0.05$).

Así pues el conocimiento de todos estos hechos motivaron a realizar la presente investigación ya que, en estos últimos años se viene promoviendo con énfasis en la Lactancia Materna Exclusiva en los lactantes, pretendiendo concientizar a la madre de que todo lactante debe recibir leche materna exclusiva por lo menos hasta los seis meses de edad, debido a que este es alimento suficiente para lograr un crecimiento y desarrollo óptimo.

No debemos dejar de lado que continuar con la lactancia materna y una alimentación adecuada evitará que los niños que presentan alguna enfermedad presenten un mayor deterioro de su estado de salud y nutrición, favoreciendo su recuperación.

V.- CONCLUSIONES

- El Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres adolescentes fue malo en el 76.92%.
- La Actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en las madres adolescentes fue negativa en el 80.77%.
- El Nivel de Conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia influye sobre la actitud frente al tema ($p < 0.05$).
- La mayoría de la población motivo de estudio se caracterizó por ser adolescentes tempranas, proceder de zonas urbanas en el 86.54%, ser empleadas del hogar en el 53.84% y tener un nivel socio económico y cultural bajo en el 86.54% respectivamente. Hallándose que la edad, estado civil, ocupación y nivel socio económico y cultural influyen en la actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia. ($p < 0.05$).

VI.- RECOMENDACIONES

- Capacitar al personal y promotores de Salud sobre el tema de Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia.
- Realizar campañas públicas y visitas domiciliarias para enseñar a las madres las técnicas correctas de amamantamiento y promocionar la Lactancia Materna Exclusiva.
- Fortalecer los Centros de Amamantamiento
- Organizar reuniones periódicas con el Comité de Lactancia Materna.
- Creación de Centros Especializados para gestantes y madres adolescentes con la participación de un equipo multidisciplinario (Obstetra, Psicólogo y nutricionista).

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.**Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).** Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño. 2008. Disponible en:http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf. Accesado en setiembre 2015.
- 2.**RPP.** Se inicia la Semana Internacional de la Lactancia Materna. Julio 2011. Informe narrativo de Radio Programa del Perú.
- 3.**WABA.** Alianza Mundial pro Lactancia Materna. Penang, Malaysia. Declaración Innocenti – Observatorio del Derecho a la Alimentación y Nutrición. UNICEF. 2010. www.waba.org.my. World Alliance for Breastfeeding Action : WABA
- 4.**OMS – UNICEF.** Semana Mundial de la Lactancia Materna - Declaración de Innocenti (1990) – Julio 2011.
- 5.**INEI.** Indicadores de resultados de los Programas Estratégicos 2010". Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Continua. Primeros resultados. Lima, febrero 2011.
- 6.**Mindes.** Impulsando la Lactancia Materna en los Wawa Wasi - Estrategias de crianza que promueve a través de madres beneficiarias – 22 de agosto del 2006.
- 7.**Mindes.** Vigilancia y cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna – Bol Informativo 2010.

8. **OMS.** 10 datos sobre la Lactancia Materna - División de Salud y Desarrollo del Niño. Ginebra – Julio 2011.
9. **Fraley J, Schanler J.** Evidence for successful breastfeeding. *Pediatrics* 2011, 90:pp. 201 - 37
10. **Labbok H, Simon A.** Community study of a decade of in-hospital breast-feeding: implications for breast-feeding promotion. *Am J Prev Med* 2006; (1) 12 - 18.
11. **Fomon S.** Leche Humana y Lactancia Materna. En: Fomon S. *Nutrición del Lactante* Editorial Mosby, Madrid 2002:Reimp. Pp. 400-414.
12. **Adetugbo D.** Socio-cultural factors and the promotion of exclusive breastfeeding in rural Yoruba communities of Osun State, Nigeria. *Soc Sci Med* 1999; 45:113-125.
13. **OMS.** Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte 1. Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. © Organización Mundial de la Salud, 2009.
14. **Hernández O.** Conocimientos, actitudes y prácticas de las madres primíparas del posparto inmediato, relacionado a la lactancia materna exclusiva. Estudio realizado en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Escuintla, Guatemala 0 del 1 al 30 de noviembre 2014. Tesis presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rafael Landívar para optar la Licenciatura en Enfermería. Escuintla, julio de 2015.

15. **Pérez K.** Conocimientos actitudes y prácticas con relación a la Ablactación. Tesis presentada a la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, para obtener el grado de Maestra en Ciencias Médicas con especialidad en Pediatría. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Estudios de Postgrado. Enero 2015.
16. **Benjumea M, Falla N, Jurado L.** Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Colombia. Hacia Promoc. Salud. 2013; 18(2):66-78.
17. **Vásquez R.** Conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis. 2009. Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Salud Pública presentada a la Escuela De Post – Grado de la Facultad de Medicina Humana. 2012.
18. **Yaipén J.** Factores asociados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, durante mayo - agosto del 2011. Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia. Universidad Particular de Chiclayo - UPCH – 2012.
19. **OMS – UNICEF.** Protección, promoción y apoyo de la Lactancia Natural. La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.

20. **Minsa.** Beneficios de la Lactancia Materna: Leche Materna Vacuna y Protección Bol Informativo – Dirección General de Salud de las Personas – MINSA 2008.
21. **Minsa.** Semana de la Lactancia Materna - Ministerio de Salud del Perú - 2010.
22. **Villacorta E.** Ablactancia – Cuando el niño empieza a comer, Bebé Sano; Iquitos – Loreto – Perú 2004.
23. **Marriot – Escudero.** Ablactancia: Principios de una buena nutrición – Leyes de alimentación o de Marriot – Escudero – 2004.
24. **Encarta.** Microsoft ® Encarta ® 2009. Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
25. **Pemex.** Dirección Corporativa de Administración. Subdirección de Servicios de Salud. Unidad de Promoción a la Salud. 2011.
www.who.int/topics/adolescent_health/es/
26. **Minsa.** Etapa de Vida Adolescente. Direcciones Generales de Salud de las Personas y Promoción de la Salud. 2013.
27. **Minsa.** Alimentación del Niño a partir de los seis meses de vida hasta un año – Ablactancia - Glosario de Terminología Nutricional – Reimpresión – 2006.
28. **Asociación Española de Pediatría.** Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2008.
29. **Hernández R, Fernández C, Baptista M.** “Metodología de la investigación:” 5ª Ed. Mc - Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V. México. 2010.

ANEXOS



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“Nivel de Conocimientos y Actitud frente a la Lactancia Materna Exclusiva y Ablactancia en madres adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Santa Gema de Yurimaguas, durante octubre del 2015.”

I.- DATOS GENERALES:

Edad: _____ años

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

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

Ocupación: Estudiante () Ama de casa () Vendedoras () Empleada del Hogar ()

II.- DATOS GÍNECO-OBSTÉTRICOS

Paridad: ____/____/____/____ F.U.P: _____

III.- CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA:

1. ¿Qué es la Lactancia Materna Exclusiva?

- a. Leche de Pecho más leche artificial
- b. Leche artificial solamente
- c. Leche de pecho solamente
- d. Leche de pecho más agüitas

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

- a. Hasta los 10 meses de edad

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

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

- a. Mayor resistencia a las infecciones.
- b. Ofrece mayor acercamiento hacia la madre.
- c. Es de fácil digestión y absorción.
- d. El niño crece adecuadamente
- e. Todas las anteriores

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

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

5. ¿Qué es el Calostro?

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

6. ¿Por qué es importante el Calostro?

- a. Disminuye el riesgo de alergias en el bebé.

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

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

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

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

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

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

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

10. La Producción de leche de la madre es:

- a. Condicionada por la succión del bebé.

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

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

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

12. ¿Qué es Ablactancia?

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

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

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

14. ¿Qué alimentos puede dar a su niño?

- a. Carnes y Pollo.
- b. Pan y huevos.
- c. Papillas, purés.
- d. Papillas, purés y sopitas.
- e. Cualquier alimento

15. ¿El alimento para el bebé debe ser?

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

16. ¿La alimentación debe ser?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Puntaje:

Bueno = 17 – 20

Regular = 12 – 16

Malo = ≤ 11

IV.- ACTITUD DE LA MADRE:

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

10. ¿Le interesa que su niño este bien nutrido?

SI () NO ()

Puntuación de la Actitud.

Positiva: 7 – 10 Puntos

Negativa: ≤ 6 Puntos

ANEXO N° 2

CÉDULA SOCIOLÓGICA DE MEZA CUADRA PARA MEDIR EL NIVEL SOCIO ECONÓMICO Y CULTURAL DE LA FAMILIA

1. GRADO DE INSTRUCCIÓN	2.- NIVEL DE INFORMACIÓN	3.- CATEGORÍA OCUPACIONAL
(0) Analfabeta (1) Primaria incompleta (2) Primaria completa. (3) Secundaria incompleta (4) Secundaria completa (5) Técnico. (6) Universitario	(0) Desconoce (1) Incompleta (3) Completas	(0) Desocupado – abierto (1) Obrero (2) Independiente (3) Empleado (4) Profesional (5) Empleador
4.- INGRESO MENSUAL	5.- TIPO DE VIVIENDA	6.- MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN
(0) <500 (1) 500 – 700 (2) 701 – 800 (4) 801 – 900 (5) > 900	(1) Callejón (2) Quinta (3) Casa (4) Independiente (6) Chalet	(0) Recuperable (esteras) (1) Rustico (adobe-caña) (3) Madera (4) Material noble
7.- PERSONA POR CAMA	8.- PERSONA POR PIEZA	9.- TIPO DE COCINA
(0) Más de 3 personas (1) Entre 2 y 3 personas (2) Entre 1 y 2 personas (3) Una persona o menos	(0) Más de 3 personas (1) Entre 2 y 3 personas (2) Entre 1 y 2 personas (3) < 1 persona o menos	(1) Bracero (leña y/o carbón) (3) Kerosene (5) Gas o eléctrica
10.- SERVICIOS HIGIÉNICOS	11.- LUZ ELÉCTRICA	12.- AGUA POTABLE
(0) No hay (1) Pozo ciego (2) Letrina (3) Inodoro	(0) No hay instalación (2) Si hay instalación	(0) No hay instalación (5) Si hay instalación

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

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