

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

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



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA
“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES
ADOLESCENTES - HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO,
SETIEMBRE - NOVIEMBRE DEL 2016”**

Tesistas: Aguirre Loayza, Angela Melisa
Gonzales Quispe, Edith Sandra

Asesora: Dra. Delia Anaya Anaya

AYACUCHO - PERÚ

2017

DEDICATORIA

A DIOS Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre **Angélica** Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre **Marcos** Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor

A mi hermano **Marcos Antony** por ser el ejemplo de un hermano mayor y de la cual aprendí aciertos y de momentos difíciles.

ANGELA MELISA

DEDICATORIA

A DIOS por darme la fortaleza,
Acompañarme y ser mi guía En cada
uno de mis pasos.

A mis queridos padres: **Guzmán** y
Yolanda, por su apoyo incondicional lleno
de sacrificio que hicieron realidad mi
anhelo de ser profesional; por inculcarme
buenos valores y sobre todo por ser un
buen ejemplo a seguir.

A mis hermanos con mucho Cariño:
Shandy, Guzmán y **Jennifer** quienes
son mi fuente De inspiración y
superación Constante.

A mis mejores amigos, que con su cariño
me impulsaron a seguir adelante.

EDITH SANDRA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN	pág
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Objetivo de la investigación.....	6
1.3.1. Objetivo general.....	6
1.3.2. Objetivos específicos.....	6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio.....	7
2.2. Base teórico científica.....	14
2.2.1 Lactancia materna.....	14
2.2.2. Ventajas de la lactancia materna.....	16
2.2.3. Técnica de amamantamiento.....	20
2.2.4. Posiciones para la lactancia.....	24
2.2.5. Leche materna.....	25
2.2.6. Composición de la leche materna.....	26
2.2.7. Tipos de leche.....	29
2.2.8. Factores.....	31
2.2.8.1. Factores sociales.....	32
2.2.8.2 Conocimiento.....	34
2.2.9. Adolescencia.....	37

2.2.10. Embarazo y maternidad en la adolescencia.....	39
2.3. Definición conceptual de términos operativos.....	41
2.4. Hipótesis.....	43
2.5. Variables e indicadores.....	44

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

3.1. Tipo de investigación.....	45
3.2. Nivel de investigación.....	45
3.3. Diseño de investigación.....	45
3.4. Método de estudio.....	45
3.5. Población y muestra.....	45
3.6. Tipo de muestreo.....	46
3.7. Criterios de inclusión y exclusión.....	46
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos técnica.....	47
3.9. Procedimiento de la investigación.....	47

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados y Discusión.....	49
4.2. Conclusiones.....	73
4.3. Recomendaciones.....	74
4.4. Referencias bibliográficas.....	75
4.5. Páginas web.....	79

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es aquella donde se obtiene leche del pecho materno y provee a los bebés los nutrimentos necesarios para su desarrollo, crecimiento y salud óptimos. La LM puede ser exclusiva o no. Para tener clara la definición de “exclusividad”, el Comité de expertos de la OMS define a la LME como la forma de alimentación que recibe solamente del pecho de la madre, sin recibir ningún tipo de alimentos líquidos o sólidos, ni agua (con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos). ⁽¹⁾

La lactancia materna exclusiva (LME) juega un rol fundamental como factor protector de trastornos a corto y largo plazo protegiendo al lactante de infecciones, del síndrome metabólico, (enfermedades y entre otras cosas). La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la Lactancia Materna debe ser exclusiva hasta los seis meses de edad, sin la adición de líquidos u

otras leches. Pese a esto, a las campañas y objetivos propuestos por el Ministerio de Salud (MINSA) y la (OMS) no se han obtenido los resultados esperados.

En el informe sobre el estado mundial de la infancia, publicado el año 2013 por la UNICEF, en América Latina y el Caribe describe, que el mayor porcentaje de Lactancia Materna Exclusiva en niños(as) menores de seis meses fue en el Perú con un 71%; seguido de Bolivia con un 60%; Argentina con un 54% y el país con menor porcentaje fue México con un 19%.

Por otro lado, el embarazo en menores de 19 años ha aumentado en las últimas dos décadas, teniendo en nuestro país una incidencia de alrededor de 16%. La presente investigación se enfoca en el grupo etario aparentemente más vulnerable, las madres adolescentes, las cuales además de cursar un periodo caracterizado por cambios físicos y psicológicos propios de la etapa del ciclo vital, enfrentan el embarazo a temprana edad. Es esencial conocer las razones que han influenciado a las madres adolescentes para brindar o no alimentación al seno materno, con el fin de dar pautas u orientar el trabajo preventivo de la atención primaria en salud, a favor de la salud materna infantil de la población de estudio. Por ello, a través de la presente investigación se determinó el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en 70 madres adolescentes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho; encontrándose a un 67% de ellas que tuvieron regular nivel de conocimiento, el 19% tuvieron un conocimiento deficiente y el 14% tuvieron buen nivel de conocimiento. Las variables que no se asociaron con el nivel de conocimiento

sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, sometidos a la prueba estadística chi cuadrado ($p > 0.05$), fueron: la edad, el nivel de instrucción, el ingreso económico, el estado civil y si el embarazo fue deseado o no. Mientras tanto, las variables que se asociaron con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, sometidos a la prueba estadística chi cuadrado ($p < 0.05$), fueron: la ocupación y la paridad.

CAPÍTULO I

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna (LM) es aquella donde se obtiene leche del pecho materno y provee a los bebés los nutrientes necesarios para su desarrollo, crecimiento y salud óptima. La LM puede ser exclusiva o no. Para tener clara la definición de “exclusividad”, el Comité de expertos de la OMS define a la LME como la forma de alimentación que recibe solamente del pecho de la madre, sin recibir ningún tipo de alimentos líquidos o sólidos, ni agua (con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos). ⁽¹⁾

La lactancia materna exclusiva (LME) durante los seis primeros meses de vida, se considera un objetivo de salud pública mundial, que está relacionada con la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, en especial países en vías de desarrollo. ⁽²⁾

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).⁽³⁾

La LME, juega un rol fundamental como factor protector de trastornos a corto y largo plazo, protegiendo al lactante de infecciones, del síndrome metabólico y de enfermedades crónicas del adulto entre otras cosas. Pese a las campañas y objetivos propuestos por el Ministerio de Salud (MINSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), no se tiene como una práctica constante.⁽⁴⁾ Es más, a nivel nacional, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, la proporción de menores de 6 meses de edad con lactancia materna exclusiva ha disminuido en 3.9 puntos porcentuales entre los años 2013 y 2014 (72.3% a 68.4%), observándose que el área urbana (62.3% en el 2014) presenta menor valor en comparación con al área rural (83% en el 2014).⁽⁵⁾

A nivel mundial se estima que solamente 34.8% de lactantes reciben LME durante los primeros 6 meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses.⁽⁶⁾

Además en los últimos años se viene observando un marcado incremento de embarazos en adolescentes, entre las edades de 12 a 19 años y junto con

ello, una disminución de la práctica de la lactancia materna exclusiva. De manera que los complejos sentimientos asociados al desarrollo de la personalidad del adolescente deben ser formados de acuerdo a las reglas de la sociedad en la que se encuentra inmerso. ⁽⁴⁾

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. ⁽³⁾

En el Perú entre los años 2007 y 2010 la lactancia materna exclusiva ha disminuido especialmente en la costa donde se observa una reducción de más de 7 puntos porcentuales (de 60.1% a 52.8%). En el 2010 se observa una disminución de los niños que inician la alimentación con leche materna antes de la primera hora después del nacimiento (51.8%). Más aún en el ámbito urbano 44.3% de los RN, lo cual es un riesgo que induce la introducción de leche artificial y el biberón. La duración mediana de la lactancia materna exclusiva es de 4,5 meses. Siendo las zonas de costa urbana tales como Piura, Lima, Ica y Moquegua las que presentan menores valores de duración de LME. ⁽⁷⁾

En el Perú, según referencias de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES), la lactancia materna exclusiva el año 2015 ha sufrido una disminución de 3.2 puntos porcentuales respecto al año 2014, es decir, solo el

65,2% de las niñas y niños en el ámbito nacional reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida y no se sabe si dentro del ámbito se cumple la técnica adecuada de amamantamiento. ⁽⁸⁾

En el departamento de Ayacucho, a pesar que en el Hospital Regional de Ayacucho y establecimientos de salud se promociona la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses por la importancia nutricional y el bajo costo de la leche materna, se observa un alto porcentaje de adolescentes primíparas que desconocen la importancia del valor nutritivo de la leche materna, ya que no se prioriza una información oportuna y adecuada. Además se observa cierto desinterés por parte de la mayoría de ellas con respecto a la lactancia materna, ya que tienen otras prioridades que atender. Así mismo en las adolescentes primíparas que acuden al servicio de Gineco-obstetricia encontramos a mujeres que proceden de la zona rural las mismas que demuestran un desconocimiento sobre la lactancia materna en general, aplicando prácticas inadecuadas que en muchos casos llevan a complicaciones , debido a una falta de información oportuna y adecuada a este grupo de madres. ⁽⁹⁾

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores que influyen en el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el Hospital Regional de Ayacucho, Setiembre-Noviembre del 2016?

PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes?
- ¿Cuáles son los factores sociales que influyen en el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva en madres adolescentes?

1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores que influyen en el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el Hospital Regional de Ayacucho. Setiembre - Noviembre del 2016”

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

✓ Determinar el nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre lactancia materna exclusiva.

✓ Relacionar los factores sociales de las madres adolescentes como: Edad, nivel de instrucción, ocupación, Ingreso económico, estado civil, paridad, embarazo deseado; con el nivel de conocimiento de la lactancia materna exclusiva.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO.

QUEZADA, C; DELGADO, A; et al. (2010, México) en su estudio “Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes”, se plantearon los siguientes Objetivos: Determinar la prevalencia de lactancia en adolescentes, relación entre lactancia y factores sociodemográficos y causas de abandono. Fue un estudio de cohortes simple, longitudinal. los resultados fueron: estado civil, 36 solteras (51.4%), 28 en unión libre (40%) y seis casadas (8.6%). Escolaridad: primaria, una (1.4%), secundaria, 44 (62.9%), y bachillerato, 25 (35.7%). Ocupación: 61 (87.1%) amas de casa y 9 estudiantes (12.9%). Dependencia económica: por los padres, 39 (55.7%), y por la pareja, 31 (44.3%). Nivel socioeconómico: 81% de las adolescentes se clasificaron por trabajo social como nivel bajo (1 y 2), ya que por norma institucional el ser adolescente, soltera, con secundaria no terminada y depender económicamente de los padres, clasificaba como nivel

bajo; y 19% como nivel 3 (medio); unión libre y por depender económicamente de su pareja. En conclusión, se puede mencionar que la prevalencia de lactancia en adolescentes fue de 38.6%, y que los factores sociodemográficos no influyeron en la decisión de lactar. La principal causa de abandono fue la hipogalactia.⁽¹⁰⁾

MONSALVE, M; ROJAS, C; et al. (2011, Chile) En el estudio sobre “factores y motivos del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes” con una muestra de 48 madres adolescentes. Tuvo como objetivo: Evaluar los factores que influyen en el abandono precoz de la Lactancia Materna Exclusiva en madres adolescentes .fue un estudio cuali-cuantitativo.Los resultados fueron: La duración media de la LME fue de 83,9 días, observándose una prevalencia mensual de 89.6%, 68.8%, 50% y 43.8% al primer, segundo, tercer y cuarto mes respectivamente. Con Respecto de las características sociodemográficas maternas, el 75% de las madres adolescentes tenían entre 17 a 18 años; el 43,7% tuvieron una escolaridad media incompleta; Todas las madres eran solteras y el 31.2% tuvieron un ingreso familiar mensual de 200.00 – 299.000 pesos. En conclusion ,Se determinó una baja prevalencia de LME al cuarto mes entre las adolescentes.⁽¹¹⁾

PINILLA, E; DOMINGUEZ, C, et al. (2011, Colombia) En el estudio “madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva” Se analizaron 158 encuestas aplicadas a madres adolescentes del

área metropolitana de Bucaramanga que se encontraban en periodo de lactancia materna. Tuvieron como Objetivo: Determinar los factores que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. Fue un estudio de corte transversal. Los resultados mostraron: la edad promedio de las madres adolescentes fue de 17.9 años, con nivel de escolaridad secundaria en el 82.8%, y cuya ocupación fue el hogar para el 62%. El estado civil predominante en un 65.8% es la unión libre. El promedio de ingreso económico mensual está dado por un 64.3% con un salario mínimo (SMLV). Y dentro de los factores que influyen en el abandono de la lactancia materna, el 39.2 % ha lactado a su hijo con solo leche materna durante 6 meses, el 55.4% han incluido agua o alimentos antes de los 6 meses de vida. En conclusion, Se precisa del asesoramiento y apoyo familiar y de las instituciones de salud para que el amamantamiento sea una experiencia satisfactoria tanto para la madre adolescente como para el hijo. Palabras clave :lactancia materna; factores; madres; adolescentes.⁽¹²⁾

PAREDES, G. (2013, Ecuador) En el estudio sobre “frecuencia y porcentaje sobre conocimientos y creencias de lactancia materna”, realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, el cual tuvo como objetivo de estudio: determinar el conocimiento y las creencias sobre lactancia materna en mujeres Post-parto. Fue una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, explicativa y prospectiva. Se estudiaron 150 pacientes en el área de post-parto. Los resultados obtenidos demuestran que existen mayor desconocimiento sobre lactancia materna en adolescentes con un 38%,

seguido de las 18 -25 con un 29%, en menor porcentaje pacientes de 26-35 años (22 %) y mayores de 35 años 11%. En conclusión la falta de conocimiento sobre lactancia materna, se observaron en las adolescentes, con nivel de instrucción primaria, quienes son más vulnerables a esta problemática, por su bajo nivel académicos, quienes en un porcentaje también son inexpertas por ser la primera vez que son madres. Palabras claves: Lactancia Materna, Post –Parto, Información. ⁽⁵⁾

ALVAREZ, P. (2013, México) En el estudio realizado “Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas”, realizado en Santo Tomas de Ajusco. Tuvo como objetivo de estudio: Identificar conocimientos, actitudes y prácticas de la Lactancia Materna Exclusiva en la población de estudio. La investigación fue descriptiva, transversal. Concluye que dentro del grupo en estudio, un gran porcentaje practicó la LM (80%); sin embargo, ésta no necesariamente se lleva a cabo de forma exclusiva. Las mujeres encuestadas llevaron a cabo LME por 4.5 meses, en contraste con la recomendación oficial de 6 meses. Se asumió que el disponer de información básica no es suficiente para continuar la lactancia por más tiempo. ⁽¹³⁾

PAHURA, A. (2013, Argentina) En el estudio realizado “evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de 6

meses”, en el Hospital San José de Pergamino en Buenos Aires. Cuyo objetivo de estudio fue: Evaluar el conocimiento de madres adolescentes de 14 -19 años sobre las ventajas para el niño de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial. Además fue una investigación de tipo observacional, descriptiva de carácter cuali-cuantitativo de corte transversal. Se tomó una muestra de 30 madres adolescentes en el cual se observó la mayor cantidad de madres adolescentes, 22 de ellas (73.3%) desconocen lo que significa brindar lactancia materna exclusiva, solo 8 (26.7%) pudieron responder sobre el significado de esta práctica. ⁽¹⁴⁾

DELGADO, L; NOMBERRA, F. (2012, Perú) En el estudio sobre “nivel de conocimiento de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva”, realizado en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo, cuyo objetivo de estudio fue: Determinar el nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. Además fue una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal. Se estudiaron a 124 madres adolescentes entre las edades de 12 a 19 años, quienes fueron captadas en los servicios de Neonatología, Ginecología. Obteniendo el siguiente resultado: en la Edad, el 58% correspondió a edades entre 15 a 17 años, el 19% entre 18 a 19 años; el nivel de instrucción, 68% contaban con estudios secundarios y 4% con estudios universitarios; la ocupación de las madres, 53.2% se dedicaban a su hogar y el 19.4% fueron estudiantes. El nivel de conocimiento de las

madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva, representa 48.4% para el nivel mediano y 5% para el nivel alto. ⁽²⁾

VILLAVERDE, E; (2013, Perú) En el estudio sobre “Factores socio-culturales de las madres adolescentes asociados a la lactancia materna exclusiva en el centro de salud Pérez Carranza”, el objetivo fue: Determinar los factores socioculturales de las madres adolescentes asociados al cumplimiento de la LME. El estudio fue de tipo cuantitativo, diseño descriptivo correlacional, encontrándose los siguientes resultados, de las madres adolescentes encuestadas (n=60) la mayoría tienen 19 años 40% (24), tienen un solo hijo 93% (56), los padres de las madres adolescentes proceden de la costa 83% (50) y según su estado civil son solteras 67% (40). También se encontró que las prácticas de lactancia materna son inadecuadas según frecuencia 80% (48), tipo de lactancia 67% (40) y técnica de amamantamiento 83% (50). En Conclusión: mediante el estudio se puede afirmar que los factores socioculturales de las madres adolescentes tienen relación significativa con las prácticas de lactancia materna. Palabras Clave: Factores sociales, madres adolescentes, lactancia materna ⁽¹⁵⁾

ARAPA, E; MITMA, Y; (2009, Ayacucho). En un estudio sobre “conocimiento y prácticas sobre la lactancia materna en puérperas primíparas”. Las autoras plantearon el siguiente objetivo: conocer el nivel de conocimiento y las prácticas de las puérperas primíparas sobre la lactancia materna. El tipo de investigación fue prospectiva, transversal, descriptiva, analítica .la población

estuvo conformada por 270 puérperas primíparas; muestra 90 puérperas. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Los resultados mostraron que el 57.8% presentó un conocimiento deficiente, el 33.3 % presentó un conocimiento regular y sólo el 8.9% presentó un conocimiento bueno; el 57.8% presentó prácticas inadecuadas sobre Lactancia materna exclusiva y el 42.2% presentó prácticas inadecuadas. Llegaron a las siguientes conclusiones el 57.8% de las puérperas primíparas tienen conocimiento deficiente sobre la lactancia materna, el 57.8% presentaron prácticas inadecuadas. ⁽⁹⁾

AYALA, J; JERI, A. (2012, Ayacucho). En el estudio “nivel de conocimiento sobre lactancia materna relacionado a la técnica de amamantamiento en madres de niños menores de 6 meses”. Las autoras plantearon el siguiente objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la técnica de amamantamiento en madres de niños menores de seis meses. El tipo de estudio fue prospectivo, transversal, descriptivo. Los resultados mostraron que de los participantes del estudio 67% presentó un nivel de conocimiento bueno, el 23 % un nivel de conocimiento regular y sólo el 10 % nivel de conocimiento malo sobre lactancia materna exclusiva. Las conclusiones fueron Con una muestra de 70 madres de niños menores de 6 meses: El 67.0% de las madres de niños menores de 6 meses tuvieron un nivel de conocimiento bueno sobre la lactancia materna, el 51.4% presentaron una técnica incorrecta de amamantamiento. ⁽¹⁶⁾

2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA.

2.2.1 LACTANCIA MATERNA

La Lactancia Materna es un acto natural que se práctica como forma de alimentación al niño durante los primeros meses de vida.⁽¹⁷⁾ por medio del cual la madre brinda un fluido biológico complejo: proteínas, grasas, vitaminas, carbohidratos, sales minerales, agua; así como de elementos bioactivos que le confieren a la leche, además de la propiedad nutritiva, la protección contra agentes patógenos presentes en el medio ambiente, favorece la maduración del aparato digestivo del lactante; del mismo modo, presenta la ventaja de que para su administración se requiere por lo general que la madre tenga un contacto piel a piel mayor con él bebe, lo que favorece las relaciones psicoafectivas desde temprana edad entre la madre y el hijo. Existe también otra ventaja que es la del ahorro de tiempo, dinero y trabajo, debido que no se requiere el aporte de una cantidad de dinero para adquirirla, ni necesita preparación ⁽¹⁸⁾

La lactancia materna es tal vez el proceso natural más completo e indispensable que puede existir entre la madre e hijo, además mediante la lactancia natural se aporta al lactante nutrientes que no se encuentran en ningún otro tipo de alimento, de allí la importancia que tiene para el recién nacido y para el niño en periodo de lactancia.⁽¹⁹⁾ No solo lo nutre al niño en este período, sino que también lo protege contra las infecciones que pueden poner en riesgo su salud, debido a que fortalece el sistema inmunológico del

recién nacido y del niño en periodo de lactancia.⁽²⁰⁾ Además de ser la fuente alimenticia más completa para los niños Lactantes, también crea un vínculo entre el binomio madre e hijo, que permite fortalecer el autoestima y proporciona felicidad a la madre.⁽²¹⁾

En definitiva la leche materna es un fluido vivo, su composición es Óptima para la nutrición del niño en los primeros meses de vida, además de ser un fluido capaz de adaptarse a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que este crece y se desarrolla. Su composición varía de una madre a otra y en cada mujer, también lo hace en el transcurso del día e incluso en una misma mamada. La fracción más estable es la proteica y la de mayor variabilidad, la grasa. Por estas características constituye el elemento nutritivo más importante, tanto así, que no requiere de otro suplemento o alimento para cubrir las necesidades alimenticias del bebé los primeros seis meses. La composición de la leche materna es dinámica, su cambio obedece a mecanismos de regulación neuroendocrina, en donde las células, los nutrientes y las sustancias químicas tienen un rol fundamental.⁽⁴⁾

Tipos de lactancia materna

- **Lactancia materna exclusiva.** Es el mantenimiento de la lactancia materna hasta el sexto mes de vida sin complemento alguno.
- **Lactancia mixta.** Es el tipo de lactancia en que se combina la lactancia natural y la artificial.
- **Lactancia artificial.** Es la alimentación del lactante con preparados lácteos.

- **Lactancia materna complementaria.** Es la lactancia después de los 6 meses que se complementa con los alimentos.

2.2.2. VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna, por ofrecer nutrientes importantes para el crecimiento y desarrollo del recién nacido, así como por la protección que ofrece ante las enfermedades, y por todos los demás beneficios que representa para el niño en periodo de lactancia es un derecho de gran relevancia para este grupo vulnerable de la sociedad. Aunque han aparecido en el mercado numerosos productos que pretenden sustituir a la lactancia materna, es imposible reemplazar a la naturaleza humana y crear un producto que tenga todos los beneficios de la leche natural. ⁽²²⁾

Los estudios científicos han demostrado que la lactancia materna tiene beneficios tanto para el bebé como para su madre, e incluso también para la propia familia. A la hora de aconsejar a una mujer para que le dé el pecho a su hijo, hay que hacerle notar los beneficios que tiene la leche materna sobre las leches artificiales.

Ventajas para el recién nacido

- La leche materna es el alimento natural que además de proporcionarle al bebé los nutrientes adecuados para un buen desarrollo, se adapta a su aparato digestivo. ⁽²³⁾

- La lactancia materna protege al lactante contra enfermedades infecciosas y alergias. La leche materna contiene agentes que defienden directamente al lactante de las infecciones.⁽²⁴⁾ Por lo cual, los bebés alimentados con leche materna tienen menos riesgo de sufrir infecciones, como diarrea (el riesgo de muerte por esta causa disminuye 18 veces en los bebés), catarrros, bronquiolitis, bronquitis o neumonía (disminuye 3 veces el riesgo de muerte por infecciones respiratorias); la otitis en bebés alimentados con este tipo de leche es menos frecuente.⁽²³⁾

- El sistema inmunológico del bebé completa su desarrollo al año después del nacimiento, por lo cual es importante la protección que le brinda la leche de la madre, retrasando la aparición de alergias, asma o enfermedades crónicas del intestino. Estudios científicos han demostrado que la leche materna disminuye los casos de enfermedades como la diabetes u obesidad.

- Previene las anomalías dentarias y maxilofaciales, ya que la succión del pezón no es igual a la de la tetina del biberón.⁽²³⁾

- La afectividad es otro de los procesos naturales vinculados a la lactancia materna, porque mediante este proceso inicial del recién nacido, se fomenta el amor entre la madre y su hijo, por ello es recomendable que la madre amamante a su hijo inmediatamente después de nacer.⁽²⁵⁾ Por ello, refuerza el vínculo afectivo entre la madre y el hijo. El vínculo que se establece durante el amamantamiento no sólo le da cariño al bebé, también le va creando

sentimientos de seguridad que se traducirá a medida que crece en una mayor confianza en sí mismo. ⁽²³⁾

➤ La succión precoz del calostro mantiene la glicemia en niveles adecuados, evita la deshidratación y la pérdida exagerada de peso en el recién nacido .además proporciona inmunoglobulinas y otras proteínas que son parte del sistema de defensa. ⁽²⁶⁾

➤ la información que nos brinda el Ministerio de Salud, donde nos refiere que el cerebro humano se desarrolla casi completamente durante los dos primeros años de vida y la leche materna contiene nutrientes esenciales como proteínas de buena calidad, vitaminas y ácidos grasos (que no se encuentran en ningún otro tipo de alimento ya sea de origen animal o vegetal), indispensables para formar bloques de construcción cerebral, permitiendo que el cerebro humano se desarrolle casi en su máxima extensión en esta primera etapa de la vida. También contienen sustancias que van a inmunizar y proteger al niño contra infecciones y contaminaciones que se presentan a esta edad, haciendo que crezca sano, protegido, inteligente, despierto y lleno de vida.

Ventajas para la madre

➤ La recuperación posparto es más rápida en aquellas mujeres que dan de mamar a sus hijos, porque la oxitocina, hormona que se produce en la glándula hipófisis como respuesta a la succión del pezón, contrae el útero por lo tanto disminuye la pérdida de sangre (loquios), y ésta dura menos días. ⁽²³⁾

Ayuda también en la involución del útero por acción de la oxitocina, previniendo de esta manera el riesgo de hemorragia post parto; ⁽²⁷⁾

➤ Protege contra algunas enfermedades, por ejemplo contra el cáncer de mama. Los estudios científicos han demostrado que las mujeres que dan de mamar tienen menos riesgo de tener un cáncer de mama. ⁽²³⁾

➤ Además es un método anticonceptivo natural durante los primeros seis meses, siempre y cuando el amamantamiento se realice con una frecuencia de 8 - 12 veces día y noche, y que la madre no presente período menstrual. ⁽²⁸⁾ Prolongando el período de infertilidad, ya que la ovulación aparece más tarde en las mujeres que le dan el pecho a sus hijos.

➤ Durante la lactancia la mujer consume más calorías, lo que le ayuda a recuperar su peso habitual más rápido.

➤ Desde el punto de vista psicológico la experiencia de amamantar es una vivencia que le permite a la madre compartir con el hijo momentos de placer y bienestar, haciendo que sea más intenso el vínculo afectivo con su bebé. ⁽²³⁾

➤ Una de las razones para que las madres den de lactar a sus niños es porque la leche materna es gratuita, se encuentra siempre a la temperatura ideal y sin riesgo de contaminación. ⁽²⁹⁾

2.2.3. TECNICA DE AMAMANTAMIENTO.

Es el conjunto de procedimientos o de pasos que se emplean para su realización efectiva de la lactancia materna; su conocimiento sea mayor o menor, o desconocimiento que se da en mujeres que tienen un hijo y sobre todo en las que por primera vez van a enfrentar o enfrentan la maternidad, son los que van a influir directamente para la buena práctica y el éxito del amamantamiento. ⁽³⁰⁾

La técnica correcta es la base de una lactancia exitosa. Para amamantar, la madre debe colocarse cómodamente sentada, con su espalda apoyada en un respaldo, o en decúbito lateral con la cabeza apoyada sobre una almohada alta o doblada. El niño debe recostarse en decúbito lateral sobre uno de los ante brazos de la madre que debe ser homólogo de la mama en que será amamantado.

La cabeza del niño debe apoyarse en la parte interna del ángulo en que forma el brazo con el ante brazo de la madre y quedar orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño queda en íntimo contacto con el abdomen de la madre y la parte inferior de su brazo debe abrazarla, pasando por el costado del tórax. La mano que comprende el ante brazo donde el niño esta recostado, debe tomar al niño firmemente de la región glútea, de modo que la madre con solo desplazar el brazo, puede acercar o alejar al niño de la mama.

Con la otra mano la madre debe tomar su mama, con el dedo pulgar colocado en la parte superior de la areola y los otros cuatro dedos en la parte inferior, formando una C. de esta forma lleva al pezón a estimular el centro del labio inferior del niño para producir el reflejo que le hará abrir la boca y bajar la lengua. En ese momento, con un movimiento rápido la madre debe atraer al niño hacia la mama (no la mama al niño) para introducir el pezón y la areola en su boca. Los dedos de la mano que sujeta la mama no deben ser colocados en forma de tijera, ya que esto retrae el pezón.

El pezón y la areola deben quedar completamente introducidos en la boca del niño de tal manera que la nariz y el mentón de este quede en íntimo contacto con la piel de la mama. Es importante explicar a la madre que aunque el niño tenga su nariz estrechamente aplicada contra la mama puede respirar normalmente debido a la conformación anatómica de su nariz.

La duración de la mamada estará determinada por el niño, dejar que termine con el primer pecho luego ofrecer el segundo. Existen variaciones de un niño a otro a veces un pecho es suficiente la frecuencia también está determinada por el niño; la alimentación a libre demanda permite que el niño decida cuando tiene hambre y que esto no sea una determinación de la madre o del personal de salud. Habitualmente, la frecuencia es mayor durante los primeros 2 a 7 días. Durante este periodo no se recomienda intervalos mayores de tres horas; la madre debe despertar al niño y ofrecerle el pecho si duerme mucho,

o si la madre siente las mamas muy llenas. Una vez establecida la lactancia es común un patrón de 8 a 12 mamadas en 24 horas.

Las mamadas nocturnas son importantes para asegurar la adecuada estimulación para la producción de la leche y a la supresión de la fertilidad. Si el niño está muy somnoliento, se debe desabrigar y alimentar en una posición más levantada (sentado o de costado).⁽³¹⁾ En la técnica de amamantamiento lactancia materna; al menos hasta que la madre y el niño se hayan convertido en expertos, es mejor dar las tomas con la madre sentada en la cama, una silla cómoda o una mecedora apoyando la espalda y el codo en almohadones y situando otro más en el regazo, para sostener al bebé. El apoyo de los pies sobre una banqueta permite elevar las rodillas.

También al empezar la toma, la madre comprime suavemente la mejilla del niño con el pezón, permitiendo al niño buscar y fijarse al pecho. La boca del niño debe abarcar la mayor parte posible de la areola. De esta forma la succión facilita la expresión de los galactóforos que se sitúan bajo la areola y daña menos el pezón. Las grietas del pezón suelen relacionarse con una mala técnica de amamantamiento, la forma en la que se agarra el niño al pezón suele ser incorrecta. El agarre a la areola puede mejorarse comprimiendo la madre el pecho entre dos dedos (pulgare índice) y ofreciendo al niño el pezón protruido. El pezón debe mantenerse centrado en la boca del niño, por encima de la lengua. La punta de la nariz del niño debe tocar el pecho.

El niño alterna periodos de succión vigorosa, rápida y momentos de relajación, disminuyendo o deteniendo sus esfuerzos de succión. Es importante no hiperestimularle durante los periodos más activos de succión y, por el contrario, “espabilarlo” durante los periodos de relajación, hablándole presionando suavemente sus mejillas, etc.

Para finalizar o interrumpir la toma se introduce primero un dedo en el lateral de la boca del niño para detener la succión y el agarre. Cuando existen dificultades con la lactancia es importante para una adecuada valoración y orientación que el pediatra o la enfermera vean como mama el niño, para así poder corregir las deficiencias de la técnica. ⁽³²⁾

Pasos de la técnica de amamantamiento

- ❖ Posición adecuada y cómoda de la madre: sentada, espalda en respaldar.
- ❖ La mano de la madre sostiene la espalda del bebe y la cabeza del bebe descansa en el pliegue del codo de la madre.
- ❖ La oreja, el hombro y la cadera del bebe deben estar alineados.
- ❖ El abdomen del bebe está en contacto con el de la mama (ombiligo con ombligo).
- ❖ La madre debe coger el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los labios del niño con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada.

- ❖ Recordar a la madre que debe acercar el niño al seno y no el seno al niño, previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón.
- ❖ Estimule el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, introduzca el pezón y la areola. Si se resiste, hale suavemente hacia abajo su barbilla para lograr una correcta succión.
- ❖ Los labios del niño deben estar totalmente separados, sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la Lactancia Materna. Si adopta la posición incorrecta se debe retirar del seno e intentar de nuevo.
- ❖ Es importante que los labios permanezcan evertidos (boca de pescado)
- ❖ Permita al recién nacido la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto. ⁽²³⁾

2.2.4. POSICIONES PARA LA LACTANCIA.

Permita que la madre se sienta de tal manera que esté tranquila, cómoda y que pueda estar relajada. Utilice un banco o cualquier otro objeto que le permita mantener los pies elevados y apoyados, recuerde que en cualquier posición él bebe debe aproximarse al seno y no la madre agacharse hacia el niño.

a) Posición sentada o de cuna.- Coloque almohadas en los antebrazos de las sillas e indique a la madre que él bebe debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Tómelo con el brazo a acérquelo contra el seno en un abrazo estrecho, manténgalo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño.

b) Posición debajo del brazo, de sandía o de foot-ball americano.- El niño es sostenido sobre el antebrazo de la madre y su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado. Se colocara almohadas para ayudar a la madre a sostener el peso del cuerpo del niño.

c) Posición semi-sentada.- Colocar la cama en posición semifowler, sostenga la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, él bebe estará sobre el tórax de la madre, esta posición se la puede utilizar cuando hay heridas abdominales (cesárea).

d) Posición acostada.- Si la madre esta acostada en decúbito lateral, utilice almohadas que le den apoyo a la espalda disminuyendo así las tensiones que puedan afectar la lactancia, también coloque almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebe.⁽³³⁾

2.2.5. LECHE MATERNA

Es la suspensión de grasa y proteína en una solución de carbohidratos y minerales. La madre produce fácilmente 600 ml de leche por día. El volumen promedio de la leche madura es de 500 a 900ml/día durante los primeros 6 meses postparto. La leche materna está compuesta por agua (88%)⁽³⁴⁾ proteínas, lípidos, carbohidratos, inmunoglobulinas, vitaminas, minerales, y otros.

La leche humana cubre también los requerimientos de vitaminas del lactante y su proporción y biodisponibilidad de minerales es la óptima para el niño.

Aunque el contenido de hierro de la leche materna es baja es suficiente y bien absorbido por el recién nacido lo que evita la anemia durante los primeros 4 a 6 meses de vida.

La leche materna contiene elementos esenciales para el desarrollo del sistema nervioso del lactante que no están presentes en otras leches, lo que sumado al estímulo del amamantamiento, favorece el desarrollo psicomotor del niño amamantado.⁽³⁵⁾

2.2.6. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA

❖ Agua :

Es el componente más abundante de la leche en un 88% aportando la cantidad necesaria que él bebe necesita durante el período de lactancia durante los primeros 6 meses.

❖ Lípidos :

Los lípidos constituyen la principal fuente de energía de la leche materna. La composición de los lípidos es variable, está asociada a la dieta de la madre, prematuridad, estadio de la lactancia, y fase de la mamada, de un pecho a otro, a lo largo del día y entre diferentes mujeres, (sin embargo la mastitis no altera las grasas, y si disminuye el volumen de leche y de lactosa y aumenta el de Sodio y el de Cloro).

❖ **Proteínas :**

Constituyen el 0,9% de la leche materna. Son esenciales en un sentido nutricional y en otros aspectos fisiológicos e inmunológicos. Las proteínas de la leche humana forman suaves coágulos cuando se acidifica en el estómago.

❖ **Carbohidratos :**

La lactosa es el principal carbohidrato contenido en la leche materna en un promedio de 6-7 g/100 ml. Se produce en la glándula mamaria a partir de la glucosa. Contribuye al 40 % de las calorías de la leche materna.

❖ **Hormonas :**

Una lista completa de las hormonas de la leche incluiría a las ya mencionadas: oxitocina, prolactina, esteroides suprarrenales y ováricos, prostaglandinas y otras como: GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), GRF (factor de liberación de hormona del crecimiento) , insulina, somatostatina, relaxina, calcitonina y neurotensina, que se encuentran en la leche en niveles mayores que los de la sangre materna y la TRA (hormona de liberación de la tirotropina), TSH (hormona tiroideo estimulante), tiroxina, triiodotironina y eritropoyetina, en niveles menores que los del suero materno.

❖ **Vitaminas**

Vitamina-A

El calostro es más rico (el doble) en vitamina A y en beta caroteno (forma precursora de vitamina A) que la leche madura. La leche de transición contiene el doble de la leche madura.

Vitamina-K

Los valores de vitamina K son mayores en el calostro y en la leche de transición en comparación con la leche madura. Luego de un par de semanas, es la flora intestinal la que sintetiza vitamina k en el bebé a partir de la 2 semana de nacer.

Vitamina-E

El contenido de vitamina presente en la leche materna cubre las necesidades del bebé.

Vitamina-D

Si bien las concentraciones de vitamina D son bajas en la leche materna, es mucho mayor comparada a la leche de vaca. El bebe puede producirla si está expuesto algunas horas a la semana al sol. Se recomienda consultar con su pediatra si su bebe debe recibir algún suplemento de vitamina D.

Complejo vitamínico-B

Está presente la vitamina B12 (cobalamina), la B6 (piridoxina), B1 (tiamina) ácido fólico (B9), B3 (niacina) y ácido pantoténico (B5). Se recomienda a las

madres vegetarianas tomar un suplemento de B12 ya que la dieta vegetariana no contiene fuentes de la misma. El ácido fólico es esencial para sintetizar aminoácidos, ADN, ARN y hemoglobina.

Vitamina C

Existe alrededor de 4-5 mg/100 ml de vitamina C en la leche materna

❖ Minerales

La leche materna contiene todos los minerales que él bebe necesita. Si bien las concentraciones de minerales en la leche materna es mucho menor que la leche de vaca, el coeficiente de absorción de los mismos (biodisponibilidad) es muy alto. El contenido bajo de minerales (principalmente sodio, potasio y cloruros) promueve el buen funcionamiento renal del bebe favoreciendo la capacidad metabólica del recién nacido.

La leche materna tiene alta biodisponibilidad de minerales (especialmente calcio, hierro, magnesio, cobre, zinc) comparado con la leche de vaca, es decir que tienen mejor absorción y está disponible para que el organismo los utilice. Los principales minerales presentes son el calcio, fósforo, hierro, potasio, zinc, flúor y magnesio.⁽²³⁾

2.2.7. TIPOS DE LECHE

La leche humana va cambiando su composición química desde el parto, calostro, leche de transición, leche madura. La leche inicial es diferente de la leche final de la tetada.

La leche varia su composición según la hora del día. Se han identificado más de 200 componentes en la leche humana. La leche contiene células vivas (macrófagos, neutrófilos, linfocitos, células epiteliales), membranas y glóbulos de grasa, rodeados de membranas. Cambia el sabor, según los alimentos que haya comido la madre.

a) Pre- calostro: secreción mamaria producida durante el tercer trimestre de gestación compuesta por plasma, sodio, cloro, inmunoglobulinas, lactoferrinas, seroalbúminas, y algo de lactosa.

b) Calostro: se secreta durante los primeros días luego del parto de 1-5 días. Es un fluido espeso y amarillento debido a la alta concentración de beta carotenos. Su volumen puede variar entre 2 a 20 ml por toma en los 3 primeros días. Esto es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido tiene 67kcal./100ml. El calostro tiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas A, E, K, colesterol y algunos minerales (sodio, hierro, zinc, azufre, potasio, magnesio, selenio).

El calostro es fundamental para los primeros días del bebe debido a la alta cantidad de factores de defensa (inmunoglobulina A, lactoferrina, linfocitos, macrófagos, etc.) Que ofrecen al sistema inmune del bebe evitando la adherencia de microorganismo patógenos en él tubo digestivo y facilitando la colonización del lactobacilo bifidus. Así mismo contiene numerosas enzimas que ayudan al sistema digestivo, facilitando la evacuación del meconio. Lo que evitara la hiperbilirrubinemia en el recién nacido.

Función:

- El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido.
- El calostro tiene un efecto laxativo y estimula la función normal del tracto digestivo.
- Facilita la reproducción del lacto bacilo bífido en el volumen intestinal del recién nacido.
- Los antioxidantes y las quinonas que contiene son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica
- Las inmunoglobulinas cubre el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos.

c) Leche de transición: se produce entre el 4 y 15 días post parto. Se observa un aumento del volumen progresivo hasta llegar alrededor de 600-700 ml /día entre el 8 y 15 días post parto esto puede variar según la mama.

d) Leche madura: se produce a continuación de la leche de transición y es mayor a 30 días post parto se secreta en promedio alrededor de 700-900 ml/día durante los 6 meses posteriores al parto para luego descender a 500 ml /día durante los 6 meses siguientes.⁽³⁶⁾

2.2.8. FACTORES

Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los

hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios.

2.2.8.1 FACTORES SOCIALES

Son las costumbres y creencias de la colectividad que influyen en el crecimiento y desarrollo del ser humano .Es cada uno de los elementos que determinan alguna situación específica en las personas y la sociedad. El nivel social es uno de los condicionantes de la lactancia materna, de este podemos mencionar algunos factores como la edad, estructura familiar, los ingresos en la mujer trabajadora, y las condiciones laborales⁽³⁷⁾

- **Edad**

Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo; la noción de edad permite dividir la vida humana en distintos periodos temporales y puede ser utilizado como sinónimo de madurez. Es uno de los indicadores importantes en las reacciones de la madre, parece ser que cuanto más joven es la madre es mayor su inexperiencia para la alimentación del bebé, a comparación de las madres que tienen mayor experiencia acumulada por los años todo esto en relación a la lactancia materna exclusiva.

- **Nivel de instrucción**

El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Es el nivel de educación de la madre para ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores lo que

le permitirá un mejor desenvolvimiento, adquirir nuevas conductas a lo largo de su existencia tanto en ámbitos individuales como colectivos, convirtiéndose de esta manera en un factor bastante importante cuando se trata de la comprensión y entendimiento de cualquier información relacionado con la lactancia materna exclusiva.

- **Ocupación**

Son un conjunto de actividades humanas de carácter productivo y creativo que, mediante el uso de técnicas, instrumentos, materias o información disponible permite obtener, prestar y producir ciertos bienes, productos o servicios. El trabajador aporta sus conocimientos, habilidades, esfuerzos y otros diversos recursos; y obtiene a partir de ello algún tipo de compensación material y así obtener medios para la subsistencia auto preservador de la vida.

- **Ingreso Económico**

Los ingresos económicos son los caudales que entran en poder de una persona o de una organización. Un sujeto puede recibir ingresos por su actividad laboral, Comercial o productiva; el nivel de ingresos está asociado a la calidad de vida, mayores ingresos, más consumo y ahorro. En cambio, con ingresos escasos o nulos, las familias no pueden satisfacer sus necesidades básicas materiales.

- **Estado civil**

Son situaciones o condiciones jurídicas en las que se encuentran las madres dentro de la sociedad. Generalmente los Estados llevan un registro público con los datos personales básicos de los ciudadanos, entre los que se incluye el estado civil. A este registro se le denomina Registro civil; aunque las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un Estado a otro, la enumeración de estados civiles más habitual es la siguiente: Madre soltera, casada, divorciada y viuda.

- **Paridad**

Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 22 semanas de gestación. La Paridad se clasifica en: Primípara, Multípara.

- **Embarazo Deseado**

También denominado embarazo previsto, querido, planeado, planificado, esperado, oportuno, es aquel que se produce con el deseo y/o planificación de concebir un hijo.

2.2.8.2 CONOCIMIENTO

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de introspección en el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por si solos, poseen un menor valor

cualitativo.⁽³⁰⁾

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos sujeto, objeto, operación, representación interna (el proceso cognoscitivo).⁽³⁸⁾

El conocimiento como un acto y un efecto o producto, el conocimiento es un proceso mental, una actividad humana, orientada a reflejar la realidad objetiva en la conciencia del hombre, el conocimiento como efecto se adquiere a través de los actos de conocer, se puede acumular, transmitir de unas a otras y pueden definirse gracias al uso del lenguaje.⁽³⁹⁾

Nivel de Conocimiento

El ser humano puede captar la realidad en tres diferentes etapas y al mismo tiempo, por medio de tres diferentes niveles de conocimientos íntimamente vinculados, es decir, por medio de un nivel descriptivo (bajo), un segundo nivel conceptual (medio), y un tercer nivel teórico (alto).

- El conocimiento descriptivo: consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los

oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.

- Conocimiento conceptual: en este nivel no hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento descriptivo. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra conceptual se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición.

- Conocimiento teórico: Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales, la principal diferencia entre el nivel descriptivo y teórico reside en la singularidad y universalidad que caracteriza respectivamente a estos tipos de conocimiento. el conocimiento descriptivo es singular y el teórico universal.

Para evaluar el nivel de conocimiento puede agruparse los resultados en tres categorías: bueno, regular y malo. Las categorías pueden ser determinadas mediante la escala de estancinos, para lo cual se calcula la suma de los puntajes de todos los ítems, donde los puntajes mayores corresponden al conocimiento bueno y los puntajes menores a conocimiento malo. ⁽⁴⁰⁾

Formas de adquirir el Conocimiento:

- Conocimiento directo. Aquel que se obtiene en la experiencia, en la práctica a través de los sentidos.
- Conocimiento indirecto. Aquel que se obtiene de segundas o terceras personas.⁽⁴⁰⁾

2.2.9. ADOLESCENCIA

La OMS define a la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 años hasta los 19 años, y considera tres fases: la adolescencia temprana de los 10 hasta los 13 años, adolescencia media de los 14 hasta los 16 años y la adolescencia tardía de los 17 a los 19 años.⁽⁴¹⁾ Este período se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad), así como por la integración de funciones de carácter reproductivo, acompañados de profundos cambios Psicosociales.⁽⁴²⁾

El sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social, a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea, por lo anterior, cuando se habla del concepto, se refiere a un proceso de adaptación más complejo que el Simple nivel biológico, e incluye niveles de tipo cognitivo, conductual, social y cultural.

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Adolescencia temprana: Inicia en la pubertad (entre los 10 y 13 años), se presentan los primeros cambios físicos, e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento. Estos cambios se denominan “crisis de entrada en la adolescencia”; agregado a lo anterior se presentan cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros, sistema educativo, responsabilidades. La familia (la del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio

Adolescencia media

Adolescencia intermedia. Inicia entre los 14 y 16 años. En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente

el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno.

Adolescencia tardía

Adolescencia tardía. Inicia entre los 17 y 19 años. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía. Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas .

2.2.10. EMBARAZO Y MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA.

El UNICEF lo define como aquel embarazo que se lleva a cabo en mujeres de entre 13 y 19 años de edad, o bien aquel que se lleva a cabo en mujeres que aún no alcanzan la mayoría de edad legal. Debido a las repercusiones que tiene sobre la salud, el estado psicosocial de la madre y el producto y, particularmente, sobre el proyecto de vida de los/las jóvenes es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo. ⁽⁴³⁾

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. ⁽⁴⁴⁾

RUOTI plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea⁽⁴⁵⁾ Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social. ⁽⁴⁶⁾

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS OPERATIVOS.

FACTORES SOCIALES: Es cada uno de los elementos que determinan alguna situación específica en las personas y la sociedad.

- **Edad:** Se considera cronológicamente a partir de la fecha de nacimiento.
- **Nivel de Instrucción:** Es el grado de educación escolarizada que ha alcanzado una persona. Se distinguen las siguientes categorías: iletrada, primaria, secundaria y superior.
- **Ocupación:** Trabajo, empleo u oficio, es el derecho civil de todas las personas.
- **Ingreso económico:** Es la totalidad de las ganancias o ingresos que tiene una familia, se incluye el salario y los ingresos extraordinarios.
- **Estado civil:** Llámese así a la unión conyugal según las normas establecidas por el estado.
- **Paridad:** Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 22 semanas de gestación. La Paridad se clasifica en: Primípara, Multípara.
- **Embarazo Deseado:** Embarazo previsto, querido, planeado, planificado, esperado, oportuno, es aquel que se produce con el deseo y/o planificación de concebir un hijo.

NIVEL DE CONOCIMIENTO: Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

- **Conocimiento bueno:** Que es muy capaz o competente.(17-20 puntos)
- **Conocimiento regular:** Es el grado de conocimiento Medianamente bueno. (11-16 puntos)
- **Conocimiento deficiente:** Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico (< de 11 puntos).

ADOLESCENCIA: Es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad.

- **La adolescencia temprana** de los 10 hasta los 13 años.
- **La adolescencia media** de los 14 hasta los 16
- **La adolescencia tardía** de los 17 a los 19 años.

LACTANCIA MATERNA: Es un acto natural que se practica como forma de alimentación al niño durante los primeros meses de vida.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: Es la alimentación que recibe solamente del pecho de la madre, sin recibir ningún tipo de alimentos líquidos o sólidos, ni agua.

2.4. HIPOTESIS

Los factores sociales de las madres adolescentes como: Edad, Nivel de instrucción, Ocupación, Ingreso económico, Estado civil, Paridad, Embarazo deseado; influyen en el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva en el Hospital Regional de Ayacucho, Setiembre - Noviembre del 2016.

2.5. VARIABLES E INDICADORES.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores sociales de lactancia materna exclusiva:

- ✓ Edad
- ✓ Nivel de instrucción
- ✓ Ocupación
- ✓ Ingreso económico
- ✓ Estado civil
- ✓ Paridad
- ✓ Embarazo deseado

VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva

- Nivel de conocimiento bueno
- Nivel de conocimiento regular
- Nivel de conocimiento deficiente

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicada

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativa

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental

3.4. MÉTODO DE ESTUDIO

Transversal, descriptivo y prospectivo

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACION:

Estuvo conformada por madres adolescentes con niños hasta los 6 meses, atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho entre Setiembre–Noviembre del 2016.

MUESTRA:

Estuvo conformada por 70 madres adolescentes con niños hasta los 6 meses, atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho entre Setiembre- Noviembre del 2016.

3.6. TIPO DE MUESTREO

No Probabilístico

3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSION

- Madres adolescentes
- Que aceptaron participar en la presente investigación
- Con lactantes hasta los 6 meses.

EXCLUSIÓN

- Madres mayores de 19 años.
- Madres con discapacidad (muda, sorda)
- Que no aceptaron participar en la presente investigación

3.8. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

TÉCNICA:

- Entrevista estructurada

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Ficha de entrevista

3.9. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó en el servicio de Gineco-Obstetricia: Hospitalización; consultorios externos: planificación familiar, consultorio materno; y en el servicio CRED del Hospital Regional de Ayacucho entre los meses Setiembre-Noviembre del 2016, previa solicitud al Director del Hospital Regional de Ayacucho, de igual manera al jefe del servicio, dirigida a través de la Decanatura de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, se procedió de la siguiente manera:

- Se realizó la validación del instrumento, luego se procedió con la aplicación de la entrevista a las madres adolescentes previo consentimiento informado.
- Una vez lograda la aceptación de las madres adolescentes se aplicó la hoja de entrevista, teniendo en cuenta los objetivos planteados.
- Luego revisamos las entrevistas y le asignamos un puntaje de acuerdo al sistema de calificación por el Ministerio de Educación. Así logramos medir el nivel de conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva si es Bueno (17-20pts), regular (11-16pts), deficiente (< de 11pts).
- Finalmente se realizó la sistematización adecuada de la información

recolectada.

PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

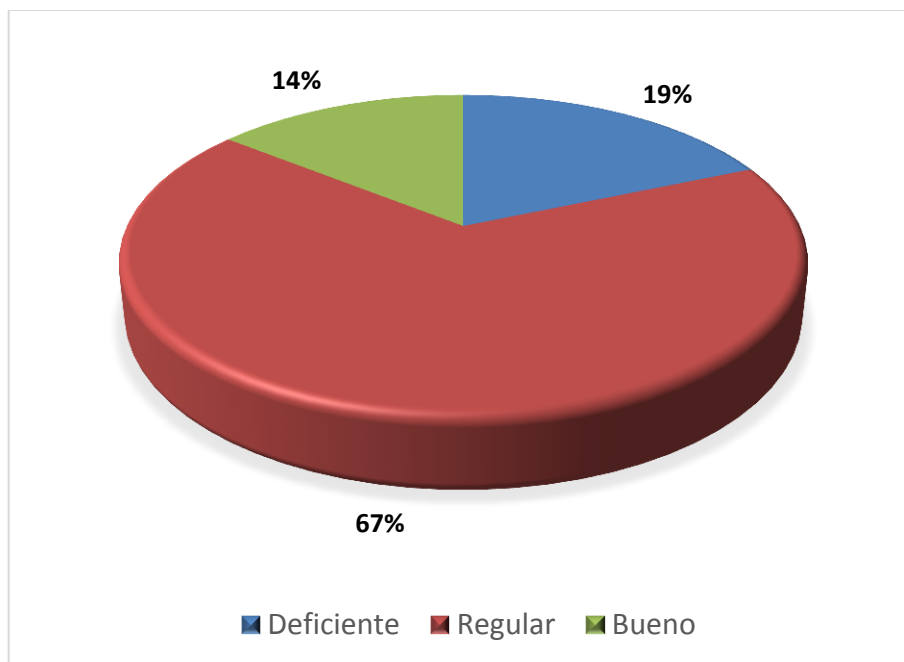
Una vez recolectado los datos se procedió a crear una base de datos y luego lo procesamos con el software estadístico IBM-SPSS 22.0- (Statistical Package for Social Science) con los cuales se construyeron las tablas estadísticas de contingencia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

A cada tabla de contingencia se les aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado (χ^2) con un valor de $P < 0.05$ con la finalidad de determinar la influencia o no de las principales variables de estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



Fuente: Encuesta aplicada a madres adolescentes. HRA.

GRÁFICO 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2016.

Estadística descriptiva

Media	13,69
Mediana	14,00
Desviación estándar	3,133
Puntaje mínimo obtenido	6
Puntaje máximo obtenido	20

En el gráfico 1 se muestra el nivel de conocimiento sobre lactancia materna que tuvieron 70 madres adolescentes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho. Encontrándose al 67% que tuvieron regular nivel de conocimiento, el 19% tuvieron un conocimiento deficiente y sólo el 14% presentaron buen nivel de conocimiento sobre el tema en estudio.

De los resultados se concluye que el 67% (dos terceras partes) de las madres adolescentes en estudio presentaron regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

Los puntajes obtenidos a través de la encuesta para medir el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las 70 madres adolescentes, nos dan a saber que el mínimo puntaje obtenido fue de 6 puntos y el máximo puntaje de 20 puntos (lo que significa que respondieron correctamente las 10 preguntas del cuestionario). El promedio (media) de puntaje que obtuvieron las adolescentes en estudio fue de 13,69 puntos. Este valor obtenido se encuentra dentro del puntaje de regular nivel de conocimiento, en la que se encuentran la mayoría de las encuestadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁴⁷⁾ da a conocer que “los datos científicos han revelado que, a nivel poblacional, la lactancia materna exclusiva durante 6 meses es la forma de alimentación óptima para los lactantes. Posteriormente deben empezar a recibir alimentos complementarios, pero sin abandonar la lactancia materna hasta los 2 años o más”. Continúa aseverando que “la leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas”.

Guerrero-Vera ⁽⁴⁸⁾ (2013), en su investigación “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes” que se atendieron en la Fundación Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo, Cuenca-Ecuador, durante el período agosto del 2012 a enero del 2013. Se trató de un estudio descriptivo y prospectivo, mediante la aplicación de un cuestionario constituido por 26 preguntas, a una muestra de 100 madres adolescentes. Luego de correlacionar y analizar los datos, los resultados con respecto al nivel de conocimiento sobre la lactancia fueron los siguientes: el nivel 1 (malo) corresponde a 55%; el nivel 2

(regular), al 19%; el nivel 3 (bueno) al 21% y el nivel 4 (excelente), al 5% de la muestra.

Delgado-Nombera⁽²⁾ (2012), en su investigación “Nivel de conocimiento de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. HRDLM-Chiclayo, 2012”. Fue una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal. El escenario correspondió al Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. La población estuvo conformada por 124 madres adolescentes entre las edades de 12 a 19 años, que acudieron a los servicios de Neonatología, Ginecología, y Crecimiento y Desarrollo. En la recolección de datos se emplearon instrumentos elaborados por las investigadoras, como la encuesta y lista de chequeo, esta última sirvió para verificar la práctica de lactancia materna exclusiva. Los resultados revelaron que 48.4% de madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimientos y sólo 10.5% nivel alto. Con respecto a lactancia materna exclusiva, el 43.5% de las madres adolescentes desconocían como definir la lactancia materna exclusiva, el 36.5% manifestó que era brindarle únicamente leche materna y el 20% definían que la lactancia materna exclusiva, es amamantar con leche materna y otras sustancias agregadas.

Álvarez⁽¹³⁾ (2013), en su investigación “Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco-México”. Aplicó un cuestionario semiestructurado de 33 preguntas, cerradas/abiertas, durante los meses de mayo a julio del 2012 en el Centro de Salud “Dr. Gerardo Varela Mariscal” a 79 adolescentes embarazadas entre 12 a 19 años. Dentro de esta sección del cuestionario se abordó el concepto de la exclusividad de la lactancia. Un 57% ($n=45$) considera que se debe dar única y exclusivamente leche materna hasta los 6 meses de edad del bebé; 19% ($n=15$) considera que hasta el año de edad; 6% ($n=5$), que se debe dar leche hasta que se termine, y 9% ($n=7$) no sabe nada al respecto.

Pahura⁽¹⁴⁾ (2013), en su estudio “Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de seis meses”. Para ello, encuestó a 30

madres adolescentes de 14 a 19 años en el Hospital San José de Pergamino-Buenos Aires; encontrando que el 73.3% de las madres adolescentes desconocía lo que significaba brindar lactancia materna exclusiva; el 43.3% alimentó a sus hijos con lactancia materna parcial, el 30% lo hizo con lactancia artificial y sólo el 26.7% brindó exclusivamente leche materna.

TABLA 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES CON RELACIÓN A LA EDAD. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2016.

Edad (años)	Nivel de Conocimiento							
	Deficiente		Regular		Bueno		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
14 - 16	2	2,9	11	15,7	1	1,4	14	20,0
17 - 19	11	15,7	36	51,4	9	12,9	56	80,0
TOTAL	13	18,6	47	67,1	10	14,3	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a madres adolescentes del HRA.

	Valor	gl	χ^2_t	P > 0,05
Chi-cuadrado de Pearson	1,139 ^a	2	5,991	,566
N de casos válidos	70			

En la tabla 1 se observa que el 80% (56) de las madres adolescentes encuestadas tenían entre 17-19 años; de ellas, el 51,4% tuvieron regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el 12,9% tuvieron buen nivel de conocimiento. El 20% restante tuvieron entre 14-16 años; de las cuales, el 15,7% tuvieron regular nivel de conocimiento sobre el tema en estudio y el 2,9% tuvieron nivel de conocimiento deficiente.

Del análisis de la tabla se concluye que el 51.4% (36) de las madres adolescentes tenían entre 17–19 años de edad con regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

Los resultados sometidos a análisis estadístico, prueba de chi cuadrado, nos da a conocer que no existe relación de la edad de la madre adolescente con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva ($p > 0,05$).

Delgado-Nombera⁽²⁾ (2012), en su investigación “Nivel de conocimiento de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. Hospital Regional Docente Las Mercedes -Chiclayo, 2012”. La población estuvo conformada por 124 madres adolescentes entre las edades de 12 a 19 años (de ellas, el 58% tenían edades entre 15 a 17 años, 23% entre 12-14 años y 19% entre 18 y 19 años), que acudieron a los servicios de Neonatología, Ginecología, y Crecimiento y Desarrollo. Los resultados revelaron que 48.4% de madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimientos y sólo 10.5% nivel alto. Con respecto a lactancia materna exclusiva, el 43.5% de las madres adolescentes desconocían como definir la lactancia materna exclusiva, el 36.5% manifestó que era brindarle únicamente leche materna y el 20% definían que la lactancia materna exclusiva, es amamantar con leche materna y otras sustancias agregadas.

Los resultados de la investigación previa muestra diferencia significativa, debido a que en nuestro estudio no se encontró madres adolescentes comprendidas entre los 12-14 años, como si lo dan a conocer en el estudio de Delgado-Nombera y que está representada por casi la cuarta parte de las madres encuestadas (un 23%).

Mientras que nuestros resultados si lo comparamos con los reportados por **Guerrero-Vera**⁽⁴⁸⁾ (2013), en su investigación sobre “Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes” que se atendieron en la Fundación Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo, en Cuenca-Ecuador; el 65% fueron adolescentes comprendidas entre los 17-19 años, de las cuales, el 28% tuvieron un conocimiento malo sobre lactancia materna y el 18% un conocimiento bueno. El 35% fueron adolescentes comprendidas entre 14-16

años mostraron un 27% de conocimiento malo sobre el tema en estudio y el 5% un conocimiento regular.

Se observa que las madres adolescentes en nuestro estudio en ambos grupos de edades mostraron mayor porcentaje de nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva, 51,4% (en adolescentes de 17-19 años) y 15,7% (en adolescentes de 14-16 años). Estos resultados demuestran que de alguna manera los profesionales de Obstetricia y los que están en formación, durante la atención prenatal o durante la estancia de las madres en los servicios de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho; reciben información referente a lactancia materna exclusiva. Pero, algunas de las madres adolescentes también se estarán informando por otras fuentes, que podrían ser motivo de investigación.

Al respecto de la importancia de la educación que se debe brindar a las madres gestantes sobre diferentes temas de salud, en particular relacionado a lactancia materna, **Veliz**⁽⁵⁰⁾ (2010), manifiesta que “la educación que la madre recibe es fundamental para el buen éxito de la lactancia. Es preciso conocer bien, además de las ventajas y beneficios de la lactancia natural, los problemas o anormalidades posibles y sus soluciones, para acoger las observaciones maternas adecuadamente, ya que muchas veces son bien fundadas y, manejadas correctamente, no deberían causar interrupción de la lactancia”.

Pinilla y cols⁽¹²⁾ (2014), en su investigación “Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva”. Se trata de un estudio de corte transversal, con 158 madres adolescentes en etapa de lactancia que asistieron a los servicios de primer nivel de atención de Bucaramanga-Colombia. Encontrando el promedio de edad de las madres adolescentes fue de 17.9 años, donde el 39.4% lactó 6 meses y el 9.8% lactó más de 6 meses.

Alvarez⁽¹³⁾ (2013), en su investigación realizada en 79 adolescentes embarazadas mexicanas entre 12 a 19 años; encontró que el promedio de edad de las encuestadas fue de 17.6 años (la más pequeña reportó tener 13 años). Con respecto a la lactancia materna exclusiva, un 57% ($n=45$) considera que se

debe dar única y exclusivamente leche materna hasta los 6 meses de edad del bebé y el 19% ($n=15$) considera que se debe dar hasta el año de edad.

TABLA 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES CON RELACIÓN AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2016.

Nivel de Instrucción	NIVEL DE CONOCIMIENTO						TOTAL	
	Deficiente		Regular		Bueno		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Primaria	1	1,5	3	4,2	1	1,4	5	7,1
Secundaria	12	17,1	38	54,3	9	12,9	59	84,3
Superior	-	--	6	8,6	-	--	6	8,6
TOTAL	13	18,6	47	67,1	10	14,3	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a madres adolescentes del HRA.

	Valor	Gl	χ^2_t	P > 0,05
Chi-cuadrado de Pearson	3,298 ^a	4	9.488	,509
N de casos válidos	70			

La siguiente tabla nos muestra que el 84,3% (59) de las madres adolescentes encuestadas tenían nivel de instrucción secundaria; de ellas, el 54,3% tuvieron regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el 12,9% tuvieron buen nivel de conocimiento. El mínimo porcentaje (7,1%) tuvieron nivel de instrucción primaria; de las cuales, el 4,2% tuvieron regular nivel de conocimiento sobre el tema en estudio y el 1,4% tuvieron nivel de conocimiento bueno y el 1.5% nivel de conocimiento deficiente.

Del análisis de la tabla se concluye que el 54.3% (38) de las madres adolescentes tenían nivel de instrucción secundaria con regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

Los resultados sometidos a análisis estadístico, prueba de chi cuadrado, nos da a conocer que no existe relación con respecto al nivel de instrucción de la madre adolescente con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva ($p > 0,05$).

Nuestros resultados con respecto a otras investigaciones realizadas en madres adolescentes sobre el tema en estudio encontraron menor porcentaje de adolescentes que se encontraban con nivel de instrucción secundaria. Así, **Guerrero-Vera**⁽⁴⁸⁾ (2013), en su investigación en madres adolescentes que se atendieron en la Fundación Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo, en Cuenca-Ecuador, encontró a un 55% con nivel de instrucción secundaria; de ellas, el 32% tuvieron conocimiento malo sobre lactancia materna y el 11% tuvieron conocimiento regular, seguidamente, el 24% fueron de nivel de instrucción superior; de las cuales, el 11% tuvieron conocimiento malo sobre lactancia materna y el 8% buen nivel de conocimiento. Sólo el 21% fueron madres adolescentes con instrucción primaria.

Alvarez⁽¹³⁾ (2013), en su investigación “Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco-México”. Aplicó un cuestionario semiestructurado de 33 preguntas, cerradas/abiertas, durante los meses de mayo a julio del 2012 en el Centro de Salud “Dr. Gerardo Varela Mariscal” a 79 adolescentes embarazadas entre 12 a 19 años; de ellas, el 49% (n=39) completó la escuela secundaria, mientras que 18% (n=14) cuenta con secundaria incompleta. Únicamente 18% (n=14) terminó la preparatoria y 11%, carrera técnica. Con respecto a los conocimientos que tienen las adolescentes sobre la lactancia, los beneficios de la leche materna y de la fórmula, así como del inicio de la alimentación complementaria; el 97% (n=77) de las encuestadas considera que la mejor forma de alimentar a su bebé es con leche materna, (el 3% restante considera que es mejor la fórmula infantil láctea).

Sin embargo, nuestros resultados son mejores a los obtenidos por **Pahura**⁽¹⁴⁾ (2013), en su estudio “Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de seis meses”, en adolescentes de 14 a 19 años que se atendieron en el Hospital San José de Pergamino-Buenos Aires; encontró mayor porcentaje (80%) de madres adolescentes que ni siquiera había terminado el nivel primario, sólo el 13,3% terminaron la primaria y el 6,7% se encontraba cursando el nivel secundario.

El hecho de que la mayoría de las madres adolescentes del Hospital Regional de Ayacucho en estudio tengan nivel de instrucción secundaria, se debe a que se embarazaron mientras se encontraban en el colegio; y como se sabe la gran mayoría de ellas dejan de estudiar. Por ello, muy pocas llegan a tener estudios de nivel universitario.

Toda madre, independientemente del nivel de instrucción y la edad que tenga, debe saber las recomendaciones que da la OMS⁽⁴⁹⁾ (2016): “La lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud de la madre y el niño. La leche materna contiene todos los nutrientes que el niño necesita durante los seis primeros meses de vida. La lactancia materna protege contra la diarrea y las enfermedades comunes de la infancia, como la neumonía, y también puede tener beneficios a largo plazo para la salud de la madre y el niño, como la reducción del riesgo de sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia”.

TABLA 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES CON RELACIÓN A LA OCUPACIÓN. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2016.

Ocupación	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	Deficiente		Regular		Bueno		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estudiante	-	--	14	20,0	2	2,9	16	22,9
No trabaja (*)	13	18,6	25	35,7	6	8,6	44	62,9
Otro	-	--	8	11,4	2	2,8	10	14,2
TOTAL	13	18,6	47	67,1	10	14,3	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a madres adolescentes del HRA.

(*): Se dedican a los quehaceres del hogar.

	Valor	gl	χ^2_t	P < 0,05
Chi-cuadrado de Pearson	9,891 ^a	4	9.488	,042
N de casos válidos	70			

En la presente tabla se observa que el 62,9% (44) de las madres adolescentes encuestadas no trabajaban; de ellas, el 35,7% tuvieron regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el 18,6% tuvieron nivel de conocimiento deficiente. El menor porcentaje (14,2%) de las adolescentes en estudio se encuentran en el grupo con otras formas de

ocupación; de las cuales, el 11,4% tuvieron regular nivel de conocimiento sobre el tema en estudio y el 2,8% tuvieron buen nivel de conocimiento.

Del análisis de la tabla se concluye que el 35.7% (25) de las madres adolescentes no trabajan y tuvieron regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

Los resultados sometidos a análisis estadístico, prueba de chi cuadrado, nos da a conocer que existe relación con respecto a la ocupación de la madre adolescente con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva ($p < 0,05$).

De los resultados también se desprende que la mayoría de las madres adolescentes del estudio no trabajan, es decir, se dedican a los quehaceres del hogar, esto refleja que una madre adolescente en nuestro medio deja de estudiar para atender al hijo; de allí, que se queden con nivel instrucción secundaria; así como también, lo más probable que el bebé que tienen actualmente es producto de un embarazo no deseado.

El ser ama de casa es una desventaja para una madre adolescente ya que dispone de menos oportunidad para poder informarse sobre los temas de salud, para el presente caso sobre la lactancia materna exclusiva; en cambio, las madres que se encuentran estudiando (representado por un 22,9% de las encuestadas) o realizan otras actividades (representado por un 14,3%), tienen mayor oportunidad de poder informarse. De allí, que en ambos casos no se encontró madres adolescentes con conocimiento deficiente sobre el tema en estudio.

Delgado-Nombera⁽²⁾ (2012), en su estudio de un total de 124 madres adolescentes encuestadas que se atendieron en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” de Chiclayo, que el 53.2% se dedicaban a los quehaceres del hogar, el 19.4% era estudiante y el 12% estudiaba y trabajaba. Los resultados revelaron que 48.4% de madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva y sólo 10.5% nivel alto.

En tanto que **Álvarez**⁽¹³⁾ (2013), en su investigación “Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna

exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco-México”, encontró a un 73% (n=58) de madres adolescentes que se dedicaban a los quehaceres del hogar y únicamente el 15% estudiaba (n=12) y un 11% (n=9) de ellas trabaja en negocios familiares.

TABLA 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES CON RELACIÓN AL INGRESO ECONÓMICO. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2016.

Ingreso económico	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	Deficiente		Regular		Bueno		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< S/ 850.00	12	17,2	29	41,4	7	10,0	48	68,6
S/ 850.00 - 1,400.00	1	1,4	15	21,4	3	4,3	19	27,1
> S/ 1,400.00	-	--	3	4,3	-	--	3	4,3
TOTAL	13	18,6	47	67,1	10	14,3	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a madres adolescentes del HRA.

	Valor	GI	χ^2_t	P > 0,05
Chi-cuadrado de Pearson	5,099 ^a	4	9.488	,277
N de casos válidos	70			

En la tabla 4 se observa que el 68,6% (48) de las madres adolescentes encuestadas tenían ingreso económico < S/ 850.00; de ellas, el 41,4% tuvieron regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el 10% tuvieron buen nivel de conocimiento. Sólo el 4,3% (3) de las adolescentes tenían ingreso económico > S/ 1,400.00 quienes tuvieron regular nivel de conocimiento sobre el tema en estudio.

Del análisis de la tabla se concluye que el 41.4% (29) de las madres adolescentes tenían un ingreso económico < S/ 850.00 y tuvieron regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

Los resultados sometidos a análisis estadístico, prueba de chi cuadrado, nos da a conocer que no existe relación entre el ingreso económico que manifiesta la madre adolescente con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva ($p > 0,05$).

Pero, de los resultados también se desprende que un porcentaje significativo de las adolescentes en estudio (68.6%), tienen ingresos económicos mensuales por debajo del ingreso mínimo vital (IMV) (< S/ 850.00), lo que las cataloga como madres adolescentes con bajo nivel económico y que podrían catalogarse en el rubro de pobreza, y ésta al relacionarse con niveles de conocimiento regular y deficiente acerca de la lactancia materna exclusiva, pudiera ser que hay riesgo de que no brinden adecuadamente este tipo de alimentación importante para los niños hasta los 6 meses de vida. Pero, por el contrario, al parecer las “favorecería”, ya que si pretenden brindar otro tipo de alimentación que no sea la lactancia materna exclusiva no lo conseguirían ya que por su condición económica no estaría al alcance la adquisición de las leches maternizadas o las que se expenden en tarros. Aunque este comentario es subjetivo, la única forma de determinarlo es realizando un estudio del tiempo que brindaron lactancia materna exclusiva las madres adolescentes a sus hijos y los motivos que les llevó a no cumplirlo.

Si comparamos los resultados de las investigaciones que a continuación se dan a conocer, con los obtenidos en nuestro estudio se observa que hay diferencias. Tal es así que **Pinilla** ⁽¹²⁾ **y cols** (2014), en su investigación “Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva”. Se trata de un Estudio de corte transversal, con 158 madres adolescentes en etapa de lactancia que asisten a los servicios de primer nivel de atención de Bucaramanga. Encontrándose los siguientes resultados: Las características económicas de las encuestadas muestran que el promedio de ingreso económico mensual está dado por un 64.3% con un salario mínimo (SMLV), mientras que el 24% de las familias tienen ingresos inferiores a un

SMLV, donde el 39.2 % ha lactado a su hijo con solo leche materna durante 6 meses, el 55.4% ha incluido agua o alimentos antes de los 6 meses de vida.

TABLA 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES CON RELACIÓN AL ESTADO CIVIL. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2016.

Estado civil	Nivel de Conocimiento							
	Deficiente		Regular		Bueno		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltera	-	--	9	12,9	1	1,4	10	14,3
Conviviente	13	18,6	38	54,2	9	12,9	60	85,7
TOTAL	13	18,6	47	67,1	10	14,3	70	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a madres adolescentes del HRA.

	Valor	gl	χ^2_t	P > 0,05
Chi-cuadrado de Pearson	3,224 ^a	2	5.991	,199
N de casos válidos	70			

En la tabla 5 se observa que el 85,7% (60) de las madres adolescentes encuestadas se encontraban en estado de convivencia; de ellas, el 54,2% tuvieron regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el 12,9% tuvieron buen nivel de conocimiento. El 14,3% restante se encontraban solteras; de las cuales, el 12,9% tuvieron regular nivel de conocimiento sobre el tema en estudio y el 1,4% tuvieron buen nivel de conocimiento.

Del análisis de la tabla se concluye que el 54.2% (38) de las madres adolescentes se encontraban en estado de convivencia y tuvieron regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

Los resultados sometidos a análisis estadístico, prueba de chi cuadrado, nos da a conocer que no existe relación con respecto al estado civil de la madre adolescente con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva ($p > 0,05$).

Si comparamos los resultados de las investigaciones que a continuación se dan a conocer, con los obtenidos en nuestro estudio se observa que hay divergencias considerables. Tal es así que **Guerrero-Vera**⁽⁴⁸⁾ (2013), en su investigación en madres adolescentes que se atendieron en la Fundación Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo, en Cuenca-Ecuador, encontró a un 43% que se encontraban en unión libre; de ellas, el 21% tuvieron conocimiento malo sobre lactancia materna y el 10% tuvieron conocimiento regular. Seguidamente, el 33% fueron adolescentes casadas; de las cuales, el 13% tuvieron conocimiento malo sobre lactancia materna y el 11% buen nivel de conocimiento. El 24% fueron madres adolescentes solteras, la mayoría de ellas (21%) con conocimiento malo sobre lactancia materna.

En tanto que **Alvarez**⁽¹³⁾ (2013), en su investigación “Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco-México”, en relación al estado civil, el 47% ($n=37$) reportó vivir en unión libre, el 29% ($n=23$) se encontraba soltera y el 19% ($n=15$) estaba casada.

Como se puede observar en los resultados obtenidos en nuestro estudio, no se encontró madre adolescente casada, la gran mayoría de ellas se encuentran en convivencia con la pareja, lo que está relacionado con que la mayoría de ellas se dediquen a los quehaceres del hogar; lo que indicaría que la madre adolescente no sólo atiende a su bebé sino también a la pareja, debido a que la mayoría de las parejas de las madres adolescentes tienen que trabajar en algún oficio para mantener a su familia. Por ello, el estado civil, se convierte en otra variable que se relaciona con que la adolescente no se supere.

TABLA 6

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES CON RELACIÓN AL EMBARAZO SI FUE DESEADO O NO. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2016.

Embarazo Deseado	Nivel de Conocimiento							
	Deficiente		Regular		Bueno		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	8	11.4	26	37.1	7	10.0	41	58.5
No	5	7.2	21	30.0	3	4.3	29	41.5
TOTAL	13	18.6	47	67.1	10	14.3	70	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a madres adolescentes del HRA.

	Valor	gl	χ^2_t	P > 0,05
Chi-cuadrado de Pearson	,790 ^a	2	5.991	,674
N de casos válidos	70			

La presente tabla nos muestra que el 58,5% (41) de las madres adolescentes encuestadas consideraban a su embarazo deseado; de ellas, el 37,1% tuvieron regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el 10% tuvieron buen nivel de conocimiento. El 41,5% restante consideraron a su embarazo como no deseado; de las cuales, el 30% tuvieron regular nivel de conocimiento sobre el tema en estudio y el 4,3% tuvieron buen nivel de conocimiento.

Del análisis de la tabla se concluye que el 37.1% (26) de las madres adolescentes consideraban a su embarazo deseado y tuvieron regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

Los resultados sometidos a análisis estadístico, prueba de chi cuadrado, nos da a conocer que no existe relación en lo relacionado a que si el embarazo fue deseado o no por la madre adolescente con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva ($p > 0,05$).

Pahura⁽¹⁴⁾ (2013), en su estudio “Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de seis meses”, en adolescentes de 14 a 19 años que se atendieron en el Hospital San José de Pergamino-Buenos Aires; con relación a la variable “si su embarazo había sido deseado o no”, el 73,3% respondieron que su embarazo era no deseado y sólo el 26,7% consideraron que si era deseado. No relacionaron estos resultados con el nivel de conocimiento sobre la misma, pero reportan que hay predominio de la lactancia parcial (43,3%), seguida de lactancia artificial (30%) y sólo el 26,7% alimenta con lactancia materna exclusiva.

La OMS⁽⁴⁹⁾ (2016), recomienda que los lactantes deben recibir lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos.

Los resultados hallados en la presente investigación nos dan a saber que la mayoría de las madres adolescentes consideraron a su embarazo como deseado; pero este hecho no influye en el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva; debido a que la mayoría de ellas tienen regular nivel de conocimiento.

Un porcentaje considerable de madres adolescentes consideraron a su embarazo como no deseado, lo que refleja que las adolescentes al iniciar con la actividad sexual y no usar medios de protección para evitarlo llegan a ser madres a los pocos meses de iniciar con las relaciones coitales. Pero en este grupo de madres tampoco influyen en el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva, debido a que la mayoría tienen regular nivel de conocimiento.

TABLA 7

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES CON RELACIÓN A LA PARIDAD. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE-NOVIEMBRE 2016.

Paridad	NIVEL DE CONOCIMIENTO							
	Deficiente		Regular		Bueno		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primípara	13	18.6	43	61.4	8	11.4	64	91.4
Múltipara	-	--	4	5.7	2	2.9	6	8.6
TOTAL	13	18.6	47	67.1	10	14.3	70	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a madres adolescentes del HRA.

	Valor	gl	χ^2_t	P < 0,05
Chi-cuadrado de Pearson	18,741 ^a	4	9.488	,001
N de casos válidos	70			

En la presente tabla se observa que el 91,4% (64) de las madres adolescentes encuestadas fueron primíparas; de ellas, el 61,4% tuvieron regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva, el 18.6 % tuvieron nivel de conocimiento deficiente y sólo el 11,4% tuvieron buen nivel de conocimiento. El menor porcentaje (8,6%) de las adolescentes en estudio fueron múltiparas; de las cuales, el 5,7% tuvieron regular nivel de conocimiento sobre el tema en estudio y el 2,9% tuvieron buen nivel de conocimiento.

Del análisis de la tabla se concluye que el 61.4% (43) de las madres adolescentes tenían un ingreso económico < S/ 850.00 y tuvieron regular nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva.

Los resultados sometidos a análisis estadístico, prueba de chi cuadrado, nos da a conocer que existe relación con respecto a la paridad de la madre adolescente con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva ($p < 0,05$).

Si observamos los resultados, las primíparas (es decir, las que se embarazaron por primera vez) concentran mayor número de casos de conocimiento deficiente sobre el tema en estudio; mientras que las que tuvieron antecedentes de embarazo previos, concentran mayor número de casos de nivel de conocimiento de regular a bueno.

Álvarez⁽¹³⁾ (2013), en su investigación “Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco-México”. Encontró en 79 adolescentes embarazadas entre 12 a 19 años al 81% ($n=64$) que era su primer embarazo y 19% ($n=15$) ya había experimentado el embarazo previamente, con promedio de un hijo; donde el 97% ($n=77$) de ellas consideraban que la mejor forma de alimentar a su bebé es con leche materna.

Fernández⁽⁵¹⁾ (2013), en su estudio “Factores socioculturales de las madres adolescentes asociados a la lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud “Pérez Carranza-Lima”. Encuestó a través de un cuestionario a 60 madres adolescentes con niños menores de seis meses; encontrando a un 93% de ellas que tenían un solo hijo y al 7% con dos hijos, y con respecto a las prácticas de la lactancia materna fueron inadecuadas en el 67% y adecuadas en sólo el 33%.

CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se determinó el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en 70 madres adolescentes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho, encontrándose al 67% que tuvieron regular nivel de conocimiento, el 19% tuvieron un conocimiento deficiente y el 14% presentaron buen nivel de conocimiento.
2. Las variables que no se asociaron con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, sometidos a la prueba estadística chi cuadrado ($p > 0.05$), fueron: la edad, el nivel de instrucción, el ingreso económico, el estado civil y si el embarazo fue deseado o no. Sin embargo, el 80% de las madres adolescentes tuvieron entre 17-19 años, el 84.3% tuvieron instrucción secundaria, el 68.6% tuvieron ingresos económicos mensuales $< S/ 850.00$, el 85.7% se encontraban en convivencia y el 58.6% consideraron a su embarazo como deseado.
3. Las variables que se asociaron con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, sometidos a la prueba estadística chi cuadrado ($p < 0.05$), fueron: la ocupación y la paridad. Sin embargo, el 62.9% de las adolescentes en estudio no trabajaban y el 22.9% se encontraban estudiando; y, el 91.4% de ellas fueron primíparas.

RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de la salud se les recomienda el continuar con las acciones educativas encaminadas a incrementar la cobertura de la práctica de la lactancia materna en el país; no solo dentro de los establecimientos de salud, sino además dentro de la comunidad, a través de medios de comunicación; y más aún por parte de todo el personal de salud. Así como, continuar con las actividades académicas durante la formación de los profesionales de la salud que los habilite como líderes en los programas de promoción, prevención y atención al trinomio “madre – padre – hijo”.
2. el profesional de obstetricia debe estar en constante capacitación, para fortalecer conocimientos y habilidades para educar a las madres y proporcionar, proteger y apoyar a la lactancia materna exclusiva.
3. Al Hospital Regional de Ayacucho, crear programas, espacios para que las mujeres en edad reproductiva, gestantes y puérperas acudan a recibir información y conocer la real importancia sobre lactancia materna exclusiva.
4. Mantener abierto los canales de información a todas las adolescentes embarazadas y a las que ya han sido madres, de los beneficios que ofrecen la lactancia materna y todas las técnicas que permitan que el amamantamiento se lleve a cabo en una forma satisfactoria para el binomio madre- hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA. Lactancia materna: Guía para profesionales. 2004.
2. DELGADO. L, NOMBERRA.F. “nivel de conocimiento de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva”[tesis]. HRDLM—Chiclayo, 2012.
3. 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. 2003.
4. MONSALVE M; ROJAS C; UNDA M. Factores y Motivos del abandono precoz de la Lactancia Materna Exclusiva en madres adolescentes.[tesis].Valdivia – Chile. 2011. Universidad Austral de Chile.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática(INEI)-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo paratextos de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010
7. GARCIA, H; “Situación de la lactancia materna” Ministerio de Salud; Perú - 2011.
8. ENDES. Encuesta demográfica y de salud familiar 1996-2015
9. ARAPA, E; MITMA, Y. “conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en puérperas primíparas atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho” [tesis] .Abril-Junio 2009”.
10. QUEZADA, C; DELGADO, A; ET AL. “Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes [tesis].México-2010
11. MONSALVE, M; ROJAS, C; ET AL. “factores y motivos del abandono precoz de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes”[tesis] Chile, 2011.
12. PINILLA, E; DOMINGUEZ, C ET AL. “madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva” [tesis] COLOMBIA -2011.
13. ALVAREZ, P. “Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas” [tesis] México-

2013.

14. PAHURA, A. “evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de 6 meses”[tesis] Argentina – 2013.
15. VILLAVERDE, E ; “Factores socioculturales de las madres adolescentes asociados a la lactancia materna exclusiva en el centro de salud Pérez Carranza” [tesis](2013 -PERU)
16. AYALA, J; JERI, A. “nivel de conocimiento sobre lactancia materna relacionado a la técnica de amamantamiento en madres de niños menores de 6 meses” [tesis] Ayacucho -2012.
17. Ministerio de Salud. MINSA, “Lactancia Materna” Texto para el uso de Capacitadores en la iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y Niño. UNICEF.
18. AGUAYO V Y COL. “Valor monetario de la leche materna en Bolivia” Rev. Panam. Salud Publica vol.10 no.4 Washington Oct. 2001
19. SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA Y UNICEF (2010). Amamantar es un Derecho. Semana Mundial de la Lactancia Materna. Editado por UNICEF. Primera Edición. Buenos Aires.
20. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ (2009). Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño. Lima, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF.
21. CRUZ, et AL. Leche Materna. Editado por Instituto Pedagógico Latinoamericano y El Caribe. Costa Rica-2007.
22. HELSING ELISABET (2008), Guía práctica para una buena lactancia. Primera edición. Editorial Pax. México.
23. CADENA, L; BENAVIDES, D; “Conocimiento, aptitudes y prácticas sobre la lactancia materna en madres con niños de 0-1 año de edad” [tesis]Provincia de Carchi. Enero-Agosto 2010
24. FERRÁEZ M. Lactancia Materna. 1 ed. México: Editorial McGraw-Hil Interamericana, S.A; 1998.
25. JAIMOVICH E., et AL. “Lactancia Materna y Crecimiento Pondo-estatural, durante el primer año de vida. Rev. Chil. Pediatr. 2007
26. UNICEF. “lactancia materna” (serie en internet) 2010 set (citado set 2010)

27. BIRCH, L.L., & DAVISON, K.K. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight
Pediatric Clinic North Am. 2001
28. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: “indicadores para evaluar las prácticas de la alimentación del lactante y del niño pequeño” .2007
29. BUSDIECKER B, et al. “Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: Una visión antropológica”. RevChilPediatr; 2007
30. MERE, R; PAREJA, Z “conocimientos sobre la lactancia materna que poseen las primíparas que acuden al control prenatal del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé”. [tesis] (Lima-1997).
31. BESANT, A. “técnicas de lactancia materna” (serie en internet) 2008 (citado setiembre 2011)
32. WAISMAN, M; HERRERA, R. Enfermería en lactancia (serie en internet) 2009 (setiembre 2011)
33. VALDES, V. “técnicas de amamantamiento para una lactancia” (serien en internet) 2003. (citado en agosto del 2011).
34. PEREZ´, A; DONOSO, E. Obstetricia. Tercera edición. Chile -1999
35. MINSA “Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú” Perú -1994
36. HUICHAPA, K. “Manual de Lactancia para Profesional de Salud” -1995.
37. Organización Mundial de la Salud (OMS).Serie de informes Técnicos N° 485- Desarrollo humano y salud pública. Ginebra 1972.
38. HONORIO Q. C. “conocimiento y su relación con las prácticas de las madres de niños menores de 5 años sobre la prevención de IRAS”, Lima octubre-2007
39. HERNÁNDEZ, F. “grado de conocimiento sobre algunas cuestiones técnicas de la lactancia materna en Camaguey”. Cuba-1997
40. FERRO, M; FLORES, H. “nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en púerperas” [tesis] Perú 2005.
41. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD MATERNIDAD SEGURA - 2002.
42. Secretaría de Salud (SSA). Dirección General de Salud Reproductiva. Prevención del embarazo no planeado en adolescentes. 2002.

43. Organización Mundial de la Salud (OMS). "Embarazo en adolescentes: Un problema culturalmente complejo". 2009.
44. RUOTI, A, "patología obstétrica en adolescentes embarazadas". Rev. SOGIA 1994.
45. RUOTI, M; RUOTI, A. "sexualidad y embarazo en adolescente" Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud. Paraguay" Universidad De Asunción -1992
46. MOLINA, M; PEREZ, R; FERRADA, C, et AL. "embarazo en la adolescencia" Rev. Ciencia y Salud-1997.
47. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Lactancia materna exclusiva. Disponible en GUERRERO, J; VERA, J. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes. Trabajo de investigación de la Universidad del Azuay-Ecuador. 2013.
48. Guerrero C., Jorge; Vera, Jorge. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes. Trabajo de investigación de la Universidad del Azuay-Ecuador. 2013
49. OMS. 2016. Lactancia materna exclusiva. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales.
50. VELIZ, J. Identificación de factores vinculados a la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva. Policlínico "Hermanos Cruz". 2004. Tesis para optar por el título de Master en Salud Pública.
51. FERNÁNDEZ, L. 2013. Factores socioculturales de las madres adolescentes asociados a la lactancia materna exclusiva en el Centro de Salud "Pérez Carranza-Lima". Escuela de Enfermería "Padre Luis Tezza". Tesis pregrado de Enfermería.

4.5. PAGINAS WEB:

- <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21996/capitulo1.pdf>
- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capituloel_concepto_de_adol_escencia.pdf
- <http://www.portalesmedicos.com>
- <http://www.es.wikipedia.org/wiki/edad>
- <http://www.salud180.com/salud-z/lactancia>
- <http://www.salud180.com/salud-z/lactancia>
- <http://www.definicionabc.com/general/factores.php>
- <http://www.definicion.de/procedencia/>
- <http://www.es.wikipedia.org/wiki/edad>
- <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21996/capitulo1.pdf>
- http://www.unicef.cu/docs/Progress_for_childrenNo9_SP_081710.pdf

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN
INDEPENDIENTE:				
FACTORES SOCIALES DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:	Conjunto de situaciones específicas, circunstancias y expresiones de las madres adolescentes que influirán en la lactancia materna exclusiva.			
Edad	Se considera cronológicamente a partir de la fecha de nacimiento.	Adolescencia temprana Adolescencia media Adolescencia tardía	10-13años 14-16años 17-19años	Guía de Entrevista Estructurada
Nivel de Instrucción	Es el grado de educación escolarizada que ha alcanzado una persona.	Letrada Primaria Secundaria Universitario	Sin estudios 1er-6to grado 1er-5to grado Con estudios superiores	Guía de Entrevista Estructurada
Ocupación	Trabajo, empleo u oficio que impide emplear el tiempo en otra cosa.	Estudiante Empleado Desocupado Otros		Guía de Entrevista Estructurada
Ingreso Económico	Es la totalidad de las ganancias o ingresos que tiene una familia, se incluye el salario y los ingresos extraordinarios.	Baja Media Alta	<850 soles 850-1400 soles >1400 soles	Guía de Entrevista Estructurada

Estado civil	Llámesese así a la unión conyugal según las normas establecidas por el estado.	Soltera Casada Conviviente Otros		Guía de Entrevista Estructurada
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con Más de 22 semanas de gestación.	Primípara Multípara		Guía de Entrevista Estructurada
Embarazo deseado	Embarazo previsto, querido, planeado, planificado, esperado, oportuno, Es aquel que se produce con el deseo y/o planificación de concebir un hijo.	Si No		Guía de Entrevista Estructurada
DEPENDIENTE:				
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	Es el nivel de entendimiento, conjunto de saberes sobre lactancia materna exclusiva que tienen las madres adolescentes. Para que estas sean medidas, elaboramos una entrevista escrita estructurada donde se registran 10 preguntas, a cada pregunta respondida correctamente se le asigna el puntaje de dos (2).medimos el nivel de conocimiento de acuerdo al puntaje obtenido	Bueno Regular Deficiente	17-20puntos 11-16 puntos < de 11puntos	Guía de Entrevista Estructurada



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

FICHA DE ENTREVISTA

El presente instrumento tiene por objetivo conocer los factores que influyen en el nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el Hospital Regional de Ayacucho, Setiembre-Noviembre 2016". Se le agradece por su colaboración, la cual se aplica solo con fines de estudio. La información recopilada será de carácter reservado y se le garantizará el anonimato. Marcar con un aspa "X" en el paréntesis ()

Nº de ficha: **FECHA:**

I. DATOS GENERALES:

EDAD ()

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Iletrada () Primaria () Secundaria () Superior ()

OCUPACIÓN

Estudiante () Empleado () Desocupado () Otros ()

CONDICION ECONÓMICA

Baja (<S/ 850) () Media (S/850-1400) () Alta (>1400) ()

ESTADO CIVIL

Soltera () Casada () Conviviente () Otros ()

PARIDAD

Primípara () Multípara ()

EMBARAZO DESEADO

Si () No ()

II.- CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

1. **¿Sabe Ud. que es lactancia materna exclusiva? (2 puntos)**

- Alimentación del lactante con leche materna sin agregados
- Alimentación del lactante con leche materna apoyado del biberón
- No sabe

2. **¿Sabe Ud. hasta que edad debería darle lactancia materna exclusiva a su niño? (2 puntos)**

- Hasta 1 año de edad
- Hasta los 6 meses
- No sabe
- Otro

3. **¿Cuántas veces al día como mínimo se le debe lactar al niño? (2 puntos)**

- 7 veces al día
- 5 veces al día
- 8-12 veces al día
- Otro

4. **El niño debe tomar leche materna ¿Por qué? (2 puntos)**

- No puede tomar otro alimento
- Por ser la leche que más le gusta al bebé
- Lo nutre mejor que otros alimentos
- Por ser la leche que no da diarrea

5. **¿Si Ud. no tiene suficiente leche le daría otra leche en biberón a su bebé? (2 puntos)**

- Si
- No
- No sabe

6. **Cuando una madre no produce suficiente leche debe insistir a su recién nacido a succionar. (2 puntos)**

- Si
- No
- No sabe

7. ¿Cómo se coloca la mano para tomar el pecho cuando se amamanta? (2 puntos)

- Con la mano en forma de C
- Con los dedos en forma de tijera
- No importa la forma mientras se sienta cómoda
- No sé

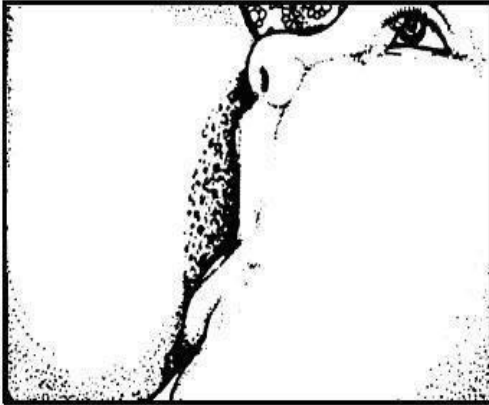
8. Al amamantar a su hijo debe comenzar por: (2 puntos)

- El pecho que en la mamada anterior el/la niño/a tomo último
- El pecho que en la mamada anterior el/la niño/a tomo primero
- Con cualquiera de los dos pechos eso no tiene importancia
- No sé

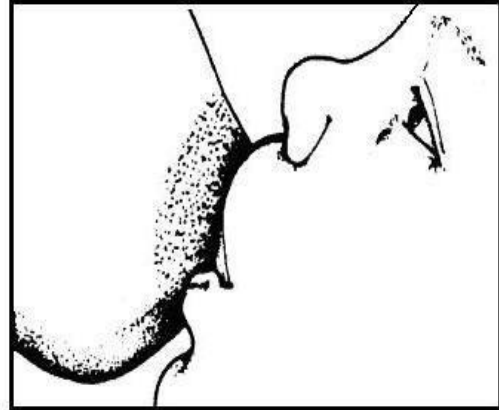
9. Marque la gráfica correcta en que se muestra la posición en cómo debe de dar de lactar a su bebe. (2 puntos)



10. Marque con una aspa cual es la posición que su bebe adopta al coger su pecho al lactar. (2 puntos)



()



()