



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA EXCLUSIVA  
EN MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS QUE  
ASISTEN AL CENTRO DE SALUD BELEN - AYACUCHO – PERÚ  
2012”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERIA**

**BACHILLER : ESPINOZA MITMA LISET FLOR INES**

**AYACUCHO - PERU  
2017**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA EXCLUSIVA  
EN MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS QUE  
ASISTEN AL CENTRO DE SALUD BELEN - AYACUCHO – PERÚ  
2012”**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 70 madres adolescentes primiparas, para el recojo de la información se utilizó un Cuestionario de alternativas múltiples de 18 ítems, organizado por las dimensiones: importancia, ventajas, técnicas. La validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,75); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de (0,98). La prueba de Hipótesis se realizó mediante el estadístico Chi Cuadrado con un valor de 18,4 y un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

### CONCLUSIONES:

El nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro de Salud Belen – Ayacucho, es Bajo. Este nivel de conocimientos se presenta según las respuestas de las madres, quienes señalan que: desconocen la importancia, higiene y cantidad de nutrientes en la Lactancia Materna Exclusiva. Tampoco saben acerca de los beneficios, ventajas, y sobre la prevención de enfermedades que proporciona la lactancia materna al niño. Además no conocen acerca de una buena posición, frecuencia y como interrumpir la succión en la lactancia materna.

**PALABRAS CLAVES:** *Lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas, importancia, ventajas, técnicas.*

## **ABSTRACT**

The objective of the present research was: To determine the level of knowledge about exclusive breastfeeding of the primigravida adolescent mothers who attend the Belen - Ayacucho Health Center - Peru 2012. It is a cross - sectional descriptive research, with a sample of 70 adolescent mothers Primitives, for the collection of the information was used a Questionnaire of multiple alternatives of 18 items, organized by the dimensions: importance, advantages, techniques. The validity of the instrument was made by means of the concordance test of the expert judgment obtaining a value of (0.75); Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of (0.98). The Hypothesis test was performed using the Chi Square statistic with a value of 18.4 and a significance level of  $p < 0.05$ .

## **CONCLUSIONS:**

The level of knowledge about exclusive breastfeeding of primitive teenage mothers attending the Belen - Ayacucho Health Center is low. This level of knowledge is presented according to the mothers' answers, who point out that: they do not know the importance, hygiene and quantity of nutrients in Exclusive Breastfeeding. They also do not know about the benefits, benefits, and prevention of illnesses that breastfeed the child. They also do not know about good position, frequency and how to stop sucking in breastfeeding.

**KEYWORDS:** *Exclusive breastfeeding of primitive teenage mothers, importance, advantages, techniques.*

## INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva se considera un componente fundamental en la alimentación infantil, también para su desarrollo, es decir fortalece el vínculo lactante y madre, y ésta etapa marca a futuro adulto en su desarrollo humano. También es considerado que la supervivencia del niño depende exclusivamente de una adecuada lactancia. En la mayoría de los países se ha observado que conforme, es mayor, el nivel cultural y la población pasa de rural a urbana, disminuye la alimentación al pecho materno y esto va asociado a diversos factores socioculturales. Pues muchas de las madres han ido perdiendo el incentivo de proporcionar lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad sin tomar en cuenta los beneficios, debido a las creencias equivocadas. Sin embargo, en la práctica, esta forma de alimentación se ha ido disminuyendo por la aparición de la lactancia artificial, principalmente en zonas urbanas de clase media y alta. Por lo tanto, es por eso de donde surge el problema del abandono de pecho materno. Hoy en día se reconoce ya que la lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad infantil causada por enfermedades en la infancia, como la diarrea, la neumonía, y esto, por otro lado ayuda a contribuir en la salud y el bienestar de la madre, a evitar los embarazos, e incrementar los recursos de la familia. Varios autores han señalado que los programas de promoción de la lactancia materna no han puesto suficiente atención a la definición de los grupos a los que van dirigidos. Se toma en cuenta muchas veces que solo un pequeño porcentaje de estas madres están dispuestas a seguir con la lactancia materna exclusiva sin interrupción alguna, pero por otro lado por diversos factores de tipo psicosocial, falta de apoyo en la familia, sobrecarga en el trabajo, problemas conyugales madre soltera o madre adolescente decide abandonar la lactancia materna exclusiva en el lactante.

Nuestro propósito en el presente trabajo es medir el nivel sobre la importancia de la lactancia materna en el lactante menor y a partir de ello sensibilizar a la madre adolescente para que pueda reconocer la importancia de la lactancia materna exclusiva no solo por el tema nutricional sino por su desarrollo humano.

Es importante mencionar que el proyecto de investigación presentado tiene Tres Capítulos siendo:

**Capítulo I:** El Problema de la Investigación, planteamiento del problema general, específicos, la formulación del problema, y de los objetivos generales y específicos, la justificación del estudio y las limitaciones de la investigación.

**Capítulo II:** Marco teórico, donde expondremos antecedentes Internacionales, Nacionales, la base teórica que fundamenten a la variable de investigación, se tomará en cuenta las definición de términos básicos utilizados, la hipótesis, la variable, dimensiones e indicadores.

**Capítulo III:** La Metodología, donde se considerará, el tipo y nivel de la investigación, la descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, el plan de recolección y procesamiento de datos que nos servirá para sustentar los resultados que obtendremos en este proyecto.

También se considerará los aspectos administrativos, teniendo en cuenta el presupuesto de la investigación, y el cronograma de actividades; y por último las Referencias bibliográficas y los anexos.

Estamos en una etapa donde se exige cada vez más calidad en el profesional egresado, este debe de abordar la problemática de salud que se le presente de forma integral y bregar cada día por ser mejor. Espero que el aporte de este trabajo pueda ser útil para los estudiantes, docentes y autoridades de la escuela de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, así como a los profesionales de la salud en general.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La suficiencia nutricional del recién nacido es una cuestión que sigue suscitando un intenso debate. En el parto se produce la transición súbita desde el estado nutricional fetal al de recién nacido. Ese estado se caracteriza por un aporte relativamente constante de nutrientes a través de la circulación materna placentaria suplementando con un grado menor de absorción entérica de nutrientes procedente del líquido amniótico deglutido. La transición a una vía intermitente y totalmente entérica para la solución de las necesidades nutricionales neonatales constituye un aspecto esencial del buen resultado del proceso adaptativo tras el parto.

Durante los primeros meses de vida la alimentación del lactante se basa en la leche materna, tanto en lo que se refiere a los aportes de energía como de nutrientes.

Hasta comienzos del siglo XX, la lactancia materna se prolongaba hasta los dos años de edad e incluso más tarde, suplantada en ocasiones por cereales y algunas semillas.

A raíz de la revolución industrial, y con la incorporación de la mujer al trabajo, disminuyó la lactancia materna, y la sustitución de esta por productos heterogéneos trajo como consecuencia un aumento para la mortalidad infantil.

Claro esta que hay madres que creen que la alimentación por medio del biberón y formulas, es la forma moderna y practica de alimentar a su hijo, ya sea porque tienen que salir del hogar a trabajar o por tener hijos no deseados. Pero no se dan cuenta que al hacer esto están perdiendo la oportunidad de crear un vinculo afectivo con su hijo y a la vez no le están proporcionando los nutrientes adecuados para la alimentación del lactante que solo posee la leche materna.

Los datos a nivel mundial indican que en la actualidad menos del 40% de los niños menores de 6 meses son alimentados exclusivamente con leche materna. Esto contribuye a la muerte prevenible de más de un millón de niños cada año, afirmó la Directora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Dra. Margaret Chan, la cual matizó que todas estas vidas se podrían haber salvado si las madres y sus familias son sensibilizadas y apoyadas adecuadamente para facilitar la labor de amamantar a los recién nacidos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda una alimentación con lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida. El 18.5% de niños y niñas menores de 6 meses reciben agua además de leche materna, el 30.5% recibe otro tipo de leche y el 15.5% recibe atoles, purés o sólidos antes de los 6 meses de vida. (5)

Particularmente los problemas que obstaculizan una adecuada alimentación en el niño, se da porque que hay madres que no quieren dar de lactar a su bebe, y ponen como excusa que no tienen leche, o que su bebe no coge bien su pecho, y la solución que le dan a esto es que le demos formula. También hay madres que actúan en cuanto a sus creencias culturales, sienten pudor y vergüenza de amamantar a su hijo



en el Centro de Salud y no lo hacen hasta llegar a casa. Algunas piensan que el calostro es sucio y debe de ser eliminado, de modo que no debe de darse al recién nacido.

Por lo tanto es necesario establecer qué y cuánto saben las madres primiparas en cuanto a lactancia materna exclusiva, su importancia y técnicas que llevan a solucionar dificultades que estas presentan y lograr que la lactancia materna exclusiva sea realmente exitosa.

Pese a que a las madres primiparas se les brinda educación en cuanto a lactancia materna, esta no logra ser suficiente. Es por eso que el personal de enfermería tiene el compromiso de estimular el inicio y la continuidad de la lactancia materna exclusiva, proporcionando que esta sea realmente exitosa.

Por lo tanto al analizar la situación antes descrita surge la inquietud de formular la siguiente interrogante:

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA:**

### **1.2.1 Problema General**

¿Cuál es el conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012?

### **1.2.2 Problemas Específicos**

- ❖ ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de salud primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012?
- ❖ ¿Cuál es nivel de conocimiento sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes

primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012?

- ❖ ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las técnicas de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012?

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 Objetivo General:**

Determinar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos:**

- ❖ Determinar el nivel de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012.
- ❖ Determinar el nivel de conocimiento sobre las ventajas de la Lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012.
- ❖ Determinar el nivel de conocimiento sobre las técnicas de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012.

### **1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Se justifica la necesidad de investigar sobre este tema ya que se ha apreciado que en el Centro de Salud la mayoría de madres prenatales necesitan informarse sobre la importancia de la lactancia materna, es por

ello, necesario investigar sobre este tema, empezando con la promoción de la lactancia materna en el Centro de Salud Belen.

En este trabajo lo que se logro es contribuir al desarrollo de ambientes favorables a la lactancia materna exclusiva para todas las primiparas que asisten a sus controles.

### **1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION:**

Consideramos que una limitación podría ser la asistencia irregular de las madres para la atención de sus lactantes en el servicio de crecimiento y desarrollo.

El hecho de ser un estudio de cohorte transversal también limita la visión de problema en el tiempo la visión dinámica y como va evolucionando esta problemática. Los recursos disponibles en el campo también van a influir.

Una limitación también será que los resultados solo podrá servir para esta población.

## **CAPITULO II: EL MARCO TEÓRICO**

### **2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **2.1.1 Antecedentes Internacionales:**

**AZNAR Flor, SALAZAR Scarlet, DELGADO Xiomara, áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo– Venezuela en el año 2009, realizan la investigación relacionada con la “Evaluación del conocimiento de las madres sobre lactancia materna”, con el objetivo de determinar los conocimientos básicos que poseen las madres sobre la práctica de la lactancia materna y relacionarlos con el inicio, la duración y forma de implementación del amamantamiento. El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 502 madres que acudieron a centros hospitalarios públicos y privados de Caracas y Maracaibo, la técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento el cuestionario.**

Concluyendo entre otros:“...Un alto porcentaje de madres alimenta a sus hijos por medio de la lactancia materna. Se asocia a este hecho una mayor edad materna, procedencia de zonas urbanas y baja paridad. Sin embargo, el inicio, la forma y la duración de esta práctica no es el adecuado, debido a una falta de información en

relación a aspectos de gran importancia como son el inicio temprano, con sus ventajas nutricionales y emocionales; horario a libre demanda, y técnicas de extracción y conservación de la leche materna, lo cual trae como consecuencia un alto índice de abandono del amamantamiento”<sup>(5)</sup>

**GAMBOA Edna, LÓPEZ Nahyr , PRADA Esperanza G, GALLO Kelly, Asentamiento Humano Las Marías del Municipio de Girón - Chile en el año 2005, realizaron un estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil”,** con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes, prácticas relacionados con la Lactancia Materna el método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 122. Se utilizó el muestreo por conveniencia. Participaron en el estudio 96 mujeres en edad fértil, la técnica que se utilizó fue encuesta estructurada, mediante entrevista directa.

Concluyendo entre otros: "...Se presentaron proporciones considerables de mujeres que dieron lactancia materna durante menos de seis meses, que iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses y que suspendieron la lactancia materna cuando el hijo lactante sufrió alguna enfermedad..."<sup>(6)</sup>

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales:**

**CONDORI Lucy, CHUPA Olga, en Lima- Perú en el año 2006 realizan la investigación sobre “Relación entre el contacto Madre-Hijo y la lactancia materna precoz”,** con el objetivo de determinar la Relación entre el contacto Madre-Hijo y la Lactancia Materna Precoz. El método que se utilizó fue el descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 102 puérperas que cumplieron los criterios de inclusión, la técnica que se utilizó fue la encuesta estructurada y el instrumento el cuestionario.

Concluyendo entre otros: "... El contacto madre-hijo se dio entre los 5 a 10 minutos después del nacimiento y duro de 20 a 30 minutos, el 43.8 por ciento de neonatos que tuvieron contacto piel a piel y visual lograron iniciar la lactancia materna dentro los 20 primeros minutos después del nacimiento, además presentaron una adecuada succión. Los resultados obtenidos mostraron que el 68.81% de madres no tienen conocimientos de las ventajas de la lactancia materna, un 92.66% de las madres no conocen la diferencia nutricional de la leche materna y las fórmulas lácteas..."

(7)

**María Mercedes, Ferro Sosa y Haydee Felicia Flores Condori,** (2005) Perú, realizaron un estudio titulado. "Nivel de conocimientos en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en puérperas del IEMP". Con el objetivo de: Determinar el Nivel de Conocimiento en lactancia Materna y su relación con Factores socioculturales. El método fue de tipo descriptivo transversal y retrospectivo. La población estuvo constituida por un total de 372 puerperas que cumplieron con criterios de inclusión. El instrumento que se utilizó fue una encuesta estructurada, utilizando como técnica la entrevista donde se llegó a las siguientes conclusiones: El nivel de conocimiento inadecuado predominio es de regular a malo en un 70%. El grupo de adolescentes son las que tienen mayor riesgo a tener un conocimiento inadecuado de lactancia materna; del mismo modo a las mujeres que son solteras, con grado de instrucción de primaria, las empleadas, las primíparas. La ocupación materna no tuvo relación con el nivel de conocimiento en el presente estudio.

(13)

**Leonisa, Jauregui Lopez, (2007).Perú, realizo un estudio titulado; “Conocimiento y actitud de la madre adolescente primípara frente a la lactancia materna exclusiva en el HNCH”.**

El objetivo de: Determinar el conocimiento y actitud de la madre adolescente primípara frente a la lactancia materna exclusiva. El método fue de tipo descriptivo de cohorte transversal, la selección de madres fue de tipo probabilística intencional; la población estuvo constituido por 104 madres adolescentes primíparas entre las edades de 13 a 18 años que acuden al primer control de sus lactantes en los consultorios de crecimiento y desarrollo y pediatría. El instrumento y técnica para la recolección de datos fue una encuesta anónima de tipo personal. Llegándose a la siguiente conclusión: Que el mayor grupo de madres adolescentes primíparas el 48%, tuvieron conocimientos regular de las cuales el 58%presentan actitud negativa. Con respecto a las madres que alcanzaron conocimiento bueno 20%del 85% presentaron actitud positiva y además negativa el 58.3% en las madres que tuvieron conocimiento malo. (14)

**Julissa Leonor Moscoso Flores, (2009), Perú, realizo un estudio titulado. “Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres primíparas hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Centro Médico Naval”.** El objetivo fue: Determinar los conocimientos y los factores que condicionen la disminución y abandono de la lactancia materna exclusiva. El método fue de tipo descriptivo prospectivo la población estuvo constituida 220 madres puérperas hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Centro Médico Naval, Cirujano mayor Santiago Távara` entre enero marzo 1991. El instrumento que se utilizo fue el cuestionario utilizando como técnica la entrevista. Llegándose a la siguiente conclusión: Que el conocimiento era insuficiente ya que apenas un 52.7% de la población no tuvo conocimiento sobre LME y un 47.3% no lo tenía. El desconocimiento de las técnicas

de una adecuada lactancia está originada a que las madres encuentren motivos suficientes para abandonar la Lactancia Materna Exclusiva. Los motivos que frecuentemente han mencionado las madres son: enfermedad de la madre, los medicamentos, nuevo embarazo o insuficiente leche. (15)

## **2.2 BASE TEÓRICA**

### **2.2.1 LACTANCIA MATERNA:**

#### **2.2.1.1 Reseña histórica:**

La lactancia materna es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales, que ha permanecido como referente para los bebés humanos desde los orígenes de la humanidad hasta finales del siglo XIX, tanto si se trata de leche de la propia madre o leche de otra madre a cambio o no de algún tipo de compensación. A principios del siglo XX se inicia lo que ha sido considerado como "el mayor experimento a gran escala en una especie animal": a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial y los niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta.

En 1979 la OMS/UNICEF organiza una reunión internacional sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño. De la reunión sale una resolución llamando a la elaboración de un Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. También se funda IBFAN para velar por el desarrollo de dicho Código. Paralelamente resurge el interés de la comunidad científica por la lactancia materna y son múltiples las investigaciones que se hacen sobre la misma. Empieza a acumularse la evidencia sobre la superioridad de la leche humana para la alimentación del



lactante y el niño pequeño. Otros investigadores dirigen sus esfuerzos al estudio de los condicionantes de la lactancia y de los factores que influyen en la elección del amamantamiento y en su duración. Los movimientos sociales (grupos de apoyo a la lactancia materna y la evidencia científica de que el abandono de la lactancia materna supone un problema de salud pública prioritario en todos los países del mundo empujaron a las instituciones internacionales y nacionales, con la OMS a la cabeza, a poner en marcha diferentes iniciativas.

El abandono del amamantamiento, como forma habitual de alimentación de los lactantes, es un problema con importantes implicaciones personales, sociales y sanitarias. Su relevancia ha sido destacada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en diferentes declaraciones.

Por otro lado se detalló que estudios de la misma OMS revelan que los bebés que no recibieron los calostros de la leche materna “están propensos a depresión o tendencias suicidas”. Que por ello se previene el abasto suficiente en los bancos de leche de los hospitales, para garantizar que tendrán el alimento disponible. También la leche materna previene problemas de hipertensión arterial, diabetes mellitus, problemas psiquiátricos, y otros padecimientos inmediatos y de la vida futura. La leche materna contiene células madre y es un factor de transferencia de sustancias inmunológicas, con las que no cuentan las leches artificiales o fórmulas, porque al nacer los bebés son estériles y que inician una colonización de bacterias de las cuales sólo la leche materna le puede dar defensas. También enfatiza la OMS que la costumbre de

aplicar una técnica mixta de lactancia, leche materna y fórmula láctea, promueve trastornos digestivos e inconvenientes como errores en la preparación de la fórmula, proliferación de bacterias en los biberones u otras cuestiones, que con el seno materno no ocurre. Por otro lado enfatizó “todas las mujeres están en capacidad de dar leche a sus hijos, la no producción de leche es extremadamente rara, se dice que probablemente no exista, tiene que ver con que la mamá no recibe consejería adecuada y recibe mitos o tips que no debe hacer”.

En concreto, para amamantar satisfactoriamente, las madres necesitan orientación por parte de las enfermeras; apoyo de los sistemas de salud con información durante la asistencia prenatal y parto; leyes que protejan la lactancia, así como la extracción y almacenamiento de la leche en los lugares de trabajo o estudio; establecimiento de comisiones nacionales de lactancia materna, de una legislación que regule la comercialización de los sucedáneos de la leche materna y promulgue la licencia de maternidad remunerada; la planificación y apoyo especiales en situaciones de desastres naturales, campamentos de refugiados o enfermedades críticas; así como entornos propicios que fomenten la lactancia materna.

#### **2.2.1.2 Definición de la lactancia materna exclusiva:**

Según la OMS la lactancia materna exclusiva el alimento ideal durante los primeros seis meses de vida del niño, pues le aporta todos los nutrientes, anticuerpos, hormonas, factores inmunitarios y antioxidantes que necesita para sobrevivir.

### 2.2.1.3 Definiciones para distintos tipos de alimentación

En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios.

- **Lactancia materna exclusiva:** Lactancia materna, incluyendo extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- **Lactancia materna predominante:** Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- **Lactancia materna completa:** Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante.
- **Lactancia materna:** Alimentación por leche de madre.

Estos tipos de alimentación van a ser muy características de la alimentación del bebe y esto va a ayudar a su mejor crecimiento y desarrollo para su futuro brindándole todos los nutrientes que el necesita en esta edad de vida

## 2.2.2. CARACTERÍSTICAS

### 2.2.2.1 Lactancia materna a demanda:

El significado de la alimentación a libre demanda supone que el lactante debe ser alimentado cada vez que quiera, desde el mismo momento del nacimiento y hasta que suelte el pecho; hay que olvidarse de los horarios y la duración de la toma.

Cada lactante tiene su propio ritmo y es normal que mame también por la noche; la cantidad de leche será mayor cuantas más veces se dé el pecho. Así, la madre de gemelos puede producir el doble de leche que la madre de un solo lactante, ya que la demanda es doble.

Se debe dar un pecho hasta que no quiera más, ofreciéndole el otro, aunque no siempre lo querrá; en general, el inicio suele ser de manera muy irregular, siendo habitual que el niño mame muy frecuentemente en los primeros días.

#### **2.2.2.2 La importancia de la postura:**

Una buena posición al pecho es aquella en la que tanto la madre como y el niño están en una postura cómoda. El amamantar no duele y debe de ser algo placentero para ambos.

**a. LA MADRE:** La mujer debe sostener al bebé cómodamente. La forma más fácil de aprender es sentada. Lo ideal es hacerlo en una silla baja o utilizar un banquito como reposapiés, para que los muslos no estén orientados hacia abajo; también puede ser útil colocar una almohada o un cojín para acercar al bebé y tenerlo bien apoyado frente al pecho, sin tener que cargar con todo su peso durante la toma. Esto elimina la tensión de la espalda y los hombros.

**b. EL LACTANTE:** debe estar cómodo, sin tener que esforzarse para llegar al pecho. Todo su cuerpo tiene que estar casi en línea recta. Si la cabeza está flexionada hacia delante, no podrá tragar. Es conveniente que esté ligeramente inclinado hacia atrás, de forma que su barbilla presione el pecho de la madre. La boca debe quedar a la

altura del pecho para que no tenga que tirar de él hacia abajo o hacia un lado.

### **2.2.2.3 Cómo se adapta la boca al pecho**

Se coloca la mano bajo el pecho, con cuatro dedos por debajo y el pulgar por encima, lejos de la areola, descansando ligeramente y sin presionar. Sujete el pecho y elévelo un poco para facilitarle al niño el agarre; en general, el pecho puede soltarse en cuanto el niño succione bien. El agarre al pecho depende de que el bebé y la madre estén cómodos. Se hace igual con todo tipo de pezones y tanto en niños grandes como pequeños. Sólo variará el tiempo que tardan en aprender a hacerlo. Se debe rozar ligeramente el labio superior del niño con el pezón y esperar a que abra la boca completamente antes de introducir el pecho para que no coja sólo el pezón, sino también una buena parte de la areola por debajo. La madre debe sentir que el bebé utiliza la lengua y la mandíbula inferior, así quedará el pezón bien situado dentro de la boca y no sufrirá ningún roce; vigile que los labios, sobre todo el inferior, estén evertidos, no “metidos” hacia dentro.(16)

Como ya se sabe la lactancia materna a demanda es muy importante para el bebe porque esto significa que la lactancia será en cuantas veces lo pida el no importa horarios esta parte es esencial en la alimentación, por otro lado la importancia de una buena postura favorecerá la forma de alimentación del bebe pues en ella se verá la comodidad de la madre y la del bebe para que así no haya problemas al dar de lactar al bebe, saber cómo adaptar el pezón a la boca del bebe esto ayudara mucho pues el bebe realizara la succión y la madre a la vez

podrá identificar si el bebe se está alimentando correctamente sin ningún problema.

### **2.2.3 DIMENSIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **A. IMPORTANCIA**

La lactancia materna favorece el contacto precoz de la madre e hijo y se impulsa la alimentación a través del seno materno. La madre que lacta no deja nunca a su hijo desprotegido ni aún en las primeras horas del parto; esta es la mejor forma de estrechar su vínculo con él, apenas recién nacido.

Proporciona todos los nutrientes que el niño necesita y en las proporciones exactas. Como se produce exclusivamente para el bebé, se digiere con gran facilidad y está perfectamente regulada de acuerdo con las necesidades nutricionales del pequeño. Esta adaptación de la oferta y la demanda tiene la ventaja de evitar la sobrealimentación, con lo que se reduce el riesgo de padecer obesidad en la edad adulta.

#### **B. VENTAJAS PARA EL LACTANTE Y LA MADRE**

Los estudios de investigación más recientes indican que los lactantes que se alimentan sólo con leche materna por los primeros 6 meses corren menos riesgo de tener infecciones de oído, diarrea, y enfermedades respiratorias. También, puede que tengan menor probabilidad de desarrollar obesidad infantil.

La leche materna es la mejor forma de alimentar que unos padres pueden ofrecer a su hijo recién nacido. No sólo considerando su composición, sino también en el aspecto emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre una madre y su bebé constituye una experiencia especial, singular e intensa.

Proporciona todo lo que se necesita durante los primeros meses de la vida. Contiene anticuerpos (defensas) que le protegen frente a enfermedades infecciosas (catarros, otitis, neumonías, diarreas), e incluso frente a posibles enfermedades futuras como pueden ser obesidad, asma o alergia. Algunos estudios han concluido que los niños y las niñas alimentados al pecho tienen menor riesgo de padecer el síndrome de muerte súbita del lactante e incluso favorece el desarrollo intelectual.

La leche de la madre contiene todos los ingredientes principales (azúcares (lactosa), proteínas y grasas) en las cantidades necesarias para permitir un crecimiento óptimo de los bebés.

Los lactantes necesitan mayor cantidad de calorías durante el primer año, ya que su crecimiento es muy intenso: suelen crecer unos 25 cm. Además, sus cerebros se desarrollan activamente y para ello necesitan algunos componentes de la grasa de la leche materna, entre ellos el colesterol. Dar el pecho también beneficia a la madre, ya que le ayuda a recuperar el aspecto físico que poseía antes del embarazo: consume alrededor de 500 calorías al día, lo que facilita la pérdida de peso. Dando el pecho se suele perder la grasa acumulada en la zona de cintura y caderas, excepto si se come en exceso. Además, la succión estimula las contracciones uterinas y permite que el útero recupere antes su tamaño normal. El amamantamiento puede ser un protector contra el cáncer de mama.

También tiene ventajas psicológicas y emocionales, ya que tranquiliza al bebé, fortalece los sentimientos de la madre hacia el recién nacido y le da seguridad en el cuidado de su hijo.

### **C. TECNICAS DE LACTANCIA MATERNA**

Para amamantar correctamente se debe tener en cuenta tanto la posición de la mamá como la del niño.

## 1. POSICIONES

Permitir que la madre se sienta de tal manera que esté tranquila, cómoda y pueda relajarse. Utilizar un banquito o cualquier otro objeto que le permita mantener los pies elevados y apoyados. Recuerde que en cualquier posición el bebé aproximarse al seno y no la madre agacharse hacia el lactante.

- a) **POSICION SENTADA O DE CUNA:** Colocar almohadas en los antebrazos de las sillas e indicar a la madre que el lactante debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Tomarlo con el brazo y acercarlo contra la mama en un abrazo estrecho. Mantenerlo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el del lactante.
- b) **POSICIÓN DEBAJO DEL BRAZO, DE SANDIA O DE FOOT-BALL AMERICANO:** El lactante 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 colocarán almohadas para ayudar a la madre a sostener el peso del cuerpo del lactante.
- c) **POSICIÓN SEMISENTADA:** Colocar a la madre en la cama en posición semifowler, sostener la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el lactante estará sobre el tórax de la madre. Es posición se utiliza cuando hay heridas abdominales (cesárea).
- d) **POSICION ACOSTADA:** Si la madre está 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 lactante.



## REFLEJOS DEL LACTANTE QUE SON IMPORTANTES PARA LA LACTANCIA MATERNA

El Recién Nacido tiene tres reflejos que le ayudan a alimentarse:

- **Reflejo de búsqueda:** Es el que ayuda al niño a encontrar el pezón. Se estimula al tocar con el pezón la mejilla del niño.
- **Reflejo de succión:** Cuando se estimulan sus labios, el lactante inicia movimientos de succión. Este reflejo es necesario para una alimentación adecuada y suele acompañarse del reflejo de deglución. El lactante succiona con un patrón más o menos regular de arranques y pausas, se llama, también de arraigamiento y se halla presente en el prematuro.
- **Reflejo de deglución:** Es el paso de la leche hacia el estómago por medio de movimientos voluntarios e involuntarios que se suceden automáticamente en un conjunto único de movimientos.

## PROCEDIMIENTO PARA AMAMANTAR

Soportar la mama 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 lactante con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para la succión adecuada.

- Enfatizar a la madre que debe acercar al lactante a la mama y no la mama al lactante, previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón.
- Estimular el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el lactante abra la boca completamente, introducir el pezón y la areola. Si se resiste, jalar suavemente hacia abajo su barbilla para lograr una correcta succión.

- Los labios del lactante 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 de la mama e intentar de nuevo.
- Es importante que los labios permanezcan evertidos (boca de pescado).
- Permitir al recién nacido la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto.
- El amamantamiento nocturno aumenta la producción de leche

Una de las partes esenciales de la lactancia materna es la técnica como la madre alimenta al lactante dentro de ellas está las posturas que la madre va a usar pues a base de esto va a ver una buena comunicación corporal entre madre y el lactante y esto a la vez hará que el lactante se sienta protegido y unirá los lazos entre madre y lactante. El que la madre pueda reconocer los reflejos también es una parte muy importante pues a base de esto se verá si el lactante a desarrollado bien los reflejos para poder alimentarse, la madre tendrá que ayudar al lactante en forma de estimulación para que así el lactante pueda responder a estos estímulos, pues a todo esto se le va a incorporar la parte del procedimiento al amantar y con esto se podrá verificar si el lactante se está alimentando bien si la madre puede ayudar al lactante a estimular sus reflejos se verá también la postura que escoja la madre para dar de lactar al lactante.(17)

#### **2.2.4 PROBLEMAS AL AMAMANTAR:**

##### **1. Pezones planos o invertidos**

No hay que preparar los pezones con ningún tratamiento de “fortalecimiento”, pero sí hay que informar y asesorar a la mujer de que podrá dar el pecho si lo desea, comenzando con un inicio precoz cuando el pecho esté aún blando, antes de la subida de la leche para que el bebé aprenda a agarrarse.

## **2. Grietas del pezón**

La lactancia no duele y si la mujer dice que siente dolor desde el principio de la succión se debe revisar la posible causa. El dolor de la grieta aparece cuando el niño coge el pecho y cede o se alivia mucho cuando lo suelta.

## **3. Ingurgitación mamaria**

Suele aparecer entre los días segundo y quinto tras el parto. Es más frecuente en los niños que no se han puesto a mamar desde el nacimiento y que no maman a demanda. La mujer suele presentar pechos muy congestionados, tensos, duros, dolorosos; la areola está tan tensa que al bebé le resulta muy difícil agarrarse. Puede aparecer febrícula o fiebre.

La forma de tratarla es aliviar los síntomas vaciando el pecho, aplicando calor local con compresas calientes, una ducha, etc., y un masaje suave para facilitar el reflejo de bajada. A veces es necesario extraer leche hasta que la areola está menos tensa y el niño puede hacer un buen “agarre”. Para aliviar el dolor y la inflamación, tras la extracción o la toma de pecho, se utilizan compresas frías. No hay ningún inconveniente en tomar algún antiinflamatorio o analgésico; pero en estos casos no hay necesidad de utilizar antibióticos (ya que a veces se confunde con una mastitis), ni por supuesto retirar la lactancia.

## **4. Conducto obstruido**

Los conductos lácteos se obstruyen si la leche no fluye bien. A veces se puede notar un “bulto” en el pecho y causar sensación de dureza, tirantez o dolor. Hay que mejorar la posición, conviene probar diferentes posturas de madre y niño para que se drene el conducto obstruido

## **5. Mastitis**

La mujer suele presentar fiebre elevada, con sintomatología gripal y suele afectar a un solo pecho; el diagnóstico debe basarse en la clínica y

en la búsqueda del microorganismo causante y administrar tratamiento antibiótico.

## **6. Candidiasis mamaria**

Puede afectar a uno o ambos pechos. Se desencadena tanto por un problema de la madre como del niño.

El dolor, que suele ser intenso, punzante y casi continuo “como alfileres clavándose por dentro”; puede aparecer cuando el niño está al inicio de la mamada, persistir o aumentar incluso al finalizar ésta, es decir, no va a tener relación ni con la postura ni con la mamada en general. Hay que tratar siempre el pecho y buscar otras posibles zonas de localización del hongo (boca del bebé, área del pañal, etc). El tratamiento debe ser prolongado ya que hay tendencia a las recaídas.

## **7. Crisis o baches de lactancia**

Se denominan así los momentos en los que, de forma inesperada, se produce una disminución de la producción de leche. Suele ser por momentos críticos que habitualmente coinciden con periodos de crecimiento del lactante, en general entre el mes y medio y los tres meses de vida, en los que el niño obtiene más cantidad de leche, aumentando la frecuencia de las tomas. También existen otras circunstancias, como el cansancio de la madre o por enfermedad de la madre o del niño.

Solucionarlo con la administración de un biberón como suplemento puede suponer el abandono de la lactancia. En general, las crisis de lactancia se resuelven aumentando la frecuencia de las tomas, si fuera necesario mediante extracción manual o eléctrica para vaciar bien el pecho y mediante descanso materno y apoyo familiar.

## **8. Rechazo del pecho y huelga de lactancia**

En ambos casos, el niño “no quiere el pecho”; y la madre suele tener la sensación de que el niño “la rechaza a ella” o que su “leche no es buena o suficiente”; la diferencia entre una y otra situación son más sutiles. El rechazo del pecho suele ser algo más habitual y mantenido, el bebé

suele rechazar un solo pecho y ocurrir desde el inicio, aunque puede aparecer en cualquier momento.

La huelga de la lactancia suele ser transitoria, intermitente y de ambos pechos. Algunos factores que se han relacionado con estas situaciones son: la mala postura, el retorno de la menstruación, cambios en el sabor de la leche por algún alimento, bebida o fármaco ingerido por la madre, cambios en el perfume o jabón de la madre, ansiedad materna, obstrucción nasal, etc.(18)

Uno de los problemas más frecuentes en la lactancia materna exclusiva y sobre todo que se da en la adolescente que no está preparada en el caso de dar de lactar a su bebe pues muchas veces surgen estos problemas a causa de que la madre no a sido capacitada y no tiene los suficientes conocimientos sufre de pezones evertidos la ingurgitación mamaria esto porque no tiene una buena técnica de amantamiento y tampoco tiene una buena postura para dar de lactar a su bebe estos factores van a ser que muchas de estas madres ya no quieren dar de lactar y recurran a los biberones por la misma frustración que tienen mediante este problema

## **2.2.5. ADOLESCENCIA.**

### **2.2.5.1. Definición.**

Desde el punto de vista psicosocial la adolescencia es el periodo de transición entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma.

Marcelo Urresti concibe la adolescencia como un período en la vida de las personas que se define en relación al lugar que uno ocupa en la serie de las generaciones: hay una cierta experiencia compartida por haber venido al mundo en un momento histórico determinado y no en otro (es esta diferencia la que permite hablar de los adolescentes de los sesenta, o de los noventa).

Según Hamel y Cols 1985. La adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano. Este periodo abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social, dificultando de esta manera precisar sus límites de manera exacta.

Todo este periodo ocurre, en general, en la 2ª década de la vida. Mientras la pubertad es un acontecimiento fisiológico del ser humano y de los mamíferos, la adolescencia es un concepto socio-cultural. El 60% de las sociedades preindustriales no tienen un término para definir la adolescencia. También se sabe que los problemas “de la adolescencia” en estas sociedades ocurren cuando comienzan a aparecer en ellas influencias de la sociedad occidental.

La adolescencia es, en realidad, un periodo de aprendizaje que se prolonga en el tiempo para la adquisición de los cada vez más complejos conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta y es una creación de la modernidad, de la sociedad industrializada que ha generado esa posibilidad de educación prolongada, hecho que siglos atrás no ocurría. La indudable importancia de este “adiestramiento” tiene un problema y es que la educación adolescente ocurre lejos del mundo de los adultos, no comparten con ellos sus experiencias, no existe una relación de maestro-aprendiz; los adolescentes viven un mundo de adolescentes separado del mundo de los adultos y esta separación genera conflictos. A pesar de todo, la mayoría de los adolescentes tienen en este periodo un comportamiento normal, es una etapa de gran riqueza emocional, con aumento de la fantasía y creatividad, se vive el momento de máximo esplendor físico y psicológico: mayor fuerza, agilidad, rapidez, memoria y capacidad cognitiva, lo que permite que la mayoría puedan transitar por esta etapa,

indudablemente compleja, como una de las más importantes y felices de su vida.

#### **2.2.5.2. Etapas de la adolescencia.**

La OMS define la adolescencia como el período de la vida en el que se adquiere capacidad reproductiva, cambian los rasgos psicológicos de la niñez y se consolida la independencia socio – económica. Tal como observamos en esta definición el proceso enfatiza los cambios que surgen de tipo físico, social y afectivo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

##### **A. adolescencia temprana (10 y 14 años)**

Biológicamente, es el periodo peri puberal , con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía , psicológicamente el adolescente comienza a perder el interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo , e intelectualmente aumentan sus habilidades cognoscitivos y sus fantasías , no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales e irreales , personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbre por su apariencia física

## **B. adolescencia tardía (15 a 19 años)**

En esta etapa casi no presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquiere mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores propios y deciden su vocación y lo necesario para lograrlo, presentan un nivel de pensamiento adulto.

### **La pubertad. Desarrollo sexual y crecimiento pondo-estatural**

La adolescencia emerge con la aparición de los primeros signos de la transformación puberal. Desde el comienzo de este periodo van a ocurrir cambios hormonales que generan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, con la acentuación del dimorfismo sexual, crecimiento en longitud, cambios en la composición corporal y una transformación gradual en el desarrollo psicosocial. Todos estos cambios tienen una cronología que no coincide en todos los individuos y es más tardía en los hombres que en las mujeres.

### **Cambios hormonales: el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal**

La adrenarquia precede a la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y es independiente de él.

#### **Adrenarquia**

Entre los 6 y 8 años se produce la adrenarquia, que precede a la aparición de la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal y es independiente de él. Hay un aumento de las hormonas secretadas en la capa reticular de la corteza suprarrenal, la dehidroepiandrosterona (DHEA), la dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS) y la androstendiona. Estas hormonas actúan como precursoras de potentes hormonas, como la testosterona y la



dehidrotestosterona. Las manifestaciones físicas dependientes de esta secreción hormonal se van a traducir en crecimiento del vello axilar y púbico, desarrollo de olor corporal e incremento de la secreción sebácea. En las chicas también son responsables de una pequeña aceleración del crecimiento prepuberal y aceleración de la edad ósea.

Existen mecanismos de retroalimentación que persisten durante toda la vida, pero es el cambio de la sensibilidad de las distintas zonas del eje lo que comporta estas diferencias en la niñez, adolescencia y en el adulto. Los esteroides sexuales inhiben la producción de GnRH, FSH y LH (retroalimentación de asa larga), la LH y FSH inhiben, a su vez, la producción de la GnRH (retroalimentación de asa corta) y al fin la GnRH actúa negativamente sobre su propia producción (retroalimentación de asa ultracorta).

**Durante la pubertad Por mecanismos no bien conocidos se produce:**

- **Una reducción de la sensibilidad del hipotálamo e hipófisis** a la retroalimentación negativa de los esteroides sexuales, testosterona y estradiol, con lo que las gonadotropinas FSH y LH comienzan a aumentar y esto se produce por una supuesta maduración del SNC y parece depender de las influencias neuronales excitatorias (glutamato) y de la disminución de las influencias neuronales inhibitoras (ácido gamma-amino-butírico). En la actualidad, se proponen además otros potenciales reguladores que pueden estar implicados en el despertar del sistema.

- **Conexiones astrogliales-neuronales:** células gliales neuroendocrinas que pueden influenciar a neuronas para la producción de LHRH de una manera autocrina/paracrina usando prostaglandinas E (PGE2).

• **El aumento de la secreción pulsátil de FSH y LH conduce al aumento de la secreción de las hormonas sexuales.** En la mujer, la FSH aumenta la producción de estradiol y estimula los folículos primarios, generando la maduración del óvulo y la aparición de la ovulación. La LH u hormona luteinizante estimula las células de la teca ovárica para la producción de andrógenos y del cuerpo lúteo para la producción de progesterona. En el hombre, la FSH estimula la gametogénesis y la LH estimula las células de Leyding para la producción de testosterona .

**Tabla I.** Acción primaria de las principales hormonas de la pubertad

<i>Hormona</i>	<i>Sexo</i>	<i>Acción</i>
FSH (hormona estimulante del folículo)	Varón Hembra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimula la gametogénesis</li> <li>- Estimula el desarrollo de los folículos ováricos primarios</li> <li>- Estimula la activación de enzimas en las células de la granulosa ovárica, incrementando la producción de estrógeno</li> </ul>
LH (hormona luteinizante)	Varón Hembra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimula las células de Leyding testiculares para la producción de testosterona</li> <li>- Estimula las células de la teca ovárica para la producción de andrógenos, y del cuerpo lúteo para la producción de progesterona</li> </ul>
Estradiol (E <sub>2</sub> )	Varón Hembra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incrementa la velocidad de la fusión epifisaria</li> <li>- Estimula el desarrollo mamario</li> <li>- Los niveles bajos potencian el crecimiento lineal, en tanto que los niveles altos aumentan la velocidad de fusión epifisaria</li> <li>- Dispara el aumento brusco intercíclico de LH</li> <li>- Estimula el desarrollo de los labios, la vagina, el útero y los conductos de las mamas</li> <li>- Estimula el desarrollo del endometrio proliferativo en el útero</li> <li>- Incrementa la grasa corporal</li> </ul>
Testosterona	Varón  Hembra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acelera el crecimiento lineal</li> <li>- Incrementa la velocidad de la fusión epifisaria</li> <li>- Estimula el crecimiento del pene, el escroto, la próstata y las vesículas seminales</li> <li>- Estimula el crecimiento del vello púbico, facial y axilar</li> <li>- Incrementa el tamaño de la laringe, dando un tono más profundo a la voz</li> <li>- Estimula la secreción de grasa de las glándulas sebáceas</li> <li>- Aumenta la libido</li> <li>- Aumenta la masa muscular</li> <li>- Aumenta la cantidad de hematies</li> <li>- Acelera el crecimiento lineal</li> <li>- Estimula el crecimiento del vello púbico y axilar</li> </ul>
Progesterona	Hembra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convierte el endometrio uterino proliferativo en secretorio</li> <li>- Estimula el desarrollo lobuloalveolar del pecho</li> </ul>
Andrógenos suprarrenales	Varón y hembra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimula el crecimiento lineal y el vello púbico</li> </ul>

## **Desarrollo sexual secundario**

Los caracteres sexuales secundarios son la manifestación del desarrollo y maduración sexual de los adolescentes. De su exploración concluimos el grado de maduración y su correspondencia con la edad cronológica.

### **Mujeres. Estadio mamario:**

- (M1). Mama prepuberal; no hay tejido glandular.
- (M2). Botón mamario, pequeña cantidad de tejido glandular.
- (M3). Mama más saliente se extiende por debajo de la areola.
- (M4). Mama mayor y más elevada. Areola y pezón se proyectan sobre el contorno de la mama.
- (M5). Mama adulta (tamaño variable). Areola y mama en el mismo plano; pezón sobresale.

### **Hombres y mujeres:**

- Vello púbico (VP1), no existe.
- (VP2). Pequeña cantidad de vello fino y largo, levemente pigmentado en base de escroto y pene (varones) y labios mayores (mujeres).
- (VP3). Vello más espeso y grueso y más rizado.
- (VP4). Vello rizado parecido al adulto sin extenderse a cara interna de los muslos.
- (VP5). Tipo adulto, extendiéndose a cara interna de los muslos

En las chicas el botón mamario es el primer signo de comienzo puberal y puede acontecer entre los 9 y 13 años (media de 11,2 años). La menarquia ocurre en el estadio IMS 3 ó 4 y está relacionada con la edad de la menarquia de la madre y las condiciones socioeconómicas. La edad de la menarquia tiende a descender en todos los países cuando las condiciones socioeconómicas son buenas. Influyen escasamente el clima y la raza. La media de edad de la menarquia está alrededor de los 12,4 años.

También hay cambios a nivel de ovario y tamaño del útero.

## **Crecimiento y composición corporal**

El eje GHRH-GH es responsable de la aceleración del crecimiento longitudinal en la pubertad (estirón). Otras hormonas influyen en la talla, velocidad de crecimiento y mineralización ósea.

### **Fisiología del crecimiento**

El crecimiento implica una correlación entre la actividad endocrinológica y el sistema óseo. La GH, tiroxina, insulina y corticoides influyen en el aumento de la talla y la velocidad de crecimiento. Otras hormonas, como la paratohormona, 1,25 dehidrocolecalciferol y calcitonina influyen en la mineralización ósea. La GH es la hormona clave en el crecimiento longitudinal; está secretada bajo la influencia del factor de liberación GHRH y la somatostatina. Las somatomedinas o factores de crecimiento de tipo insulínico son estimuladas por la GH y actúan sobre el crecimiento óseo. La maduración ósea parece depender de las hormonas tiroideas, los andrógenos adrenales y esteroides gonadales sexuales. Cuando comienza la pubertad, tanto la GH como los esteroides sexuales participan en la puesta en marcha del estirón puberal.

### **Crecimiento en altura**

Durante el estirón puberal se produce un aumento de talla que representa alrededor del 25% de la talla adulta. El estirón dura entre 2 y 2,5 años y varía de unos individuos a otros, La velocidad de crecimiento puede variar entre 5 a 11 cm en chicas y 6 a 13 cm en chicos. El comienzo del estirón puberal en las chicas precede en aproximadamente 2 años a los varones, siendo el pico a los 12 años en los chicas y a los 14 en los muchachos. Alrededor de los 14 años las mujeres son más altas por término medio que sus compañeros varones pero, como también se detiene antes su crecimiento, los varones alcanzan una mayor altura final. Durante

este tiempo las chicas crecen entre 20 a 23 cm y los chicos de 24 a 27 cm(3).

### **Crecimiento ponderal**

El aumento ponderal viene a representar el 50% del peso ideal adulto. La máxima velocidad ponderal varía entre 4,6 a 10,6 kg en chicas y 5,5 a 13,2 kg en chicos. La mayor masa muscular de los varones hace que sean más pesados con relación a las mujeres a igual volumen.

### **Otros cambios**

Aumento del tejido graso en las mujeres, con una mayor proporción que en los varones y mayor desarrollo muscular en los hombres. La pelvis femenina se remodela y aumenta en anchura; mientras que, en el varón aumenta el diámetro biacromial, configurando el dimorfismo sexual característico de los dos sexos. La masa ósea cambia al unísono con los tejidos blandos. La edad ósea es un índice de maduración fisiológico que nos permite estudiar la capacidad de crecimiento de un individuo con una RX de mano.

## **Cambios psicosociales**

**Tabla II.** Desarrollo psicosocial (12 a 14 años)

#### **Dependencia-independencia**

- Mayor recelo y menor interés por los padres
- Vacío emocional, humor variable

#### **Preocupación por el aspecto corporal**

- Inseguridad respecto a la apariencia y atractivo
- Interés creciente sobre la sexualidad

#### **Integración en el grupo de amigos**

- Amistad. Relaciones fuertemente emocionales
- Inicia contacto con el sexo opuesto

#### **Desarrollo de la identidad**

- Razonamiento abstracto. Objetivos vocacionales irreales
- Necesidad de mayor intimidad. Dificultad en el control de impulsos. Pruebas de autoridad

**Tabla III.** Desarrollo psicosocial (15 a 17 años)

#### **Dependencia-independencia**

- Más conflictos con los padres

#### **Preocupación por el aspecto corporal**

- Mayor aceptación del cuerpo. Preocupación por su apariencia externa

#### **Integración en el grupo de amigos**

- Intensa integración. Valores, reglas y modas de los amigos. Clubs. Deportes. Pandillas

#### **Desarrollo de la identidad**

- Mayor empatía. Aumento de la capacidad intelectual y creatividad. Vocación más realista. Sentimientos de omnipotencia e inmortalidad: comportamientos arriesgados

## **El cerebro adolescente**

Los estudios de imagen cerebral desde los 5 hasta los 20 años revelan un adelgazamiento progresivo de la sustancia gris que progresa desde las regiones posteriores del cerebro hacia la región frontal, estas regiones que maduran más tardíamente están asociadas con funciones de alto nivel, como la planificación, el razonamiento y el control de impulsos.

Muchos de los problemas relacionados con determinadas conductas de riesgo en la adolescencia podrían estar en relación con esta tardía maduración de determinadas funciones cerebrales. Sin embargo, el adolescente de 12 a 14 años generalmente ha sustituido el pensamiento concreto por una mayor capacidad de abstracción que lo va capacitando cognitiva, ética y conductualmente para saber distinguir con claridad los riesgos que puede correr al tomar algunas decisiones arriesgadas, otra cuestión es que el deseo y la posibilidad de experimentar supere a la prudencia. Con todo, el adolescente más joven, por esa restricción del pensamiento abstracto complejo, tiende a tener dificultades para evaluar riesgos a largo plazo para la salud (hipertensión, colesterol en la dieta, etc.).

En el desarrollo psicosocial valoraremos cuatro aspectos de crucial importancia: la lucha dependencia-independencia en el seno familiar, preocupación por el aspecto corporal, integración en el grupo de amigos y el desarrollo de la identidad.

1. La lucha independencia-dependencia: en la primera adolescencia (12 a 14 años), la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un “vacío” emocional. En la adolescencia media (15 a 17 años) estos conflictos llegan a su apogeo para ir declinando posteriormente, con una creciente mayor integración,

mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de “regreso al hogar” (18 a 21 años).

2. Preocupación por el aspecto corporal: los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo, al mismo tiempo que crece el interés por la sexualidad. En la adolescencia media, se produce una mejor aceptación del cuerpo pero sigue preocupándoles mucho la apariencia externa. Las relaciones sexuales son más frecuentes. Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad.

3. Integración en el grupo de amigos: vital para el desarrollo de aptitudes sociales. La amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres. Las relaciones son fuertemente emocionales y aparecen las relaciones con el sexo opuesto. En la adolescencia media, estas relaciones son intensas, surgen las pandillas, los clubs, el deporte; se decantan los gustos por la música, salir con los amigos, se adoptan signos comunes de identidad (piercing, tatuajes, moda, conductas de riesgo), luego (18 a 21 años) la relación con los amigos se vuelve más débil, centrándose en pocas personas y/o en relaciones más o menos estables de pareja.

4. Desarrollo de la identidad: en la primera adolescencia hay una visión utópica del mundo, con objetivos irreales, un pobre control de los impulsos y dudas. Sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan la intervención de los padres en sus asuntos. Posteriormente, aparece una mayor empatía, creatividad y un

progreso cognitivo con un pensamiento abstracto más acentuado y, aunque la vocación se vuelve más realista, se sienten “omnipotentes” y asumen, en ocasiones, como ya dijimos, conductas de riesgo. Entre los 18 y 21 años los adolescentes suelen ser más realistas, racionales y comprometidos, con objetivos vocacionales prácticos, consolidándose sus valores morales, religiosos y sexuales así como comportamientos próximos a los del adulto maduro.

## **CONOCIMIENTO Y SUS GENERALIDADES**

Kant en su teoría del conocimiento refiere que esta determinado por la intuición sensible y el concepto, distinguiéndose dos tipos de conocimiento el puro y el empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el segundo elaborado después de la experiencia. Según Mario Bunge el conocimiento, es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago inexacto clasificándole en conocimiento científico y conocimiento vulgar, el científico es el racional analítico, sistemático verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago inexacto limitado por la observación.

## **CONOCIMIENTO**

El conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros o precisos, facultad consciente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón.

## **NIVELES DE CONOCIMIENTO**

**CONOCIMIENTO SENSIBLE:** El conocimiento sensible 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.

**CONOCIMIENTO CONCEPTUAL:** El conocimiento conceptual consiste, en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales.

**CONOCIMIENTO HOLÍSTICO:** El conocimiento holístico también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones, se refiere a esta totalidad percibida en el momento.

**CONOCIMIENTO CIENTÍFICO:** El conocimiento científico es aquel que se adquiere adoptando un papel que requiere de esfuerzo y pre aparición especial, es caracterizado por ser selectivo, metódico, explicativo, analítico y objetivo.

#### **2.2.6. TEORIAS DE ENFERMERÍA QUE SUSTENTAN LA INVESTIGACIÓN**

##### **Concepto de promoción de la salud.**

El término promoción de la salud fue utilizado por primera vez en 1945 cuando Henry Sigerist definió que la salud se promueve proporcionando adecuadas condiciones de vida, de trabajo, educación, cultura y medios de descanso y recreación adecuados (OPS, 2000), a partir de lo planteado, la promoción de la salud es percibida como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, para tal fin se requiere del esfuerzo coordinado de los sectores políticos, laborales, industriales, educadores enfermeras y médicos. Al mismo tiempo optimiza nuestra calidad de vida y el disfrute pleno del desarrollo humano.

La definición de dicho proceso es expresado por Organización Panamericana de la Salud (OPS) de la siguiente manera:

“La promoción de la salud es un proceso, no una solución fácil, con el propósito de lograr un resultado concreto en un plazo largo, pero con efectos a mediano y corto plazos. Los resultados concretos varían, pero comprenden la participación de los ciudadanos y la comunidad y contribuyen a mejorar la calidad de vida”. En efecto, la OPS viene realizando actividades destinadas a promover un amplio concepto de la salud como base del desarrollo humano y de la calidad de vida. En consecuencia, insta a los estados miembros de esta organización a trabajar en las estrategias de promoción de la salud; a nivel regional, la OPS es la responsable de las reformas e involucra al estado como vigilante de las prioridades en salud, gestor de cambios para satisfacer necesidades y procurador de la equidad.

Con la Reforma del sector salud, se fortalece el primer nivel de atención, con el cual las familias e individuos tienen acceso a la atención primaria y se establecen programas de educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuyo fin es lograr un cambio real en los estilos de vida.

La carta de Ottawa (OPS, 2000) para la promoción de la salud identifica cinco estrategias prioritarias:

- 1. Establecer políticas públicas saludables:** se refiere al compromiso político de los niveles de decisión gubernamentales y la formulación de políticas modificadoras de las estructuras que afecten la salud y los estilos de vida de la comunidad.
- 2. Crear entornos que apoyen la salud:** mediante la transformación y conservación de un ambiente físico y psicosocial que promueva y favorezca la salud.
- 3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud:** debido a que la promoción de la salud sólo es posible si se cuenta con la participación efectiva de la comunidad.

**4. Desarrollar las habilidades personales:** se logra al variar los estilos de vida en conjunto con las personas y el entorno de las mismas.

**Promoción de la lactancia materna.**

Dentro de la promoción de la salud se plantea la alimentación saludable como un elemento importante en la buena salud en la cual influye la calidad de los alimentos, la cantidad de comida y los hábitos alimenticios, para obtener un mayor desempeño en el ser humano, con lo cual se alcanza una nutrición equilibrada; por su parte Mass (2004), define la lactancia materna como un recurso óptimo de la nutrición infantil, ya que protege la salud materna e infantil, además de que previene un gran número de enfermedades en los niños y las niñas. Desde el año 2002, la Organización Mundial de la Salud recomendó que, siempre que sea posible, los recién nacidos deben ser alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses de edad (WHO, 2002).

Así mismo, para Dettwyler, la lactancia materna es “un proceso biológico y una actividad cultural”, ya que como proceso biológico tiene una base consolidada desde los mamíferos ancestrales, además de ser un factor indispensable en la sobrevivencia de la especie, sin embargo, desde la perspectiva cultural la prolongación de la lactancia materna puede verse modificada por una serie de factores como la variedad de creencias acerca de la salud y nutrición de los recién nacidos, el intervalo intergenésico, las relaciones entre la madre y el niño (a), las relaciones entre la madre y el padre, y las relaciones entre la madre y la sociedad, a lo cual cabe agregar las influencias y creencias religiosas, la rutina diaria de las actividades laborales de la madre, la salud del niño y la niña, y las ideas sobre independencia personal y autonomía. Aunado a lo anterior, es importante considerar que la percepción de la madre sobre la adecuada duración de la lactancia materna puede estar

influenciada por las creencias locales, regionales, étnicas, sociales y culturales, así como por el acceso al conocimiento de la misma.

## **RAMONA MERCER Y LA TEORÍA DEL ROL MATERNAL**

Esta teoría esta relacionada con nuestra investigación ya que demuestra que se debe desarrollar el vinculo madre hijo a través del cuidado y las enseñanzas a madres que experimentan por primera vez la maternidad.

La adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer aplicada al binomio madre e hijo, se orienta en la búsqueda de nuevos espacios en la práctica pre-profesional rompiendo paradigmas en cuanto a cuidado enfermero se refiere, llegando a convertirse en el pilar de la labor de enfermería y le ofrece al estudiante la oportunidad de validar y confrontar en la práctica desde cualquiera de los campos de acción seleccionados aplicando el método científico en enfermería.

### **Características del modelo de adopción del rol maternal**

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo], en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona- mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal, se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal

en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna. El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema.

## **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

### **Conocimiento**

Es toda aquella información, concepto o idea que posee la madre acerca de la lactancia materna exclusiva y sobre todo de lo primordial que se le brinda al bebé recién nacido.

### **Lactancia materna exclusiva**

Alimento ideal para el recién nacido es la leche de su madre. En la mayoría de los casos, el aporte de leche llega a ser suficiente si la succión es continuada, incluso en los casos donde al principio parece insuficiente

### **Madre Adolescente**

Se define como el etapa de vida dentro de los 10 y 19 años que se encuentra en estado de puerperio, cuyas características físicas, psicológicas aun se encuentran en proceso de desarrollo y crecimiento.

## **2.4 HIPÓTESIS**

### **2.4.1 Hipótesis General**

El nivel del Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres adolescentes primíparas en el Centro de Salud primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012, es bajo.

### 2.4.2 Hipótesis Específicas

- ❖ El nivel de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud primíparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012, es bajo.
- ❖ El nivel de conocimiento sobre las ventajas de la Lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud primíparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012, es bajo.
- ❖ El nivel de conocimiento sobre las técnicas de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud primíparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012, es bajo.

## 2.5.- VARIABLE

### Univariable

Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva

#### 2.5.1 Definición Conceptual De La Variable

Es toda aquella información y/o conocimiento que tiene la madre adolescente acerca de la Lactancia Materna Exclusiva y sobre los beneficios que se le brinda al recién nacido. Siendo un factor muy importante para el crecimiento y desarrollo del bebe

#### 2.5.2 Definición operacional

<b>ALTO</b>	<b>41- 66</b>
<b>MEDIO</b>	<b>21- 40</b>
<b>BAJO</b>	<b>00- 20</b>



### 2.5.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Nivel de Conocimiento de las madres adolescentes primíparas sobre la lactancia materna exclusiva	Es toda aquella información y/o conocimiento que tiene la madre adolescente acerca de la Lactancia Materna Exclusiva y sobre los beneficios que se le brinda al recién nacido. Siendo un factor muy importante para el crecimiento y desarrollo del bebe	<b>ALTO = 41- 66</b> <b>MEDIO = 21- 40</b> <b>BAJO = 00- 20</b>	<b>IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA</b>  <b>VENTAJAS PARA EL LACTANTE Y LA MADRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proporciona nutrientes</li> <li>✓ Crecimiento y desarrollo adecuado</li> <li>✓ Prevención de enfermedades.</li> </ul> <p><b>Para el lactante:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Protección a enfermedades futuras</li> <li>✓ favorece el desarrollo intelectual</li> </ul> <p><b>para la madre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ proteger a la madre frente al cáncer de mama</li> <li>✓ recuperación de su peso</li> <li>✓ ayuda a nivel económico</li> <li>✓ fortalece los sentimientos de la madre hacia el recién</li> </ul>



			<b>TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO</b>	nacido  ✓ posición ✓ reflejos ✓ procedimiento para amamantar ✓ Duración y frecuencia de la lactancia
--	--	--	-----------------------------------	---

## CAPITULO III: METODOLOGÍA

### 3.1.- TIPO Y NIVEL DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo no experimental, descriptivo de corte transversal, el cual identificará el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres adolescentes

- **NO EXPERIMENTAL:** Porque no se manipula la variable de estudio.
- **TRANSVERSAL:** Porque la recolección de datos se realizará en una sola oportunidad. En un determinado tiempo y espacio.
- **DESCRIPTIVO:** porque solo describimos las variables en estudio

### 3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO:

El estudio de investigación se realizó, en el Centro de Salud Belén este centro de Salud queda San Juan de Lurigancho, a la altura del paradero Wiese en la avenida Central en este centro de salud. Se atiende diariamente a un máximo de 120 personas por día en diversas áreas de salud también se realizan diversos talleres de CRED, Lactancia Materna Exclusiva cuyos talleres solo son realizados 3 veces por semana, cabe

recalcar que la atención en este centro de Salud es diaria pero las actividades de los talleres es 3 veces por semana. Donde se atienden a un Máximo de 30 personas por taller a la semana.

### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población que se estudio estará constituida por un total de 70 madres de familia que asisten al taller de lactancia materna exclusiva y a las consultas de crecimiento de desarrollo.

#### **Criterios de inclusión:**

- Madres adolescentes primíparas entre edades de 14-20 años
- Madres que asistan a los talleres de Lactancia Materna Exclusiva y al servicio de crecimiento y desarrollo
- Madres que deseen participar en el estudio de investigación.

#### **Criterios de exclusión:**

- Madres adolescentes multíparas mayores de 21 años
- Madres que no asistan a los talleres de Lactancia Materna Exclusiva y al servicio de crecimiento y desarrollo.
- Madres que no deseen participar en el estudio de investigación.

### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se utilizará será la entrevista ; el instrumento será formulado tipo encuesta la cual permitirá obtener información el cuestionario que constará de 20 preguntas las cuales serán claras y precisas ya que solo será para marcar.

### **3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validez del instrumento se realizará a través del juicio de 8 expertos especialistas en el tema a investigar teniendo y será evaluado y se levantara las observaciones para lograr un resultado mayor a 0.75 y siendo válido.

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

Para la confiabilidad se realizará aplicar la prueba piloto a 30 madres adolescente y de esa manera evaluar su calidad, Para el calculo de la confiabilidad utilizaremos el coeficiente de Alfa de Cronbach.

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

### 3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizarán los trámites administrativos para obtener la autorización del Médico Jefe del Centro de Salud Belen, luego de ello se iniciará la coordinación respectiva con la enfermera responsable del servicio de crecimiento y desarrollo que a su vez es la que realiza los talleres de lactancia materna, con la finalidad de recolectar los datos.

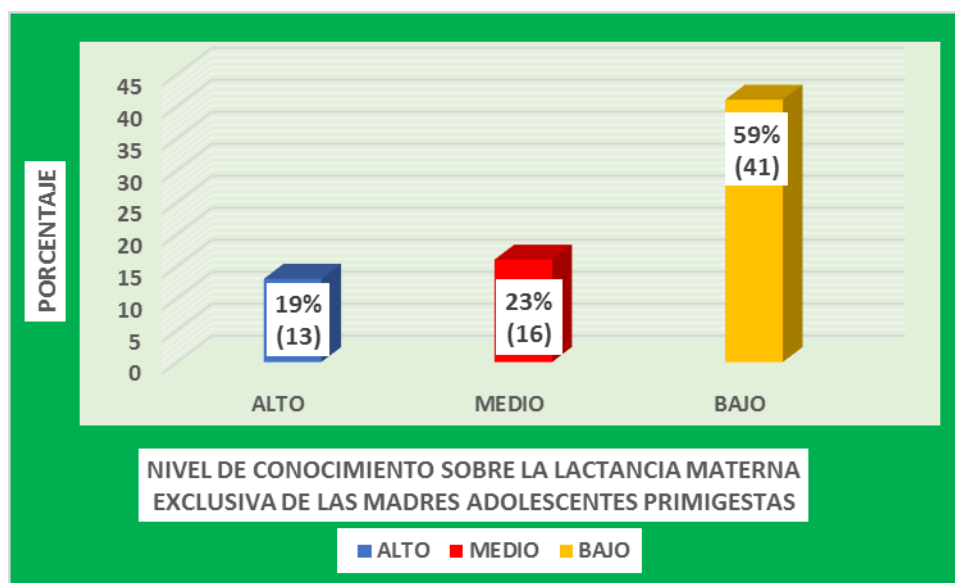
El procesamiento estadístico de la información comprenderá la tabulación, procesamiento y representación de los datos los cuales se realizarán a través de una matriz de codificación sobre la base de datos de códigos establecidos en el programa Microsoft Excel.

Los resultados obtenidos de los cuestionarios de preguntas serán evaluadas pregunta por pregunta analizando la coincidencia en la marcación de alternativas (lo que los pobladores marquen) además de su relación con las hipótesis y objetivos. Se elaborarán las tablas estadísticas, y se presentaran los resultados.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

### GRAFICA 1

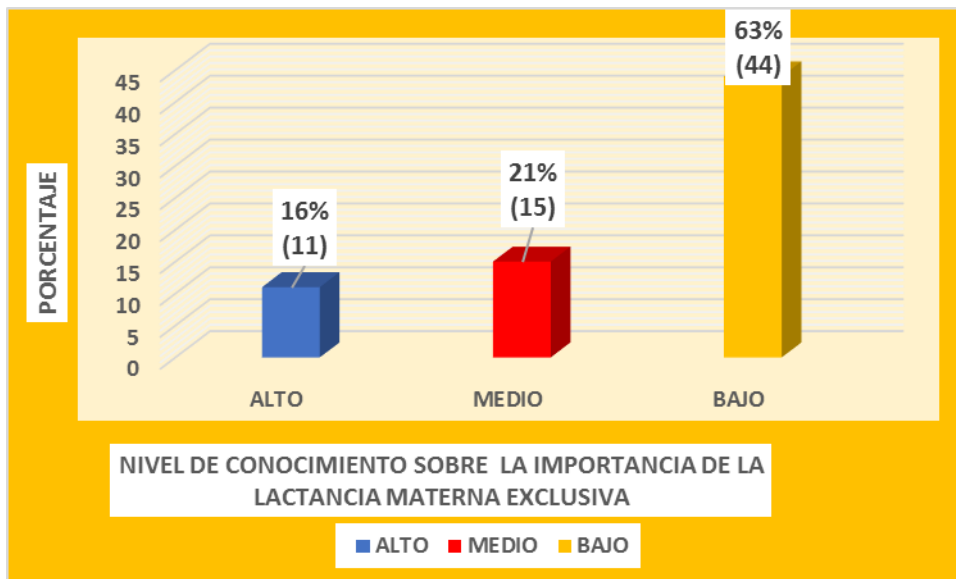
#### NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD BELEN - AYACUCHO – PERÚ 2012.



Según los resultados presentados en la Grafica 1, el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro de Salud Belén – Ayacucho, es bajo en un 59%(41), Medio en un 23%(16) y Alto en un 19%(13). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas de las madres, quienes señalan que: en la dimensión Importancia, desconocen la importancia, higiene y cantidad de nutrientes en la Lactancia Materna Exclusiva. En la dimensión Ventajas, no saben acerca de los beneficios, ventajas, y sobre la prevención de enfermedades que proporciona la lactancia materna al niño. En la dimensión Técnicas, no saben acerca de una buena posición, frecuencia y como interrumpir la succión en la lactancia materna.

## GRAFICA 2

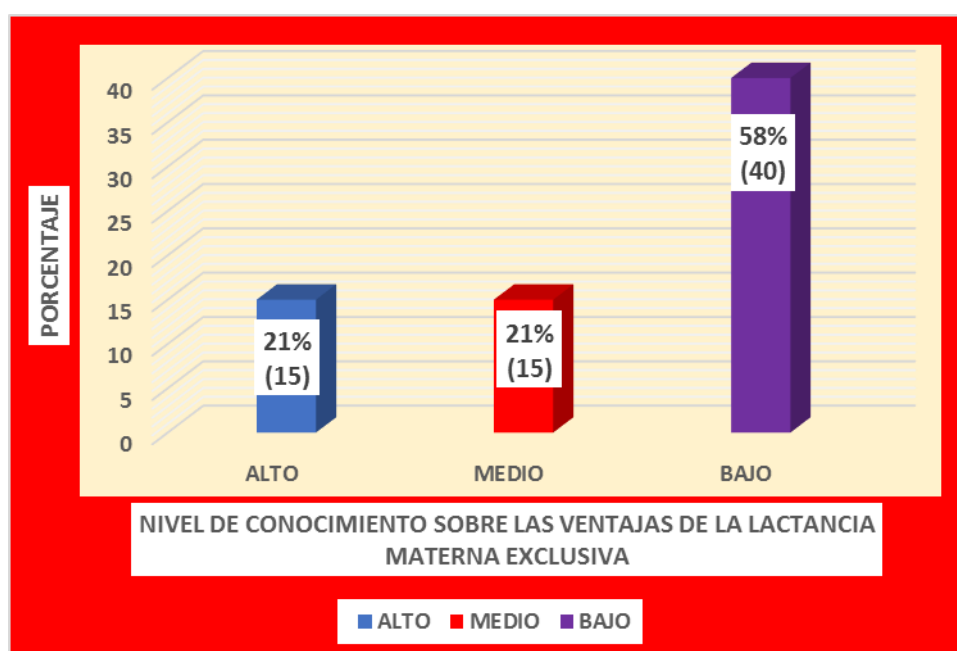
**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD PRIMIPARAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD BELEN - AYACUCHO – PERÚ 2012.**



Según los resultados presentados en la Grafica 2, el nivel de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro de Salud Belen – Ayacucho, es bajo en un 63%(44), Medio en un 21%(15) y Alto en un 16%(11).

### GRAFICA 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD PRIMIPARAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD BELEN - AYACUCHO – PERÚ 2012.**

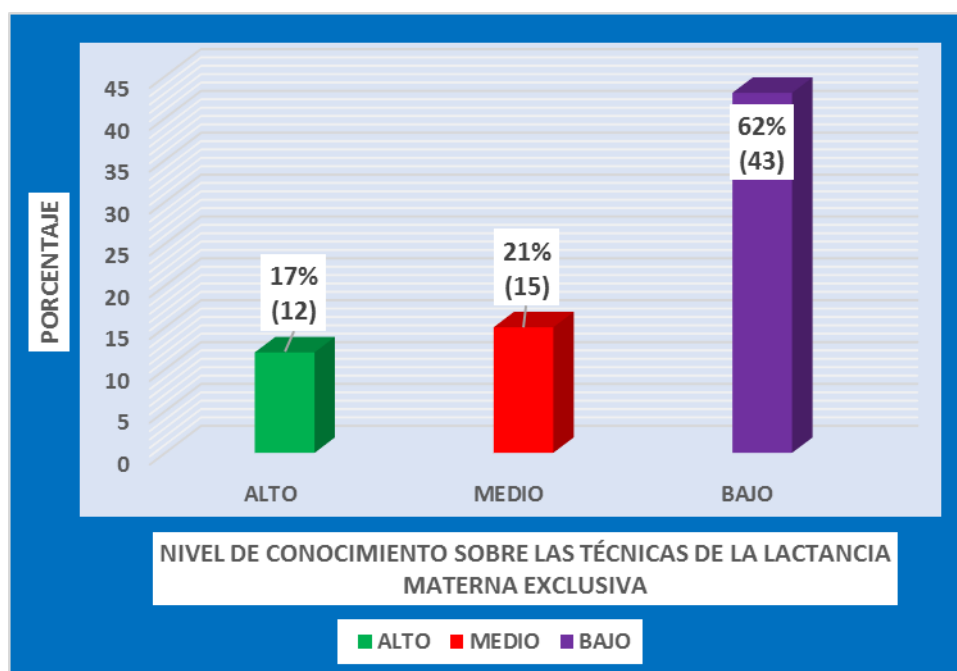


Según los resultados presentados en la Grafica 3, el nivel de conocimiento sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud Belén – Ayacucho, es bajo en un 58%(40), Medio y Alto en un 21%(15).



#### GRAFICA 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS TÉCNICAS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD PRIMIPARAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD BELEN - AYACUCHO – PERÚ 2012.**



Según los resultados presentados en la Grafica 4, el nivel de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud Belén – Ayacucho, es bajo en un 62%(43), Medio en un 21%(15) y Alto en un 17%(12).

## PRUEBA DE HIPOTESIS

### Prueba de la Hipótesis General

Ha: El nivel del Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres adolescentes primíparas en el Centro de Salud primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012, es bajo.

Ho: El nivel del Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres adolescentes primíparas en el Centro de Salud primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012, no es bajo.

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$  (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado ( $X^2$ )

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	13	16	41	70
Esperadas	23	23	24	
O-E) <sup>2</sup>	100	49	289	
(O-E) <sup>2</sup> /E	4,3	2,1	12	18,4

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado ( $X_C^2$ ) es de 18,4; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla ( $X_T^2$ ) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ( $X_T^2 < X_C^2$ ), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alternativa (Ha).

Siendo cierto que: El nivel del Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres adolescentes primíparas en el Centro de Salud primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012, es bajo.

## **DISCUSION DE RESULTADOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

El nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro de Salud Belen – Ayacucho, es bajo en un 59%(41), Medio en un 23%(16) y Alto en un 19%(13). Estos niveles de conocimientos se presentan por las respuestas de las madres, quienes señalan que: en la dimensión Importancia, desconocen la importancia, higiene y cantidad de nutrientes en la Lactancia Materna Exclusiva. En la dimensión Ventajas, no saben acerca de los beneficios, ventajas, y sobre la prevención de enfermedades que proporciona la lactancia materna al niño. En la dimensión Técnicas, no saben acerca de una buena posición, frecuencia y como interrumpir la succión en la lactancia materna. Coincidiendo con AZNAR, SALAZAR, DELGADO (2009) Concluyendo entre otros: “Un alto porcentaje de madres alimenta a sus hijos por medio de la lactancia materna. Se asocia a este hecho una mayor edad materna, procedencia de zonas urbanas y baja paridad. Sin embargo, el inicio, la forma y la duración de esta práctica no es el adecuado, debido a una falta de información en relación a aspectos de gran importancia como son el inicio temprano, con sus ventajas nutricionales y emocionales; horario a libre demanda, y técnicas de extracción y conservación de la leche materna, lo cual trae como consecuencia un alto índice de abandono del amamantamiento”. Coincidiendo además con Moscoso (2009) Llegándose a la siguiente conclusión: Que el conocimiento era insuficiente ya que apenas un 52.7% de la población no tuvo conocimiento sobre LME y un 47.3% no lo tenía. El desconocimiento de las técnicas de una adecuada lactancia está originada a que las madres encuentren motivos suficientes para abandonar la Lactancia Materna Exclusiva. Los motivos que frecuentemente han mencionado las madres son: enfermedad de la madre, los medicamentos, nuevo embarazo o insuficiente leche.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 1**

El nivel de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro de Salud Belen – Ayacucho, es bajo en un 63%(44), Medio en un 21%(15) y Alto en un 16%(11). Coincidiendo con GAMBOA, LÓPEZ, PRADA, GALLO (2005) Concluyendo entre otros:"...Se presentaron proporciones considerables de mujeres que dieron lactancia materna durante menos de seis meses, que iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses y que suspendieron la lactancia materna cuando el hijo lactante sufrió alguna enfermedad"

### **OBJETIVO ESPECIFICO 2**

El nivel de conocimiento sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro de Salud Belen – Ayacucho, es bajo en un 58%(40), Medio y Alto en un 21%(15). Coincidiendo con CONDORI, CHUPA (2006) Concluyendo entre otros: "El contacto madre-hijo se dio entre los 5 a 10 minutos después del nacimiento y duro de 20 a 30 minutos, el 43.8 por ciento de neonatos que tuvieron contacto piel a piel y visual lograron iniciar la lactancia materna dentro los 20 primeros minutos después del nacimiento, además presentaron una adecuada succión. Los resultados obtenidos mostraron que el 68.81% de madres no tienen conocimientos de las ventajas de la lactancia materna, un 92.66% de las madres no conocen la diferencia nutricional de la leche materna y las fórmulas lácteas"

### **OBJETIVO ESPECIFICO 3**

El nivel de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro de Salud Belen

– Ayacucho, es bajo en un 62%(43), Medio en un 21%(15) y Alto en un 17%(12). Coincidiendo con FERRO y FLORES (2005) llegaron a las siguientes conclusiones: El nivel de conocimiento inadecuado predominio es de regular a malo en un 70%. El grupo de adolescentes son las que tienen mayor riesgo a tener un conocimiento inadecuado de lactancia materna; del mismo modo a las mujeres que son solteras, con grado de instrucción de primaria, las empleadas, las primíparas. La ocupación materna no tuvo relación con el nivel de conocimiento en el presente estudio. Coincidiendo con Jauregui (2007) Llegando a la siguiente conclusión: Que el mayor grupo de madres adolescentes primíparas el 48%, tuvieron conocimientos regular de las cuales el 58% presentan actitud negativa. Con respecto a las madres que alcanzaron conocimiento bueno 20%del 85% presentaron actitud positiva y además negativa el 58.3% en las madres que tuvieron conocimiento malo.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERO**

El nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro de Salud Belen – Ayacucho, es Bajo. Este nivel de conocimientos se presenta según las respuestas de las madres, quienes señalan que: en la dimensión Importancia, desconocen la importancia, higiene y cantidad de nutrientes en la Lactancia Materna Exclusiva. En la dimensión Ventajas, no saben acerca de los beneficios, ventajas, y sobre la prevención de enfermedades que proporciona la lactancia materna al niño. En la dimensión Técnicas, no conocen acerca de una buena posición, frecuencia y como interrumpir la succión en la lactancia materna. Se confirmó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 18,4 y un nivel de significancia de valor  $p < 0,05$ .

### **SEGUNDO**

El nivel de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro de Salud Belen – Ayacucho, es bajo.

### **TERCERO**

El nivel de conocimiento sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro de Salud Belen – Ayacucho, es bajo.

#### **CUARTO**

El nivel de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro de Salud Belen – Ayacucho, es bajo.

#### **RECOMENDACIONES**

Realizar programas de capacitaciones en base a talleres y eventos significativos donde se pueda mejorar los conocimientos e importancia de las madres adolescentes primiparas que asisten al Centro de Salud Belen – Ayacucho, acerca de la lactancia materna exclusiva.

Se debe realizar orientaciones constantes por parte del profesional de enfermería sobre todos los aspectos que abarca la lactancia materna, como son las técnicas, higiene y ventajas, para que de esta manera la alimentación del bebe, brinde la madre adolescente primipara sea el adecuado.

Promover con las autoridades de las Instituciones Educativas y de salud, la difusión acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva, entre los adolescentes por ser una población en riesgo.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC, 2003 [consultado el 13 de septiembre de 2010]  
Disponible en:  
[http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf)
2. OMS. Lactancia materna Otoño 2000 • N° 85 [consultado el 13 de septiembre de 2010]  
Disponible en:  
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/lme.pdf>
3. según OMS; Disponible en:  
<http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?NewsID=18869>
4. Mere H, Rosa Luz; Pareja B, Zulema Conocimientos sobre lactancia materna que poseen las primiparas que acuden al control pre natal del hospital nacional docente madre-niño "san Bartolomé 1997(título profesional de licenciada de enfermería)
5. Ferro Sosa y Flores Condori.F Nivel de conocimientos en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en puérperas del IEMP de octubre a noviembre del 2005.`(tesis para optar el título profesional de Licenciada en obstetricia) LIMA- PERU 2006
6. Jauregui Lapa,L Conocimiento y actitud de la madre adolescente primipara frente a la lactancia materna exclusiva en el HNCH (tesis para optar el título profesional de enfermería) LIMA –PERÚ
7. Páez Velasco, M Conocimiento de las madres sobre las ventajas para el niño de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de seis meses marzo – setiembre 2003` Venezuela 2003
8. Pugin y Colbs. Efecto de un programa hospitalario de promoción de lactancia con o sin educación prenatal específica` Santiago de Chile 1996
9. Disponible en: <http://148.239.1.151/uagwbt/nutriv10/guias/lactancia.pdf>
10. OMS. Lactancia materna Otoño 2000 • N° 85 Disponible en:  
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/lme.pdf>

11. técnicas de lactancia materna disponible en:  
[http://encolombia.com/lactancia\\_tecnicas25.htm](http://encolombia.com/lactancia_tecnicas25.htm)
12. OMS. Lactancia materna Otoño 2000 • N° 85 Disponible en:  
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/lme.pdf>
13. Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C.; Baptista Lucio, P.  
Metodología de la Investigación. 4° ed. México: Mc Graw Hill. 2003
14. MARRINER. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ta ed. Edit. Hacourt Brace.  
España. 1998
15. Ann MarrinerTomey, Modelos y Teorías en Enfermería, cuarta edición. Pp.  
400. España; 2000
16. Britton, C; McCormick, F; Renfrew, M, Wade, A y King, S. (2007). Apoyo  
para la lactancia materna. Biblioteca Cochrane Plus. Wiley Publishers. No 4.
17. Modelo de adopcion del rol maternal. (modificado de Mercer, R,T.[1991].
18. Maternal role: Models and consequences. Documento presentado en la  
International researchconference patrocinado por el Council of  
NursingResearch y la America Nurses Association,
19. Los Angeles, CA. Ramona T. Mercer, 1991. 5.
20. Mercer, R. T. (1990). Parents at risk. New York: Springer.

# **ANEXOS**

**ANEXO N 1**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO:” NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD BELEN - AYACUCHO – PERÚ 2012”**

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO TEORICO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Cuál es el conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud primiparas que asisten al Centro De Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012?</p> <p><b>PROBLEMA ESPECIFICOS</b> ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de salud Belen - Ayacucho – Perú 2012?</p> <p>¿Cuál es nivel de conocimiento sobre</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> Determinar el nivel de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre las ventajas de la Lactancia materna exclusiva de las</p>	<p>2.1. Antecedentes de la investigación 2.1.1. Antecedentes Internacionales. 2.1.2. Antecedentes Nacionales. 2.2. Base Teórico 2.2.1.1. lactancia materna: 2.2.1.2. reseña histórica 2.2.1.3. Definición de la lactancia materna exclusiva 2.2.1.4 Definiciones para distintos tipos de alimentación 2.2.2Características 2.2.2.1 Lactancia materna a demanda 2.2.2.2 La importancia de la postura a. la madre b. el bebe 2.2.2.3 cómo se adapta la boca al pecho</p>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL</b> Hi: El nivel del Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva en madres adolescentes primíparas en el Centro de Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012, es bajo.</p> <p><b>HIPOTESIS ESPECIFICA</b> El nivel de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro</p>	<p>Nivel de Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes primíparas que asisten al centro de salud Belen - Ayacucho</p>	<p>Importancia</p> <p>Ventajas para el lactante y la madre</p>	<p>✓ contacto precoz de la madre e hijo ✓ Proporciona todos los nutrientes</p> <p>Para el lactante: ✓ protección frente a enfermedades infecciosas ✓ Y a enfermedades futuras ✓ favorece el desarrollo intelectual</p> <p>para la madre: ✓ Protección frente al cáncer de mama</p>

<p>las ventajas de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud Belen -Ayacucho – Perú 2012?</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre las técnicas de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud Belen -Ayacucho – Perú 2012?</p>	<p>madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012.</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre las técnicas de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012.</p>	<p>2.2.3. Dimensiones</p> <p>a. importancia</p> <p>b. ventajas para el lactante y la madre</p> <p>c técnicas de la lactancia materna</p> <p>2.2.4. problemas al amamantar</p> <p>- Pezones planos o invertidos</p> <p>-Grietas del pezón</p> <p>-Conducto obstruido</p> <p>- Ingurgitación mamaria</p> <p>- Mastitis</p> <p>2.2.5.ADOLESCENCIA</p> <p>2.2.5.1. Definición.</p> <p>2.2.5.2 etapas.</p> <p>a. adolescencia temprana.</p> <p>b. adolescencia tardía.</p> <p>c. Madre adolescente.</p> <p>2.2.6 El papel de los profesionales de enfermería</p> <p>2.3. Marco Conceptual</p> <p>2.3.1. Conocimiento.</p> <p>2.3.2 lactancia materna exclusiva.</p> <p>2.3.2. Madres Adolescente</p>	<p>de Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012, es bajo.</p> <p>El nivel de conocimiento sobre las ventajas de la Lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012, es bajo.</p> <p>El nivel de conocimiento sobre las técnicas de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes primíparas que asisten al Centro de Salud Belen - Ayacucho – Perú 2012, es bajo.</p>		<p>Técnicas de amamantamiento</p>	<p>✓ recuperación de su peso</p> <p>✓ ayuda a nivel económico</p> <p>✓ posición</p> <p>✓ reflejos</p> <p>✓ procedimiento para amamantar</p> <p>✓ Duración y frecuencia de la lactancia.</p>
---	---	---	--	--	-----------------------------------	---

## ANEXO 2



### **Titulo: CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD " BELEN - AYACUCHO – PERÚ 2012**

#### **CUESTIONARIO**

##### **I. Presentación**

Buenos días señoras madres de familia el motivo de mi presencia es para darles una pequeño cuestionario sobre Lactancia Materna, con el resultado de dicho cuestionario se realizara un programa de educación sobre Lactancia Materna Exclusiva.

Se tiene que tener en cuenta que la encuesta será de forma confidencial no se revelara la información del cuestionario por ella le agradecemos que colabora contestar las preguntas para conocer la información que usted tiene acerca de la Lactancia Materna Exclusiva

Lea cada una de las preguntas y responda correctamente:

##### **II. Datos Generales**

1. Sexo:                      Edad:
2. Lugar de nacimiento:
3. Tiempo que reside en lima:
4. Cuál es su ocupación
  - a) Ama de casa:
  - b) Trabajo con horario fijo:
  - c) No trabaja:
5. Grado de instrucción
  - a) Primaria completa:
  - b) Primaria incompleta:
  - c) Secundaria completa:
  - d) Secundaria incompleta:

### **III. Contenido**

#### **a. concepto:**

1. ¿Qué entiende usted por lactancia materna exclusiva?

- a) Es el alimento ideal durante los primeros seis meses de vida del niño, pues le aporta todos los nutrientes, acompañado de alimentación complementaria
- b) Es el alimento ideal durante los primeros meses de vida para el crecimiento y buena nutrición del niño
- c) Es el alimento ideal durante los primeros seis meses de vida del niño, pues le aporta todos los nutrientes anticuerpos, factores inmunitarios y antioxidantes que necesita para sobrevivir.

#### **1. IMPORTANCIA**

2. ¿Cuál es la importancia de la Lactancia Materna Exclusiva?

- a) contiene los nutrientes necesarios que protegen, previenen y combaten infecciones, crean lazos especiales de apego entre la madre y su niño
- b) contribuye a la seguridad alimentaria de la familia.
- c) Ayuda a favorecer la alimentación complementaria

3. En cuanto a la limpieza de los pezones la madre debe:

- a) Limpiarlos antes de cada toma solo con agua
- b) Limpiarse con agua y jabón
- c) Se recomienda el baño

4. ¿Cuáles serían las ventajas del contacto piel a piel entre la madre y el bebé?

- a) Crea un sentimiento de protección, calma, y ayuda a estimular la producción de leche y ayuda a conectarse con su bebé
- b) Lo ayuda a protegerlo

- c) Lo ayuda a cargar a su bebé en una posición cómoda
5. ¿Cuáles son los nutrientes que proporciona la Lactancia Materna Exclusiva?
- a) Los nutrientes que proporciona la Lactancia Materna Exclusiva son Proteínas y Lactosa
  - b) Los nutrientes que proporciona la Lactancia Materna Exclusiva son Vitaminas
  - c) Los nutrientes que proporciona la Lactancia Materna Exclusiva son Sales
6. Hasta que edad se proporciona Lactancia Materna Exclusiva:
- a) Hasta el primer año
  - b) Hasta los 2 años
  - c) Hasta los 6 meses
7. El éxito de la lactancia radica en:
- a) Estar convencida de querer dar el pecho tener paciencia y tratar de no angustiarse los primeros días
  - b) Tomar bien del primer pecho y dar el otro si se precisa
  - c) Es necesario encontrar una buena postura para ambos

## 2. . VENTAJAS:

8. ¿Qué beneficios proporciona la lactancia materna al niño?
- a) el beneficio es Solo nutricional.
  - b) el beneficio es Nutricional, Emocional y ambiental.
  - c) el beneficio es Nutricional, protector y emocional
9. ¿cuáles son las ventajas de la lactancia materna exclusiva en el bebe?
- a) menos riesgo de tener infecciones de oído, diarrea, y enfermedades respiratorias
  - b) Riesgo decreciente de morir durante la infancia
  - c) Apoyo a nivel económico y emocional



10. ¿Qué enfermedades futuras previene la lactancia materna exclusiva?

- a) Obesidad infantil, desnutrición y alergias
- b) Problemas de la piel
- c) Otitis media aguda

11. ¿Qué tipo de infección previene la lactancia materna exclusiva en el menor de 6 meses?

a) Disminuye la gravedad de episodios de diarrea, otitis media e infección respiratoria

b) Disminuye los episodios de diarrea únicamente

c) riesgo de alergias e Infección a la piel.

12. Porque la madre debe de dar de lactar a su niño:

a) Crean lazos especiales de apego entre la madre y su niño

b) Tenemos menos riesgo de adquirir cáncer a la mama.

c) Aumenta la producción de leche.

13.Cuál es la ventaja de la madre al ofrecer lactancia materna exclusiva?

a) Ayuda a recuperar rápidamente su peso

b) Previene el cáncer de mama y de cuello uterino

c) Ayuda a producir más leche

### **3. TÉCNICAS:**

14. De acuerdo con cómo mantener la lactancia, la madre debe ofrecer pecho:

a) Cada tres horas

b) Libre demanda día y noche

c) Cada vez que el bebé despierte

15. Para interrumpir la succión en el niño se le recomienda a la madre que:

a) Introducir el dedo índice entre la boca del niño y el pezón

b) Introducir un chupón

c) Forzarlo a soltar el pezón

16. ¿En qué posición debe de estar usted para amantarlo?

a) Mantener al bebé cerca de uno cuando se le da de comer, ya que esto estimula

b) Te debes sentar o acostar en una posición cómoda, con la espalda y los codos bien apoyados.

c) El bebé debe estar de lado con su abdomen tocando el tuyo

17. ¿Cuál es la manera de identificar una buena alimentación en su bebe?

a) El bebé tiene la totalidad del pezón y una buena porción de la areola dentro de su boca.

b) Se escucha ruido cuando traga leche.

c) Cuando el bebé succiona, se observa actividad en la sien y en la oreja y sus mejillas deben estar hundidas

18. ¿Cuántos tipos de posición existen al momento de amamantar a su bebe?

a) 3

b) 5

c) 4

19. ¿Cuáles son los tipos de reflejos que utiliza el bebe durante el amamantamiento?

a) Reflejo de Deglución, Succión, quejido

b) Reflejo de Succión, Llanto

c) Reflejo de Succión, deglución, búsqueda

20. ¿cuándo debe iniciar la lactancia materna?

a) Después de 2 horas de nacidos

b) Después de 24 horas de nacido

c) Cuando el niño llora por hambre

**ANEXO 3:**  
**VALIDEZ DEL INSTRUMENTO**  
**INSTRUMENTO: CUESTIONARIO**

JUECES	INDICADORES	A	B	C	D	E	F	TOTAL	PROPORCIÓN DE CONCORDANCIA (P)
CRITERIOS									
1. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado	0,65	0,6	0,6	0,6	0,65	0,9	4	0,67
2. Objetivo	Está expresado en capacidades observables	0,75	0,8	0,8	0,5	0,8	0,9	4,55	0,76
3. Actualidad	Adecuado a la identificación del conocimiento de las variables de investigación	0,8	0,8	0,9	0,5	0,85	0,9 5	4,8	0,80
4. Organización	Existe una organización lógica en el instrumento	0,7	0,8 5	0,6	0,5	0,75	0,9 5	4,35	0,73
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad con respecto a las variables de investigación	0,65	0,8	0,8	0,6	0,8	0,9 5	4,6	0,77
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar aspectos de las variables de investigación	0,6	0,8 5	0,8	0,5	0,8	0,9	4,45	0,74
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos de conocimiento	0,6	0,8 5	0,8	0,6	0,8	0,9 5	4,6	0,77
8. Coherencia	Existe coherencia entre los índices e indicadores y las dimensiones	0,7	0,8 5	0,8 5	0,6	0,8	0,9 5	4,75	0,79
9. Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación	0,6	0,8	0,8 5	0,6	0,85	0,9 5	4,65	0,78
<b>TOTAL</b>		0,67	0,80	0,78	0,56	0,79	0,93		6,79

**Es válido si P es  $\geq 0.60$**

**P = 0,75**

## ANEXO 4

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

POR ALFA DE CRONBACH

La confiabilidad de este instrumento requiere de una sola aplicación, y se basa en la medición de la consistencia de las respuestas que hagan las personas entrevistadas a cada pregunta.

$\sum V$  = SUMA DE LAS VARIANZA POR ÍTEM

$V_T$  = VARIANZA TOTAL

$K$  = NÚMERO DE PREGUNTAS

A partir de las varianzas, el alfa de Cronbach se calcula así:

$$\alpha = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum V}{V_T} \right]$$

$$\alpha = \left[ \frac{20}{19} \right] \left[ 1 - \frac{20}{297} \right] = 0.98$$