



**ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



**CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA
Y PRÁCTICAS DE AMAMANTAMIENTO
EN MADRES PUÉRPERAS
ADOLESCENTES**

Tesis para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Nadia Elizabeth Coronado López
Yesenia Rubi Vásquez Manuelo

Lima – Perú

2015

A Dios por habernos guiado y protegido siempre, a nuestras madres por su amor inigualable y apoyo incondicional, estaremos eternamente agradecidas con ellas por todo el esfuerzo que hacen por nosotras, a nuestra familia y a todas aquellas personas que nos brindan su amistad sincera, gracias Dios por rodearnos de personas que nos quieren y que nos impulsan a bien.

INDICE

RESUMEN	9
SUMMARY.....	11
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO 1 PROBLEMA	15
1.1 Planteamiento del Problema	15
1.2 Formulación del problema.....	5
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos Específicos	5
1.4 Justificación.....	6
1.5 Limitación	6
CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	7
2.1 Antecedentes Internacionales	7
2.2 Antecedentes Nacionales	12
2.3 Base teórica, Referenciales o Conceptuales	14
2.4 Definición de términos:	45
2.5 Variables	45
2.6 Operacionalización de Variables	46
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA.....	47
3.1 Enfoque de la Investigación	47
3.2 Tipo y método de investigación	47
3.3 Diseño de la investigación	47
3.4 Lugar de ejecución de la investigación	47
3.5 Población, muestra, selección y unidad de análisis.....	47
3.6 Criterios de inclusión y exclusión.....	48

3.7 Instrumentos y técnicas de recolección de datos	48
3.8 Procedimiento de recolección de datos	49
3.9 Análisis de datos	50
3.10 Aspectos éticos	52
CAPÍTULO 4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	54
4.1 Resultados	54
4.2 Discusión	61
CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	70
5.1 Conclusiones.....	70
5.2 Recomendaciones.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS	89
ANEXO 3	94
ANEXO 4	98
ANEXO 5	100
ANEXO 6	102
ANEXO 8	104
ANEXO 7	107
ANEXO 9	109
ANEXO 10	114
ANEXO 11	118
ANEXO 12.....	121
ANEXO 13.....	124

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Conocimiento sobre lactancia materna en las madres puérperas adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Noviembre 2014.....	55
Gráfico 2 Conocimiento sobre lactancia materna según dimensiones en madres puérperas adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Noviembre 2014.....	56
Gráfico 3 Conocimiento de lactancia materna según indicadores en madres puérperas adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Noviembre 2014.....	57
Gráfico 4 Prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Noviembre 2014.....	58

Gráfico 5 Prácticas de amamantamiento según dimensiones en madres
puérperas adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre
Niño “San Bartolomé” Noviembre 2014.....59

Gráfico 6 Prácticas de amamantamiento según indicadores en madres
puérperas adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre
Niño “San Bartolomé” Noviembre
2014.....60

RESUMEN

Introducción: La madre adolescente puede ser especialmente proclive a abandonar la práctica de la lactancia materna exclusiva, debido a que forma parte de un grupo etario demográfico vulnerable. En el Perú la tasa de Lactancia materna está muy por encima de la mundial, pero en los últimos años los progresos se han detenido en su avance. **Objetivo:** Describir el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna de madres puérperas adolescentes y prácticas de amamantamiento en el Hospital Nacional Docente Madre niño “San Bartolomé”. **Material y Métodos:** Diseño no experimental de tipo descriptivo simple de corte transversal, que permitió medir el conocimiento de las madres adolescentes acerca de lactancia materna y describir las prácticas de amamantamiento mediante la aplicación de un cuestionario y una guía de observación a 107 madres puérperas adolescentes. **Resultados:** Del total de 107 madres puérperas adolescentes 54,21%(58) presentó nivel medio de conocimientos, 25,23%(27) presentó nivel alto y 20,56% (22) nivel bajo. De acuerdo a la dimensión Generalidades se encontró principalmente un nivel Medio con 43,9%(47). En la dimensión Beneficios se encontró el nivel alto con un 36,4%(39), seguido del nivel bajo con 34,5% (37) y nivel medio con 28,9% (31). Con respecto a las prácticas de amamantamiento el 63,2%(68) presentó prácticas regulares, 24,5%(26) presentó prácticas deficientes y el 12,2%(13) prácticas buenas, en cuanto a la dimensión Higiene un 65,7%(71) presentó prácticas regulares y prácticas deficientes con 14,8%(16). En la dimensión Posición predominaron las prácticas regulares con un 68,5%(74), seguido de prácticas deficientes con 15,7%(17) y prácticas buenas con 14,8%(16). **Conclusiones:** El nivel de conocimientos de las madres puérperas

adolescentes fue el nivel medio, siendo la más afectada la dimensión beneficios, y las prácticas de amamantamiento fueron de regular a deficiente, siendo la más afectada la dimensión posición.

Palabras clave: Lactancia materna, prácticas de amamantamiento, madre adolescente, conocimiento, recién nacido.

SUMMARY

Introduction. The teenage mother may be especially prone to abandon the practice of exclusive breastfeeding, because it forms part of a vulnerable population age group. In Peru, the breastfeeding rate is well above the world, but in recent years, progress has stalled in its progress. **Objective.** Describe the level of knowledge about breastfeeding postpartum mothers of teenagers and breastfeeding practices at the National Teaching Hospital Mother Child "San Bartolome". **Material and Methods.** Non-experimental design simple descriptive cross-sectional measure knowledge that allowed teenage mothers about breastfeeding and describe breastfeeding practices through the application of a questionnaire and an observation guide postpartum mothers to 107 teenagers. **Results.** Of the total of 107 adolescent postpartum mothers 54.21% (58) had average knowledge, 25.23% (27) presented high level and 20.56% (22) low. According to the General dimension it is mainly found an average level with 43.9% (47). Benefits in the high level dimension found 36.4% (39), followed by low-level 34.5% (37) and midlevel 28.9% (31). With respect to breastfeeding practices 63.2% (68) had regular practices, 24.5% (26) had poor practices and 12.2% (13) best practices, in terms of hygiene dimension 65, 7% (71) had regular practices and poor practice with 14.8% (16). In the position dimension they predominated regular practices 68.5% (74), followed by poor practices with 15.7% (17) and best practices with 14.8% (16). **Conclusions.** The level of knowledge of adolescent postpartum mothers was the average level, the most affected dimension benefits and breastfeeding practices were fair to poor, the most affected dimension position.

Keywords: Breastfeeding, breastfeeding practices, teenage mother, knowledge, newborn.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, un 38% de los bebés reciben lactancia materna como alimentación exclusiva durante seis meses. De acuerdo con estimaciones de la OMS si se amamantara a todos los niños del mundo, cada año se podrían salvar unas 220 000 vidas, lo que disminuiría considerablemente los indicadores de morbilidad materna y neonatal, siendo esto beneficioso para la salud pública. En este estudio se investigó el conocimiento sobre lactancia materna en madres puérperas adolescentes y prácticas de amamantamiento en el Hospital Nacional Docente Madre niño “San Bartolomé”, con el fin de determinar si los niveles de conocimientos han aumentado con respecto a estudios anteriores que arrojaron resultados inadecuados en dicha Institución.

El estudio está conformado por los siguientes capítulos, Capítulo 1, que describe el planteamiento del problema con la respectiva formulación del problema que conlleva a proponer los objetivos del estudio, luego está la justificación y las limitaciones del estudio, Capítulo 2 contiene el marco teórico donde se presenta los antecedentes internacionales y nacionales, la base

teórica, definición de términos, variables y operacionalización de variables del estudio; Capítulo 3 se presenta la metodología del estudio, encontramos el enfoque de la investigación, el tipo y método de la investigación, el diseño y lugar de la investigación, población, muestra, selección y unidad de análisis, los criterios de inclusión y exclusión, instrumento y técnicas de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos, aspectos éticos y análisis de datos; Capítulo 4 se presenta los resultados y la discusión y en el último capítulo se desarrolla las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO 1 PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

A nivel mundial, un 38% de los bebés reciben lactancia materna como alimentación exclusiva durante seis meses. Estimaciones de la OMS refieren que si se amamantara a todos los niños del mundo, cada año se podrían salvar unas 220 000 vidas. Reporta, además, sobre un reciente análisis en los países de Ghana, la India y el Perú, que los lactantes sin lactancia materna exclusiva tendrían 10 veces más probabilidades de morir que aquellos que recibieron leche materna como alimento predominante o exclusivo.¹

La lactancia materna exclusiva reduce drásticamente las muertes por infecciones respiratorias agudas y diarrea, dos importantes causas de mortalidad infantil. Siendo que las consecuencias potenciales de las prácticas óptimas de lactancia materna son especialmente importantes en los países en desarrollo, donde se registra una alta carga de enfermedad y un escaso acceso al agua potable y el saneamiento.²

Según la OMS, en el Perú, la tasa de lactancia natural exclusiva aumentó durante la década de los noventa, de menos del 20% en 1992 a algo más del 57% en 2000, gracias al esfuerzo desplegado a nivel nacional por capacitar a los trabajadores sanitarios y poner en práctica la iniciativa de hospitales amigos del niño de la OMS y UNICEF, tasa que se encuentra muy por encima de la información a nivel mundial; aunque en los últimos años los progresos se han frenado según datos de la ENDES 2012 (67,5%). Este organismo refiere que en algunas zonas, especialmente en las ciudades, hay tendencia a la baja.¹

Actualmente, poco más de la mitad de los niños nacidos en Perú (55%) empiezan a tomar el pecho en la primera hora de vida. Las tasas son más bajas entre los nacidos en centros de salud, los atendidos en el parto por profesionales sanitarios, los nacidos en zonas urbanas y los hijos de madres con mayores ingresos y nivel educativo; contrastando con los datos de los países de ingresos altos, dónde se evidencia que las madres con más ingresos y nivel educativo tienden más a dar el pecho a su niño.¹

El 49,2% de la población adolescente en el Perú son mujeres y el 12,5% de este grupo están embarazadas o son madres; 12 de cada 100 adolescentes mujeres en el país, con edades entre 15 y 19 años han experimentado la maternidad. Siendo que la tasa de fecundidad adolescente ha aumentado del 59% en el 2006 al 61% al 2011³, destacando que la maternidad adolescente es cuatro veces mayor en aquellas sin educación que con educación secundaria. Con mayor

porcentaje de fecundidad en Loreto (26%), seguido de la Sierra (15%) y la Costa (8,5%).^{3, 4}

Según Puente et al⁵, la madre adolescente es especialmente proclive a abandonar la práctica de la lactancia materna exclusiva porque existe una insatisfacción del niño con la leche materna (46,9%), por el reinicio de las actividades estudiantiles (40,0%) y por la insuficiente información sobre las ventajas de este proceso (33,3%). Al respecto, Delgado y Nombera afirman que la maternidad adolescente constituye un grupo demográfico muy vulnerable para el abandono de la práctica de la lactancia materna, debido a la inmadurez biológica, dado que no se completó el proceso natural de crecimiento y desarrollo.⁶

Un estudio realizado en el Instituto Especializado Materno Perinatal, Lima- Perú, reporta que la adolescencia no es la edad óptima para el embarazo, el parto y la lactancia materna, ya que no existen las mejores condiciones biológicas, fisiológicas y sociales para que la madre beneficie a su hijo con esta práctica. En sus resultados el 69,9% de las mujeres puérperas tenía un nivel de conocimiento inadecuado, entre regular y malo respecto a la lactancia materna; siendo que el grupo adolescente (39,4%) tenía más deficiente el conocimiento al compararlas con las mujeres en edad fértil y añosas.⁷ Datos que se consideran importantes, pues el estudio fue realizado en una entidad que practica y promueve como norma la lactancia materna exclusiva y cuyo eslogan es “Amigos de la madre y el niño”. Los profesionales de la salud, en este sentido, tienen una función

primordial, ya que deben asegurar un alto nivel de apoyo para el amamantamiento temprano, exclusivo y continuado.

La Resolución Ministerial y la Norma Técnica de la Lactancia Materna emitida por el MINSA, cuya finalidad es contribuir a mejorar la situación de salud y nutrición del niño menor de dos años en el Perú, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, mediante la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, menciona que es parte de las funciones de enfermería realizar la promoción y evaluación de la lactancia materna y de la técnica de amamantamiento.^{8,9}

La baja práctica de la lactancia materna se constata también en otras instituciones de salud, como es el caso del Hospital Nacional Docente Madre niño “San Bartolomé”, servicio de Adolescencia, donde observamos que las madres en la etapa del puerperio mediato se encuentran inseguras sobre los beneficios de la lactancia materna, además realizan prácticas inadecuadas de amamantamiento. A la entrevista, las madres manifestaron “me están empezando a doler los pezones por dar de lactar”, “No sé en qué me beneficia dar de lactar a mi bebé”, entre otros; estos relatos corroboran el desconocimiento de estas madres, cuyo perjuicio afectaría tanto a la madre, como al lactante.

Por todo lo expuesto y reconociendo la importancia de la lactancia materna exclusiva en el niño y la madre, dado su impacto en la morbilidad materno infantil, nos proponemos evaluar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres puérperas adolescentes y

las técnicas de amamantamiento que realizan, especialmente porque es un grupo vulnerable y requiere de mayor apoyo para la adhesión a esta buena práctica.

1.2 Formulación del problema

De lo anterior expuesto se formula la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y las prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes en el Hospital Nacional Docente Madre niño “San Bartolomé” durante los meses Septiembre- Noviembre del 2014?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Describir el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y las prácticas de amamantamiento en madres adolescentes en el puerperio mediato, Hospital Nacional Docente Madre niño “San Bartolomé”.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar y clasificar el nivel de conocimiento de Lactancia Materna en madres adolescentes en puerperio mediato según dimensiones: generalidades, beneficios de la lactancia materna.
- Identificar y clasificar las prácticas de amamantamiento de madres adolescentes en etapa de puerperio mediato según dimensiones: higiene y posición de amamantamiento.

1.4 Justificación

A consecuencia de los altos porcentajes de madres adolescentes a nivel nacional (el 36,7% de 49,2% de la población adolescente en el Perú están embarazadas o son madres)³, el Ministerio de Salud ha establecido normas técnicas de salud para prevenir esta situación, por ello al profesional de enfermería le compete asumir el reto de participar en el proceso de promoción y prevención de la salud Materna, en especial, con este grupo etario, ya que se encuentran vulnerables al rechazo y/o abandono de la práctica de la lactancia materna, en mayor de los casos a consecuencia de la falta de conocimientos sobre sus beneficios.

El estudio puede contribuir a reorientar y analizar la situación del servicio, en pro de reducir la desnutrición en los niños y mejorar las técnicas de amamantamiento debido a que los datos muestran información concreta sobre las variables en estudio para que las autoridades del Hospital asuman una posición frente al problema.

Los resultados de este estudio permitirán que el Departamento de Enfermería proponga acciones de mejora, implementando estrategias necesarias en vistas de evitar el abandono de la lactancia materna y mantener prácticas adecuadas de amamantamiento.

1.5 Limitación

- Los resultados sólo serán válidos para la muestra estudiada, dado que no se utilizó la aleatorización a las pacientes.
- El diseño utilizado no permite establecer relaciones causales entre las variables implicadas.

CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes Internacionales

Zimmermann C, Medina S, en el año 2010, realizaron un estudio donde el objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna de las puérperas antes de su egreso hospitalario relacionándolo con el grado de escolarización, edad y paridad; siendo el estudio de tipo descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 364 madres puérperas y se incluyó mujeres en puerperio inmediato entre 15 y 40 años. Se analizaron 364 encuestas. Nivel de conocimiento: deficiente 12,09%; regular el 70,33%; bueno 17,58%. Conocimientos deficientes: solteras 36,4%; casadas 9%; concubinato 54,6%. Conocimiento Regular: solteras 34,4%; casadas 9,4%; 56,2% concubinato. Conocimiento Bueno: 25% solteras, 25% casadas; 50% unión libre. Número de gestaciones, en nivel deficiente: 91% primíparas, 9% multíparas; en nivel regular 51,6% primíparas, 48,4% multíparas; en nivel bueno 25% primíparas, 75% multíparas. Nivel deficiente: el 100% educación primaria incompleta; de nivel regular completaron primaria 42,2%; secundaria 48,5%; terciaria 3% y

6,3% sin nivel educacional. De buen conocimiento 68,7% completó primaria, 18,8% secundaria y el 12,5% terciaria. Concluyendo que la mayor edad, grado de escolarización y paridad se asocia con conocimientos más extensos y seguros acerca de la Lactancia Materna.¹⁰

Aznar F, Salazar S, en el año 2007 realizaron un estudio que tuvo como objetivo 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 estudio fue transversal y descriptivo, mediante la aplicación de una encuesta a 502 madres que acudieron a centros hospitalarios públicos y privados de Caracas y Maracaibo, entre julio y diciembre de 2007. El 90,64% (n=455) de las madres amamantaron a sus hijos; la mayoría tenía un promedio de 2 ó menos hijos y provenía de áreas urbanas. El 55,12% (n=113) de los niños recibió lactancia materna por un período de 6 meses o más. Sólo el 5,93% (n=27) inició la lactancia materna antes de la primera hora post-parto. El 81,4% (n=409) de las madres conocía las ventajas de la lactancia materna, sin embargo, la mayoría de ellas conocía sólo los beneficios para el niño. El 55,18% (n=277) de las madres tenía información sobre alguna forma de conservación de la leche materna una vez extraída. Se concluyó que el porcentaje de madres que practican la lactancia materna es alto, y esto se relaciona con la edad de las madres, procedencia y paridad. Sin embargo, la duración y la forma del amamantamiento no es la esperada, debido a la falta de información sobre aspectos fundamentales de la alimentación natural.¹¹

Rosale C, Costa J, Schwerz S, Gregório R, en el año 2008 realizaron una investigación cuyo objetivo fue describir la experiencia del amamantamiento en la adolescencia y observar la ocurrencia de destete precoz. Se trata de un estudio cualitativo de abordaje descriptivo, utilizando la técnica de grupo focal, realizada en un Centro de Salud de una Región Administrativa del Distrito Federal. Los resultados revelaron que no está ocurriendo el destete precoz en el universo estudiado y que existe una buena experiencia por parte de los adolescentes en relación al proceso del amamantamiento. Sin embargo, se nota la necesidad de creación de grupos de apoyo a las embarazadas y a las parturientas adolescentes, siendo de responsabilidad, principalmente, del enfermero, la educación y promoción del amamantamiento materno.¹²

Gamboa E, López N, Esperanza G, Gallo P. realizaron una investigación con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes, prácticas relacionados con la Lactancia Materna (LM) en mujeres en edad fértil residentes del asentamiento las Marías del Municipio de Girón en el año 2005. Se realizó un corte transversal descriptivo con 96 mujeres en edad fértil del asentamiento las Marías, Girón, 2005. Se aplicó una encuesta tipo Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP). Los resultados fueron que el 78,1% de las participantes había tenido hijos. Sólo el 13% tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar. Un 49% no conocía los métodos de conservación de la leche materna. El 69,8% de las participantes tiene actitud de apoyo cuando ve a una familiar lactando. El tiempo promedio de lactancia materna fue 5,7 meses. El alimento con el que más inician la alimentación complementaria es el caldo (88%). Se

concluyó que se presentaron proporciones considerables de mujeres que dieron LM durante menos de seis meses, que iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses y que suspendieron la LM cuando el hijo lactante sufrió alguna enfermedad.¹³

Alvarado E, Canales M, realizaron un estudio donde el objetivo fue explorar los conocimientos y prácticas que poseen las madres sobre la lactancia materna exclusiva y el destete temprano en menores de seis meses, que asistieron a la Unidad d Salud Sn Rafael Obrajuelo, Departamento de la Paz de Enero a Julio 2004. el estudio se centró en describir la presencia del problema y la frecuencia con que se estaba dando; la muestra fue de 109 madres lactando a menores de seis meses; los instrumentos utilizados fueron cuestionarios que contenían 28 preguntas abiertas y la guía de observación con 15 aspectos a observar, la cual se les suministró a 43 madres en visita domiciliar. Los resultados obtenidos mostraron que el 68,81% de madres no tienen conocimientos de las ventajas de la lactancia materna y un 79,07% de ellas no realizan higiene en los pezones antes de dar de lactar al bebé.¹⁴

Domínguez M, Rodríguez M, en el año 2009 realizaron un estudio donde el objetivo fue Determinar el nivel de información que poseen las madres adolescentes entre 12 y 17 años sobre la lactancia materna en el periodo de post parto para la redacción de un programa en el Hospital General de los Valles del Tuy "Simón Bolívar" Es un estudio descriptivo transeccional, de campo, se tomó a 30 madres puérperas adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 17 años y se utilizó un cuestionario

dicotómico con alternativas si y no, el cual constaba de 110 ítems. En relación a algunos indicadores y subindicadores, donde respondieron si el calostro favorece el crecimiento rápido del niño(a) el 76,67% señaló que no, si el amamantamiento ayuda a la madre a que el útero regrese a su tamaño normal el 76,67% dijo que no, si la lactancia materna aumenta el sangrado vaginal en la madre el 50% dice que no, si la lactancia materna previene el cáncer de mama el 70% señaló que no. Las madres adolescentes demostraron tener un bajo nivel de información en cuanto a la lactancia materna ayuda al útero regrese a su tamaño normal, previene cáncer de mama y la madre recupera su figura anterior. Lo que se concluyó que las madres puérperas adolescentes obtuvieron un bajo nivel de información en la mayoría de los siguientes aspectos: composición de la leche materna, anatomía, fisiología, clasificación, beneficios y técnicas, obteniéndose todas sus respuestas por debajo del 49% según la escala de medición.¹⁵

2.2 Antecedentes Nacionales

Delgado L, Nombera F, en el año 2012, realizaron una investigación con el fin de medir el nivel de conocimiento de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. En cuanto al diseño, la investigación contó con un enfoque descriptivo transversal. Fueron encuestadas 124 madres adolescentes entre los 12 y 19 años atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo- Perú en el año 2012, de los cuales el 23,3% respondió que en el establecimiento de salud donde se atendieron ofreció orientación sobre Posición del cuerpo para amamantar y, 2,1% respondió que la orientación estuvo referida a la

preparación sobre bajada de leche; el 46,8% respondió que desconocía hasta que edad se debe brindar la lactancia materna exclusiva y, el 12,9% respondió que la lactancia materna exclusiva se brinda hasta los 5 meses y el 43,5% desconocía cómo definir la lactancia materna exclusiva. El resultado final demostró que el 48% de ellas presenta un nivel medio de conocimientos, y el 10,5% nivel alto. Sin embargo 70% no mantienen la duración adecuada, 62,9% no posicionan adecuadamente al bebé, 75,8% no muestran adecuada postura y 64,5% no controlan la frecuencia de amamantamiento. Se afirma que la práctica está ligada con el nivel de conocimientos. ⁶

Ferro M, Flores H. , en el año 2005, realizaron un estudio donde el objetivo fue el Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del Instituto Especializado Materno Perinatal, siendo un estudio prospectivo, transversal y descriptivo desarrollado de octubre a diciembre del 2005. Sus resultados mostraron que el 69,9% de las mujeres puérperas tiene un nivel de conocimiento inadecuado, entre regular y malo, respecto a la lactancia materna; siendo que el grupo adolescente (39,4%) tenía más deficiente el conocimiento al compararlas con las mujeres en edad fértil y añosas.⁷Mariano A, en el año 2010, realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de la lactancia materna y su asociación con los factores socio- culturales en puérperas del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo de Marzo a Diciembre del 2010. Fue un estudio descriptivo de corte transversal prospectivo. Los resultados fueron que el nivel de conocimiento que predominó fue el inadecuado entre regular a malo con un

75%, además que los factores socio- culturales asociados a la lactancia no tienen relación con el nivel de conocimiento de lactancia materna.¹⁶

2.3 Base teórica, Referenciales o Conceptuales

CONOCIMIENTO

Segarra y Bou¹⁷ después de revisar algunas principales concepciones del conocimiento, indican que la concepción que más se asemeja es la propuesta por Davenport y Prusak (1998), y que además en nuestro estudio es el más indicado: “el conocimiento es un flujo en el que se mezclan la experiencia, valores importantes, información contextual y puntos de vista de expertos, que facilitan un marco de análisis para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información. Se origina y es aplicado en la mente de los conocedores. En las organizaciones, a menudo se encuentra no sólo en los documentos sino también en las rutinas organizativas, procesos, prácticas y normas.”

Según Josep Blasco y Tobies Grimaltos¹⁸, luego de un análisis sistemático a los problemas filosóficos que plantea el conocimiento humano, concluyen que el término conocimiento es un término muy especializado tal y como decía Wittgenstein es como otros conceptos filosóficos, un concepto de límites vagos; es decir, presenta la particularidad de que resulta muy difícil delimitar clara y definitivamente qué cuenta como conocimiento y qué no, al margen del contexto, al margen de las circunstancias particulares en que se produce la atribución. Para juzgar si un sujeto sabe, hay que tener en cuenta, en cada caso, la evidencia que tiene y hasta qué punto elimina (en ese contexto) la posibilidad de que su

creencia sea finalmente falsa. De hecho, los contextualistas afirman que “sabe” (o “sé”) es una palabra que tiene diferentes significados en diferentes contextos, o dicho de otra forma, que “S sabe que P” puede tener condiciones de verdad diferentes en contextos diferentes, puede ser verdadera en un contexto y falsa en otro, siendo “S” y “P” las mismas en ambos contextos y sin que varíe la evidencia de que dispone el sujeto.

Sanguineti¹⁹, citando a Habermas, refiere que el conocimiento humano está configurado por intereses. Detrás de las teorías hay intereses. Ante la naturaleza, el hombre construye las ciencias empujado por el interés técnico, dirigido al dominio del mundo. El conocimiento es un modo superior de ser y vivir. Los minerales, las plantas, todos los seres del mundo físico se limitan a existir o a vivir físicamente. El hombre “existe” y “vive” según una modalidad cognoscitiva. Con el conocimiento intelectual somos capaces de abarcar nuestro ser y todos los entes del universo, reproduciendo de modo inmaterial en la mente, sin confusión y con pleno discernimiento.

Tipos de conocimiento:²⁰

- Conocimiento Vulgar

La experiencia demuestra que el conocimiento vulgar, basado esencialmente en la cultura popular, es la vía ordinaria que sigue el hombre para resolver sus problemas más elementales y primarios. Suele ser un conocimiento práctico, asentado en el pensar espontáneo y de sentido común; no por ello deja de ser un conocimiento completo y con capacidad para la utilización inmediata, facilitando el trabajo ordinario y la

vida social; en ese sentido, a pesar de su vulnerabilidad, puede resultar muy útil y frecuente en la práctica educativa cotidiana.

- Conocimiento Filosófico

El conocimiento filosófico busca el por qué de los fenómenos y se basa fundamentalmente en la reflexión sistemática para descubrir y explicar. Se asemeja bastante al conocimiento científico, ya que la reflexión racional, añade un carácter sistemático y crítico, si bien se distinguen por el objeto de la investigación y por el método. Así mismo el objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, traspasando la experiencia, el objeto de las ciencias está constituido por los datos próximos, inmediatos, perceptibles y sujetos a experimentación.

- Conocimiento Científico

Es un saber crítico (fundamentado), metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable (por medio del lenguaje científico), racional, provisorio y que explica y predice hechos por medio de leyes.

PRÁCTICA

La práctica no es una actividad puramente material; hay una intervención de la conciencia; que en ellas encontramos, desde el comienzo del proceso mismo, y a lo largo de todo él, ideas o proyectos ideales y cierto conocimiento del fin a realizar, como también de los medios que se utilizan para el fin propuesto. Es decir, hay un elemento ideal,

consciente o teórico (en sentido amplio) y, por tanto puede ser modificable.²¹

Según la UNICEF, consejería en lactancia materna, curso de capacitación, la evaluación del amamantamiento permite decidir si una madre necesita consejería y apoyo. Se puede evaluar la técnica de lactancia materna mediante la observación y para ello el documento contiene una ficha de observación que se aplica al momento en que la madre está amamantando a su bebé.²²

ADOLESCENCIA

Según la OMS, los límites cronológicos para este periodo es de los 10 a 19 años, considerándose tres etapas: adolescencia temprana (de 10 a 13 años de edad), mediana (14-16), y tardía (17-19), siendo un periodo de la vida que transcurre entre la infancia y la edad adulta. Caracterizándose este periodo por los profundos cambios físicos, psicológicos, sexuales y sociales.^{23, 24}

Los principales cambios físicos de la adolescencia son, por una parte, cambios en el aparato reproductor, en las mamas de las niñas y en los genitales de los niños; la aparición de vello corporal y un periodo de crecimiento rápido que dura entre 3 y 4 años.²⁵

En los cambios sexuales, la primera etapa de la adolescencia se conoce también como pubertad. En este periodo se produce la diferenciación entre el organismo femenino y el masculino. Además la

pubertad se inicia en las niñas con la menstruación y, por lo tanto, el comienzo de la posibilidad de reproducción sexual.²³

En la adolescencia se producen cambios hormonales que provocan un cambio a nivel físico y emocional, observándose cambios en su forma de pensar, de hacer las cosas, empiezan a tener interés por el sexo opuesto, se les hace difícil vencer las tentaciones de la vida y cada uno puede reaccionar de diferente manera en esta etapa, como consecuencia de lo que vivió en su infancia.²³

La adolescencia es una época muy importante en la vida, debido a que las experiencias, conocimientos y aptitudes que se adquieren en ella, tienen implicaciones importantes para las oportunidades del individuo en la edad adulta.²³

PUERPERIO

Este periodo comprende el tiempo posterior al alumbramiento hasta los 42 días después del nacimiento y se divide en el inmediato (las dos primeras horas postparto), mediato (desde las primeras dos hasta las 48 horas postparto), y tardío de las 48 horas hasta los 42 días posterior al nacimiento.²⁶ Se caracteriza por dudas, miedos y desconocimiento de la evolución habitual de la madre, siendo más enfatizado en la madre adolescente y el desarrollo normal del niño; así como la vulnerabilidad ante múltiples factores de riesgo que inducen complicaciones que comprometen la salud y la vida.²⁷

LACTANCIA MATERNA

A. Definición

Según la OMS la lactancia materna aporta la mayor cantidad de nutrientes que son necesarios para el crecimiento y desarrollo adecuado del recién nacido (RN). También recomienda el calostro como el mejor alimento para el neonato, debiendo comenzar la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido y ser exclusiva hasta los primeros seis meses del RN y posteriormente complementarse con otros alimentos hasta los 2 años.²⁸

El Ministerio de Salud considera la lactancia materna como una práctica fundamental en la nutrición infantil, con la finalidad de contribuir al desarrollo integral de los niños y niñas. Siendo rica en todos los nutrientes que necesitan los bebés para un crecimiento y desarrollo adecuado, protegiéndolo contra las enfermedades, además el agua contenida en ella es suficiente para satisfacer sus necesidades de líquidos, incluso en los climas secos y calurosos. Refiere que dar de lactar es mucho más que solo alimento, es dar amor, seguridad, placer y compañía.^{29, 30} La leche materna es el mejor y único alimento que una madre puede ofrecer a su hijo tan pronto nace, no sólo por su contenido nutricional, sino también por su contribución emocional, ya que el vínculo afectivo que se establece entre la madre y su bebé constituye una experiencia especial, singular e intensa, que vincula al padre y a la familia.³⁰ Es el mejor alimento para un niño, porque es beneficiosa, aún en el caso de que la madre amamante al menor por un corto periodo, o lo alterne con otro alimento.³¹

B. Frecuencia

Las madres de los RN normales que den el pecho no deben tener restricción en cuanto a la frecuencia y al número de tomas. Se recomienda amamantar cada vez que tengan hambre o cuando el niño quiera. Los patrones alimentarios de los bebés varían enormemente, pudiendo ser muy irregulares, particularmente en el inmediato periodo neonatal. Muchos RN lactan cada 2 ó 3 horas, o más a menudo, con intervalos variables entre algunas tomas. El número total suele ser superior a las 6 u 8 veces al día, aunque la mayoría de los lactantes es posible que se acaben adaptando a tomar cada 3 ó 4 horas.³²

La frecuencia elevada de las tomas tiene como ventajas aumentar la producción láctea, previene la ingurgitación mamaria, disminuye los niveles de bilirrubina, reduce la pérdida de peso y se asocia con una mayor duración de la lactancia en relación con un horario rígido.³²

La lactancia a libre demanda se define como la posibilidad de atender inmediatamente los requerimientos de alimentación por parte del bebé (sin horarios preestablecidos), así como también la posibilidad para la madre de amamantar a su hijo cuando sienta necesidad de hacerlo, muchas veces a causa de tensión mamaria y/o pérdida de leche.³³

La práctica de horarios rígidos, que enfatiza la pausa de “tres o dos horas” entre tomas tiene efectos negativos sobre la lactancia natural, ya que no se estaría brindando un amamantamiento eficaz debido a la restricción impuesta.³⁴

Si el bebé duerme más de 3 o 4 horas seguidas (cosa frecuente el primer día o día y medio), se aconseja a los padres que intenten despertarlo estimulándolo con suavidad para ponerlo al pecho. A partir de las 24 horas es muy importante intentar que haga 8-10 tomas al día.³²

Se debe ofrecer siempre los dos “pechos”, empezando por el último que se haya ofrecido; si rechaza el segundo será porque ya ha tomado suficiente del primero. Si ya ha comido bastante lo hará saber, si en el pecho hay todavía demasiada leche, en la próxima toma se empieza por ese mismo y se vaciará la leche acumulada.³⁵

C. Duración de la lactancia materna:

Una mayor frecuencia de lactancia durante las primeras 24 horas después del nacimiento reduce la incidencia de hiperbilirrubinemia (ictericia) a los 6 días y la concentración de bilirrubina sérica a los 3 días de vida.³⁶

Según la OMS, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inoocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde.³⁷ La OMS y el UNICEF resaltan que después de los dos primeros años, la lactancia

materna debería mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo.³⁸

D. Tipos de lactancia

La lactancia es el periodo de vida del niño en donde el alimento fundamental es la leche, pueden haber tres tipos de lactancia: lactancia exclusiva o natural, lactancia mixta y lactancia artificial.

- Lactancia materna exclusiva

La Lactancia Materna en forma exclusiva (LME) es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida,³⁹ tal y como lo recomiendan la OMS y el UNICEF,⁴⁰ reconociéndose que es la forma de alimentación óptima para los lactantes.⁴¹ La lactancia natural exclusiva solo está contraindicada en algunas afecciones por recomendación médica.³⁷

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:⁴¹

- Que la lactancia se inicie en la primera hora de vida.
- Que el lactante solo reciba leche materna, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua.
- Que la lactancia se haga a demanda, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche.
- Que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.

- Lactancia artificial:

La lactancia artificial es denominada leche de fórmula, leche maternizada o adaptada, se emplea para sustituir la leche materna y, sus componentes se asemejan a la leche materna con la finalidad de que el niño pueda obtener efectos parecidos a los del lactante amamantado. Las fórmulas infantiles cubren las necesidades del niño desde el nacimiento hasta los tres años. Se dividen en dos tipos:⁴²

- Fórmulas de inicio: cubren las necesidades del lactante hasta los 4 – 5 meses.
- Fórmulas de continuación: cubren las necesidades entre los 5 y los 12 meses, que se puede utilizar hasta los 3 años.⁴³

- Lactancia mixta:

Consiste en la alimentación del niño con leche de la madre y fórmula infantil con la finalidad de complementar la alimentación natural (leche materna) y como método de introducción a la alimentación artificial exclusiva.⁴²

Las situaciones en que se utiliza la lactancia mixta son:⁴³

1. La madre no desea dar el pecho o no puede por algún motivo de salud.
2. La madre no tiene suficiente cantidad de leche.
3. Tránsito de lactancia materna a lactancia artificial (destete).

La lactancia mixta puede ser coincidente o alternante:⁴³

- a) Coincidente o de Sustitución:

Cuando en la misma toma el niño recibe primero leche materna y después, leche artificial en biberón.

b) Alternante:

Cuando se combinan tomas completas de leche materna con tomas de leche artificial.

E. Tipos de Leche Materna

1. Calostro

Es un líquido viscoso y de color amarillento, que las glándulas mamarias segregan durante los 3 o 4 días después del parto, siendo suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. Está compuesto por agua, proteínas, minerales como sodio y zinc, es rico en azúcar, bajo en vitaminas hidrosolubles, calorías y grasas. Es perfecto e insustituible para el bebé por su alto valor nutritivo y su fácil digestión. Además, de sus más de 30 componentes, 13 se pueden encontrar únicamente en el calostro. La cantidad de anticuerpos que posee hace que el bebé esté protegido frente a determinadas infecciones intestinales y respiratorias hasta que se desarrolle su propio sistema inmunológico. Además de su alto nivel nutritivo, favorece el desarrollo de su sistema digestivo y ayuda a evacuar el meconio. Por eso, es imprescindible que se pegue al niño al pecho al momento de nacer y las primeras 48 horas.^{44, 45}

La concentración promedio de Ig A y lactoferrina, proteínas protectoras, están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria de

2-3 g de IgA y lactoferrina. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.⁴⁵

La OMS recomienda el calostro como el alimento perfecto para el recién nacido y su administración debe comenzar en la primera hora de vida.²⁸

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del RN, y sus beneficios son los siguientes:⁴⁵

- Facilita la eliminación del meconio
- Facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido
- Los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica
- Las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos
- El escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trípico funcional, succión-deglución-respiración.
- Los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño.
- Los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; sin embargo el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez.

2. Leche de transición

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto.⁴⁵

Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche. Los cambios de composición y volumen son muy significativos entre mujeres y dentro de una misma mujer, durante los primeros 8 días, para luego estabilizarse. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.⁴⁵

3. Leche madura

La leche materna madura se produce a continuación de la de transición, tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del niño. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento.⁴⁵

F. Componentes de la Leche Materna

Contiene 70 Kcal/100 ml. Su volumen promedio es de 700 ml/día en los 6 primeros meses postparto, descendiendo a unos 500 ml/día en el 2º semestre. Sus principales componentes son: proteínas, minerales, hidratos de carbono, grasas, agua y vitaminas.⁴⁶

La leche materna contiene un 88% de agua con una osmolaridad semejante al plasma (286 mosm). La lactosa es su principal carbohidrato (7,3 mg%) y la principal fuente energética del lactante (disacárido compuesto de glucosa y galactosa). La galactosa es utilizada en la síntesis de "galactolípidos", de importancia en el desarrollo del SNC del niño. El alto contenido en lactosa determina las deposiciones blandas del lactante que permite la absorción del Ca en el colon. Otros carbohidratos complejos se encuentran libres o unidos a proteínas como la N-acetilglucosamina y oligosacáridos. Los carbohidratos y glucoproteínas estimulan el desarrollo del "Lactobacilo bífido", bacteria predominante en el intestino del lactante que lo protege de los gérmenes patógenos. Algunos oligosacáridos, de estructura semejante a los receptores bacterianos, bloquean la adherencia de bacterias a la membrana celular.⁴⁶

Las proteínas (0,9 g/100 ml) están compuestas por caseína (30%) y proteínas del suero (70%); lactoferrina, lactoalbúmina, lisozima, IgA, IgG, IgM y albúmina; proteínas en baja concentración como: enzimas, moduladores del crecimiento y hormonas.⁴⁶ La lactoalbúmina tiene un alto valor biológico. La lactoferrina favorece la absorción del Fe en el

intestino, además de acción bacteriostática. La lisozima tiene actividad antiinflamatoria. La IgA es la principal inmunoglobulina de la leche humana.⁴⁶ Además tiene un alto contenido de nitrógeno no proteico (NPN), entre el 20 al 30% del N total siendo el principal componente la urea, utilizada por el lactante como fuente de N; los aminoácidos libres como la taurina (el lactante no la sintetiza), necesaria para conjugar los ácidos biliares y como posible neurotransmisor.

Las grasas aportan el 50% de las calorías de la leche, siendo el componente más variable. Su concentración es menor al inicio que al final de la mamada. La calidad de los ácidos grasos puede ser afectada por la dieta materna.⁴⁶

Algunas enzimas permanecen activas en el tubo digestivo del lactante. En la leche hay un gran número de leucocitos vivos, 90% macrófagos (2000 a 3000 / mm³) y 10% de linfocitos (200 a 300 / mm³). Los macrófagos mantienen su capacidad fagocitaria en el tubo digestivo del lactante y su capacidad de producir complemento, lisozima y lactoferrina, así como los linfocitos mantienen su capacidad de producir anticuerpos.⁴⁶

El principal estímulo que induce la producción de leche es la succión del niño, por lo tanto, cuantas más veces la madre le brinda el pecho y cuanto mejor se vacía éste, más leche se produce. La cantidad se ajusta a lo que el niño necesita y a las veces que vacía el pecho durante todo el día.³⁹

G. Beneficios de la lactancia materna

La lactancia es uno de los aspectos vitales para el desarrollo de un niño sano; alimentar es dar amor. Significa un momento íntimo, de comunicación y unión entre la madre y su hijo.⁴⁷

La lactancia natural es una forma sin comparación de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres.³⁷

Según los estudios realizados por el Ministerio de Salud y Protección social de Colombia, la lactancia materna salva vidas, evita la morbilidad, la mortalidad, promueve el desarrollo físico y cognitivo óptimo, reduce el riesgo de contraer algunas enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación en la edad adulta y aporta grandes beneficios en la salud de las madres, lo que repercute en beneficios económicos para la familia, el sistema de salud, empleadores y el país.³¹

Algunos estudios sugieren que la lactancia puede ayudar a un mejor desarrollo intelectual. Bebés con bajo peso al nacer alimentados con leche materna durante las primeras semanas de vida obtienen puntajes más altos en los exámenes de inteligencia hechos unos años más tarde, que los bebés de características similares alimentados artificialmente.⁴⁸

51

- Beneficios para el bebé

- Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita hasta los dos años de edad. ⁴¹ La lactosa es el principal carbohidrato presente en la leche materna y se sintetiza en la glándula mamaria a partir de glucosa. Aporta, junto con la grasa, la energía necesaria para el normal crecimiento y desarrollo del bebé, favorece la implantación de una flora acidófila y promueve la absorción del calcio.⁵²
- La lactancia materna después de los seis meses, junto con alimentos complementarios proporciona el 33% de los requerimientos nutricionales hasta los 2 años de edad.³⁶
- Asegura su desarrollo y crecimiento óptimo (principalmente del sistema nervioso y del cerebro). ^{29, 47} La leche materna contiene ácidos grasos de cadena larga que favorecen el desarrollo del cerebro, se absorbe el 49 % del hierro, posee hormonas como prostaglandinas E y F que aceleran la motilidad intestinal, así como también factores de crecimiento epidérmico y nervioso. También posee hormonas hipofisarias, tiroideas y estrógenos; otras sustancias moduladoras del crecimiento son: taurina, etanolamina, fosfaetanolamina, interferón y enzimas.⁵³
- Fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo,^{41, 47} mejorando su capacidad intelectual y visual y, a largo plazo, potencia su capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar del niño.^{29, 47}
- La leche materna contiene anticuerpos maternos y más de 300 componentes entre ellos nutrientes y minerales que fortalecen el sistema inmunológico ^{44, 36} protegiendo al niño de posibles alergias, ^{41, 47} enfermedades infecciosas y enfermedades crónicas, siendo las más frecuentes en la infancia la diarrea y neumonía.⁴¹

En la leche materna existen oligosacáridos, los que representan el tercer componente mayoritario de la leche tras la lactosa y la grasa, están formados por 4 a 12 monómeros, con una combinación variable de D-glucosa, D-galactosa, N-acetil-glucosamina, L-fucosa y ácido siálico. Debido a su estructura, que es similar a la de ciertos receptores de membrana de las mucosas gastrointestinal y retrofaríngea, son capaces de actuar como ligandos competitivos frente a microorganismos patógenos; de esta manera, evitan su unión a receptores presentes en las mucosas, protegiendo al lactante de infecciones intestinales y de las vías aéreas superiores, además cumplen en el organismo del lactante un rol similar al de la fibra soluble de la dieta: ejercen un efecto probiótico al promover el desarrollo de bifidobacterias en el intestino, lo que genera un pH ácido que inhibe el crecimiento de microorganismos patógenos.⁵²

- La leche materna favorece a una menor incidencia de muerte súbita del lactante³³
- Asegura una mejor reacción a las vacunas que se le administrarán de acuerdo a su edad. ³³ Estudios han demostrado el efecto inmunoestimulante de la lactancia materna sobre la vacunación, no solo a partir del análisis serológico del incremento en los títulos de anticuerpos protectores postvacunales, sino además por su repercusión en la disminución del dolor producido por la vacunación parenteral y el bloqueo de posibles reacciones adversas posvacunales.⁵⁴
- La leche materna está siempre lista y en la temperatura adecuada²⁰, digiriéndose más rápido y fácil. ³⁶

- La succión contribuye a un mejor desarrollo de la estructura bucal, ayudando al crecimiento de dientes sanos.⁴⁷ Durante el amamantamiento, el reborde anterior del maxilar superior se apoya contra la superficie del pezón y parte de la mama, actuando la lengua a modo de válvula, a través de movimientos anteroposteriores, permitiendo así la eyección de la leche, sincronizando esta acción con la función respiratoria.⁵⁵

Al nacer, el bebé se encuentra con la mandíbula retruida y al realizar los movimientos para tomar el pezón y tragar, va conformando la forma de la cavidad bucal, adelantando la mandíbula para su correcta oclusión posterior. Por ello se concluye que la succión y la deglución durante la lactancia materna ejercen un movimiento complejo de la cara, de los labios y de la lengua, lo cual constituye la preparación para una fonética adecuada, evita la deformación posterior de la dentadura y previene la caries dental. La respiración y luego la masticación, son funciones que proporciona los estímulos necesarios para el normal crecimiento y desarrollo de los maxilares y de las estructuras dentarias.⁵⁵

- La lactancia hace que se mantenga la unión entre madre- hijo que se crea durante el embarazo, a través de la piel de la madre el bebé capta el cariño y apoyo de la madre, lo que hace que se vaya desarrollando la confianza y seguridad en sí mismo. El niño en su desarrollo intenta a través de su comportamiento estar cerca de la madre, utilizando conducta como succionar, sonreír, llorar y aferrarse. Esta búsqueda y necesidad de cercanía de la madre, con respecto al niño, se conoce como conducta de apego y la conducta

de la madre que intenta mantener al hijo cerca se denomina conducta de atención. La conducta de ambos, que se dirige a buscar y mantener la proximidad de uno con el otro se llama conducta afectiva.⁵⁶

El amamantamiento es un momento donde debe estar acompañado de profundo sentimiento, donde se estimula el amor en el niño y se vinculan valores que desarrollarán confianza, y de esta conducta de apego, dará lugar a conductas intelectuales, formación de conceptos, el relacionarse con otras personas, es decir madre/ hijo/a, experimentarán una relación afectuosa, íntima y continua en cada mamada en las que ambos sientan satisfacción y gozo, siendo uno de los beneficios importantes en la lactancia materna, con la calidez que se proporciona en el amamantamiento, demostrando la seguridad que transmiten los brazos maternos.⁵⁶

- A través de la lactancia el bebé percibe la voz, el olor, el latido cardíaco de la madre; vuelve a sentir aquellos momentos en los que se encontraba en el vientre materno. Estas sensaciones lo reconfortarán y lo harán sentir tranquilo.⁴⁷

- Beneficios para la madre

- A corto plazo la lactancia materna funciona como método anticonceptivo (si se da lactancia exclusiva hasta los seis meses durante el día y la noche, sin horarios rígidos, siempre y cuando no aparezca sangrado).^{39, 36}

Los impulsos aferentes originados mediante la succión del recién nacido, actúan sobre el hipotálamo, donde causan liberación local

de beta endorfinas, lo que deprime la liberación de hormonas liberadoras de gonadotrofinas (GnRH) inhibiendo la secreción de gonadotrofinas hipofisarias, el desarrollo folicular del ovario, la ovulación y la menstruación; asimismo, la liberación hipotalámica de beta endorfinas inhibe la producción de dopamina, lo que produce aumento de la secreción de prolactina hipofisaria.⁵⁷

- A largo plazo la lactancia materna reduce la diabetes tipo 2 y el cáncer de mama, de útero y de ovario. Los estudios también han descubierto vínculos entre el cese temprano de la lactancia materna y la depresión posparto en las madres.^{58, 47}
- El saber que está dando lo mejor a su hijo y que está cumpliendo correctamente con el rol de madre, la hace sentir segura y con mayor confianza en sí misma.⁴⁷
- La madre aprende a interpretar más rápidamente y mejor las necesidades del bebé en cada momento.⁴⁷
- Cuanto más se ponga al niño al pecho, más leche producirá la madre, por tanto hay que estimular el deseo de dar de lactar.⁴⁷ Cada vez que el niño succiona, estimula las terminaciones nerviosas del pezón y la areola; estos llevan mensajes a la hipófisis de la madre, que responde produciendo una hormona llamada prolactina; ésta va por la sangre hasta el alvéolo mamario y hace producir la leche. Las terminaciones nerviosas estimuladas mediante la succión del pezón y la areola llevan también un mensaje al cerebro de la madre; donde se produce otra hormona llamada oxitócica; ésta, al igual que la prolactina, va por la sangre hasta los pechos y actúa, produciendo contracción de las células

musculares que rodean los alvéolos, impulsando así la salida de la leche a través de los conductos galactóforos hasta el pezón. Este reflejo de la oxitócina, no depende sólo de la succión del pezón, sino también de las emociones y sentimientos de la madre.⁵⁶

- Es un momento que estimula a que la madre esté más cariñosa con los que le rodean.⁴⁷
 - Se previenen las hemorragias después del parto, reduciendo el riesgo de padecer anemia (falta de hierro en la sangre).^{36, 39} La oxitocina que se produce mediante la succión del seno materno actúa y disminuye la hemorragia por contracción del útero, que además favorece la involución uterina.⁵⁹
 - Se pierde más rápido el sobrepeso que queda después del nacimiento del niño.³⁶
 - El vínculo afectivo entre la madre y el hijo es más fuerte, por el contacto visual y corporal entre ellos.³⁶
 - La mamá que da pecho sale a la calle con menos carga así puede atender mejor a sus hijos.³⁹
 - El estado de ánimo de la madre influye en la forma en que brota la leche, es aconsejable rodearse de un ambiente tranquilo, agradable y cálido, sin tensiones.⁴⁷
- Beneficios para la Familia: ³⁹
- Mayor amor familiar.
 - Menos gasto económico.
 - Hay menos llanto

- Para la Sociedad:³⁹
 - Menos enfermedades y muertes (en niños recién nacidos y pequeños)
 - Protege al medio ambiente, al haber menos residuos (menos deforestación).
 - La madre no interrumpirá la lactancia al realizar otras labores (buscar agua, leña y hervir el agua).
 - Mayor ahorro en el país debido a menos gastos en salud y en medicamentos.
 - Mejor desarrollo intelectual del niño lográndose a futuro aumento de la productividad del País.

H. Técnicas de amamantamiento

Es el conjunto de procedimientos o recursos que se utilizan como medio para lograr que el bebé adquiera los beneficios de la lactancia materna.³⁹

➤ Higiene de la madre durante el periodo de lactancia

La higiene es importante durante el periodo de lactancia, de esta manera se puede evitar el contagio de algunas enfermedades.³³

El lavado de manos con jabón es una de las maneras más efectivas y económicas de prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias, que son responsables de muchas muertes infantiles en todo el mundo.⁶⁰

Las manos están en contacto con innumerable cantidad de objetos y personas, y también con gérmenes que pueden ser perjudiciales para la salud. Cuando una persona no se lava las manos con jabón pueden transmitir bacterias, virus y parásitos ya sea por contacto directo (tocando a otra persona) o indirectamente (mediante superficies).⁶⁰

Por eso, es importante lavarse las manos:⁶⁰

- Antes y después de manipular alimentos y/o amamantar.
- Antes de comer o beber, y después de manipular basura o desperdicios.
- Después de tocar alimentos crudos y antes de tocar alimentos cocidos.
- Después de ir al baño, sonarse la nariz, toser o estornudar y luego de cambiarle los pañales al bebé.
- Luego de haber tocado objetos “sucios”, como dinero, llaves, pasamanos, etc.
- Cuando se llega a la casa de la calle, el trabajo, la escuela.
- Después de haber estado en contacto con animales.

Las uñas se deben mantener cortas y limpias porque son uno de los vehículos de transmisión de gérmenes y debido a que retienen suciedad.⁶¹

Las mamas y los pezones no necesitan más que agua, aire y sol para su cuidado,³³ Rodeando la areola, se encuentran los tubérculos

de Montgomery, en el borde de la areola, contienen las llamadas glándulas de Morgagni formadas por glándulas sebáceas que producen sustancias protectoras y lubricantes para la piel y glándulas mamarias en miniatura, que aportan leche con anticuerpos y factor de crecimiento epidérmico. El uso de pomadas, cremas, estilbestrol, concentrado de vitaminas A y D, se ha demostrado que aumentan la incidencia de lesiones en el pezón; la lanolina, las pomadas de vit. A y, y la crema protectora hidrófuga de silicona, se ha demostrado que son ineficaces en la prevención de lesiones en el pezón,⁶² así como el cepillado del pezón, que sólo logran quitar la cubierta de grasa protectora que naturalmente secretan las glándulas de Montgomery.²⁸ Por tanto no es necesario aplicar cremas y el lavado con jabón retira la protección natural y es contraproducente.⁵⁵ Por lo que es necesario:

- Que se lave los pechos con agua pura y limpia (solo agua) cuando tome su baño diario y deje sus senos al aire unos minutos antes de vestirse.³⁹
- Frote suavemente el pezón con una toalla limpia para fortalecer la piel.³⁹

➤ Posición de amamantamiento

El éxito y posterior satisfacción de lograr una adecuada lactancia materna depende en gran medida de que la posición al colocar el bebé sea la correcta: evitará que duela durante la succión y se produzcan grietas. Ante todo, la madre debe estar cómoda y tener al bebé lo más

cerca posible (se recomienda estar “ombligo con ombligo” o “barriga con barriga”).³⁵

Independientemente de la postura adoptada, debe ser él o ella quien se acerque al pecho y no el pecho al bebé. Para conseguirlo, se le estimula rozando con el pezón su labio inferior, así abrirá la boca “de par en par”, sus labios deben abarcar no sólo el pezón sino también buena parte de la areola.³⁵ Tanto el labio superior como el inferior deben estar abiertos para acoplarse en todo el contorno de la aréola formando un cinturón muscular, que haga micromasaje en la zona de los senos lactíferos. El niño nunca debe chupar solo el pezón; este debe formar con la aréola un cono, que haga llegar la punta del pezón hasta el final del paladar duro. Si el niño chupa sólo del pezón no hará una extracción eficiente y provocará dolorosas grietas y fisuras en la madre. La aréola debe entrar lo suficiente en la boca del niño como para que los senos lactíferos sean masajeados por la lengua, el labio y el movimiento de la mandíbula en la parte inferior y por el paladar, encía y labio en la superior. La estimulación adecuada de la aréola y el pezón desencadena el reflejo de eyección y mantiene la producción de leche.³² Si hiciera ruido al succionar significa que no se encuentra en la postura correcta.³⁵

Para una lactancia exitosa hay que asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca pezón-areola, que se evidencia cuando:⁶³

- La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada hacia atrás e idealmente un cojín sobre su falda, apoya la cabeza del niño sobre el

ángulo del codo, sosteniendo la mama con los dedos en forma de “C”.⁵⁶ Es importante que la madre no ponga los dedos en forma de tijera, ya que dificultan la extracción de leche de los senos lactíferos, e incluso impiden que el niño introduzca el pecho en su boca.³²

- La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Así su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (por que este queda a nivel del paladar blando) y no provoca dolor.⁶³ El estímulo nervioso del pezón y de la areola, produce mediante un reflejo neuroendocrino la liberación en la hipófisis de la prolactina y de la oxitocina. La succión del bebé estimula las terminaciones nerviosas de la areola que pasan el mensaje a la hipófisis que inmediatamente libera (en las células lactotropas del lóbulo anterior) la prolactina y posteriormente la oxitocina, la cual comprime la malla mioepitelial que envuelve a los alvéolos y permite la salida de la leche.⁶²
- El niño enfrenta a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola.⁶³

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. Para que salga la leche se necesita la hormona oxitocina; la secreción de esta hormona va a estar influida, además de por la succión del bebé, por el estado de ánimo de la madre; es decir, que si la mujer está nerviosa, incómoda, se siente juzgada, triste o tiene dolor, la oxitocina dejará de producirse y, aunque haya leche, no saldrá fácilmente; por el contrario, si se siente apoyada, protegida y segura, la oxitocina se producirá y la leche fluirá.⁶⁴

Si se opta por estar en la cama, sobre todo los primeros días después del parto o tras una cesárea, hay que acostarse de lado apoyando sobre una almohada y/o cojín tanto la cabeza como el hombro. Se rodea al bebé con el brazo y girarlo hacia el pecho, elevar el brazo correspondiente al pecho hacia la cabeza de la madre y con el otro brazo dirigir su cuerpo hacia el de la madre: “ombligo con ombligo” o “barriga frente a barriga”. Si está cansada se le recomendará relajarse durante la toma y disfrutar con su bebé.³⁵

Al dar de mamar sentada, se debe poner al bebé lo más cerca posible del pecho. La cabeza debe apoyarse en el antebrazo y no en el codo, para ello apoyar el brazo con el que se sostiene al bebé, sobre un cojín³⁴, sin tener que cargar con todo su peso durante la toma. Esto elimina la tensión de la espalda y los hombros.⁶⁵ Se puede colocar los pies sobre un taburete o banqueta bajos para mayor comodidad; pero se debe colocar siempre el cuerpo del bebé frente al de la madre, de manera que la nariz quede a la altura del pezón y la cabeza sobre el antebrazo. En definitiva, la cara no debe estar “mirando al techo”, sino

dirigida hacia el pecho materno: siempre la cara del bebé debe mirar el rostro de la madre y viceversa.³⁵

La posición es importante puesto que si no es la correcta, él bebe no va a succionar la cantidad de leche que necesita.³⁸ El bebé debe estar cómodo, sin tener que esforzarse para llegar al pecho.⁶⁴

La adecuada posición de la madre se reconoce por:³⁹

- Debe sostenerse al niño con la cabeza y cuerpo alineado.³⁹ 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 la 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.⁶⁴
- Con el cuerpo del niño cerca del cuerpo de la madre (contacto barriga con barriga).³⁹
- Sosteniendo todo el cuerpo del niño con el brazo.³⁹

La adecuada posición del bebé se reconoce por:³⁹

- El bebé coge el pezón y gran parte de la areola mamaria.
- Tiene la boca muy abierta.
- Los labios están vueltos hacia afuera.

En los estudios con pHmetría la posición prona disminuye la cantidad de ácido del esófago en comparación con la posición supina.

Sin embargo, el decúbito prono está asociado con una mayor incidencia de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).⁶⁵

El riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante supera el beneficio de dormir boca abajo en el RN, por lo tanto, se recomienda la posición supina durante el sueño en la mayoría de los bebés desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad.⁶⁵

La posición decúbito dorsal es la recomendada, la elevación o no de la cabeza, es controversial. Se recomienda que la posición decúbito lateral derecho en las primeras horas post alimentación ayuda al vaciamiento gástrico y luego debiera cambiarse a decúbito lateral izquierdo para disminuir el reflujo.⁶⁵

I. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO-Dorothea Orem

Navarro y Castro, basándose en el libro "Modelo de Orem"^{66, 67} describen al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros.⁶⁷ En este caso, la madre adolescente al tener adecuados conocimientos sobre lactancia materna y al realizar una buena técnica de amamantamiento será beneficioso tanto para el bebé, como para la madre y su familia.

Según la teoría de Orem, podemos suponer que los cuidados de enfermería como el asegurar que la madre puérpera adolescente mantenga acciones de autocuidado que incluyen los conocimientos necesarios para asegurar un adecuado conocimiento y práctica de lactancia materna, puede ayudar a conservar la salud tanto de la madre y del bebé.

Según Vega y Gonzalez, en la Teoría del déficit de autocuidado propuesta por Dorothea Orem, el autocuidado no es innato, sino que se aprende esta conducta a lo largo de la vida, a través de las relaciones interpersonales y la comunicación en la familia, la escuela y amigos. El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, además define auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.⁶⁸

La madre adolescente adquiere los conocimientos de lactancia materna y técnicas de amamantamiento a través de su vida y siendo transmitidos por familiares, amigos o personas de su entorno en situaciones concretas de su vida. Estos conocimientos no siempre son los correctos y beneficiosos para la madre y el niño, ya que son adquiridos de manera empírica y muchas veces no tienen base

científica; aunque la madre al practicarlos lo realiza con el objetivo de beneficiar su salud. La enfermera actúa identificando y evaluando los conocimientos de lactancia materna y técnicas de amamantamiento de la adolescente, para luego ayudarlas a ser capaces de realizar las correctas prácticas de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda, con la finalidad de mejorar su salud y bienestar del binomio madre-niño y familia.

2.4 Definición de términos:

- Relación madre- hijo: Es la expresión de una comunión, dicha relación produce seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer.
- Recién nacido: Es el niño proveniente de una gestación de 22 semanas o más; desde que es separado del organismo de la madre hasta que cumple 28 días de vida extrauterina.
- Amamantamiento: Es el procedimiento que realiza la madre, que tiene como fin que el bebé pueda extraer la leche del seno materno para aprovechar sus beneficios.
- Sistema inmunológico: El sistema inmunológico es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones, como las bacterias y los virus. A través de una reacción bien organizada, su cuerpo ataca y destruye los organismos infecciosos que lo invaden. Estos cuerpos extraños se llaman antígenos.

2.5 Variables

- Conocimiento sobre Lactancia Materna.
- Prácticas de amamantamiento

2.6 Operacionalización de Variables

(VER ANEXO 1)

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA

3.1 Enfoque de la Investigación

Estudio de enfoque cuantitativo, debido a que permitió examinar los datos en forma numérica con ayuda de herramientas del campo de la estadística.⁶⁹

3.2 Tipo y método de investigación

Es un estudio de tipo aplicado porque genera brindar insumos para generar cambios en la realidad, es decir, cambios en las prácticas de amamantamiento.

Este estudio es de método no experimental, puesto que se describió las variables y el investigador no manipuló o introdujo alguna variable al grupo de estudio, siendo sólo observadores de lo que ocurrió en la realidad.⁶⁹

3.3 Diseño de la investigación

Descriptivo; tuvo como objetivo principal medir el conocimiento de las madres adolescentes acerca de lactancia materna y describir las prácticas de amamantamiento, cuyos datos obtenidos fueron procesados mediante la estadística. En este estudio se utilizó la información de datos a medida que iban sucediendo y en un determinado momento, por lo que se concluye que según el tiempo de ocurrencia de los hechos es prospectivo y según el periodo de la secuencia del estudio, transversal.⁶⁹

3.4 Lugar de ejecución de la investigación

El lugar en donde se realizó el estudio fue en el Hospital Nacional Docente Madre niño “San Bartolomé”, ubicado en Av. Alfonso Ugarte 825- Lima, en el Servicio de Adolescencia que se encuentra en el 3er piso y cuenta con dos ambientes, uno de 8 camas y otro conformado por 3 camas. Los pacientes atendidos en el servicio son adolescentes de edades de 11 a 19 años, con niveles socioeconómico entre clase media y baja, provenientes de las distintas regiones del Perú, siendo el promedio mensual de 100 adolescentes.

3.5 Población, muestra, selección y unidad de análisis

- Población: Madres puérperas adolescentes del Hospital Nacional Docente Madre niño “San Bartolomé”. Siendo la población atendida en estos últimos tres meses (marzo – abril – mayo) de 300 madres adolescentes.
- Selección: Muestreo no probabilístico intencionado.
- Muestra: 107 Madres según fórmula de población finita de acuerdo al último trimestre. (ANEXO 2)

- Unidad de análisis: Una madre puérpera adolescente.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Madre adolescente hospitalizada.
- Madre Que tenga entre 14 y 19 años
- Madre adolescente que sepa leer y escribir.
- Madre adolescente en etapa puerperio mediato.
- Madre adolescente con participación voluntaria
- Madre adolescente con autorización conjunta de su padre o tutor.

Criterios de exclusión:

- Madre o recién nacido que se encuentre recibiendo tratamiento por alguna patología, prematuridad del recién nacido.
- Recién nacido que se encuentre separado de su madre por complicaciones.
- Madre adolescente con complicación durante el Puerperio mediato.

3.7 Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Se utilizó como método la Encuesta y como instrumento un Cuestionario con 11 ítems de 4 alternativas cada uno (politómicas con distractores), que estuvo constituido en dos partes, uno sobre la información de datos generales conformado por la edad de la madre adolescente, número de hijos de la madre adolescente, estado civil, grado de instrucción, procedencia y el tiempo de vida del bebé. La otra parte fue información sobre conocimientos que la madre presentó sobre lactancia

materna. (ANEXO 3). Asimismo, se empleó una guía de observación con 11 ítems para verificar si las madres adolescentes realizaban correctas técnicas de amamantamiento, ejecutándose una sola vez, ya sea en el momento que la madre se encontraba echada o sentada. (ANEXO 4) Todas las respuestas fueron codificadas y analizadas al finalizar el estudio, se le asignó a cada ítem 1 punto si la respuesta era correcta y 0 puntos si la respuesta era incorrecta. Previa ejecución del proyecto, los instrumentos fueron revisados y validados mediante 6 jueces de expertos, 3 expertos especialistas en neonatología y una consultora internacional en lactancia materna. (ANEXO 5 Y 6) Mediante la prueba piloto a 21 madres puérperas adolescentes, la guía de observación arrojó como resultado al cálculo de la confiabilidad del instrumento según fórmula 0,764. (ANEXO 7)

Para el cuestionario se realizó la prueba piloto a 21 madres puérperas adolescentes con características semejantes a la población a investigar. Al obtener los resultados se calculó la confiabilidad del instrumento y se utilizó medidas de consistencia interna mediante Kuder Richardson, obteniéndose 0,720 como resultado. (ANEXO 8)

3.8 Procedimiento de recolección de datos

La Escuela Padre Luis Tezza afiliada a la Ricardo Palma solicitó autorización por mesa de partes al Dr. Gerardo Campos Siccschay, director del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", se adjuntaron 2 copias del proyecto de investigación y recibo de pago por revisión para aprobación del proyecto. Luego, se realizó el llenado de fichas por las investigadoras para que finalmente el proyecto de investigación proceda al

Comité de ética e investigación para su aprobación, y que permitió posteriormente la ejecución del proyecto. Se verificó que el llenado de los cuestionarios se complete de forma adecuada siendo monitoreado durante su ejecución y para el control de calidad se codificó los cuestionarios con el fin de evitar la duplicidad de los datos obtenidos. Los dos instrumentos se aplicaron en el servicio de Adolescencia de forma simultánea, previa coordinación con la jefa del servicio entre las horas de visita que fueron 3 y 5 pm, de lunes a viernes en un tiempo aproximado de 45 minutos por paciente para los 2 instrumentos.

La selección de madres adolescentes fue con muestreo no probabilístico de tipo intencionado y se fueron entrevistando a las madres adolescentes según como llegaran al servicio de adolescencia por día, hasta llegar al tamaño muestral por motivos de logística y tiempo. Al contacto con la madre adolescente, se solicitó el permiso a su tutor, entregándole un asentimiento informado que permitía el permiso para encuestar a la madre adolescente, a la menor se le entregó un consentimiento informado para la aceptación voluntaria en el estudio, previa información acerca de todo el procedimiento, objetivos del estudio y sus derechos como participante.

3.9 Análisis de datos

Para este estudio, la información de las encuestas se codificaron las respuestas de acuerdo a lista de códigos y se hizo uso del Programa Excel y SPSS 20.0 en el cual se usó estadística descriptiva (porcentajes y proporciones para variables cualitativas, medias y desviación estándar para

variables numéricas), asimismo los resultados se registraron en tablas siendo representados en gráficos mediante la escala de Estaninos para calificar los niveles de conocimiento sobre lactancia materna y también para prácticas de amamantamiento.

Para agrupar el puntaje al nivel de conocimiento se aplicó la escala de Estaninos, clasificando el puntaje en tres categorías:

- Conocimiento alto: es cuando el paciente conoce e identifica un adecuado conocimiento en cuanto a lactancia materna, abarcando de 70 a 100% de puntos respuestas positivas según el instrumento a emplear de 8 a 11.
- Conocimiento medio: es cuando ocurre entre el 50 % y menos del 70% de las respuestas positivas en cuanto a lactancia materna. Según el instrumento a emplear de 3 a 7 puntos.
- Conocimiento bajo: es cuando posee conocimientos deficientes menores del 50% de las respuestas positivas sobre su enfermedad y tratamiento. Según el instrumento a emplear de 0 a 2 puntos. (ANEXO 9)

Para agrupar el puntaje según las prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes se aplicó la escala de Estaninos, clasificando el puntaje en tres categorías:

- Práctica buena: es cuando el paciente conoce e identifica un adecuado conocimiento en cuanto a lactancia materna, abarcando de 70 a 100%

de puntos respuestas positivas según el instrumento a emplear de 6 a 11.

- Práctica regular: es cuando ocurre entre el 50 % y menos del 70% de las respuestas positivas en cuanto a lactancia materna. Según el instrumento a emplear de 3 a 5 puntos.
- Práctica deficiente: es cuando posee conocimientos deficientes menores del 50% de las respuestas positivas sobre su enfermedad y tratamiento. Según el instrumento a emplear de 0 a 2 puntos. (ANEXO 10)

3.10 Aspectos éticos

Este estudio fue evaluado por el comité de ética en investigación de la Escuela Padre Luis Tezza y asimismo por el comité de ética del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” (ANEXO 14), en donde se realizó la aprobación de la investigación y posteriormente su ejecución. Se mantuvo en todo el proceso de investigación el anonimato de los participantes y los datos fueron manejados de forma confidencial, teniendo como base fundamental los cuatro principios bioéticos de enfermería:

- Beneficencia: El estudio pretende servir como base para implementar mejoras en cuanto a las estrategias necesarias y/o planes de intervención, con el fin de evitar el abandono de la lactancia materna y mantener técnicas adecuadas de amamantamiento para reducir los niveles de desnutrición y enfermedades prevalentes en la población infantil.

- No maleficencia: No se puso en riesgo la vida de las madres adolescentes en estudio, ya que este proyecto es de tipo descriptivo y se

aplicó el cuestionario, el cual no consideramos riesgoso para los sujetos en estudios.

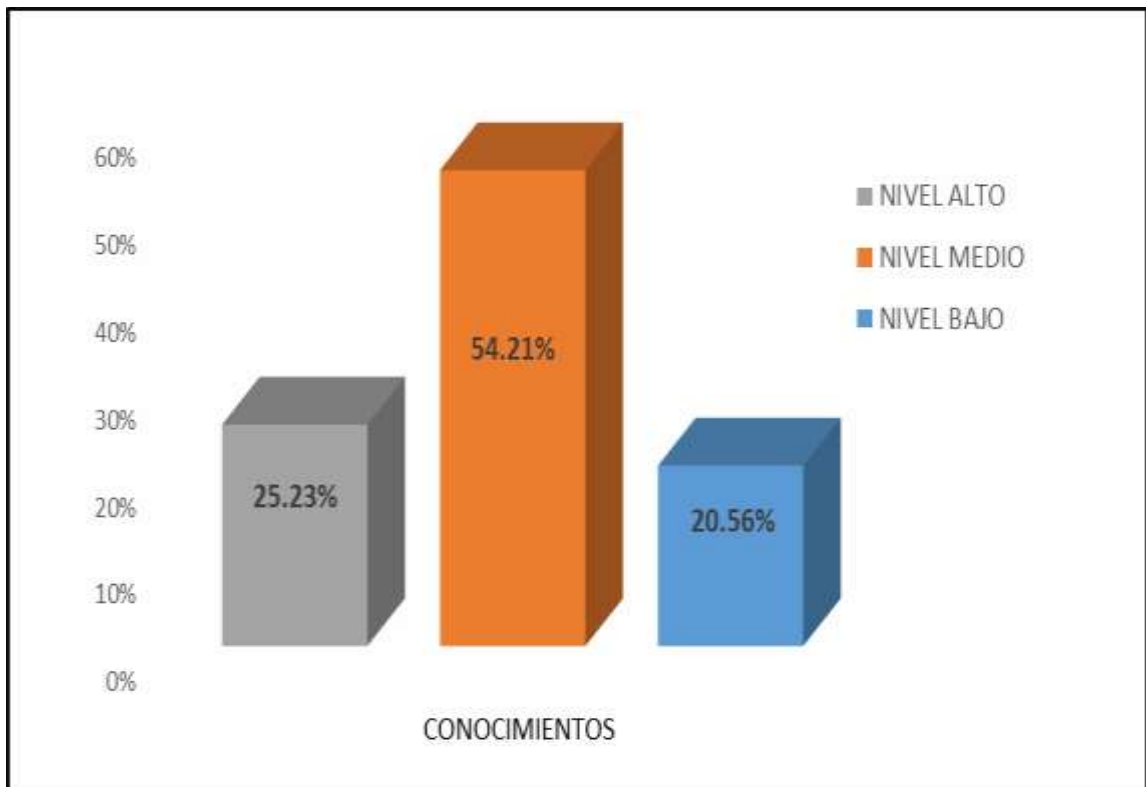
- Justicia: En esta investigación, las personas a estudiar estuvo conformada por madres adolescentes en el post parto mediato, y fueron tratadas de manera digna, respetando sus derechos y atendíéndolas a todas de forma equitativa y sin discriminación.

- Autonomía: La población en estudio estuvo informado de todos los procedimientos a realizar y mediante el consentimiento informado decidirán ser parte o no del estudio. (ANEXO 11 y 12)

CAPÍTULO 4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

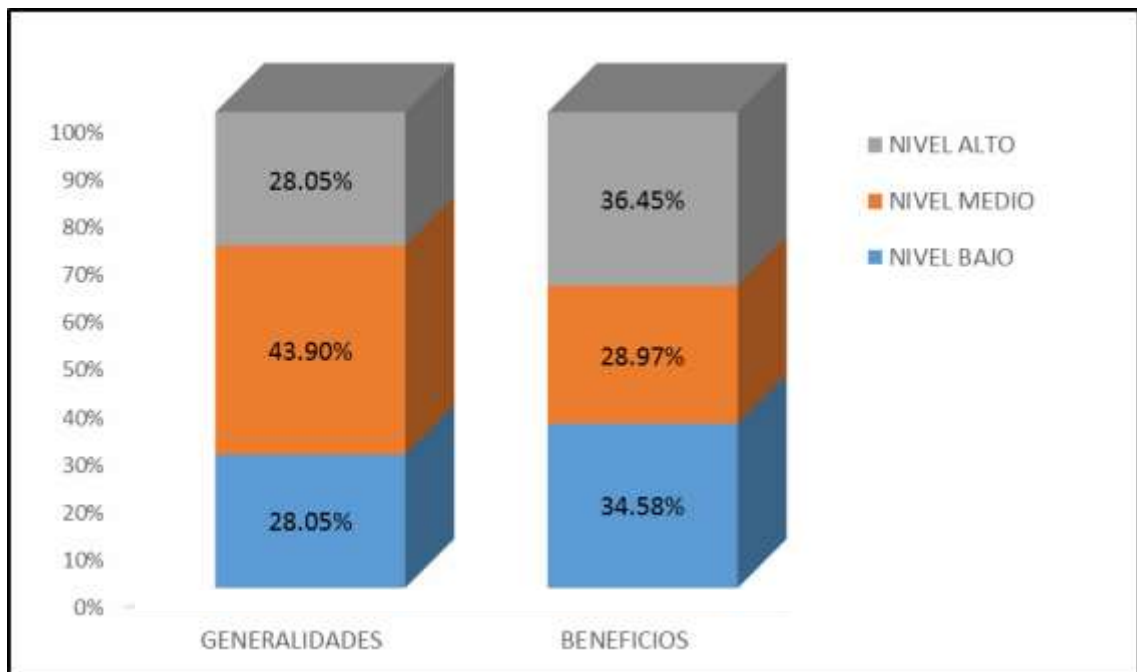
4.1 Resultados

GRÁFICO 1: CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN LAS MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”NOVIEMBRE 2014 (n=107)



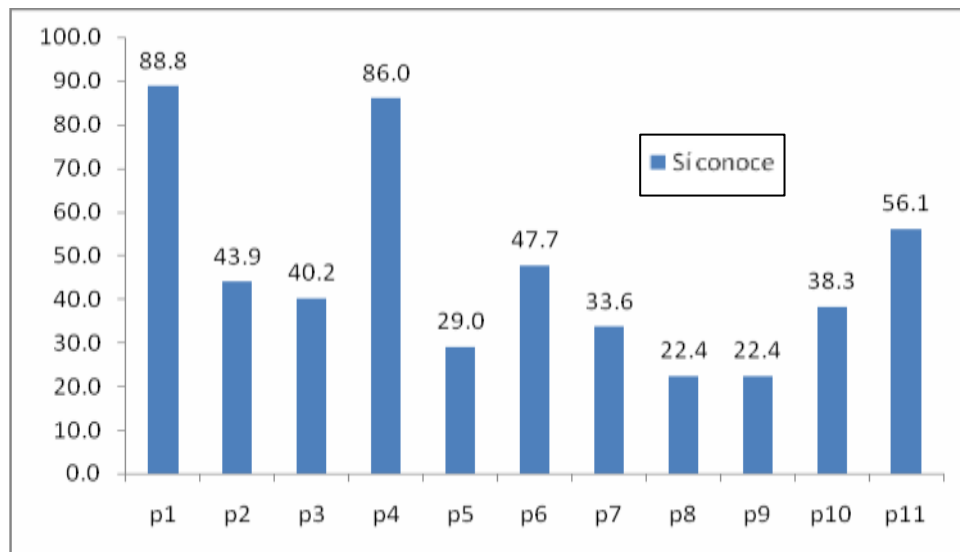
En el Gráfico 1, se observa que del total de 107 madres puérperas adolescentes encuestadas, 25,23%(27) presentan nivel alto de conocimientos y 20,56% (22) nivel bajo.

GRÁFICO 2: CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA SEGÚN DIMENSIONES EN MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ” NOVIEMBRE 2014 (n=107)



En el Gráfico 2, se observa que los conocimientos de las madres puérperas adolescentes según dimensión Generalidades se encuentran principalmente en un nivel Medio con 43,9%(47) y 28,05%(30) en nivel Bajo y Alto. En la dimensión Beneficios se encuentra el nivel alto con un 36,4%(39) y nivel bajo con 34,5% (37).

GRÁFICO 3: CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA SEGÚN SUS INDICADORES EN MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ” NOVIEMBRE 2014 (n=107)

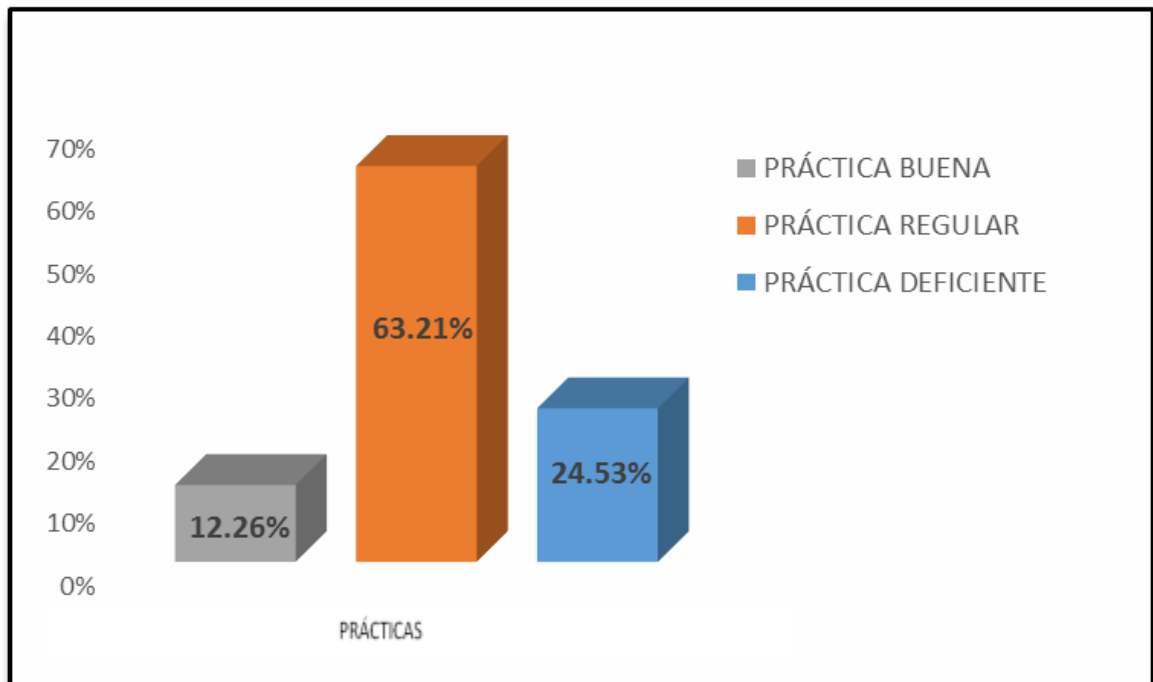


LEYENDA

- P1. La lactancia materna debe comenzar
- P2. ¿Con que frecuencia se debe dar de lactar al recién nacido?
- P3. La lactancia materna exclusiva significa:
- P4 La lactancia materna debe brindarse hasta la edad de
- P5. La lactancia materna exclusiva debe brindarse:
- P6. ¿Cuál es la importancia de la lactancia materna exclusiva?
- P7. ¿Cómo se denomina a la primera leche del seno materno?
- P8. ¿Por qué es importante el calostro?
- P9. ¿Cuáles son los beneficios que brinda la lactancia materna a la madre?
- P10. ¿Cuáles son los beneficios que brinda la lactancia materna al bebé?
- P11. ¿Cuáles son los beneficios que brinda la lactancia materna a la familia?

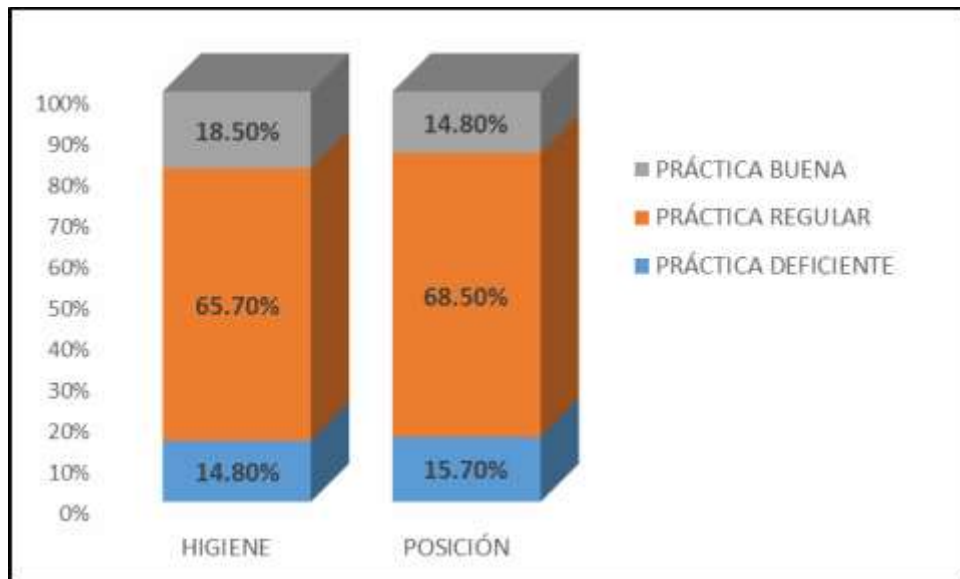
En la gráfico 3, cabe resaltar que los indicadores que más conocen son el inicio de la lactancia materna 88,8% (95), la edad límite que debe brindarse la lactancia materna con 86% (92) y los beneficios que brinda la lactancia materna a la familia con 56,1% (60).

GRÁFICO 4: PRÁCTICAS DE AMAMANTAMIENTO EN MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ” NOVIEMBRE 2014 (n=107).



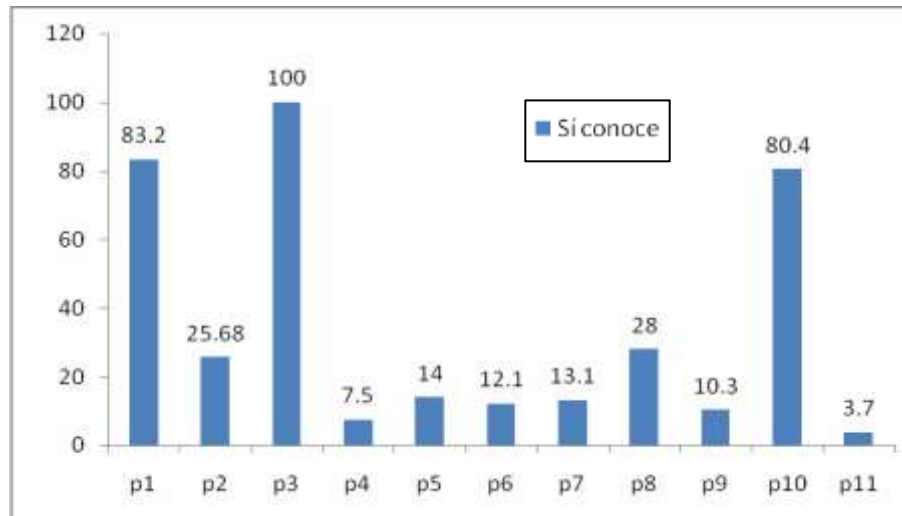
En el gráfico 4, se observa que del total de 107 madres puérperas adolescentes encuestadas, 24,5%(26) presentan prácticas deficientes y el 12,2%(13) presentan prácticas buenas.

GRÁFICO 5: PRÁCTICAS DE AMAMANTAMIENTO SEGÚN DIMENSIONES EN LAS MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ” NOVIEMBRE 2014 (n=107).



En el gráfico 5, se observa que las Prácticas de las madres puérperas adolescentes según dimensión Higiene se encuentran principalmente en 65,7%(71) con prácticas regulares, prácticas buenas con 18,5%(20) y prácticas deficientes con 14,8%(16). En la dimensión Posición predomina las prácticas regulares con 68,5%(74), seguido de prácticas deficientes con 15,7%(17) y prácticas buenas con 14,8%(16).

GRÁFICO 6: PRÁCTICAS DE AMAMANTAMIENTO SEGÚN INDICADORES EN MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ” NOVIEMBRE 2014 (n=107).



LEYENDA:

- P1. Realiza la higiene de mamas con agua limpia y pura.
- P2. Realiza el lavado de manos antes de dar de lactar.
- P3. Mantiene uñas cortas y limpias.
- P4. Según posición:
 - La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre su falda para apoyo del bebé.
 - La madre se acuesta de lado apoyando sobre una almohada y/o cojín tanto la cabeza como el hombro.
- P5. La madre sostiene la cabeza del niño sobre el ángulo de su codo con el cuerpo alineado, quedando “ombliigo con ombliigo”.
- P6. Sostiene la mama con los dedos en forma de “C”.
- P7. La madre comprime la mama por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar.
- P8. La madre estimula el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, para introducir el pezón y la areola a la boca del niño.
- P9. Los labios del bebé están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama.
- P10. Luego de cada mamada la madre estimula el reflejo eyectolácteo.
- P11. Al finalizar la lactancia materna, la madre coloca al bebé en posición decúbito lateral izquierdo.

En la gráfico 6 cabe resaltar que los indicadores que más realizan son los relacionados con “realiza higiene de mamas con agua limpia y pura” con 83,2% (89), “Mantiene uñas cortas y limpias” con 100% (107) y “Luego de cada mamada la madre estimula el reflejo eyectolácteo” con 80,4%(86).

4.2 Discusión

En el gráfico 1 se observa que predomina en madres puérperas adolescentes el Nivel Medio de Conocimientos con tendencia a alto. Los resultados coinciden con estudios nacionales de Mariano¹, Delgado y Nombera⁶ y los de Ferro y Flores⁷, donde hallaron un predominio de conocimiento Medio en las madres adolescentes. A nivel internacional coinciden con Zimmermann y Medina¹⁰, cuyos resultados muestra que la mayoría (70%) presentaban un nivel de conocimiento regular, con tendencia a bueno.

Según Blasco y Grimaltos,¹⁸ el término conocimiento es muy especializado, citando a Wittgenstein decía que presenta la particularidad de que resulta muy difícil delimitar clara y definitivamente qué cuenta como conocimiento y qué no, al margen del contexto que se produce la atribución. Siendo un grupo de madres adolescentes, en su mayoría predomina el nivel secundario, el conocimiento es de tipo vulgar, el cual se está basado esencialmente en la cultura popular, y es la vía ordinaria que sigue el hombre para resolver sus problemas más elementales y primarios. Suele ser un conocimiento práctico, asentado en el pensar espontáneo y de sentido común; no por ello deja de ser un conocimiento completo y con capacidad para la utilización inmediata.²⁰ En ese sentido el conocimiento vulgar, a pesar de su vulnerabilidad, puede resultar muy útil y frecuente en la práctica educativa cotidiana.²⁰ Es por ello que las madres adolescentes pueden servir como elemento educativo para modificación y mejora de conductas y prácticas de amamantamiento por parte del profesional de enfermería. Según Orem, el autocuidado es la práctica de actividades que

los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

En el Gráfico 2 se puede reconocer el nivel de conocimiento de lactancia materna según dimensiones, se evidencia que la dimensión de mayor tendencia bajo conocimientos es Beneficios (34.58% el nivel bajo), seguido de la dimensión Generalidades. Los resultados también coinciden con Aznar y Salazar¹¹, donde el 81,4% de las madres conocía las ventajas de la lactancia materna, sin embargo, la mayoría de ellas conocía sólo los beneficios para el niño.

Colombia, la lactancia materna evita la morbilidad, la mortalidad, promueve el desarrollo físico y cognitivo óptimo, reduce el riesgo de contraer algunas enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación en la edad adulta y aporta grandes beneficios en la salud de las madres, lo que repercute en beneficios económicos para la familia, el sistema de salud, empleadores y el país.³¹ Según estimaciones de la OMS reporta sobre un reciente análisis en los países de Ghana, la India y el Perú, que los lactantes sin lactancia materna exclusiva tendrían 10 veces más probabilidades de morir que aquellos que recibieron leche materna como alimento predominante o exclusivo.¹

Por lo tanto, notamos que al reconocer en las madres adolescentes un déficit de conocimientos en relación a los beneficios de la lactancia materna, podemos concluir que las madres podrían no ser conscientes de todas las propiedades y atributos que tiene la leche materna y esto

condicionar a una pérdida progresiva de las prácticas de amamantamiento con sus niños. Todo lo mencionado condicionará la buena salud y el óptimo desarrollo tanto físico como mental del recién nacido. La lactancia hace que se mantenga la unión entre madre- hijo que se crea durante el embarazo, a través de la piel de la madre el bebé capta el cariño y apoyo de la madre, lo que hace que se vaya desarrollando la confianza y seguridad en sí mismo.

En relación a la dimensión generalidades, la menos afectada en el estudio, los resultados difieren con lo hallado por Delgado y Nombera⁶ quien halló que 43,5% desconocía como definir la lactancia materna exclusiva, parte integrante de la variable Generalidades. Según la OMS la lactancia materna aporta la mayor cantidad de nutrientes que son necesarios para el crecimiento y desarrollo adecuado del recién nacido, debiendo comenzar la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido y ser exclusiva hasta los primeros seis meses y posteriormente complementarse con otros alimentos hasta los 2 años.²⁸

En el gráfico 3 se puede observar que según indicadores, los aspectos que menos conocen las madres adolescentes son la pregunta relacionada con “los beneficios que brinda la lactancia materna a la madre”, “la importancia del calostro” y “La edad límite que debe brindarse la lactancia materna exclusiva”. Estos resultados se pueden comparar con lo hallado por Domínguez y Rodríguez¹⁵ quienes reportaron que su población encuestada manifestó que el calostro favorece el crecimiento rápido del niño(a) en un 23,33% y que no favorece en 76,67%. La OMS²⁸ recomienda al calostro como el alimento perfecto para el recién nacido y posee la

cantidad de anticuerpos necesaria frente a determinadas infecciones intestinales y respiratorias^{44, 45}. Nuestros resultados coinciden con lo reportado por Domínguez y Rodríguez¹⁵ donde hallaron que su población encuestada también desconocía aspectos relacionados con los beneficios de la leche materna a la madre. Es importante mencionar que la lactancia materna ayuda a la madre en disminuir la hemorragia post parto, evitar anemias^{36,39}, ayuda a la involución uterina³⁶, a corto plazo retrasa el retorno a la fertilidad y a largo plazo reduce la diabetes tipo 2, el cáncer de mama, de útero y de ovario.⁵⁸

La madre al desconocer estos beneficios, puede repercutir en que el bebé desaproveche los beneficios que brinda la leche materna como el aporte lactoalbúmina de alto valor biológico, lactoferrina que favorece la absorción del Fe en el intestino y además con acción bacteriostática, lisozima al tener actividad antiinflamatoria e IgA que es la principal inmunoglobulina de la leche humana que refuerza el sistema inmunológico del recién nacido.⁴⁵ Por lo tanto al no manejar conceptos en información relacionada a los beneficios y la importancia del calostro generan un contexto social de riesgo para sus recién nacidos, considerando más aún su nivel de formación y edad.

En el Gráfico 4 las prácticas de amamantamiento de las madres fueron regulares con tendencia a deficientes. Este resultado es similar a Gamboa et al¹³. Al respecto podemos mencionar que la práctica no es una actividad puramente material; hay una intervención de la conciencia; que en ellas encontramos, desde el comienzo del proceso mismo, y a lo largo

de todo él, ideas o proyectos ideales y cierto conocimiento del fin a realizar, como también de los medios que se utilizan para el fin propuesto.² Basándonos en Delgado y Nombera⁶, la maternidad adolescente constituye un grupo demográfico muy vulnerable para el abandono de la lactancia materna, está proclive a prácticas incorrectas de amamantamiento, lo cual conlleva molestias de una incorrecta succión de la leche materna, dolor al dar de lactar, aparición de heridas en los pezones, lo cual explicaría por qué las madres adolescentes observadas presentan prácticas regulares a deficientes.

En el gráfico 5, la dimensión Posición de prácticas de amamantamiento es la que tienen mayor porcentaje de prácticas regulares con tendencia a deficientes, seguido de la dimensión Higiene; resultados para lo cual no existen estudios similares reportados a los hallados en el presente trabajo.

En relación a la dimensión Posición es necesario señalar que el éxito y posterior satisfacción de lograr una adecuada lactancia materna depende en gran medida de la posición correcta del bebé, la madre debe estar cómoda y tener al bebé lo más cerca posible.⁴¹ Debido a lo expuesto, mencionamos que la mayoría de madres adolescentes presenta una incorrecta manera de dar de lactar, lo que puede inducir al abandono de la lactancia materna por incomodidad en el bebé, preferencia del niño al biberón, grietas en los pezones y bajo peso. Con respecto al gráfico 6 “Al finalizar la lactancia materna, la madre no coloca al bebé en posición decúbito lateral izquierdo” (96,3%), “la madre no se coloca en posición

correcta para dar de lactar” (92,5%), “no sostienen las mamas con los dedos en forma de letra C” (87,9%), “La madre no sostiene la cabeza del niño sobre el ángulo de su codo sobre el cuerpo alineado” (86%), datos que coinciden con lo reportado por Delgado y Nombera⁶, en el año 2012, donde el 62,9% no posicionan adecuadamente al bebé y el 75,8% no muestra adecuada postura.

En los estudios con pHmetría la posición prona disminuye la cantidad de ácido del esófago en comparación con la posición supina y la decúbito prono está asociado con una mayor incidencia de síndrome de muerte súbita del lactante.⁶⁵ La expulsión de la leche necesita la hormona oxitocina; influida por la succión del bebé y el estado de ánimo de la madre.⁶⁴ Es importante que los labios del bebé rodeen toda la areola, dado que, la lengua masajea los senos lactíferos contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón y no provoca dolor.⁶³ Si el niño coge sólo del pezón no hará una extracción eficiente y provocará dolorosas grietas y fisuras en la madre. La estimulación adecuada de la areola y el pezón desencadena el reflejo de eyección y mantiene la producción de leche.²⁷

En relación a la colocación de los dedos de la madre en forma de letra C, esto se da porque la madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño.⁶³ Es importante que la madre no ponga los dedos en forma de tijera, ya que dificultan la extracción

de leche de los senos lactíferos, e incluso impiden que el niño introduzca el pecho en su boca.³²

En cuanto a que “La madre no sostiene la cabeza del niño sobre el ángulo de su codo sobre el cuerpo alineado” (86%), El bebé debe estar cómodo, sin tener que esforzarse para llegar al pecho. Todo su cuerpo tiene que estar casi en línea recta. Es conveniente que esté ligeramente inclinado hacia atrás, de forma que su barbilla presione el pecho de la madre y la boca debe quedar a la altura del pecho para que no tenga que tirar de él hacia abajo o hacia un lado.⁶⁴

En relación a la dimensión Higiene, cabe recalcar que la higiene es importante durante el periodo de lactancia. Las mamas y los pezones no necesitan más que agua, aire y sol para su cuidado, no es necesario el uso de jabones o mezclas de alcohol y glicerina, así como el cepillado del pezón, que sólo logran quitar la cubierta de grasa protectora que naturalmente secretan las glándulas de Montgomery.³⁷ El uso de pomadas, cremas, estilbestrol, concentrado de vitaminas A y D, se ha demostrado que aumentan la incidencia de lesiones en el pezón; la lanolina, las pomadas de vit. A y D, y la crema protectora hidrófuga de silicona, se ha demostrado que son ineficaces en la prevención de lesiones en el pezón.⁶²

Con respecto al gráfico 6 sobre prácticas de amamantamiento según indicadores se observa que las madres puérperas adolescentes “no se lavan las manos antes de dar de lactar” (74,3%). El estudio coincide con Alvarado y Canales¹⁴, quienes reportaron que las madres encuestadas no

se lavan las manos antes de amamantar a sus hijos. El lavado de manos con jabón es una de las maneras más efectivas y económicas de prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias. Cuando una persona no se lava las manos con jabón pueden transmitir bacterias, virus y parásitos ya sea por contacto directo o indirectamente.⁶⁰ Cabe mencionar que todas las madres mostraron las uñas cortas y limpias, sin embargo esta observación no garantiza necesariamente una práctica habitual en ellas, dado que, durante la hospitalización el personal de enfermería como parte del protocolo del cuidado suele realizar aseos de las uñas de las manos de las madres hospitalizadas.

A vista de los hallazgos encontrados, debemos precisar que teniendo madres puérperas adolescentes con nivel de conocimientos de lactancia materna de regular a alto, prácticas de amamantamiento de regular a deficiente y considerando que existen limitaciones en el desarrollo de posturas correctas tanto en el bebé como el de la madre de lactancia materna, a pesar que en los últimos años la OMS y el MINSA ha implementado los 10 pasos de la lactancia materna como el de disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna, capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política, mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantenerla incluso si han de separarse de sus hijos, entre otros; se hace necesario, innovar políticas educativas en salud, lideradas por la enfermera con enfoques modernos educativos y uso de tecnología educativa acorde a la población objetiva, ya que en la institución de salud antes de dar el alta respectivo a la madre puérpera adolescente les dan

charlas educativas del cuidado del recién nacido junto con las madres adultas que ya han tenido experiencia en el cuidado del bebé, todo esto influye negativamente en su proceso de aprendizaje.

Es por ello que a pesar que exista un regular nivel de conocimientos, las madres adolescentes pueden servir como elemento educativo para modificación y mejora de conductas y prácticas de amamantamiento por parte del profesional de enfermería, teniendo en cuenta que cuentan con conocimiento vulgar, el mismo puede ser útil para la práctica educativa en búsqueda de mejoras en la calidad de vida de las personas.

CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. El nivel de conocimientos de las madres puérperas adolescentes fue el nivel medio y las prácticas de amamantamiento fueron de regular a deficiente.
2. El nivel de conocimiento de las madres puérperas adolescentes según dimensiones generalidades y beneficios fue medio a bajo, siendo la más afectada la dimensión beneficios, sobretodo beneficios de la lactancia para la mamá e importancia del calostro.
3. Las prácticas de amamantamiento en madres puérperas, según dimensiones higiene y posición fueron de regular a deficiente, siendo la mas afectada la dimensión posición, sobretodo la posición del bebé, posición de la madre,

5.2 Recomendaciones

- Las autoridades del Hospital San Bartolomé innoven políticas educativas en salud, lideradas por la enfermera con enfoques modernos educativos y uso de tecnología educativa acorde a la población objetivo que permitan contribuir en la mejora de prácticas saludables de amamantamiento y niños con mejores índices de crecimiento y desarrollo.

- La Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza continúe promoviendo e impulsando el desarrollo y ejecución de trabajos de investigación en el campo de la salud de la enfermería, considerando los enfoques cualitativo y cuantitativo.

- Las autoridades de salud continúen promoviendo campañas publicitarias a través de medios escritos, televisivos y radiales todos los beneficios y propiedades que tiene la lactancia materna tanto como para la madre, recién nacido, familia y sociedad.

- Las autoridades del Hospital se instalen consultorios de enfermería a fin de abordar la problemática en salud de la madre y del recién nacido a partir de la promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la salud. Protección de la lactancia materna en el Perú. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/. Consultado: 14 de Abril del 2014.
2. Unicef. Lactancia maternal. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html. Consultado: 14 de Abril del 2014.
3. Ministerio de Salud. Embarazos adolescentes en el Perú. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/prevembarazo/prvem_b_embarazosadolescentes.html. Consultado: 14 de Abril del 2014.
4. Unicef. Situación del país- Adolescencia. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/children_3789.htm. Consultado: 16 de Abril del 2014.

5. Puente M, Alvear N, De los Reyes A. ¿Por qué las madres adolescentes abandonan la lactancia materna exclusiva? Rev Cubana Aliment Nutr [en línea] 2010 [Fecha de acceso 16 de Abril del 2014]; 20 (2): 280- 286.
URL disponible en:
http://www.revicubalimentanut.sld.cu/Vol_20_2/Articulo_20_8_280_286.pdf
6. Delgado M, Nombera F. Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. HRDLM-Chiclayo, 2012 [Tesis de Licenciatura]. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012.
7. Ferro M, Flores H. Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio- culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005 [Tesis de Licenciatura]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
8. Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud para la atención integral de salud de la niña y el niño [en línea], Lima, 2006 [Fecha de consulta 25 de Julio del 2014]; URL disponible en:
https://www.mef.gob.pe/contenidos/trans_econ/sequi_acci/documentos/RM292_2006.pdf
9. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Lactancia Materna [en línea], Lima, 2005 [Fecha de consulta 25 de Julio del 2014]; URL disponible en:
<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=>

[4&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjAD&url=ftp%3A%2F%2Fftp2.minsa.gob.pe%2Fdocconsulta%2Fdocumentos%2Flactancia%2FNormaLactanciaMaterna.doc&ei=8fTSU9nZKpPhsAS6ooDQAg&usg=AFQjCNG5q3W2eJZxLITqMsRJUBGFC_T-jA&bvm=bv.71778758,d.cWc](http://ftp.minsa.gob.pe/documentos/LactanciaNormaLactanciaMaterna.doc&ei=8fTSU9nZKpPhsAS6ooDQAg&usg=AFQjCNG5q3W2eJZxLITqMsRJUBGFC_T-jA&bvm=bv.71778758,d.cWc)

10. Zimmermann C, Medina S, Ortiz A, Miño C. Conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de la ciudad de resistencia en el año 2010. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [en línea] 2011 [Fecha de acceso 19 de Abril del 2014]; 1 (207). URL disponible en:
<http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/revista/posgrado%20medicina%20VI/207.pdf>

11. Aznar F, Salazar S, Delgado X, Cani T, Cluet I. Evaluación del conocimiento de las madres sobre lactancia materna. Estudio multicéntrico en las áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo. Arch Venez Puer Ped [en línea] 2009 [Fecha de acceso 22 de Abril del 2014]; 72 (4). URL disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000400003&lng=es&nrm=iso

12. Rosale C, Costa J, Schwerz S, Gregório R. Vivencia del amamantamiento por madres adolescentes. Cogitare enferm [en línea] 2009 [Fecha de acceso 22 de Abril del 2014]; 14 (3). URL disponible en:
http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362009000300019&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

13. Gamboa E, López N, Prada G, Gallo K. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Rev. chil. nutr. [en línea] 2008 [Fecha de acceso 22 de Mayo del 2014]; 35 (1). URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182008000100006&script=sci_arttext
14. Alvarado S, Canales M. Conocimientos y prácticas que poseen las madres sobre la lactancia materna exclusiva y el destete temprano en menores de seis meses. Redicces [en línea] 2004 [Fecha de acceso 28 de mayo del 2014]; URL disponible en: <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/175/1/CONOCIMIENTO%20Y%20PR%C3%81CTICAS%20QUE%20POSEEN%20LAS%20MADRES%20SOBRE%20LA%20LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA%20Y%20EL%20DESTETE%20TEMPRANO%20EN%20MENORES%20DE%20SEIS%20MESES.pdf>
15. Domínguez M, Rodríguez M. Información que poseen las madres adolescentes entre 12 y 17 años sobre la Lactancia materna en el período post-parto para la redacción de un programa en el Hospital general de los valles del tuya “Simón Bolívar”. Edo. Miranda. Durante el segundo trimestre del 2009. [Tesis de Licenciatura]. Venezuela, Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2009.
16. Mariano A. Nivel de conocimiento en lactancia materna y su asociación con los factores socio-culturales en Púerperas del Hospital Daniel

Alcides Carrión de Marzo a Diciembre del 2010. Rev. Científica de la Facultad de Medicina Humana [en línea] 2012 [fecha de acceso 14 de mayo del 2014]; 3 (2). URL disponible en: http://issuu.com/uplacomunidad/docs/revista_cientifica_upla_volumen_3_numero_2_final/42

17. Segarra M, Bou J. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Rev de economía y empresa [en línea] 2004 – 2005 [Fecha de acceso 15 de mayo del 2014]; 22 (52-53): págs 175-196. URL disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2274043>
18. Blasco J, Grimaltos T. Teoría del conocimiento. [en línea]. Valencia: Universitat de València; 2004. [Fecha de acceso 18 de mayo del 2014]; URL disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=WcJKT3-bkH8C&printsec=frontcover&dq=conocimiento&hl=es&sa=X&ei=P7bzVNK7J9SiyATh04HgCg&ved=0CDEQ6AEwBA#v=onepage&q=conocimiento&f=false>
19. Sanguinetti J. El conocimiento humano: Una perspectiva filosófica. [en línea]. Madrid: Palabra; 2005 [Fecha de acceso 22 de febrero del 2015]; URL disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=5osQq580k24C&printsec=frontcover&dq=conocimiento&hl=es&sa=X&ei=2uvzVNX5NoK1ggT8hYSAAg&ved=0CCoQ6AEwAzgU#v=onepage&q=conocimiento&f=false>

20. Santiago M; Rodríguez M. Investigación y evaluación educativa en la sociedad del conocimiento [en línea]. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2010. [Fecha de acceso 15 de mayo del 2014]. URL disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=0OmjkbteDG8C&pg=PA82&dq=tipos+de+conocimiento&hl=es-419&sa=X&ei=7oHdVPT8B4KoNsOUgZgD&ved=0CCEQ6AEwAQ#v=onepage&q=tipos%20de%20conocimiento&f=false>

21. Vázquez A. Filosofía y circunstancias. [en línea]. España: Anthropos Editorial; 1997. [Fecha de acceso 15 de mayo del 2014]. URL disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=iQeIEjBC8dkC&pg=PA113&dq=que+significa++pr%C3%A1ctica&hl=es-419&sa=X&ei=lkjeVJHJE8nBggTw-4G4DA&ved=0CCMQ6AEwAQ#v=onepage&q=que%20significa%20%20pr%C3%A1ctica&f=false>

22. Organización Mundial de la Salud. Consejería en lactancia materna: Curso de capacitación. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria_en_Lactancia_Materna.pdf. Consultado: 16 de Abril del 2015.

23. Unicef. Adolescencia y Juventud. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/adolescence/index_bigpicture.html. Consultado: 14 de Abril del 2014.

24. Organización Mundial de la Salud. Salud de los adolescentes. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/. Consultado: 14 de Abril del 2014.
25. Unicef. Adolescencia una etapa fundamental. [en línea] 2006. [fecha de acceso 14 de mayo del 2014]; URL disponible en: <http://www.unicef.org/guatemala/spanish/adolescencia.pdf>.
26. Bohórquez O. Rosas A. Pérez L. Munévar R. Seguimiento de enfermería a la madre y al recién nacido durante el puerperio traspasando las barreras hospitalarias. AF [en línea] 2009. [fecha de acceso 14 de mayo del 2014]; URL disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12976/13570>.
27. Vásquez C, Puerto M. Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. Rev. Cubana de Enfermería [en línea] 2011 Ene-Mar. [fecha de acceso 14 de mayo del 2014]; 27(1). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192011000100010&script=sci_arttext.
28. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>. Consultado: 14 de Abril del 2014.

29. Ministerio de Salud. Somos lecheros. [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/lacmat/presentacion.htm>. Consultado: 14 de Abril del 2014.
30. Ministerio de Salud. Nutrición por etapa de vida alimentación para recién nacido 0 a 6 meses. [Sitio en internet]. Disponible en:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogc/especiales/2007/nutricion/archivos/ALIMENTACION-0A6MESES.pdf>. Consultado: 14 de Abril del 2014.
31. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. ¿Por qué amamantar? [Sitio en internet]. Disponible en:
<http://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/Ventajas-lactancia-materna-situacion-en-el-pais.aspx>. Consultado: 14 de Abril del 2014.
32. Grupo de trabajo de lactancia materna integrado en el proceso de embarazo, parto y puerperio (Hospital Universitario “Virgen de las Nieves” y Distritos Granada, Metropolitano, Nordeste y Jaén Sur). Guía práctica para profesionales sobre la lactancia materna. [en línea]. Disponible en:
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf. Consultado: 14 de Abril del 2014.
33. Ministerio de Salud de la Nación. Propuesta Normativa Perinatal: Promoción, Protección y apoyo a la lactancia Materna. [Sitio en internet]. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/4TOMOIII.pdf>.

Consultado: 14 de Abril del 2014.

34. Asociación Española de Pediatría. Manual de la Lactancia Materna: De la teoría a la práctica. [en línea]. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. [Fecha de acceso 22 de Abril del 2014]. URL disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=Ulxyj72VZD0C&printsec=frontcover&dq=lactancia+materna&hl=es&sa=X&ei=XEqWU7WfBKmrsQThxoHgDg&ved=0CDgQ6wEwAw#v=onepage&q=lactancia%20materna&f=false>.

35. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf.

Consultado: 14 de Abril del 2014.

36. Unicef. Información básica para la promoción de la lactancia materna para hospitales y centros de salud. [en línea]. 2011 julio. [Fecha de acceso 22 de Abril del 2014]. URL disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/BROCHURE_HOSPITALES_PREVIEW.pdf.

37. Organización Mundial de la Salud. Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/.

Consultado: 14 de Abril del 2014.

38. Organización de las Naciones Unidas, UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/3-estr_mundial_alimentacion_lact_y_nino.pdf. Consultado: 14 de junio de 2014

39. Ministerio de Salud de Panamá, Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud de Panamá, Departamento de Salud Nutricional de Panamá. Lactancia materna exclusiva. Salud: Ministerio de Salud Panamá [en línea] 2012 [fecha de acceso 15 de mayo del 2014]; Módulo II. Disponible en: <http://www.medicos.sa.cr/web/documentos/boletines/BOLETIN%20080113/LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA.pdf>.

40. Unicef. Carpeta de prensa. Celebración de la declaración de inocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. [Sitio en internet]. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/media/media_30011.html. Consultado: 14 de junio del 2014

41. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna Exclusiva. [Sitio en internet]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/. Consultado: 14 de Abril del 2014.

42. García S, Ania J, Junquera C, Muñoz A, García M, Gomez M, et al.

Auxiliar de Enfermería de la comunidad Autónoma de Castilla y León [en línea]. Madrid: Ed. Mad; 2009. [fecha de acceso 14 de mayo del 2014]; URL disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=DB4WEuq9kygC&pg=PA523&dq=tipos+de+lactancia&hl=es&sa=X&ei=haSiU8KNO TNsASt6YGoBQ&ved=0CEQQ6wEwCA#v=onepage&q=tipos%20de%20lactancia&f=true>.

43. Gabaldón G, Giner C. Protocolo de nutrición en el recién nacido. Enfermería Integral [en línea]. 2008 Julio [fecha de acceso 14 de mayo del 2014]; URL disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/82/articulos-cientificos/5.pdf>.

44. Mckesson Health Solutions LLC. Lactancia materna. [Sitio en internet] Disponible en: <http://tuxchi.iztacala.unam.mx/cuaed/comunitaria/unidad3/images/lactancia.pdf>. Consultado: 14 de Abril del 2014.

45. Ministerio de Salud, Unicef. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. [en línea] 2006. [fecha de acceso 14 de mayo del 2014]; URL disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf>.

46. Issler J, Cassella C, Gomez V, Domingo J, Roa M. Lactancia materna. Revista de Post grado de la Cátedra VIa Medicina [en línea]. 2000; 96.

URL disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista98/lactancia_materna.htm

47. Ayela R. Lactancia Materna. [en línea]. Alicante: Editorial Club Universitario; 2009. [Fecha de acceso 22 de Abril del 2014]. URL disponible en:
<http://books.google.com.pe/books?id=PoLGDeSJyHIC&pg=PA23&dq=lactancia+materna&hl=es&sa=X&ei=XEqWU7WfBKmrsQThxoHgDg&ved=0CEIQ6AEwBQ#v=onepage&q=lactancia%20materna&f=true>.

48. Organización Mundial de la Salud, Unicef. Consejería en lactancia materna: Curso de Capacitación. [en línea] 2006. [fecha de acceso 14 de mayo del 2014]; URL disponible en:
http://www.unicef.org/argentina/spanish/Consejeria_en_Lactancia_Materna.pdf.

49. Rodríguez G. Tipo de vínculo madre / hijo y desarrollo intelectual sensoriomotriz en niños de 6 a 15 meses de edad. Interdisciplinaria [en línea] 2006 [Fecha de acceso 14 de Junio 2014]; 23(2) Disponible, en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272006000200003&script=sci_arttext

50. Horwood L, Darlow B, Mogridgen N. Breast milk feeding and cognitive ability at 7-8 years. ADC Fetal y Neonatal Edition [en línea] 2001 [Fecha de acceso 14 de Junio del 2014]; 84(1). URL disponible en:
http://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=es&prev

[=/search%3Fq%3DHorwood.L.J,%2BDarlow,%2BMogridge.%2BBreast%2Bmilk%2Bfeeding%2Band%2Bcognitive%2Bability%2Bat%2B7-8%2Byears.%26biw%3D1024%26bih%3D667&rurl=translate.google.com.pe&sl=en&u=http://fn.bmj.com/content/84/1/F23.full&usq=ALkJrhgLZRf4VDHuK28q-RJGDDMkPXZOJw.](#)

51. Angelsen N, Vik T, Jacobsen T, y Bakketeig L. Lactancia materna y desarrollo cognitivo en la edad de 1 año y 5 años. Arch Dis Child. [en línea] 2001 [Fecha de acceso 14 de Junio del 2014]; 85(3). URL disponible en: <http://translate.google.com.pe/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1718901/&prev=/search%3Fq%3DRogan%2BW%2BJ%2BGladen%2BB%2BC.%2BBreastfeeding%2Band%2Bcognitive%2Bdevelopment,%2BEarly%2BHuman%2BDevelopment%26sa%3DX%26biw%3D1024%26bih%3D667>
52. Macias S, Rodriguez S, Ronayne De Ferrer P. Leche materna: composición y factores condicionantes de la lactancia. Arch. argent. pediatr. [en línea] Oct 2006 [Fecha de acceso 14 de Junio del 2014]; 104(5). URL disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0325-00752006000500008
53. Peraza G. Lactancia materna y desarrollo psicomotor. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]. Agt 2000 [Fecha de acceso 14 de Junio del 2014]; 16(4): 402-405. URL disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000400018&script=sci_arttext

54. La Rosa Hernández D, Gómez E. Impacto de la lactancia materna en la vacunación infantil. Rev Cubana Pediatr [en línea]. Mar 2013 [Fecha de acceso 14 de Junio del 2014]; 85(1): 76-88. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312013000100008&script=sci_arttext
55. Cujíño M. Lactancia materna: Factor protectorio de la dentición. Scridb, UNICEF. [en línea]. Nov 2004 [Fecha de acceso 14 de Junio del 2014]; 9. URL disponible en: <https://es.scribd.com/doc/49406694/UNICEF>
56. Morillo J, Montero L. Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. Enferm. glob. [en línea]. Jun 2010 [Fecha de acceso 14 de Junio del 2014]; (19). URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200019
57. Canto-De Cetina T, Polanco-Reyes L. La amenorrea de la lactancia como método de planificación familiar. Salud Pública Méx [en línea]. 1996 [Fecha de acceso 14 de Junio del 2014]; 38(1):58-63. URL disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000862>
58. UNICEF. Lactancia materna: Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. [Sitio en internet]. Disponible en:

http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html. Consultado: 14 de Abril del 2014.

59. Urquiza R. Lactancia materna exclusiva: ¿siempre?. Rev. Peru. ginecol. Obstet. [en línea]. abr 2014 [Fecha de acceso 14 de Junio del 2014];

60(2). URL disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000200011&script=sci_arttext

60. Ministerio de Salud de Argentina. Lavado de manos. [Sitio en internet].

Disponible en <http://www.msal.gov.ar/index.php/0-800-salud-responde/388-lavado-de-manos>. Consultado: 16 de febrero del 2015.

61. Ríos A. La higiene como tarea básica. Innovación y experiencias educativas. [en línea] 2009 [Fecha de acceso 16 de Febrero del 2015];

23: URL disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_23/ANGELA_RIOS_TOLEDANO01.pdf

62. Blázquez M. Anatomía y Fisiología de la Lactancia. [Sitio en internet].

Disponible en: http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/-Anatomia%20y%20Fisiologia.pdf. Consultado: 2 de Marzo del 2015.

63. Técnicas de amamantamiento [en línea]. Dra. Verónica Valdés.

UNICEF; [fecha de acceso 25 de mayo del 2013] URL disponible en:

<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/TECNICAS%20DE%20AMAMANTAMIENTO1.pdf>.

64. Aguayo J, Serrano A, Calero C, Martínez A, Rello C, Monte C. Lactancia Materna. Salud entre todos. [en línea]. 2000 [Fecha de acceso 28 de Abril del 2014]; 85. URL disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/articulos/CNLM_lactancia_materna_OMS_12_2009.pdf.
65. Guevara P, Toledo C. Reflujo gastroesofágico en pediatría. Rev. chil. pediatr. [en línea]. 2011 Abril [Fecha de acceso 2 de Marzo del 2015]; 82 (2): 142-149. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000200009.
66. Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica. 4ª ed. Mosby-Year Book; 1991.
67. Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm. Glob [en línea] 2010 [Fecha de acceso 28 de Abril del 2014]; 19. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200004&script=sci_arttext
68. Vega O, Gonzalez D. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y Cuidado [en línea] 2008

[Fecha de acceso 28 de Abril del 2014]; 4 (4). URL disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>.

69. Tipacti C, Flores N. Metodología de la Investigación en ciencias neurológicas. Lima – Perú: Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas; 2012.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Conocimiento sobre Lactancia Materna.</p>	<p>Conjunto de datos obtenidos a través de la interacción con el entorno, que al ser ordenados en un contexto sirven para disminuir la incertidumbre y aumentar el conocimiento sobre un tema en específico.</p>	<p>Generalidades</p>	<p>Conjunto de información almacenado durante el tiempo a través de la dirección formal e informal que tienen las madres adolescentes sobre que es la leche materna, frecuencia, tipos de lactancia, tipos de leche, sus beneficios, su extracción manual y</p>	<p>Definición Frecuencia Duración de la Lactancia Materna. Tipos de lactancia (exclusiva, mixta y artificial)</p>

			conservación.	Tipos de leche materna (calostro, leche de transición y leche madura)
		Beneficios de la lactancia materna	Obtención de ganancias que influyen positivamente sobre la salud de la madre, bebé, familia y sociedad.	Bebé Madre Familia Sociedad
Prácticas de amamantamiento.	Conjunto de procedimientos o recursos que se utilizan como medio	Higiene	Prácticas que realiza la madre adolescente y que incluyen la limpieza y aseo personal, antes,	Higiene de Mamas Lavado de Manos

	para lograr que el bebé adquiera todos los beneficios de la lactancia materna.	Posición	durante y después de dar de lactar. Es la disposición del cuerpo de la madre o el bebé al dar de lactar.	De la madre (sentada, echada) Del bebé
--	--	----------	---	---

ANEXO 2

Caso: Variable Cualitativa

La fórmula utilizada para el cálculo del tamaño muestral para una población finita es:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$N=300$$

$$Z=1.96$$

p= Proporción esperada (0.11)

q=1-p (en este caso 1- 0.11= 0.89)

} Según antecedente 6

e=4.80% = 0.048 El margen de error es de 1 – 5%

Reemplazando la fórmula:

$$n = \frac{300 \times 1.96^2 \times 0.11 \times 0.89}{0.048^2(300-1) + 1.96^2 \times 0.11 \times 0.89}$$

$$n = 105.9142 = 106$$

La muestra estará conformada por 106 madres puérperas adolescentes como mínimo.

ANEXO 3



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



CÓDIGO:

CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y PRÁCTICAS DE AMAMANTAMIENTO EN MADRES PUÉRPERAS

ADOLESCENTES

Cuestionario

I. Instrucciones

1. Marcar con un aspa (X) solo una alternativa
2. Si tiene alguna duda, pregunta a la persona que le entregó el cuestionario.

II. Datos Generales:

1. Edad (años cumplidos) : _____
2. Número de hijos: _____
3. Tiempo de vida del bebé: _____
4. Estado civil: _____
5. Grado de instrucción: _____
6. Procedencia: _____

III. INFORMACIÓN ESPECÍFICA

1. La lactancia materna debe comenzar.
 - a) Inmediatamente al nacer
 - b) A los 30 min del nacimiento
 - c) A las 48 horas del nacimiento
 - d) No sé

2. ¿Con qué frecuencia se debe dar de lactar al recién nacido?
 - a) Cada 2 horas
 - b) Cada 4 horas
 - c) A libre demanda
 - d) No sé

3. Se le llama Lactancia Materna exclusiva a:
 - a) Amamantar al bebé únicamente con leche materna
 - b) Amamantar al bebé con leche materna y fórmula
 - c) Amantar al bebé con leche materna y de vez en cuando agüitas.
 - d) No sé

4. La lactancia materna debe brindarse hasta la edad de:
 - a) Los 3 meses
 - b) Los 6 meses
 - c) los 24 meses
 - d) No sé

5. La lactancia materna exclusiva debe brindarse:
 - a) Hasta los 3 meses

- b) Hasta los 6 meses
- c) Hasta los 24 meses
- d) No sé

6. ¿Cuál es la importancia de la lactancia materna exclusiva?

- a) Es el único alimento que contiene todos los nutrientes que el bebé necesita hasta los 6 meses de edad
- b) Sumado con otras sustancias evita que el bebé sufra de estreñimiento hasta la edad de 8 meses
- c) Tiene los mismos nutrientes que la leche en fórmula.
- d) No sé

7. ¿Cómo se denomina a la primera leche del seno materno?

- a) Leche de transición
- b) Calostro
- c) Leche entera
- d) No sé

8. ¿Por qué es importante el calostro?

- a) Está formada por un mayor contenido de proteínas, minerales y carbohidratos indispensables en el recién nacido.
- b) Está formada sólo para que el bebé se llene rápido y evita los gases.
- c) Favorece que la sensación de llenura en el bebé se dé por más tiempo debido a sus componentes nutricionales.
- d) No sé

9. ¿Cuáles son los beneficios que brinda la lactancia materna a la madre?
- a) Favorece la pérdida de peso, disminuye la hemorragia posparto, el riesgo de cáncer.
 - b) Sólo ayuda a que el bebé no llore mucho y no tenga hambre.
 - c) Para que la madre pueda estar tranquila y no le duela los senos por acumulación de leche, evitando infecciones de los senos.
 - d) No sé

10. ¿Cuáles son los beneficios que brinda la lactancia materna al bebé?
- a) Protege al niño de posibles alergias y enfermedades infecciosas.
 - b) Sólo ayuda a que el bebé no llore mucho y no tenga hambre.
 - c) Protege al niño de enfermedades infecciosas y tiene los mismos beneficios que la leche de tarro.
 - d) No sé

11. ¿Cuáles son los beneficios que brinda la lactancia materna a la familia?
- a) No tiene beneficio significativo.
 - b) Sólo deja dormir a los demás porque hay menos llanto.
 - c) Se logra mayor unión familiar y menos gasto.
 - d) No sé

ANEXO 4



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



CÓDIGO:

CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y PRÁCTICAS DE AMAMANTAMIENTO EN MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES

GUIA DE OBSERVACIÓN

Fecha:

Nombre de la Institución

Nombre del supervisor:

Objetivo:

ASPECTO A EVALUAR	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Realiza la higiene de mamas con agua limpia y pura.			
2. Realiza el lavado de manos antes de dar de lactar.			
3. Mantiene uñas cortas y limpias.			
4. Según posición:			
a. La madre se sienta cómoda, con la			

<p>espalda apoyada e idealmente un cojín sobre su falda para apoyo del bebé.</p>			
<p>b. La madre se acuesta de lado apoyando sobre una almohada y/o cojín tanto la cabeza como el hombro.</p>			
<p>5. La madre sostiene la cabeza del niño sobre el ángulo de su codo con el cuerpo alineado, quedando “ombligo con ombligo”.</p>			
<p>6. Sostiene la mama con los dedos en forma de “C”.</p>			
<p>7. La madre comprime la mama por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar.</p>			
<p>8. La madre estimula el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, para introducir el pezón y la areola a la boca del niño.</p>			
<p>9. Los labios del bebé están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama.</p>			
<p>10. Luego de cada mamada la madre estimula el reflejo eyectolácteo.</p>			
<p>11. Al finalizar la lactancia materna, la madre coloca al bebé en posición decúbito lateral derecho.</p>			

ANEXO 5



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



VALIDEZ DE INSTRUMENTO CUESTIONARIO

PRUEBA BINOMIAL

PREGUNTAS	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	JUEZ 6	SUMA DE 0	P
1	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
2	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
3	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
4	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
5	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
6	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
7	0	0	0	1	0	0	5	0.393216
8		1	1	1	1	1	0	0.000064

	1							
9	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
10	1	1	1	1	1	1	0	0.000064

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva.

Excepto en las preguntas 7 y 8 que es de manera contraria.

Se cumplió con el criterio 7, según jueces expertos de eliminar ítems del instrumento, los cuales según consideración de las investigadoras y prueba piloto fueron: 12, 13, 14, 15 y 16. Por lo tanto se considera válido el instrumento según prueba de jueces de expertos.

ANEXO 6



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



VALIDEZ DE INSTRUMENTO GUÍA DE OBSERVACIÓN

PRUEBA BINOMIAL

PREGUNTAS	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	JUEZ 6	SUMA DE 0	P
1	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
2	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
3	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
4	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
5	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
6	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
7	0	0	0	1	0	0	5	0.393216
8		1	1	1	1	1	0	0.000064

	1							
9	1	1	1	1	1	1	0	0.000064
10	1	1	1	1	1	1	0	0.000064

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva.

Excepto en las preguntas 7 y 8 que es de manera contraria.

Se cumplió con el criterio 8, según jueces expertos de agregar algún ítem en el instrumento, los cuales según consideración de las investigadoras y prueba piloto fueron: 2 y 3. Por lo tanto se considera válido el instrumento según prueba de jueces de expertos.

ANEXO 8

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

Cuadro N°01: Resumen del procesamiento de los casos

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	21	100,0
Excluidos ^a	0	,0
Total	21	100,0

- a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Cuadro N°01.2: Estadísticos de confiabilidad: Kuder Richardson

Estadísticas de
confiabilidad

Kuder Richardson	N de elementos
,720	11

Según la prueba Kuder Richardson se halló un valor de 0,720 luego de la aplicación de la prueba piloto, el cual se considera significativo para calificar el instrumento de confiabilidad (<0.7).

Cuadro N°01.3: Estadísticos de confiabilidad: Kuder Richardson si se elimina el elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Kuder Richardson si el elemento se ha suprimido
1.La lactancia materna debe comenzar.	20,67	40,633	,184	,726
2.¿Con qué frecuencia se debe dar de lactar a un recién nacido?	21,05	45,948	-,146	,752
3.Se le llama Lactancia Materna Exclusiva a:	21,29	35,014	,660	,657
4.La lactancia materna debe brindarse hasta la edad de:	20,71	44,314	-,034	,750
5.La lactancia materna exclusiva debe brindarse:	20,67	34,733	,559	,667
6.¿Cuál es la importancia de la lactancia materna exclusiva?	21,19	34,062	,685	,650
7.¿Cómo se denomina a la primera leche del seno materno?	20,43	30,957	,703	,634
8.¿Por qué es importante el calostro?	20,33	30,733	,743	,626
9.¿Cuáles son los beneficios que brinda la lactancia materna a la madre?	20,67	41,333	,162	,727
10.¿Cuáles son los beneficios que brinda la lactancia materna al bebé?	21,33	39,533	,395	,698
11.¿Cuáles son los beneficios que brinda la lactancia materna a la familia?	20,71	43,214	,035	,743

En el cuadro se observa los valores ítem por ítem de correlación así como su efecto en la confiabilidad del instrumento si son eliminados cada uno de ellos, sin embargo el valor de Kuder Richardson hallado luego de la prueba piloto no permite tomar en cuenta este gráfico, por lo que solo tiene un uso de carácter informativo.

ANEXO 7

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

Cuadro N°02: Resumen del procesamiento de los casos

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	21	100,0
	Excluido ^a	0	0,0
	Total	21	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Cuadro N°02.2: Estadísticos de confiabilidad: Kuder Richardson

Estadísticas de confiabilidad

Kuder Richardson	N de elementos
,764	11

Según la prueba Kuder Richardson se halló un valor de 0,764 luego de la aplicación de la prueba piloto, el cual se considera significativo para calificar el instrumento de confiabilidad (<0.7).

Cuadro N°02.3: Estadísticos de confiabilidad: Kuder Richardson si se elimina el elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Kuder Richardson si el elemento se ha suprimido
1. Realiza la higiene de mamas con agua limpia y pura.	3,81	5,962	,326	,757
2. Realiza el lavado de manos antes de dar de lactar.	3,81	5,962	,326	,757
3. Mantiene uñas limpias y cortas.	3,14	6,429	,215	,765
4. Según posición:	3,95	6,148	,409	,750
a)La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada e idealmente sobre un cojín sobre su falda para apoyo del bebé.				
b)La madre se acuesta de lado apoyando sobre una almohada y/o cojín tanto la cabeza como el hombro.				
5. La madre sostiene la cabeza del niño sobre el ángulo de su codo con el cuerpo alineado, quedando "ombligo con ombligo".	3,81	5,862	,376	,751
6. Sostiene la mama con los dedos en forma de "C".	3,57	5,357	,519	,732
7. La madre comprime la mama por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar.	3,81	5,762	,427	,745
8. La madre estimula el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, para introducir el pezón y la areola a la boca del niño.	3,81	5,362	,641	,717
9. Los labios del bebé están abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama.	3,90	5,890	,476	,741
10. Luego de cada mamada la madre estimula el reflejo eyectolácteo.	3,57	5,057	,664	,709
11. Al finalizar la lactancia materna, la madre coloca al bebé en posición lateral derecho.	3,43	6,057	,222	,773

ANEXO 9

ESCALA DE ESTANINOS SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES

Para medir el nivel de conocimiento de las madres puérperas adolescentes sobre la lactancia materna, se utilizó un cuestionario estructurado de conocimientos de los pacientes, constituido por 11 preguntas cerradas (de respuesta múltiple), en relación a generalidades de los conceptos de lactancia materna y que están planteados en los objetivos del estudio, con 4 alternativas de respuesta, siendo una de ellas la correcta. Las alternativas serán codificadas de la siguiente manera: se le asignará 1 punto por cada respuesta correcta, y 0 puntos por cada respuesta incorrecta, siendo un total de 11 puntos. Para agrupar el puntaje se aplicó la escala de Estaninos, clasificando el puntaje en tres categorías:

Su fórmula: $X + 0.75 (Sx)$,

Donde: $x = \text{media} = 5.08$

$Sx = \text{desviación estándar} = 2.9$

$a = \text{media} - 0.75 (Sx) = 2.905$

$b = \text{media} + 0.75 (Sx) = 7.255$

Puntaje mínimo=0

Puntaje máximo=11

Por tanto:

Puntaje mínimo hasta (a) ----- 1ª categoría (conocimiento alto)

De (a + 1) hasta (b) ----- 2ª categoría (conocimiento medio)

De (b + 1) hasta el puntaje máximo --- 3ª categoría (conocimiento bajo)

Según nuestros datos tendríamos:

-Conocimiento alto: es cuando el paciente conoce e identifica un adecuado conocimiento en cuanto a lactancia materna, abarcando de 70 a 100% de puntos respuestas positivas según el instrumento a emplear de 8 a 11.

-Conocimiento medio: es cuando ocurre entre el 50 % y menos del 70% de las respuestas positivas en cuanto a lactancia materna. Según el instrumento a emplear de 3 a 7 puntos.

-Conocimiento bajo: es cuando posee conocimientos deficientes menores del 50% de las respuestas positivas sobre su enfermedad y tratamiento. Según el instrumento a emplear de 0 a 2 puntos.

ESCALA DE ESTANINOS SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES SEGÚN DIMENSIÓN GENERALIDADES

Para medir el nivel de conocimiento de las madres puérperas adolescentes sobre la lactancia materna según dimensión generalidades, se utilizó un cuestionario estructurado de conocimientos de los pacientes, constituido por 8 preguntas cerradas (de respuesta múltiple), en relación a generalidades de los conceptos de lactancia materna y que están planteados en los objetivos del estudio, con 4 alternativas de respuesta, siendo una de ellas la correcta. Las alternativas serán codificadas de la siguiente manera: se le asignará 1 punto por cada respuesta correcta, y 0 puntos por cada respuesta incorrecta, siendo un total de 8 puntos. Para agrupar el puntaje se aplicó la escala de estaninos, clasificando el puntaje en tres categorías:

Su fórmula: $X + 0.75 (Sx)$, Donde: $x = \text{media} = 3.92$

$Sx = \text{desviación estándar} = 2.001$

$a = \text{media} - 0.75 (Sx) = 2.419$

$b = \text{media} + 0.75 (Sx) = 5.420$

Puntaje mínimo = 0

Puntaje máximo=8

Por tanto:

Puntaje mínimo hasta (a) ----- 1ª categoría (conocimiento bajo)

De (a + 1) hasta (b) ----- 2ª categoría (conocimiento medio)

De (b + 1) hasta el puntaje máximo --- 3ª categoría (conocimiento alto)

Según nuestros datos tendríamos:

-Conocimiento alto: es cuando el paciente conoce e identifica un adecuado conocimiento en cuanto a lactancia materna, abarcando de 70 a 100% de puntos respuestas positivas según el instrumento a emplear de 6 a 8.

-Conocimiento medio: es cuando ocurre entre el 50 % y menos del 70% de las respuestas positivas en cuanto a lactancia materna. Según el instrumento a emplear de 3 a 5 puntos.

-Conocimiento bajo: es cuando posee conocimientos deficientes menores del 50% de las respuestas positivas sobre su enfermedad y tratamiento. Según el instrumento a emplear de 0 a 2 puntos.

ESCALA DE ESTANINOS SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA DE MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES SEGÚN DIMENSIÓN BENEFICIOS

.

Para medir el nivel de conocimiento de las madres puérperas adolescentes sobre la lactancia materna según dimensión beneficios de la lactancia materna, se utilizó un cuestionario estructurado de conocimientos de los pacientes, constituido por 3 preguntas cerradas (de respuesta múltiple), en relación a

beneficios de la lactancia materna y que están planteados en los objetivos del estudio, con 4 alternativas de respuesta, siendo una de ellas la correcta. Las alternativas serán codificadas de la siguiente manera: se le asignará 1 punto por cada respuesta correcta, y 0 puntos por cada respuesta incorrecta, siendo un total de 3 puntos. Para agrupar el puntaje se aplicó la escala de Estaninos, clasificando el puntaje en tres categorías:

Su fórmula: $X + 0.75 (Sx)$,

Donde: $x = \text{media} = 1.17$

$Sx = \text{desviación estándar} = 1.068$

$a = \text{media} - 0.75 (Sx) = 0.369$

$b = \text{media} + 0.75 (Sx) = 1.971$

Puntaje mínimo=0

Puntaje máximo=3

Por tanto:

Puntaje mínimo hasta (a) ----- 1ª categoría (conocimiento bajo)

De (a + 1) hasta (b) ----- 2ª categoría (conocimiento medio)

De (b + 1) hasta el puntaje máximo -- 3ª categoría (conocimiento alto)

Según nuestros datos tendríamos:

-Conocimiento alto: es cuando el paciente conoce e identifica un adecuado conocimiento en cuanto a lactancia materna, abarcando de 70 a 100% de puntos respuestas positivas según el instrumento a emplear es de 2 a 3 puntos.

-Conocimiento medio: es cuando ocurre entre el 50 % y menos del 70% de las respuestas positivas en cuanto a lactancia materna. Según el instrumento a emplear es de 1 punto.

-Conocimiento bajo: es cuando posee conocimientos deficientes menores del 50% de las respuestas positivas sobre su enfermedad y tratamiento. Según el instrumento a emplear es de 0 puntos.

ANEXO 10

ESCALA DE ESTANINOS SEGÚN LAS PRÁCTICAS DE AMAMANTAMIENTO EN MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES

Para medir las prácticas de amamantamiento de las madres puérperas adolescentes, se utilizó una guía de observación, constituida por 11 ítems cerrados, en relación a las prácticas de amamantamiento, con 2 alternativas de respuesta. Las alternativas serán codificadas de la siguiente manera: se le asignará 1 punto por cada práctica realizada, y 0 puntos por cada práctica no llevada a cabo, siendo un total de 11 puntos. Para agrupar el puntaje se aplicó la escala de estaninos, clasificando el puntaje en tres categorías:

Su fórmula: $X + 0.75 (Sx)$,

Donde: $x = \text{media} = 3.71$

$Sx = \text{desviación estándar} = 2.042$

$a = \text{media} - 0.75 (Sx) = 2.17$

$b = \text{media} + 0.75 (Sx) = 5.24$

Puntaje mínimo = 0

Puntaje máximo = 11

Por tanto:

Puntaje mínimo hasta (a) ----- 1ª categoría (práctica deficiente)

De (a + 1) hasta (b) ----- 2ª categoría (práctica regular)

De (b + 1) hasta el puntaje máximo ----- 3ª categoría (práctica buena)

Según nuestros datos tendríamos:

-Práctica buena: es cuando el paciente conoce e identifica un adecuado conocimiento en cuanto a lactancia materna, abarcando de 70 a 100% de puntos respuestas positivas según el instrumento a emplear de 6 a 11.

-Práctica regular: es cuando ocurre entre el 50 % y menos del 70% de las respuestas positivas en cuanto a lactancia materna. Según el instrumento a emplear de 3 a 5 puntos.

-Práctica deficiente: es cuando posee conocimientos deficientes menores del 50% de las respuestas positivas sobre su enfermedad y tratamiento. Según el instrumento a emplear de 0 a 2 puntos.

ESCALA DE ESTANINOS SEGÚN LAS PRÁCTICAS DE AMAMANTAMIENTO EN MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES SEGÚN DIMENSIÓN POSICIÓN

Para medir las prácticas de amamantamiento de las madres puérperas adolescentes según dimensión Posición, se utilizó una guía de observación, constituida por 8 ítems cerrados, en relación a las prácticas de amamantamiento, con 2 alternativas de respuesta. Las alternativas serán codificadas de la siguiente manera: se le asignará 1 punto por cada práctica realizada, y 0 puntos por cada práctica no llevada a cabo, siendo un total de 8 puntos. Para agrupar el puntaje se aplicó la escala de estaninos, clasificando el puntaje en tres categorías:

Su fórmula: $X + 0.75 (Sx)$,

Donde: $x = \text{media} = 1.7$

$Sx = \text{desviación estándar} = 1.609$

$a = \text{media} - 0.75 (Sx) = 0.493$

$b = \text{media} + 0.75 (Sx) = 2.906$

Puntaje mínimo=0

Puntaje máximo=7

Por tanto:

Puntaje mínimo hasta (a) ----- 1ª categoría (Práctica deficiente)

De (a + 1) hasta (b) ----- 2ª categoría (Práctica regular)

De (b + 1) hasta el puntaje máximo ----- 3ª categoría (Práctica buena)

Según nuestros datos tendríamos:

-Práctica buena: es cuando el paciente conoce e identifica un adecuado conocimiento en cuanto a lactancia materna, abarcando de 70 a 100% de puntos respuestas positivas según el instrumento a emplear de 3 a 7.

-Práctica regular: es cuando ocurre entre el 50 % y menos del 70% de las respuestas positivas en cuanto a lactancia materna. Según el instrumento a emplear de 1 a 2 puntos.

-Práctica deficiente: es cuando posee conocimientos deficientes menores del 50% de las respuestas positivas sobre su enfermedad y tratamiento. Según el instrumento a emplear es de 0 puntos.

ESCALA DE ESTANINOS SEGÚN LAS PRÁCTICAS DE AMAMANTAMIENTO EN MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES SEGÚN DIMENSIÓN HIGIENE

Para medir las prácticas de amamantamiento de las madres puérperas adolescentes según dimensión Higiene, se utilizó una guía de observación, constituida por 3 ítems cerrados, en relación a las prácticas de amamantamiento, con 2 alternativas de respuesta. Las alternativas serán codificadas de la siguiente manera: se le asignará 1 punto por cada práctica realizada, y 0 puntos por cada práctica no llevada a cabo, siendo un total de 3 puntos. Para agrupar el puntaje se aplicó la escala de estaninos, clasificando el puntaje en tres categorías:

Su fórmula: $X + 0.75 (Sx)$,

Donde: $x = \text{media} = 2.04$

$Sx = \text{desviación estándar} = 0.582$

$a = \text{media} - 0.75 (Sx) = 1.6035$ b

$= \text{media} + 0.75 (Sx) = 2.4765$

Puntaje mínimo=1

Puntaje máximo=3

Por tanto:

Puntaje mínimo hasta (a) ----- 1ª categoría (Práctica deficiente)

De (a + 1) hasta (b) ----- 2ª categoría (Práctica regular)

De (b + 1) hasta el puntaje máximo ----- 3ª categoría (Práctica buena)

Según nuestros datos tendríamos:

-Práctica buena: es cuando el paciente conoce e identifica un adecuado conocimiento en cuanto a lactancia materna, abarcando de 70 a 100% de puntos respuestas positivas según el instrumento a emplear es de 3 .

-Práctica regular: es cuando ocurre entre el 50 % y menos del 70% de las respuestas positivas en cuanto a lactancia materna. Según el instrumento a emplear es de 2 puntos.

-Práctica deficiente: es cuando posee conocimientos deficientes menores del 50% de las respuestas positivas sobre su enfermedad y tratamiento. Según el instrumento a emplear es de 1 puntos.

ANEXO 11



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Av. El Polo N°641 Monterrico Surco, Lima - Perú



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TITULO DEL TRABAJO: “Conocimiento sobre lactancia materna y Prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes.”

Responsables:

Nadia Elizabeth Coronado López y Yesenia Rubi Vásquez

Manuelo; estudiantes de enfermería del IX Ciclo de la

E.E.P.L.T.

Estimado (a) padre/madre o apoderado, estamos realizando una investigación que tiene como título “CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA Y PRÁCTICAS DE AMAMANTAMIENTO EN MADRES PUÉRPERAS ADOLESCENTES”, que tiene como finalidad saber cuánto conoce su menor hija sobre todo lo relacionado a la lactancia materna.

Solicito su autorización para que su menor hija participe voluntariamente en este estudio, consistiendo en llenar un cuestionario compuesto por dos partes, la primera parte recogerá los datos generales de las madres adolescentes y la segunda parte evaluará sobre lactancia materna. Contestar este cuestionario le tomara aproximadamente unos 20 minutos. Este proceso será reservado y el nombre no será utilizado.

Procedimiento: Si usted decide que su menor hija participe en el estudio de investigación, se le entregará 1 cuestionario con 11 preguntas relacionadas a la lactancia materna.

Participación voluntaria: La participación en este trabajo de investigación es voluntaria, usted tendrá la plena libertad de decidir si su hija participa o no en el presente estudio. Si usted decide que su hija no participe o se retire después de iniciado el estudio, podrá hacerlo sin tener que dar explicación y su decisión no dará lugar a cambios en el trato, ni se tomará ningún tipo de sanciones en contra de su persona o de su hija.

Beneficios: Con la participación de su menor hija, la información obtenida servirá al Hospital para buscar mejorar la comprensión sobre la Lactancia Materna en las madres Adolescentes con nuevas formas de educación.

Privacidad: a fin de proteger su privacidad, la información obtenida de su hija serán codificados con sus iniciales que solo ella conozca, conservando la información y su consentimiento en un archivo seguro que no se quedará en el hospital. El nombre de su hija no aparecerá en ninguna publicación o informe sobre esta investigación, trabajando los datos sólo para fines establecidos en el estudio.

Remuneración: Usted no recibirá ninguna retribución por participar en este estudio.

Riesgo: Contestar las preguntas del cuestionario no le expone a riesgos a su hija, aunque algunas preguntas pueden incomodarle o simplemente no saberlas. Pero son necesarias para conocer cuánto sabe sobre lactancia materna una adolescente.

¿DESEA QUE SU MENOR HIJA PARTICIPE EN EL PRESENTE ESTUDIO?

Si usted acepta participar en el estudio lo hace en forma voluntaria, luego de haber leído y entendido el contenido de este documento.

Se me ha informado de la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy de acuerdo que mi menor hija sea parte de esta investigación, comprendo que tiene derecho de rechazar el estudio y de retirarse del mismo en cualquier momento y por cualquier motivo, sin que esto traiga ningún perjuicio a su actual o futura atención médica que recibe del Ministerio de Salud o de la Institución que normalmente la atiende.

CONSENTIMIENTO:

Nombre del padre/madre o apoderado:

De: _____

Firma: _____

Investigadora 1

Firma

Investigadora 2

Firma

Fecha: _____

ANEXO 12



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Av. El Polo N°641 Monterrico Surco, Lima - Perú



ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

TITULO DEL TRABAJO: “Conocimiento sobre lactancia materna y Prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes”

Responsables:

Nadia Elizabeth Coronado López y Yesenia Rubi Vásquez

Manuelo; estudiantes de enfermería del IX Ciclo de la

E.E.P.L.T.

Estimada madre adolescente, estamos realizando una investigación sobre Conocimiento sobre lactancia materna y prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes, que tiene como finalidad saber cuánto conoce usted sobre todo lo relacionado a la lactancia materna.

Procedimientos: Si usted decide participar en el estudio de investigación, se le entregará 1 cuestionario con 11 preguntas relacionadas a la lactancia materna.

Participación voluntaria: La participación en este trabajo de investigación es voluntaria, usted tendrá la plena libertad de decidir de participar o no en el presente estudio. Si usted decide no participar o retirarse después de iniciado el estudio, podrá hacerlo sin tener que dar explicación alguna y su decisión no dará lugar a cambios en el trato, ni se tomará ningún tipo de castigo en contra de su persona.

Beneficios: El presente con su participación tiene como beneficio que la información obtenida les servirá al Hospital para el mejoramiento de técnicas de educación en Lactancia Materna principalmente a madres Adolescentes.

Usted no correrá ningún riesgo físico o emocional, y se evitará todo tipo de molestias.

Privacidad: A fin de proteger su privacidad, la información y datos obtenidos serán codificados con sus iniciales o con un pseudónimo que sólo usted conozca, conservando la información y su consentimiento en un archivo seguro que no se quedará en el hospital. Su nombre no aparecerá en ninguna publicación o informe sobre esta investigación, trabajando los datos sólo para fines establecidos en el estudio.

Remuneración: Usted no recibirá ninguna retribución por participar en este estudio.

Riesgo: Debido a que en este estudio se aplicará el cuestionario, no consideramos que este estudio presente riesgos para los sujetos de la investigación, cualquier consulta realizarlo a las señoritas Nadia Elizabeth Coronado López y Yesenia Rubi Vásquez Manuelo estudiantes de Enfermería de la Escuela Padre Luis Tezza.

¿DESEA PARTICIPAR EN EL PRESENTE ESTUDIO?

Si usted acepta participar en el estudio lo hace en forma voluntaria, luego de haber leído y entendido el contenido de este documento.

Se me ha informado de la investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy de acuerdo en ser parte de esta investigación, comprendo que tengo derecho de rechazar el estudio y de retirarme del mismo en cualquier momento y por cualquier motivo, sin que esto traiga ningún perjuicio a mí en su actual o futura atención médica que recibe del Ministerio de

Salud o de la Institución que normalmente lo atiende. Me han informado de mi derecho acceder y solicitar correcciones de los datos personales de mi persona.

CONSENTIMIENTO:

Nombre:

Firma: _____

Investigadora 1

Firma

Investigadora 2

Firma

Fecha: _____

ANEXO 13

DATOS GENERALES DE LAS MADRES PUÉRPERAS

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO

“SAN BARTOLOMÉ” NOVIEMBRE

2014 (n=107)

Datos Generales	Frecuencia	Porcentaje
Edad de la madre		
14-15	23	21,5
16-17	36	33,6
18-19	48	44,9
Número de hijos		
1	96	89,7
2	11	10,3
Estado civil		
Casado	59	55,1
Soltero	16	15,0
Conviviente	32	29,9
Grado de instrucción		
Primaria	10	9,3
Secundaria	92	86,0
Superior	5	4,7

Procedencia		
Costa	68	63,4
Sierra	28	26,1
Selva	11	10,2

En la tabla se observa que las madres puérperas adolescentes encuestadas tienen en su mayoría entre 18 y 19 años en un 44,9% (48), seguido de la edad entre 16 y 17 con un 33,6% (36) y de la edad entre 14 y 15 años con 21,5% (23). En cuanto al número de hijos se observa que el 89,7% (96) tienen 1 hijo y el 10,3% (11) tienen 2 hijos. En relación al estado civil, en las madres puérperas adolescentes predomina las Casadas con un 55,1% (59), seguido de .Conviviente con un 29,9% (32) y Soltera con un 15% (16). En grado de instrucción, se observa que el mayor porcentaje se encuentra en el nivel Secundaria con 86% (92), seguido de nivel Primaria con 9,3% (10) y el nivel Superior con 4,7% (5). Finalmente en cuanto a procedencia las madres provienen de la Costa con un 63% (68), seguido de Sierra con 26,1% (28) y Selva con 10,2% (11).