



Universidad Norbert Wiener

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**CONOCIMIENTO Y MITOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN
PUERPERAS ADOLESCENTES, QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERVICIO DE
PUERPERIO EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, EN EL PERIODO JULIO-
SEPTIEMBRE 2017.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Presentado por:

Bachiller:

ESPEJO GONZALES, KARLA LISBETH.

LIMA- PERU

2018

DEDICATORIA

A Dios, por demostrarme a lo largo de la vida su bondad infinita. A mi querida madre, por tu amor incondicional que siempre me ha sabido guiar, por tu apoyo constante en todos los años de mi formación, por alentarme siempre y creer en mí. A mi hermosa hija Karissa, por ser mi mejor acierto y motivación, por transformar mi vida y enseñarme el más puro amor. A mi esposo Lym, por dejarme volar y nunca cortar mis alas. A abuelita Angela, por tu apoyo incondicional...y a ti querido hermano eternamente agradecida, por tu apoyo constante. ¡A ustedes este logro!

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Lic. Elizabeth Hernández, por su valioso apoyo, paciencia y disposición presente en todo el desarrollo de mi tesis. A mi Alma Máter, por su alta calidad, en especial a todos mis docentes que dejaron en mí grandes aprendizajes y en especial a la escuela de Obstetricia por el respaldo y apoyo constante que encontré en todo momento.

ASESORA

Lic. HERNÁNDEZ VALDIVIA,
ELIZABETH MERCEDES

JURADO

Presidente: Dra. Sabrina Ynés Morales Alvarado

Secretario: Mg. Katty Leticia Salcedo Suárez

Vocal: Lic. Jessica Graña Espinoza

INDICE

CAPITULO I: PROBLEMA.....	13
1.1 Planteamiento del problema.....	14
1.2 Formulación del Problema.....	15
1.3 Justificación.....	15
1.4 Objetivo.....	16
1.4.1 General.....	16
1.4.2 Específicos.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 Antecedentes.....	17
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	17
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	19
2.2 Base teórica.....	21
2.2.1 Lactancia Materna Exclusiva: Definición.....	21
2.2.2 La lucha por la lactancia.....	21
2.2.3 Composición nutricional de la leche humana.....	23
2.2.4 Ventajas de la lactancia materna para el niño, madre, familia y sociedad.....	29
2.2.5 Técnica para una lactancia materna exitosa.....	34
2.2.6 Maternidad adolescente en el Perú.....	37
2.2.6.1 Lactancia materna en el Perú.....	37
2.2.7 Barreras que tienen las madres adolescentes para la práctica de la lactancia materna exclusiva.....	38
2.2.7.1 Mitos relacionados a la lactancia materna MINSA.....	38

2.3 Terminología básica.....	45
2.4 Hipótesis.....	45
2.5 Variables e Indicadores.....	45
2.5.1 Variable independiente de la población de estudio.....	45
2.5.2 Variable dependiente de la población de estudio.....	45
2.5.3 Variable interviniente.....	46
2.6 Operacionalización de variables.....	46
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLOGICO.....	48
3.1 Tipo y nivel de investigación.....	48
3.2 Población y muestra.....	48
3.2.1 Población.....	48
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	50
3.4 Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	51
3.5 Aspectos éticos.....	51
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION.....	53
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	64
5.1 Conclusiones.....	64
5.2 Recomendaciones.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS.....	71

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 Características sociodemográficas de las puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora 2017.....43

TABLA N° 2 Fuentes de información sobre lactancia materna en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora 2017.....48

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1 Nivel de conocimientos sobre Lactancia Materna en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora 201745

GRAFICO N° 2 Mitos y creencias sobre Lactancia Materna en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora 201746

RESUMEN

Objetivo: Identificar conocimiento y mitos sobre lactancia materna exclusiva en puérperas adolescentes, que se encuentran en el servicio de puerperio en el Hospital María Auxiliadora, en el periodo julio- septiembre 2017

Material y Método: estudio descriptivo de corte transversal y prospectivo, con 250 madres adolescentes que se encuentran en el servicio de puerperio en el hospital María Auxiliadora. El instrumento aplicado es un cuestionario comprendido por 32 preguntas. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas del estudio y las medidas de tendencia central de las variables cuantitativas. **Resultados:** El 68.8% de las adolescentes tenía edades entre los 17 y 19 años. El 60.4% de estado civil conviviente, seguido de un 30.8% que era soltera. El 39.6% tenía secundaria incompleta, un 34% de ellas había completa este nivel. El 56.4% se dedicaba a las labores del hogar. Un 49.6% tenían un buen nivel de conocimiento un 32% tenía un nivel regular y un 18.4% un nivel deficiente. Respecto a los mitos, un 77.6% de las madres adolescentes creía que la forma del pezón y el tamaño de la mama son importantes para dar de lactar; un 73.2% pensaba que tomar mucha leche incrementa la producción de leche materna; un 70% de las adolescentes tenía la idea de que dar de lactar produce dolor, entre otros descritos en la investigación. **Conclusiones:** El presente trabajo permitió identificar el nivel de conocimiento y mitos sobre la lactancia materna en madres adolescentes, estos resultados nos acercó a la realidad actual como sociedad y como profesionales de la salud para tomar medidas en promoción y apoyo a la lactancia materna por el bienestar de nuestros niños y sociedad.

SUMMARY

Objective: To identify knowledge and myths about exclusive breastfeeding in adolescent puerperal women, who are in the puerperium service at the María Auxiliadora Hospital, in the period July- September 2017

Material and Method: descriptive cross-sectional and prospective study, with 250 adolescent mothers who are in the puerperium service at the María Auxiliadora Hospital. The applied instrument is a questionnaire comprised of 32 questions. Absolute and relative frequencies of the qualitative variables of the study and measures of central tendency of the quantitative variables were calculated. **Results:** 68.8% of the adolescents were between 17 and 19 years old. 60.4% of civil status cohabiting, followed by 30.8% who was single. The 39.6% had incomplete secondary, 34% of them had completed this level. 56.4% were engaged in housework. 49.6% had a good level of knowledge, 32% had a regular level and 18.4% had a poor level. Regarding myths, 77.6% of adolescent mothers believed that the shape of the nipple and the size of the breast are important to breastfeed; 73.2% thought that drinking lots of milk increases the production of breast milk; 70% of the adolescents had the idea that breastfeeding causes pain, among others described in the research. **Conclusions:** The present work allowed to identify the level of knowledge and myths about breastfeeding in adolescent mothers, these results brought us closer to the current reality as a society and as health professionals to take measures in promotion and support for breastfeeding by the welfare of our children and society.

CAPITULO I: PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.

La base más firme para la salud infantil es la nutrición, y el mejor alimento para los recién nacidos es la leche materna. ⁽¹⁾

La recomendación se basa en la evidencia de su contribución a un óptimo crecimiento y desarrollo del sistema nervioso central, psicomotor, sistema inmunológico. Además, múltiples beneficios para la madre. ⁽¹⁾

Los niños amamantados tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses que los niños no amamantados. La lactancia materna reduce drásticamente las muertes por las infecciones respiratorias agudas y la diarrea, dos importantes causas de mortalidad infantil, así como las muertes por otras enfermedades infecciosas (OMS-The Lancet, 2000). ⁽²⁾

Sin embargo, es preocupante observar la situación de la lactancia materna exclusiva, siendo en Latinoamérica 38%, en los países en desarrollo 39%, en los países menos desarrollados 35% y en el mundo 39%. ⁽²⁾

En Perú la última estadística a nivel nacional elaborada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2016 (ENDES), indica que la proporción de niños y niñas con lactancia materna exclusiva en el año 2015 fue de 65.2% y en el año 2016 es de 69.8%. Según el área de residencia la proporción de niños con lactancia materna exclusiva es del 63.2% en el área urbana y 84.3% en el área rural, mostrando una diferencia de más de 20 puntos porcentuales. ⁽³⁾

Al respecto de los agentes que colaboran con estos indicadores, los mismos que se sustentan en los estudios de la OMS, UNESCO, OPS y el MINSA indican que la

disminución de la lactancia materna tiene que ver con la falta de información y de confianza en sí mismas de las mujeres que amamantan; las dificultades que encuentran cuando estudian o trabajan; de otro lado, las presiones de la vida moderna y la publicidad indiscriminada de sucedáneos de la leche materna, traen como consecuencia que la madre ofrezca tempranamente otros alimentos al lactante y como consecuencia desteten de manera precoz a sus bebés. ⁽⁴⁾

Como respuesta, UNICEF, OMS, OPS y MINSA defienden y promueven programas para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva, como estrategia para disminuir la morbilidad y mortalidad infantil. ⁽⁴⁾

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) “Si todos los niños y niñas fueran alimentados exclusivamente con lactancia desde el nacimiento, sería posible salvar cada año aproximadamente 1,5 millones de vidas”. También afirma que la leche materna es el “alimento perfecto” durante los primeros seis meses de vida de forma exclusiva y hasta los dos años de forma complementaria. ⁽⁴⁾

La maternidad en la adolescencia también es reconocida como un factor de riesgo para llevar a cabo la práctica de la lactancia materna, por ser una población susceptible a la influencia social, por no haber culminado su formación escolar y por ser un período de cambios rápidos y profundos, en lo biológico, psicológico y social, además de su carencia de madurez y preparación para afrontar la crianza de un hijo. ⁽⁵⁾

Por ello, la madre adolescente necesita mayor apoyo e información sobre los beneficios que ofrece la lactancia materna, para que así pueda tomar la decisión de amamantar a su bebé y acompañamiento cercano para el mantenimiento de la lactancia, fortaleciendo la confianza en su capacidad de dar de lactar. ⁽⁵⁾

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es el conocimiento y mitos sobre lactancia materna exclusiva en puérperas adolescentes, que se encuentran en el servicio de puerperio en el Hospital María Auxiliadora, en el periodo julio- septiembre 2017?

1.3 Justificación

Este trabajo es conveniente porque nos permitirá identificar el conocimiento y mitos que las madres adolescentes tienen acerca de ésta práctica, servirá para establecer estrategias de intervención significativa que permitan orientar el proceso de educación para el fortalecimiento de la Lactancia Materna en las gestantes, específicamente, las primigestas y madres adolescentes.

La leche materna es el mejor alimento para un recién nacido, fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. ⁽⁷⁾

La leche humana es la idónea para todos los lactantes, incluidos los prematuros y enfermos. Es un derecho básico del niño ser amamantado por su madre y comenzar la vida de la manera más apropiada. ⁽⁷⁾

Así mismo, la lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente. ⁽⁷⁾

En este sentido, el conocimiento adecuado y oportuno que tengan las madres adolescentes sobre la importancia de la lactancia materna, fortalecerá la práctica de la

misma, siendo esta una de las mejores intervenciones para proteger la supervivencia, nutrición y desarrollo de los niños ⁽⁸⁾

1.4 Objetivo

1.4.1 General

Identificar el conocimiento y mitos sobre lactancia materna exclusiva en puérperas adolescentes, que se encuentran en el servicio de puerperio en el Hospital María Auxiliadora, en el periodo julio- septiembre 2017.

1.4.2 Específicos

- 1) Conocer las características sociodemográficas de la población de estudio.
- 2) Identificar el nivel de conocimiento acerca de la lactancia materna exclusiva
- 3) Conocer los mitos y creencias sobre la lactancia materna de la población de estudio.
- 4) Conocer la principal fuente de información sobre la lactancia materna en la población de estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales:

Pinilla E, Dominguez N. (2014). En su investigación “Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva” (Colombia). Tuvo por objeto determinar los factores que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. Diseño metodológico: de corte transversal con 158 madres adolescentes en etapa de lactancia que asisten a los servicios de primer nivel de atención de Bucaramanga. Los principales resultados fueron Promedio de edad 17.9 años, el 39.4% lactó 6 meses y el 9.8% lactó más de 6 meses; el 89.2% ya habían tenido hijos. Las razones por las cuales no alimenta a su hijo con solo leche materna son: el 9.5% producen poca leche, el 12% el niño se queda con hambre, y el 20.7% otras causas, durante la lactancia el 82.3% acaricia a su bebé. Las personas que recomiendan la lactancia materna son el 84.3% médico y enfermera, el 63.3% un familiar. Concluye que se precisa del asesoramiento y apoyo familiar y de las instituciones de salud para que el amamantamiento sea una experiencia satisfactoria tanto para la madre adolescente como para el hijo. ⁽⁹⁾

Paredes, G. (2013). En su investigación: “Frecuencia y porcentaje sobre conocimientos y creencias de lactancia materna en una muestra del 150 pacientes del área de post- parto del Hospital Gineco Obstétrico Enrique C.Sotomayor, universidad de Guayaquil (Ecuador)”. Tuvo por objetivo determinar los conocimientos y creencias sobre lactancia materna en una muestra de 150 pacientes del área de post parto del hospital Gineco obstétrico Enrique C. Sotomayor. Diseño Metodológico: fue de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo, con un universo de 246 mujeres post- parto se obtuvo una muestra de 150 mujeres post – parto. Los principales resultados fueron que de 150 madres post – parto encuestadas, 39% fueron adolescentes, con nivel de instrucción primaria, en el 31% de casos no tenían experiencia porque fueron madres

por primera vez, 66% no asistieron con frecuencia al control prenatal, el 87% de los casos desconocen la importancia de la lactancia materna, así como los beneficios que ofrece al lactante, desconociendo también las técnicas de amamantamiento, extracción y conservación de la leche materna. Concluye que: La falta de conocimiento sobre lactancia materna, se observaron en las adolescentes, con nivel de instrucción primaria, quienes son más vulnerables a esta problemática, por su bajo nivel académicos, quienes en un porcentaje también son inexpertas por ser la primera vez que son madres. ⁽¹⁰⁾

Gil, C. (2013). En su investigación “Conocimiento acerca de la lactancia materna que poseen las gestantes adolescentes, que asisten a la consulta prenatal en el Centro de medicina integral de la universidad de Carabobo Dr. Miguel Malpica” desde abril a junio 2013”, Venezuela. Tuvo por objeto determinar los niveles de conocimiento de gestantes adolescentes acerca de la lactancia materna. Diseño metodológico: descriptiva no experimental de corte longitudinal prospectiva con 156 participantes con edades entre 12 a 20 años que acudieron a la consulta prenatal del Centro de Medicina Integral de La Universidad de Carabobo “Dr. Miguel Malpica”. Los principales resultados indican que el 54% de las pacientes tienen una edad entre 15 a 17 años, predominando en un 60% el nivel socioeconómico (Graffar) clase V, 19% afirma conocer los nutrientes aportados por la lactancia materna al niño, 87% cree que no aporta agua, 82% considera favorece el desarrollo del sistema inmune, 91% refiere no disminuye el riesgo de cáncer de mamas y ovarios, 16% conoce la técnica adecuada para amamantar, 74% consideran deben establecerse horarios para lactar, 37% indicó que la falta de saciedad del niño es la principal causa de abandono de la lactancia materna. Concluye que: alto nivel de desconocimiento acerca de los aspectos de la lactancia materna en la población estudiada, los cual podría ser secundario al bajo nivel socioeconómico y cultural al que pertenecen, que se traduce en un abandono precoz de la lactancia materna. ⁽¹¹⁾

2.1.2 Antecedentes Nacionales:

Coronado, N. y Vásquez Y. (2015). En su investigación “Conocimiento sobre lactancia materna y prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes” universidad Ricardo Palma. Tuvo por 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”. Diseño metodológico: 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. Los principales resultados fueron que 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). Concluye que: El nivel de conocimientos de las madres puérperas 10 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.⁽¹²⁾

Alvarez S. y Facho, S. (2015). En su investigación “Conocimientos y actitudes sobre la lactancia materna en madres adolescentes y jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de julio, agosto y septiembre- Lima 2015”. Tuvo por objetivo determinar los conocimientos y actitudes sobre la lactancia materna en madres adolescentes y jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de julio, agosto y septiembre- Lima 2015. Diseño metodológico: prospectivo, descriptivo de corte transversal, con una muestra de 193 madres adolescentes y jóvenes de edad promedio de 21 años. Los principales resultados revelaron que 58% tiene conocimiento medio, 30,1% tiene conocimiento alto y el 11,9% tiene conocimiento bajo, de las actitudes se encontró que el 92,7% está de acuerdo que durante los 6

primeros meses de vida el bebe debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, el 77,7% está de acuerdo que la leche de fórmula es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian, el 88,1% está de acuerdo que la leche materna ahorra tiempo y dinero para la familia, el 100% está de acuerdo que su bebe debe ser alimentado solo con leche materna desde que nace. Concluye que: las características sociodemográficas fueron: edad promedio de 21 años, estado civil conviviente, con estudios de secundaria completa y ocupación de ama de casa, las madres adolescentes y jóvenes presentan un conocimiento medio en 58% sobre la lactancia materna y las madres adolescentes y jóvenes optaron por una actitud de estar de acuerdo en un 100% de que su bebe debe ser alimentado con leche materna desde que nace. ⁽¹³⁾

Delgado, L. y Nombera, F. (2013). En su investigación “Nivel de Conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva. HRDLM-Chiclayo, 2012. Tuvo por objetivo Determinar el nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. Diseño metodológico: fue de tipo cuantitativa con enfoque descriptivo transversal, con una muestra probabilística aleatoria simple, entrevistando a 124 madres adolescentes entre las edades de 12 a 19 años. Los principales resultados revelaron que 48.4% de madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimientos y solo 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. Concluye que: Se afirma que la práctica está directamente relacionada con el nivel de conocimiento. ⁽¹⁴⁾

2.2 Base teórica

2.2.1 Lactancia Materna Exclusiva: Definición.

Según la OMS y UNICEF:

La lactancia exclusivamente materna consiste en dar al lactante únicamente leche materna, no se le dan otros líquidos ni sólidos —ni siquiera agua— exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes. ⁽¹⁵⁾

Los lactantes deben recibir lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. ⁽¹⁵⁾

A partir de entonces, a fin de satisfacer la evolución de sus necesidades nutricionales, deben recibir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados e inocuos, al tiempo que siguen lactando hasta los dos años o más. ⁽¹⁵⁾

2.2.2 La lucha por la lactancia.

La Liga de la Leche

En 1956, en pleno auge de la cultura del biberón, un grupo de mujeres de Chicago fundan La Liga de la Leche (LLL) para dar apoyo personal a mujeres que amamantasen. Hoy día constituye el más prestigioso grupo internacional de apoyo a la lactancia. Su éxito radica en la atención personalizada con base tanto en la propia experiencia como en la formación adquirida. ⁽¹⁶⁾

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna

En 1981 se aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, conjunto de reglas destinadas a proteger la lactancia materna de las prácticas comerciales poco éticas.

Los documentos de la época destacan que la pérdida de la cultura social de la LM así como los de sistemas sanitarios con rutinas erróneas en paritorio, maternidad y salas de pediatría, y profesionales de la salud, por su falta de preparación y conocimientos, constituían el mayor freno a mejorar los índices de lactancia. ⁽¹⁶⁾

Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna

En 1989 OMS/UNICEF realizan la Declaración conjunta sobre “Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna. La función especial de los servicios de maternidad”, instando a que todos los sectores de la sociedad, especialmente los padres, tengan acceso a educación sobre LM y reciban apoyo para ponerla en práctica. ⁽¹⁶⁾

Declaración de Innocenti

En 1990 en la reunión conjunta OMS/UNICEF en Florencia sobre “La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a nivel mundial” surge la Declaración de Innocenti instando a los gobiernos a adoptar medidas para conseguir una “cultura de la lactancia materna”. ⁽¹⁶⁾

Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

En 1991 comienza la INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS, acreditación que concede OMS/UNICEF a hospitales que tras ser evaluados cumplen una serie de requisitos: más del 75% de LM al alta en la maternidad y observar 10 pasos que gozan de evidencias científicas para promover en frecuencia y duración la lactancia materna. ⁽¹⁶⁾

Diez pasos hacia una feliz lactancia materna. ⁽¹⁶⁾

Todo hospital con servicio de maternidad y asistencia al recién nacido debe:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna conocida por todo el personal de centro.
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.

3. Informar a las embarazadas de los beneficios de la lactancia materna y de cómo realizarla.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a la madre cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si se ha de separar del niño.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia a demanda.
9. No dar a los recién nacidos alimentados al pecho, chupetes ni tetinas.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a las madres que lactan y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

2.2.3 Composición nutricional de la leche humana

Calostro

El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto. ⁽¹⁷⁾

El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado. ⁽¹⁷⁾

En el calostro la concentración promedio de Ig A y la lactoferrina, son proteínas protectoras que 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. ⁽¹⁷⁾

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido: ⁽¹⁷⁾

- Facilita la eliminación del meconio evitando la hiperbilirrubinemia neonatal.
- 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 tríptico 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; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez

Leche de transición

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4^o y el 15^o día postparto. Entre el 4^o y el 6^o 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. ⁽¹⁷⁾

Leche madura

La leche materna madura 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. ⁽¹⁷⁾

El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal/100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un niño, producirá un volumen suficiente (de 700 a 900 ml) para cada uno de ellos. ⁽¹⁷⁾

Composición de la leche humana madura

Los principales componentes de la leche son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas. También contiene elementos traza, hormonas y enzimas. ⁽¹⁷⁾

Agua

La leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico. ⁽¹⁷⁾

Proteínas

Entre los mamíferos, la leche humana madura posee la concentración más baja de proteína (0,9 g/100 ml). Sin embargo es la cantidad adecuada para el crecimiento óptimo del niño. ⁽¹⁷⁾

La proteína de la leche humana está compuesta de 30% de caseína y 70% de proteínas del suero. La caseína está formada por micelas complejas de caseinato y fosfato de calcio. ⁽¹⁷⁾

Hidratos de carbono

El principal hidrato de carbono de la leche es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa. La leche humana tiene un alto contenido de lactosa, 7 g/dl (cerca de 200mM).

La lactosa parece ser un nutriente específico para el primer año de vida, ya que la enzima lactasa que la metaboliza sólo se encuentra en los mamíferos infantiles mientras se alimentan con leche materna. La lactosa se metaboliza en glucosa y galactosa antes de ser absorbida por el intestino. ⁽¹⁷⁾

La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del calcio y el hierro y promueve la colonización intestinal con el lactobacillus bifidus, flora microbiana fermentativa que al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos. ⁽¹⁷⁾

Las grasas

La grasa es el componente más variable de la leche humana. La principal fuente de energía de los lactantes son las grasas.

Las concentraciones de grasa aumentan desde 2 g/100 ml en el calostro, hasta alrededor de 4 a 4,5 g/100 ml a los 15 días post parto. De ahí en adelante siguen siendo relativamente estables, pero con bastantes variaciones interindividuales tanto en el contenido total de grasa, como en la composición de los ácidos grasos. (Crawford, 1976). ⁽¹⁷⁾

También hay una importante variación dentro de una misma mamada, siendo la leche del final de la mamada, 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera. Se cree

que esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. Cuando la madre se extrae la leche, debe tener en cuenta esta diferencia, especialmente en el caso de prematuros, ya que la leche del final tiene más calorías. (Morley, 1988). ⁽¹⁷⁾

Los ácidos grasos araquidónico (C 20:4) y docosahexaenoico (C 22:6) participan en la formación de la sustancia gris y en la mielinización de las fibras nerviosas. Se forman a partir de los ácidos linoleico (C 18:2) y linolénico (C 18:3) respectivamente. Estos últimos se obtienen de la dieta de la madre. El contenido de ellos es alrededor de 4 veces mayor en la leche humana (0,4 g/100 ml) que en la de vaca (0,1 g/100 ml). ⁽¹⁷⁾

Vitaminas

La concentración de vitaminas en la leche humana es la adecuada para el niño, pero puede variar según la ingesta de la madre. ⁽¹⁷⁾

Vitaminas liposolubles

La absorción de vitaminas liposolubles en el lactante está relacionada con la variabilidad de la concentración de la grasa en la leche materna. ⁽¹⁷⁾

- **Vitamina A** La concentración de vitamina A en la leche materna es mayor que en la leche de vaca. (Gebre-Medhin, 1976). En el calostro es el doble que en la leche madura. ⁽¹⁷⁾
- **Vitamina K** La concentración de vitamina K es mayor en el calostro y en la leche de transición. Después de 2 semanas, en los niños amamantados, se establece la provisión de vitamina K por la flora intestinal. ⁽¹⁷⁾

Cuando no se da el calostro o la leche temprana, el riesgo de enfermedad hemorrágica es mayor, a menos que se provea al niño vitamina K inmediatamente después del nacimiento (Von Kries et al, 1987). ⁽¹⁷⁾

- **Vitamina E**

El contenido de vitamina E en la leche humana cubre las necesidades del niño a menos que la madre consuma cantidades excesivas de grasas poliinsaturadas sin un aumento paralelo de vitamina E. ⁽¹⁷⁾

- **Vitamina D** El contenido de vitamina D de la leche humana es bajo (0,15 mg/100 ml). En los niños amamantados con pecho exclusivo no se manifiestan deficiencias, probablemente debido a la presencia de vitamina D hidrosoluble en la fase acuosa de la leche en cantidades tan altas como 0,88 mg/100 ml (Greer et al, 1988). Esta vitamina D hidrosoluble no se procesa en el tracto gastrointestinal, sino a través de la piel en presencia de luz solar. Se necesita sólo una buena exposición al sol para producir suficiente vitamina D. Se puede decir que sólo tienen riesgo de deficiencia de vitamina D las mujeres y niños que no consumen aceites marinos y que están totalmente cubiertos y no expuestos a la luz del día. ⁽¹⁷⁾

Vitaminas hidrosolubles

En estas vitaminas pueden ocurrir variaciones dependiendo de la dieta materna. Los niveles son más altos en las madres bien nutridas. ⁽¹⁷⁾

Las deficiencias de estas vitaminas en los niños son raras, aún en casos de mujeres desnutridas o vegetarianas que tienen mayor riesgo de deficiencia de vitamina B. ⁽¹⁷⁾

La concentración de vitamina B12 en la leche humana es muy baja, pero su biodisponibilidad aumenta por la presencia de un factor específico de transferencia. ⁽¹⁷⁾

Las concentraciones de niacina, ácido fólico y ácido ascórbico, son generalmente más altas que en la leche de los mamíferos rumiantes. ⁽¹⁷⁾

Minerales

La concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana: calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna.

Los mecanismos compensatorios, como una disminución en la excreción urinaria del calcio comienzan a actuar, y sólo en casos extremos se alterarán significativamente las reservas de los tejidos propios de la madre. ⁽¹⁷⁾

2.2.4 Ventajas de la lactancia materna para el niño, madre, familia y sociedad

La lactancia materna tiene innumerables ventajas para el niño, para la madre, para la sociedad y la humanidad. Algunas de ellas son las siguientes:

2.2.4.1 Ventajas para el lactante

a) Nutrición óptima

Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos. ⁽¹⁸⁾

La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos. ⁽¹⁸⁾

b) Protección inmunológica

La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud general para el adulto. El niño

amamantado, rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias. ⁽¹⁸⁾

c) Fácil digestibilidad

Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, la leche materna es de muy fácil digestión. Se aprovechan al máximo todos sus nutrientes y no produce estreñimiento ni sobrecarga renal. Reduce el riesgo de enterocolitis necrotizante. ⁽¹⁸⁾

d) Crecimiento y desarrollo óptimo

Los niños pueden ser alimentados hasta los 6 meses sólo con leche materna, asegurando con ello un desarrollo y crecimiento normales y continuarán creciendo bien si a esa edad se inicia la alimentación complementaria y se mantiene la leche materna como único alimento lácteo hasta los 12 meses. ⁽¹⁸⁾

e) Organización sensorial

El contacto físico del niño con la madre durante el amamantamiento organiza armónicamente sus patrones sensoriales y gratifica profundamente sus sentidos. ⁽¹⁸⁾

f) Organización biocronológica y del estado de alerta

Durante al menos 3 meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. ⁽¹⁸⁾

Disminuye el riesgo de apneas prolongadas, de asfixia por aspiración e incluso de la muerte súbita del lactante. ⁽¹⁸⁾

g) Desarrollo dentomaxilar y facial

Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-máxilo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, expresión mimética y fonoarticulación del lenguaje. ⁽¹⁸⁾

h) Desarrollo intelectual del niño

Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos de lenguaje que los niños alimentados con mamadera. Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual en el niño. ⁽¹⁸⁾

2.2.4.2 Ventajas para la madre

a) Recuperación de la madre postparto

Por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la oxitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangramiento y reducirlo a su tamaño original. ⁽¹⁸⁾

b) Prevención contra cáncer de mama y ovario

La actividad hormonal de la lactancia cumple un importante rol en la prevención del cáncer de mamas y ovarios, reduciendo el riesgo de estas enfermedades. ⁽¹⁹⁾

c) Establecimiento del apego

El amamantamiento, especialmente si éste se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo entre madre e hijo y se establece entre ellos un fuerte lazo afectivo o "apego". ⁽¹⁹⁾

Este apego induce en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño hijo. ⁽¹⁹⁾

d) Equilibrio emocional de la madre

La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer. ⁽¹⁹⁾

La lactancia materna ayuda a la madre y a su bebé a formar una relación afectiva estrecha, la cual hace que las madres se sientan profundamente satisfechas emocionalmente. El contacto estrecho inmediatamente después del parto ayuda a que esta relación se desarrolle. A este proceso se le llama vínculo afectivo. ⁽¹⁹⁾

Las madres que amamantan reaccionan ante las necesidades y mensajes de sus bebés de una manera más afectuosa. Se quejan menos de las mamadas nocturnas y de la atención que el bebé requiere. Tienen menor riesgo de abandonar o maltratar a sus bebés. ⁽¹⁹⁾

e) Ventajas del tipo económico

Los bebés que toman el pecho enferman menos. Esto supone por lo tanto menor gasto en consultas médicas, estancias hospitalarias y fármacos. ⁽¹⁹⁾

2.2.4.3 Ventajas para la familia y sociedad

a) Economía de recursos

Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente, disminuyendo la morbilidad infantil. La lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de: leches de vaca o de fórmula, mamaderas, chupetes y accesorios, enfermedades y sus tratamientos, gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos, ausentismo laboral de la madre que necesita atender al niño enfermo, producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos. Se estima que si todas las madres del mundo alimentaran a sus hijos con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales. ⁽¹⁹⁾

b) Prevención del maltrato infantil

La primera forma de maltrato infantil es no satisfacer las necesidades básicas del niño pequeño: afecto, calor y nutrientes para su crecimiento y desarrollo. Una madre que amamanta a su hijo mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada y tiene mucho menos riesgo de acudir a alguna forma de maltrato. ⁽¹⁹⁾

2.2.4.4 Ventajas Ecológicas

La leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante, ecológicamente viable.

No desperdicia recursos naturales ni crea contaminación. No requiere envases, promoción, transporte ni preparación, no necesita de una fuente de energía. No requiere de utensilios especiales para suministrarla. La leche materna se renueva con cada embarazo y dura hasta que sea necesario para alimentar adecuadamente al niño.

⁽¹⁹⁾

2.2.5 Técnica para una lactancia materna exitosa

El éxito de la lactancia depende mucho de que la técnica de amamantamiento sea correcta, ya que un elevado porcentaje de problemas precoces se producen por errores al poner al bebé a amamantar. Cuando la postura es incorrecta se forman grietas dolorosas, maceración del pezón y la mandíbula y la lengua del bebé pueden ser incapaces de extraer leche de forma efectiva. ⁽²⁰⁾

2.2.5.1 Posición y agarre del bebe al pecho

Madre y bebé independientemente de la postura que adopten, deben estar cómodos y muy juntos, con todo el cuerpo del bebé en contacto con el de la madre (ombiligo con ombligo). Una posición incómoda puede ser la responsable de molestias y dolores de espalda, generando cansancio y desánimo en la madre. ⁽²⁰⁾

El agarre se facilita colocando al bebé girando hacia la madre, con su cabeza y cuerpo en línea recta (que se ve la oreja alineada con el hombro), sin tener el cuello torcido, más extendido que flexionado, con la cara mirando hacia el pecho y la nariz y la boca frente al pezón. ⁽²⁰⁾

En posición sentada es conveniente que la madre mantenga la espalda recta y descansada en el espaldar de la silla y las rodillas ligeramente elevadas, con la cabeza del niño apoyada en su antebrazo. Es útil dar también apoyo a las nalgas del niño y no solo a su espalda. ⁽²⁰⁾

Una vez que el bebé está bien colocado la madre puede estimular al bebé para que abra la boca rozando sus labios y nariz con el pezón de arriba hacia abajo o viceversa y a continuación, una vez que su boca está bien abierta, desplazar al bebé suavemente y rápido hacia el pecho (no el pecho hacia el bebé). ⁽²⁰⁾

Cuando el agarre es adecuado, el labio inferior queda muy por debajo del pezón y buena parte de la areola dentro de su boca que está muy abierta. Casi siempre es posible observar que queda más areola visible por encima del labio superior que por debajo del labio inferior. La barbilla del niño toca el pecho y sus labios están evertidos (hacia afuera). De esta forma se asegura que el pecho se mantenga bien dentro de la boca del bebé y que los movimientos de succión y extracción sean eficaces. ⁽²⁰⁾

En el caso de madres con pezones planos, la succión del niño suele ser suficiente para hacer que el pezón se haga protráctil, gracias a que se encuentra bien prendido de la areola, por lo que el uso de pezoneras no resulta útil, ya que, enseña al bebé a succionar con la boca poco abierta y puede resultar muy difícil retirarlas una vez que han empezado a usarse, además que generan confusión en el bebé. ⁽²⁰⁾

Es importante, sobre todo al principio, que no se ofrezca al recién nacido chupetes ni mamaderas. Un chupete de entretención no se succiona de la misma forma que el pecho, por lo que el recién nacido puede “confundirse” y posteriormente agarrar el pecho con menos eficacia (se utiliza distinta musculatura de succión con el chupete y el biberón que en el proceso de succión del pecho). Esto puede ser la causa de problemas tales como grietas en el pezón, mastitis. ⁽²⁰⁾

2.2.5.2 Duración y frecuencia entre las tomas

Se recomienda que la alimentación del lactante sea a demanda, es decir, que se le ofrezca el pecho cuando lo desee y durante todo el tiempo que quiera. El tiempo que se necesita para completar una toma es diferente para cada bebé y cada madre y también varía según la edad del bebé y de una toma a otra. Para finalizar la toma, lo mejor es esperar hasta que el niño se suelte espontáneamente del pecho. ⁽²⁰⁾

Algunos niños obtienen cuanto necesitan de un solo pecho y otros toman de ambos. Lo importante no es que el bebé mame de los dos pechos, sino que vacíe

alternativamente cada uno de ellos. De esta forma, se asegura la ingesta de la leche de inicio y del final consiguiendo una ingesta adecuada de grasa y no excesiva de lactosa, que puede producir al bebé molestias abdominales, cólicos y deposiciones más líquidas y ácidas de lo habitual. ⁽²⁰⁾

Tanto el número de tomas que el niño realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una es muy variable, por lo tanto no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer el pecho “a libre demanda”. Un niño puede desear mamar a los 15 minutos de haber realizado una toma o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante los primeros 15 ó 20 días de vida, es conveniente intentar que el niño haga al menos unas 8 tomas en 24 horas. ⁽²⁰⁾

Tampoco es aconsejable que la madre o quienes la acompañan limiten la duración de cada toma, el niño(a) es el único que sabe cuándo ha quedado satisfecho y para ello es importante que haya tomado la leche del final de la mamada. Lo ideal es que la toma dure hasta que sea el niño quien suelte espontáneamente el pecho. ⁽²⁰⁾

2.2.6 Maternidad adolescente en el Perú

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2014, estima que existan 207 mil 800 adolescentes de 15 a 19 años de edad que son madres o están embarazadas por primera vez. Esta cifra representa el 14,6% del total de adolescentes del país, el 11,7% de ellas son madres y el 2,9% están embarazadas por primera vez. Preciso que este porcentaje se ha venido incrementando; en el año 2011 se estimó en 12,5%, se ha incrementado a 14,6% en el año 2014, es decir, 2,1 puntos porcentuales más. Asimismo, indicó que en el año 2014, el embarazo de las adolescentes del área rural (22,0%) es cerca del doble del área urbana. ⁽²¹⁾

2.2.6.1 Lactancia materna en el Perú

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016 señala que en el primer semestre 2016 la práctica de la lactancia materna exclusiva es más frecuente, tanto en la Sierra como en la Selva (80,0% y 76,3%, respectivamente); estos porcentajes contrastan con la observada en la región de la Costa, donde el 56,8% de los menores de seis meses de edad son alimentados exclusivamente con la leche materna. Según región natural, la práctica de la lactancia materna exclusiva, entre en el año 2015 y el primer semestre 2016, pasó, de 78,3% a 80,0% en la Sierra, en la Selva, de 77,7% a 76,3% y en la Costa, de 54,6% a 56,8%. ⁽²²⁾

2.2.7 Barreras que tienen las madres adolescentes para la práctica de la lactancia materna exclusiva

2.2.7.1 Mitos sobre la lactancia materna

Una madre que amamanta debe ingerir gran cantidad de líquidos: Esta es la recomendación más extendida en todo el mundo. El tipo de líquido recomendado varía en cada lugar según las propiedades lactagogas que se les atribuye. Es cierto que las mujeres que amamantan tienen más sed, pero no se ha demostrado que forzar la ingesta de líquidos más allá de lo que demanda el organismo sirva para fabricar más leche. ⁽²³⁾

Líquidos recomendados: Leche. Se basa en la suposición de que la mejor forma de reponer los nutrientes que pierde la madre al fabricar leche, es tomar también leche. Curiosamente, en ninguna especie de mamíferos las madres consumen leche mientras amamantan, aunque fabriquen grandes cantidades. ⁽²³⁾

Las mujeres con poco pecho no suelen ser capaces de producir toda la leche que sus hijos necesitan: Las diferencias en el tamaño de las mamas dependen sobre todo de la cantidad de grasa. Las diferencias en la cantidad de tejido glandular son menos importantes. Por eso tener mucho pecho no es sinónimo de fabricar mucha leche. La cantidad de leche depende sobre todo de la eficacia de la succión. ⁽²³⁾

Las impresiones fuertes o los sustos pueden cortar la producción de leche: Una contrariedad o una emoción intensa puede inhibir transitoriamente el reflejo de eyección impidiendo un buen vaciado en ese momento. ⁽²³⁾

Una madre que amamanta debe comer más para producir suficiente leche: Aún las mujeres con dietas de adelgazamiento por sobrepeso, producen suficiente leche. El organismo acumula reservas en el cuerpo de la madre durante el embarazo para tener previstas las necesidades de la lactancia. Es más importante tomar una dieta sana y variada, a comer en exceso. Por lo general el apetito de la madre se encarga de regular sus necesidades, y comer de más sólo sirve para acumular lo que sobra en forma de grasa. ⁽²³⁾

Los disgustos de la madre se transmiten al niño a través de la leche: Es posible que los disgustos afecten de forma pasajera la producción, y eso haga que el niño pueda estar más irritable por el hecho de no quedar completamente satisfecho; o de que note menor afectividad en el comportamiento de su madre, pero la leche en sí misma no vehicula sentimientos. ⁽²³⁾

Algunas madres fabrican leche de baja calidad que impide que el niño engorde bien: Las diferencias entre la leche de diferentes mujeres son escasas y aún entre mujeres con alimentación deficiente, la calidad de la leche suele ser buena. Los niños compensan estas diferencias con pequeñas variaciones en el volumen extraído. Entre los lactantes que toman pecho, la ganancia de peso puede ser más irregular, y en ocasiones menor de la esperada, pero generalmente está dentro de los patrones de

normalidad para niños amamantados y nunca se debe a mala calidad de la leche materna. ⁽²³⁾

La lactancia prolongada más allá de los 12 meses del niño carece de valor, ya que la calidad de la leche materna apenas aporta nada importante al niño: La composición de la leche materna cambia de acuerdo con las necesidades del niño conforme éste madura. Aun cuando el niño ya es capaz de recibir otro tipo de alimentos, la leche materna continúa siendo una fuente importante de nutrientes y aportando componentes que no existen en otros tipos de leche. ⁽²³⁾

Hay que controlar el tiempo de cada toma para prevenir el dolor de pezones: El dolor de pezones depende sobre todo de una colocación incorrecta, y guarda poca relación con la duración de las tomas. Sin embargo, en los primeros días es frecuente un aumento en la sensibilidad del pezón debido a la caída de los estrógenos. ⁽²³⁾

Se deben dar siempre los dos pechos en cada toma: Es más importante asegurar que al menos un pecho queda vacío. Algunos niños toman sólo un pecho en cada toma hasta que son mayores. ⁽²³⁾

Es normal que dar el pecho duela: El dolor puede ser signo de una mala colocación del niño. ⁽²³⁾

No hay que amamantar si la madre o el hijo tienen diarrea: En algunos lugares continúa recomendándose interrumpir la lactancia cuando los niños tienen vómitos o diarrea. Algunos médicos la interrumpen por la posibilidad de intolerancia a la lactosa, y la cambian por leche artificial sin lactosa. Esta recomendación no está justificada. ⁽²³⁾

2.2.8 Mitos relacionados a la lactancia materna MINSA ⁽²³⁾

- El bebé necesita agua de anís para los gases o para calmar la sed
- Al lavar la ropa se enfría la leche y causa cólico y deposiciones verdes

- Es necesario tomar abundantes líquidos para tener bastante leche
- Es necesario tomar leche para producir más y mejor leche materna
- Si la madre tiene gases o estreñimiento, se los transmite al bebé en la leche
- El estrés o la cólera impide que la madre produzca leche.
- Si el bebé tiene diarrea, no hay que darle pecho.
- No se puede dar el pecho una vez que se ha interrumpido la lactancia.
- La leche de los primeros días debe desecharse porque le hace daño al bebé
- Jugos y otras bebidas o alimentos ayudan a madurar el ‘estómago’ del bebé los primeros meses

Promoción indiscriminada de fórmulas

La publicidad subliminal hacia las fórmulas infantiles se expresa dentro de los servicios de salud de diversas maneras, por ejemplo se ha comprobado la existencia de materiales promocionales donados con la marca de los productos (merchandising) como afiches, dípticos, trípticos, cartillas, banderolas, banners, paneles, folder y material decorativo como cuadros, relojes de pared, planificadores, calendarios de vacunación, recetarios, tablas de peso y talla, chaquetas, letreros de señalizaciones, etc. También se ha observado que se realiza promoción hacia el uso del biberón en los servicios de nutrición, neonatología y farmacia. ⁽²⁵⁾

Durante las visitas inopinadas también se comprobó la presencia de visitantes médicos de sucedáneos para impulsar la venta de productos en los servicios de neonatología, pediatría, nutrición, consultorio externo y farmacia. ⁽²⁵⁾

Para controlar estas conductas empresariales, la Red Internacional de Grupos de Pro Alimentación Infantil (IBFAN, por sus siglas en inglés), lleva adelante la vigilancia de la aplicación y cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna y las resoluciones posteriores y relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud, a partir de un monitoreo de las prácticas de

comercialización de las empresas. En el Perú, IBFAN vigila el cumplimiento del Reglamento de Alimentación Infantil. ⁽²⁵⁾

“Las empresas continúan entregando muestras gratuitas que están prohibidas, dando regalos y produciendo material que en forma errónea hace creer a la madre y profesionales poco alertas que estas leches son mejores que la humana. La publicidad es engañosa y nociva y transmiten pautas inadecuadas” ⁽²⁵⁾

Evidencias del incremento del consumo de fórmulas

Durante el 2010 la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) del Ministerio de Salud, realizó un estudio relativo al mercado de ventas de medicamentos, encontrando que los productos más vendidos (en términos de volumen de costos), corresponde a sucedáneos y alimentos infantiles. Entre el 2005 y el 2010, el número de unidades vendidas se triplicó y los volúmenes de venta se septuplicaron. El 75% de estas ventas se produjeron en cuatro ciudades: Lima y Callao, Arequipa, Chiclayo y Trujillo. ⁽²⁵⁾

Incumplimiento de las normas por parte del personal de salud en los establecimientos de salud

Encontramos que el 44% de los recién nacidos, especialmente en los ámbitos urbanos, inician la LME después de la crucial primera hora, convirtiéndose en un riesgo para la introducción de biberones, este problema está asociado a los establecimientos de salud donde nacen las niñas/os y que no cumplen con el cuarto paso de la LM exitosa

(Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto) en el marco de los iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño. ⁽²⁶⁾

Asimismo, se observa que 3 de cada 4 niños reciben LME hasta el primer mes, la proporción disminuye a 2 de cada 3 cuando el niño cumplió el tercer mes y se reduce a 1 de cada 2 al llegar al quinto mes de vida, problema asociado a la incorporación al mercado laboral de las madres que dan de lactar. ⁽²⁶⁾

2.2.9 Estrategias para promover la lactancia materna

El Perú ha aprobado políticas y normas que promueven la lactancia materna desde el año 1982 en concordancia con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, algunas de las cuales se describen a continuación.

4.1 El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y el Reglamento de Alimentación Infantil: 1982 -2006 En 1981, la 34^a Asamblea Mundial de la Salud, promulga el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (“el Código”), con el objetivo de contribuir en la protección de los lactantes de una nutrición segura y suficiente, promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos fueran necesarios, sobre la base de una información adecuada y a través de métodos apropiados de comercialización y distribución. ⁽²⁷⁾

Reglamento de Alimentación Infantil

Perú fue el primer país en adoptar este Código Internacional como parte de la legislación nacional, aprobando el Reglamento de Alimentación Infantil mediante el D.S. 020-82-SA. Este Reglamento promulgado en 1982, da inicio al proceso de promoción de la lactancia materna pero recién comenzó a fortalecerse en el año 1990. La segunda parte del Reglamento se refiere a las “Normas para la Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y alimentos infantiles complementarios”,

basadas en las recomendaciones del Código Internacional de Sucedáneos. Considerándose que el Reglamento debía actualizarse para que su contenido estuviera acorde con las definiciones y directivas de la Organización Mundial de la Salud, el Reglamento se modifica mediante D.S. 009-2006-SA, en el 2006. ⁽²⁷⁾

Semana de la Lactancia Materna

En 1991 a nivel internacional se formó la Alianza Mundial de Acción por el Amamantamiento⁷ (WABA) que es una Red mundial de personas e instituciones comprometidas en la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. En 1992, la WABA como parte de su plan de acción para facilitar y fortalecer la movilización social a favor de la lactancia, ideó la estrategia de celebrar la Semana Mundial de la Lactancia Materna del 1° al 7 de agosto de cada año. Esta iniciativa fue respaldada por la OMS y UNICEF y adoptada en el Perú por el Ministerio de Salud, aprobando en el año 1993 la Resolución Ministerial N°0103-93-SA/DM, que luego modifica la fecha de celebración de la Semana de la lactancia Materna en el país a la 4ª semana de agosto mediante la Resolución Ministerial N° 240-2000-SA/DM.

La celebración de la Semana de la Lactancia Materna se realiza en más de 170 países, promoviendo cada año un lema distinto sobre la lactancia. ⁽²⁷⁾

Leyes y Normas laborales de Promoción de la Lactancia Materna aprobadas entre 1996-2006 en el Perú. ⁽²⁷⁾

Resaltando las siguientes:

Ley N° 26644 (27/6/96) Da derecho a 49 días de descanso pre natal y 49 días de descanso post natal. El pre natal puede ser diferido, parcial o totalmente, y acumulado en el post-natal. Da derecho a que el período vacacional, se inicie al día siguiente de vencido el descanso post-natal.

Ley N° 27240 (22/12/99) Al término del período post natal, da derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna, hasta que el hijo tenga como mínimo 6 meses de edad.

Ley N° 27403 (20/1/01) La hora diaria de permiso por lactancia materna se considera como efectivamente laborada para todo efecto legal, incluyendo la remuneración correspondiente.

Ley N° 27591 (13/12/01) Modifica la Ley N° 27240. Da derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna hasta que su hijo tenga un año de edad.

2.3 Terminología básica

- **Conocimiento:** Es toda aquella información que poseen todas las gestantes adolescentes y jóvenes en relación a la importancia, ventajas para la madre, bebe y familia, practica y tiempo de la lactancia materna. El cual será medido mediante una encuesta en alto, medio y bajo.
- **Adolescente:** La adolescencia es un periodo en el desarrollo, biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes de opiniones médicas, científicas y psicológicas. Se considera que los adolescentes abarcan entre 10 y 19 años, según la OMS.
- **Lactancia materna exclusiva:** Significa que al bebé no se le da además de la leche materna ningún otro alimento o bebida, incluyendo agua, (excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales; también se le puede dar leche materna extraída).

2.4 Hipótesis: Los estudios descriptivos no necesitan hipótesis.

2.5 Variables e Indicadores

2.5.1 Variable independiente de la población de estudio

- Lactancia materna.

2.5.2 Variable dependiente de la población de estudio

Conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva:

- En relación a las ventajas.
- En relación a la técnica.
- En relación al tiempo.
- En relación a los mitos sobre la lactancia materna

2.5.3 Variable interviniente

- Edad
- Estado Civil
- Grado de Instrucción
- Ocupación
- Lugar de procedencia.

2.6 Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
VARIABLE DEPENDIENTE					
Ventajas de la LME	Cualitativa	Conocimiento que posee cada una de las gestantes con relación a las ventajas que se pudiese obtener para la madre, hijo, familia y sociedad a través de la LME.	0-4 = Deficiente 5-8 = Regular 9- 14 = Bueno	Ordinal	Conocimiento
En relación a la técnica	Cualitativa	Conocimiento que posee cada una de las gestantes con relación a: tiempo de inicio para la LM, definición de LME, composición nutricional, características del calostro, importancia del calostro, producción de leche, bajada de la leche, etc.	1= Bueno 2= Regular 3= Deficiente	Ordinal	Conocimiento

En relación al tiempo.	Cualitativa	Conocimiento que posee cada una de las gestantes con relación a: frecuencia de amamantamiento durante el día, tiempo de cada toma, tiempo para ofrecer únicamente LME y hasta que edad está recomendada la lactancia materna.	1= Bueno 2= Regular 3= Deficiente	Ordinal	Conocimiento
Mitos	Cualitativa	Creencias preconcebidas que posee cada una de las gestantes acerca de la lactancia materna.	1= SI 2= NO	Nominal	Creencias
VARIABLE INTERVINIENTE					
Edad	Cuantitativa	Años transcurridos	10-13 años 14- 16 años 17 a 19 años	Continua	Años
Estado Civil	Cualitativa	Unión conyugal	1= soltera 2= conviviente 3= casada 4= viuda	Nominal	Tipo de unión
Grado de Instrucción	Cualitativa	Nivel de educación alcanzado a la fecha en la población de estudio	1= Primaria C. 2= Primaria I. 3= Secundaria C. 4= Secundaria I. 5= otro	Ordinal	Grados
Ocupación	Cualitativa	Actividad a la que se dedica a la fecha en la población de estudio	1= al hogar 2= Trabajadora I. 3= Trabajadora D. 4= Estudiante 5= No trabaja	Nominal	Actividad
Lugar de procedencia	Cualitativa	Distrito de residencia de la población de estudio	1= SJM 2=VMT 3= VES 4 =Otro	Nominal	Distrito

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLOGICO

3.1 Tipo y nivel de investigación

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal y prospectivo.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población:

El presente trabajo se realizó en el Hospital María Auxiliadora, ubicado en Av. Miguel Iglesias 968 en el Cono Sur de Lima, distrito de San Juan de Miraflores. La población estuvo conformada por las puérperas adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión y que se encontraban en el servicio de puerperio en el Hospital María Auxiliadora, durante los meses de julio a septiembre 2017.

Criterios de inclusión

- Puérperas adolescentes entre 10 a 19 años.
- Puérperas adolescentes que se encuentren en el servicio de puerperio.
- Puérperas adolescentes que voluntariamente deseen responder la encuesta.
- Puérperas adolescentes que se encuentren acompañadas por un adulto.

Criterios de exclusión

- Puérperas mayores de 19 años de edad.
- Puérperas que se encuentren en otros servicios.
- Puérperas analfabetas.
- Puérperas adolescentes que no deseen responder la encuesta.
- Puérperas que se encuentren sin compañía de un adulto.

Unidad de análisis:

Una puérpera adolescente atendida en el servicio de puerperio del Hospital María Auxiliadora.

3.2.2 Muestra:

El número total de partos en adolescentes durante el periodo semestral del año 2016 en el Hospital María Auxiliadora fue de 711 (Fuente: Departamento de estadística de HMA). Para el cálculo del tamaño muestral utilizaremos la fórmula para la estimación de una proporción en una población finita, con variable cualitativa:

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

Donde:

- N= Total de la población
- $Z_{\alpha/2} = 1.962$ (ya que la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (como no conocemos dicha proporción, entonces utilizaremos el valor p=0.5 (50%) que maximiza el tamaño muestral)
- q = 1 – p (en este caso 1 – 0.5= 0.5)
- E = error absoluto (en este caso deseamos un 5%)

Reemplazando los datos en la fórmula:

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

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 712}{(711) (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{683.80}{2.73}$$

$$n = 250.47$$

- **Redondeando: n=250**

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para realizar el presente trabajo, se realizaron los siguientes pasos:

- Se solicitó autorización al Director del Hospital María Auxiliadora, Dr. Julio Medina Verástegui, seguidamente al Jefe del servicio de Gineco- Obstetricia, Dra. Ana María, Cajas Rojas.
- Para la validez del instrumento se sometió a juicio de expertos y prueba piloto.
- Se recolecto la información a través del instrumento (encuesta) que se aplicó a las puérperas adolescentes que se encontraban en el servicio de puerperio en el Hospital María Auxiliadora, las cuales participaron de manera voluntaria.

Instrumentos de recolección de datos

El instrumento aplicado es un cuestionario comprendido por 32 preguntas, el cual está dividido en 3 bloques:

- **Bloque 1:** compuesto por datos generales donde se recolectarán datos sociodemográficos.
- **Bloque 2:** corresponde a preguntas acerca del conocimiento sobre la lactancia materna.
- **Bloque 3:** corresponde a preguntas acerca de los mitos sobre la lactancia materna.

3.4 Procesamiento de datos y análisis estadístico

Para el procesamiento de los datos se construyó una base de datos en el programa SPSS v 23, se codificó cada una de las encuestas, protegiendo de esta forma la integridad de las participantes, posteriormente se ingresaron los datos en la base de datos.

Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas del estudio y las medidas de tendencia central de las variables cuantitativas.

Los conocimientos sobre lactancia materna se evaluaron a través de 14 preguntas sobre la temática, donde se le otorgó un punto a quienes respondieron de forma acertada y ningún punto a quienes respondieron de forma errónea y se construyó un puntaje global categorizado en tres niveles de conocimiento, de la siguiente manera:

0 – 4 puntos = deficiente

5 - 8 puntos = Regular

9 – 14 puntos = bueno

3.5 Aspectos éticos

3.5.1 Confiabilidad

Se respetó la privacidad de la información y anonimato de las puérperas adolescentes. La presente investigación no va en contra de los principios éticos de las personas consideradas en la investigación, ni de los principios éticos de la universidad ni de la institución donde se recolectaron los datos.

Se garantizó mediante consentimiento informado vía oral, que la investigación solo tendrá fines educativos con el propósito de mejorar la atención de salud en lo que el tema respecta.

3.5.2 Veracidad

Se garantizó la veracidad del contenido al no alterar por ningún medio los datos que proporcionaron las participantes en las encuestas.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

TABLA N° 1

Características sociodemográficas de las puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora 2017

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	N°	%
EDAD		
Adolescencia Temprana (10 – 13 años)	7	2.8
Adolescencia Media (14 – 16 años)	71	28.4
Adolescencia Tardía (17 – 19 años)	172	68.8
Edad Media	17.1	
ESTADO CIVIL		
Soltera	77	30.8
Conviviente	151	60.4
Casada	18	7.2
Viuda	4	1.6
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria incompleta	22	8.8
Primaria completa	18	7.2
Secundaria incompleta	99	39.6
Secundaria completa	85	34
Otro	26	10.4
OCUPACIÓN		
Al hogar	141	56.4
Trabajo independiente	61	24.4
Trabajo dependiente	6	2.4
Estudia	37	14.8
No trabaja	5	2
DISTRITO DE PROCEDENCIA		
Villa María del Triunfo	67	26.8
San Juan de Miraflores	58	23.2
Villa El Salvador	40	16
Chorrillos	31	12.4
Lurín	27	10.8
Pachacamac	16	6.4
Otros	11	4.4
NÚMERO DE HIJOS		
1	220	88
2	29	11.6
3	1	0.4
TOTAL	250	100

Los resultados de la Tabla N° 1, nos muestran las características sociodemográficas de las madres adolescentes del grupo de estudio, observamos que el 68.8% de las adolescentes tenía edades entre los 17 y 19 años es decir pertenecían a la etapa de la adolescencia tardía, seguido del grupo de adolescentes con edades entre 14 y 16 años pertenecientes a la adolescencia intermedia, solo un 2.8% de ellas se encontraba en la etapa de la adolescencia temprana es decir tenía edades entre los 10 y 13 años; la edad media del grupo fue de 17.1 años.

En cuanto al estado civil de las adolescentes se pudo evidenciar que el 60.4% tenía el estado civil de conviviente, seguido de un 30.8% que era soltera, solo un 7.2% de ellas era casada y finalmente un 1.6% viuda.

El grado de instrucción de las adolescentes que conformaron la muestra fue en el 39.6% de secundaria incompleta, un 34% de ellas había completa este nivel de instrucción, un 8.8% tenía solo primaria incompleta y un 7.2% había terminado el nivel primario.

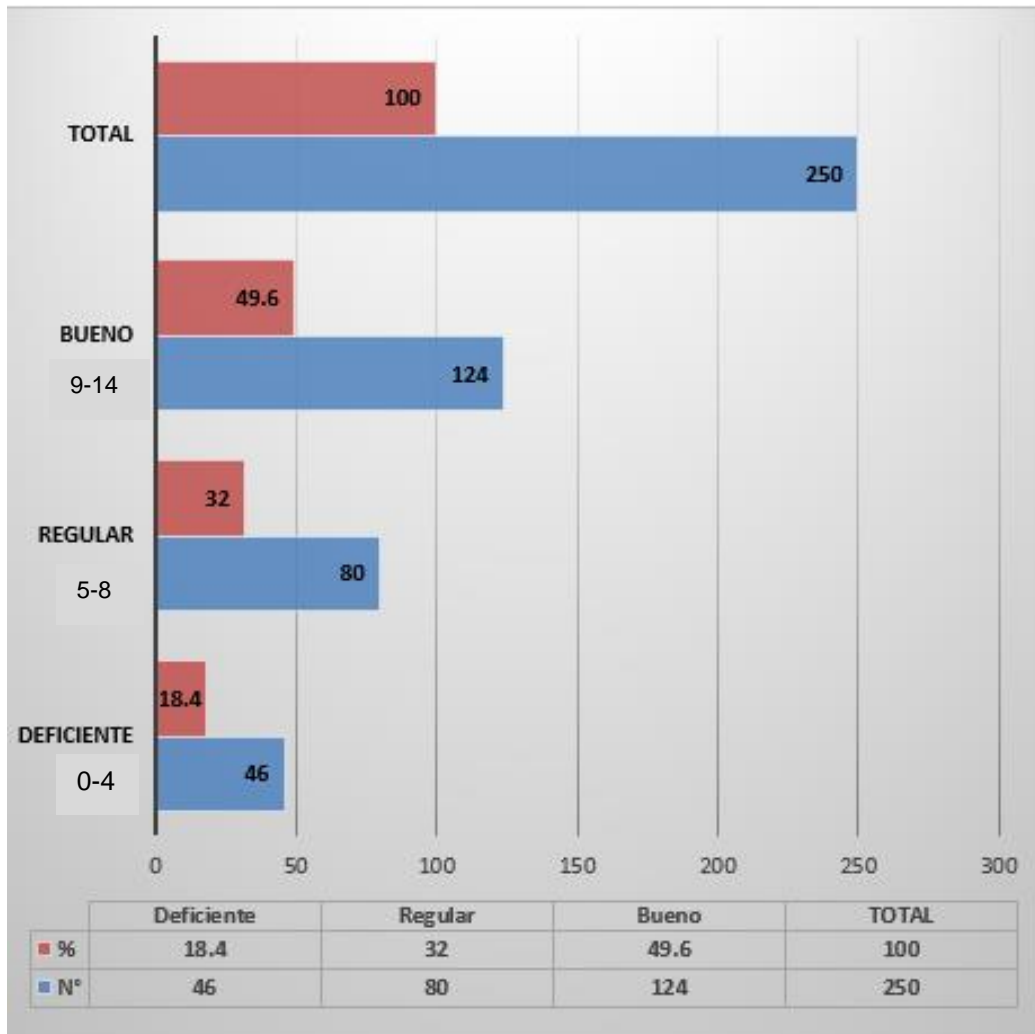
Cuando se les pregunto sobre cuál era su principal ocupación el 56.4% respondió que se dedicaba a las labores del hogar, un 24.4% tenía un trabajo independiente y un 14.8% se encontraba estudiando.

Las adolescentes que se atendieron en el Hospital María Auxiliadora, vivían principalmente en Villa María del Triunfo 26.8%, San Juan de Miraflores 23.2%, Villa el Salvador 16% y Chorrillos 12.4%.

Al indagar sobre el número de hijos que tenían, el 88% respondió que tenía 1 hijo, es decir su recién nacido; un 11.6% tenía 2 hijos, solo un 0.4% ya tenía 3 hijos.

GRAFICO N° 1

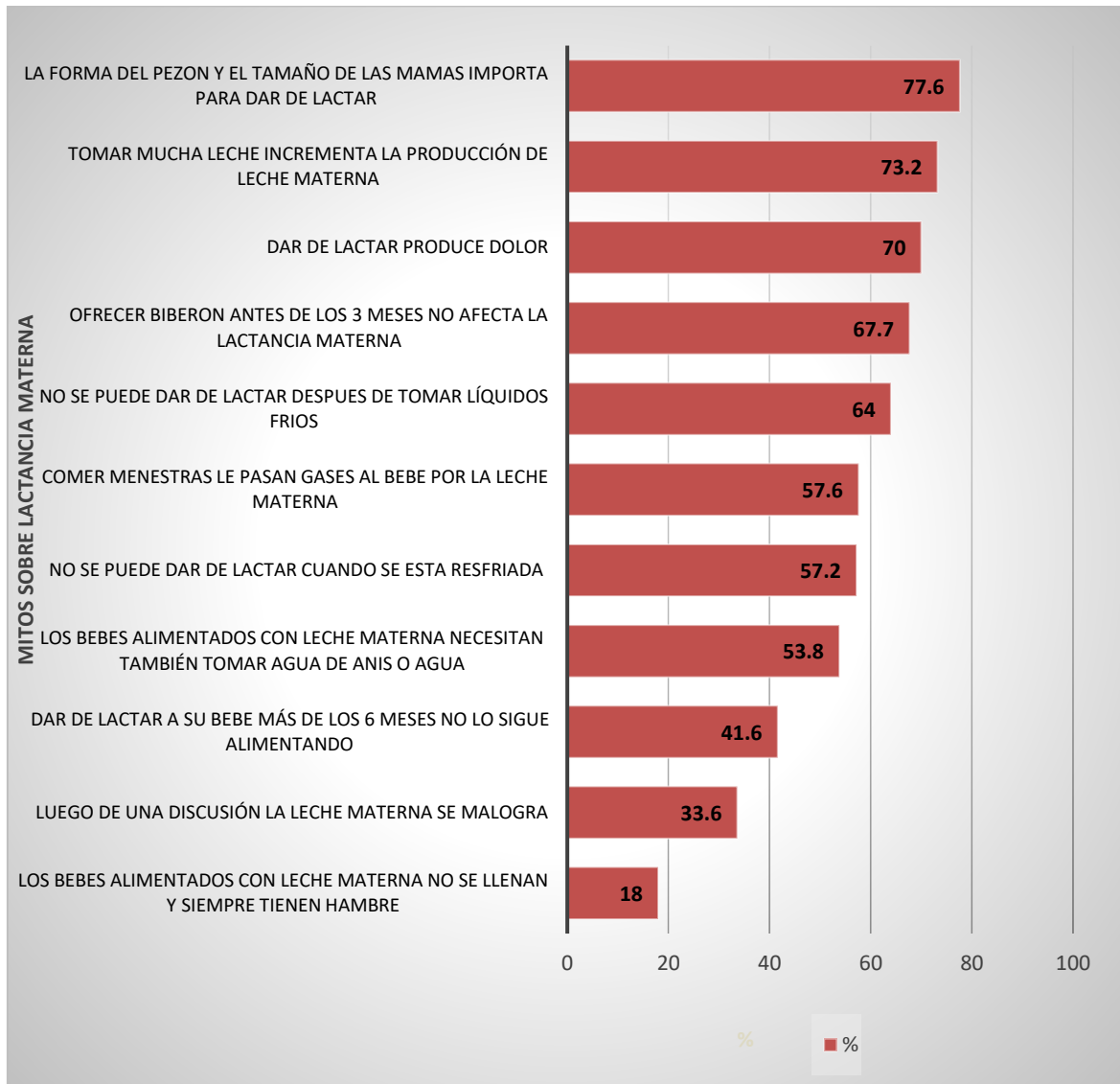
Nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora 2017



Los resultados que evaluaron las preguntas sobre conocimientos en lactancia materna pusieron en evidencia que un 49.6% de las madres adolescentes tenían un buen nivel de conocimiento sobre la temática, seguido de un 32% que tenía un nivel de conocimientos regular y finalmente un 18.4% de las madres tenía un nivel de conocimiento deficiente respecto a las ventajas, técnica y tiempo de la lactancia materna exclusiva.

GRAFICO N° 2

Mitos y creencias sobre Lactancia Materna en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora 2017



En cuanto a los mitos que tenían las adolescentes sobre la lactancia materna se pudo evidenciar que un 77.6% de las madres adolescentes creía que la forma del pezón y el tamaño de la mama son importantes para dar de lactar; un 73.2% pensaba que tomar mucha leche incrementa la producción de leche materna; un 70% de las adolescentes tenía la idea de que dar de lactar produce dolor; un 67.7% tiene la idea de que ofrecer biberón antes de los tres meses no afectara la lactancia materna; un 64% de las madres cree que no se puede dar de lactar después de tomar líquidos fríos; un 57.6% piensa que comer menestras le pasara gases al bebe por la leche materna; un 57.2% piensa que no se puede dar de lactar cuando se está resfriada; un 53.8% tienen la idea de los bebes alimentados con leche materna necesitan también tomar agua de anís o agua; un 41.6% piensa que dar de lactar a su bebe más de seis meses de nacido no lo sigue alimentando; un 33.6% de las madres cree que luego de una discusión la leche materna se malogra y finalmente un 18% tiene la idea de que los bebes alimentados con leche materna no se llenan y siempre tienen hambre.

TABLA N° 2

**Fuentes de información sobre lactancia materna en puérperas adolescentes
atendidas en el Hospital Nacional María Auxiliadora 2017**

FUENTES DE INFORMACIÓN	N°	%
Mi familia	164	65.6
Amigos	4	1.6
Personal de salud	71	28.4
Colegio	1	0.4
Otros	10	4
TOTAL	250	100

Los resultados mostrados en la Tabla N°2, nos muestra cuales fueron las fuentes de información sobre la temática de lactancia materna de las adolescentes, se observó que el 65.6% refirió que su principal fuente de información fue la familia, seguido de un 28.4% que manifestó que su fuente de información en esta temática fue el personal de salud, solo un 1.6% manifestó que la información la obtuvieron de amigos y un 4% de otras fuentes.

4.2 Discusión

La lactancia materna exclusiva se considera un objetivo de salud pública mundial por tener relación en la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil. La alimentación con leche materna ha puesto en evidencia que protege al lactante e infante de trastornos a corto y largo plazo y de infecciones entre otras ventajas y beneficios. ⁽⁷⁾

A pesar de los esfuerzos de la OMS, UNICEF y MINSA en promover la práctica de la misma, no se logra mantener en el tiempo y una de las principales razones o factores de riesgo reconocidos a nivel mundial es la falta de información, creencias y mitos que pueden tener las madres y la maternidad adolescente.

De acuerdo a los resultados que se observan en la tabla N° 1 respecto a la edad se obtuvo, un 28% de madres adolescentes tenían edades entre 14 y 16 años y con el 68% entre 17 y 19 años. Comparando con el trabajo de investigación a cargo de Pinilla E, Dominguez N. 2014, Colombia ⁽⁹⁾ en donde el promedio de edad fue de 17.9 años, podemos asegurar que la maternidad adolescente se está convirtiendo en un problema social de salud pública y de alcance mundial. Tal como lo señala la OMS la maternidad adolescente pone en riesgo la práctica de la lactancia materna exclusiva por ser la adolescencia una etapa de cambios profundos y falta de experiencia, sumado a ello el desconocimiento de la importancia de la lactancia constituye un gran riesgo para la lactancia materna exclusiva.

Referente al estado civil de las madres adolescentes, en este estudio predominó con un 60.4% la convivencia o unión libre y con un 30.8% son madres solteras. Comparando con los estudios considerados como antecedentes los autores no consideraron relevante este ítem. Teniendo en cuenta que la pareja puede ser de gran apoyo para la madre en lo que la etapa de la lactancia se refiere y considerando un buen estado emocional cuando la madre se siente acompañada y contenida, no solo por la pareja sino por parte de la familia y el profesional de la salud para el éxito y mantenimiento de la lactancia. Distintos estudios demuestran que las madres que no recibieron apoyo familiar entre otros factores abandonaron con más frecuencia la lactancia materna. Por ello las madres solteras adolescentes precisan de mayor apoyo y este debería ser proveniente de la familia y el profesional de la salud.

De acuerdo a nivel de instrucción se encontró en este estudio que el 8.8% tiene primaria incompleta, el 39.6% secundaria incompleta, el 34% tienen secundaria completa y solo el 10.4% presentaron estudios superiores. Estos resultados se compararon con el estudio de Coronado, N. y Vásquez Y. (2015). En su investigación “Conocimiento sobre lactancia materna y prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes” universidad Ricardo Palma, Perú ⁽¹²⁾, donde el 86% estaba en secundaria y el 4.7% en nivel superior y en el trabajo de Pinilla E, Dominguez N. 2014, Colombia ⁽⁹⁾ el 82.8% se encontraba en nivel secundaria. Frente a los resultados, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que las madres adolescentes tienen más probabilidades de abandonar los estudios, lo que perjudica sus posibilidades de participar plenamente en la sociedad, tener ingresos económicos, cuidarse a sí mismas y cuidar a sus hijos. Si la madre adolescente recibe apoyo puede

cambiar ese riesgo que señala la OMS y si su entorno entiende que es una circunstancia difícil incluyendo el personal de salud que tenga contacto, se le debe incentivar a continuar sus estudios, pero al mismo tiempo instruirla para que continúe alimentando con su leche materna a su bebé en su ausencia a través de un banco de leche. De esta forma estaríamos activando los derechos de esta adolescente y los del niño.

En lo que corresponde a la ocupación de las madres adolescentes se encontró que el 56.4% se dedica al hogar, un 14.8% al estudio, lo que significa que son dependientes económicamente, el 24.4% trabaja de forma independiente y el 2.4% de manera dependiente, lo cual puede poner en riesgo la práctica de la lactancia materna. Comparando con otros trabajos nacionales e internacionales se encontró que el mayor porcentaje de igual forma se dedicaba al hogar. Este hallazgo nos indica que hay similitud con los resultados, respecto a las madres que se dedican al hogar, si bien es cierto no tienen una remuneración y son dependientes económicamente, lo positivo es que cuentan con el tiempo y esto favorece el dar de lactar y brindarle los cuidados al recién nacido.

Por otro lado en nuestro estudio tenemos que un grupo importante trabaja. Estudios previos demuestran que la madre trabajadora encuentra dificultades en el apoyo de la lactancia, por parte de los jefes, los horarios, siendo así la causa principal la falta de facilidades para la lactancia materna ⁽²⁸⁾

En relación al número de hijos los resultados revelaron que el 88% era madre por primera vez, un 11.6% era madre por segunda vez. Comparando con el estudio de

Coronado, N. y Vásquez Y. (2015)⁽¹²⁾ los autores encontraron que el 89,7% tienen 1 hijo y el 10,3% tienen 2 hijos, los resultados de ambos estudios demuestran datos bastante cercanos, sin embargo el ser madre por segunda vez no garantiza un adecuado conocimiento sobre la lactancia materna.

En el gráfico N° 1, los resultados obtenidos referente al nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en madres adolescentes, se evidencia que un 49.6% de las madres adolescentes tenían un buen nivel de conocimiento sobre la temática, seguido de un 32% que tenía un nivel de conocimientos regular y finalmente un 18.4% de las madres tenía un nivel de conocimiento deficiente. Comparando con otros trabajos nacionales e internacionales se encontró tanto en los trabajos realizados por Coronado, N. y Vásquez Y. (2015),⁽¹²⁾; Alvarez S. y Facho, S. (2015)⁽¹³⁾ que predomina el nivel de conocimiento medio en más del 50% de la población que estudiaron. Entendiéndose en nuestro trabajo de investigación que más del 50% de nuestra población de estudio necesita educación en el tema, ya que con la educación e información oportuna que se les brinde a las madres adolescentes tendría un impacto en la disminución del riesgo al abandono de la lactancia materna. La OMS reconoce a la maternidad adolescente como un factor de riesgo para llevar a cabo la práctica de la lactancia materna. Por ello, a las madres adolescentes se les debe reeducar ya que se comprueba en este estudio que el conocimiento adquirido en la mayoría de los casos proviene de la familia y los adopta como correctos. La madre adolescente al no manejar la información correcta acerca de las ventajas y beneficios que ofrece la lactancia materna, tiempo, duración, posiciones para dar de lactar, composición de la leche humana, características del calostro, volumen y su importancia y la técnica de la lactancia, pone en riesgo a su recién nacido.

En el grafico N° 2, los resultados revelaron que todas las madres adolescentes creen en mitos sobre la lactancia materna, los principales mitos que se consideraron en el presente estudio fueron referente a si la forma del pezón y el tamaño de las mamas importa para dar de lactar, si la lactancia causa dolor, si se debe administrar agua al bebé antes de los 6 meses, si los bebés quedan con hambre cuando están solo con leche materna, etc. comparando con trabajos nacionales e internacionales coincidieron los resultados, poniendo así en evidencia que las madres adolescentes poseen mitos y lo llevan a la práctica. En este escenario las madres adolescentes no son conscientes de que creyendo en esta información errónea pelagra no solo la salud de ella, sino principalmente la de su recién nacido, para desterrar estos mitos es necesario información proveniente por personal calificado.

En la tabla N° 2 tenemos que la principal fuente de información que tuvieron las madres adolescentes sobre la lactancia materna proviene de la familia, seguidamente por el personal de la salud. Coincide con los estudios nacionales e internacionales considerados en el presente trabajo, poniendo en evidencia que cumplen un rol fundamental ambos grupos, pero sobre todo el profesional de la salud que tiene contacto directo y a su vez la oportunidad en varios escenarios como en el control prenatal, psicoprofilaxis, puerperio, etc para reeducar, mejorar conductas y prácticas en la madre adolescente sobre la lactancia materna.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- 1) El 68.8% de las adolescentes tenía edades entre los 17 y 19 años, seguido del grupo de adolescentes con edades entre 14 y 16 años pertenecientes a la adolescencia intermedia. El 60.4% tenía el estado civil de conviviente, seguido de un 30.8% que era soltera, solo un 7.2% de ellas era casada y finalmente un 1.6% viuda. El grado de instrucción de las adolescentes fue de 39.6% secundaria incompleta, un 34% de ellas había completado este nivel de instrucción, un 8.8% tenía solo primaria incompleta y un 7.2% había terminado el nivel primario. Ocupación el 56.4% se dedicaba a las labores del hogar.

- 2) Un 49.6% de las madres adolescentes tenían un buen nivel de conocimiento sobre la temática, seguido de un 32% que tenía un nivel de conocimientos regular y finalmente un 18.4% de las madres tenía un nivel de conocimiento deficiente.

- 3) Un 77.6% creía que la forma del pezón y el tamaño de la mama son importantes para dar de lactar; un 73.2% pensaba que tomar mucha leche incrementa la producción de leche materna; un 70% tenía la idea de que dar de lactar produce dolor; un 57.6% piensa que comer menestras le pasara gases al bebe por la leche materna; un 53.8% tienen la idea de los bebes alimentados con leche materna necesitan también tomar agua de anís o agua; un 41.6% piensa que

dar de lactar a su bebe más de seis meses de nacido no lo sigue alimentando; un 18% tiene la idea de que los bebes alimentados con leche materna no se llenan y siempre tienen hambre.

- 4) El 65.6% refirió que su principal fuente de información fue la familia, seguido de un 28.4% que manifestó que su fuente de información en esta temática fue el personal de salud.

5.2 Recomendaciones

1. Fortalecer el servicio de psicoprofilaxis con un programa con enfoque moderno y atractivo para las gestantes, donde se enfatice la preparación para amamantar, se resalten las ventajas de la lactancia materna exclusiva y se instruya a las madres en la técnica correcta, extracción, conservación del banco de leche y manejo eficiente del mismo, ya que la mayoría está en etapa escolar; de este modo si mamá se ausenta por trabajo o estudio ella podría continuar alimentando a su bebé con leche materna.
2. A las autoridades del Hospital María Auxiliadora capacitar a todo el personal de salud, en especial a las obstetras, para que según su reglamento y escenarios de atención puedan reeducar con información veraz a las madres adolescentes y familiares.

3. Al profesional de la salud, especialmente los obstetras concientizar a la madre adolescente desde la etapa prenatal hasta el posnatal y en el posnatal hacer seguimiento de la lactancia materna, ya que en la práctica puede verse saboteada la práctica de la lactancia materna con los mitos existentes. Hacer un seguimiento cercano y oportuno.

4. Informar al entorno de la madre adolescente ya que tienen una influencia importante, en el servicio de psicoprofilaxis asegurarse que la adolescente esté acompañada por un miembro de su familia para que sea extendido el conocimiento sobre las bondades de la práctica de la lactancia materna. Y a las obstetras capacitarse con las guías de la OMS y normativas actuales para poder brindar apoyo de manera acertada sobre la lactancia materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El objetivo: reducir la mortalidad infantil. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html> 29 de febrero 2016.
2. Lactancia materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html 29 febrero 2016
3. Minsa: Mamás prefieren cada vez más la lactancia materna para alimentar a sus hijos <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=24322> 01 marzo 2016
4. Factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en niños de 6 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Conde de La Vega Baja. Lima -2015. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1619/3/rondon_p.pdf pag. 14- 16. 03 de marzo 2016
5. Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el centro de salud Nueva Esperanza 2014. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4153/1/Carpio_qj.pdf pag. 18. 05 de marzo 2016.
6. Reglamento de Alimentación Infantil. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/lactarios-institucionales/pdf/Reglamento-de-Alimentacion-Infantil.pdf> pag. 13. 03 de marzo 2016.
7. Lactancia materna exclusiva. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/ 04 de marzo 2016.
8. Reglamento de Alimentación Infantil. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/lactarios-institucionales/pdf/Reglamento-de-Alimentacion-Infantil.pdf> pag. 12. 03 de marzo 2016.
9. Pinilla E, Dominguez N. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. Colombia 2014. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/clinica4.pdf> 20 de febrero 2016.
10. Paredes G. Frecuencia y porcentaje sobre conocimientos y creencias de lactancia materna en una muestra de 150 pacientes del área de post- parto del Hospital Gineco Obstétrico Enrique c. Sotomayor. Ecuador 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1833/1/TESIS%20GISSELLA%20PAREDES%20SEVILLANO.pdf> 05 enero 2016.

11. Gil, C. Conocimiento acerca de la lactancia materna que poseen las gestantes adolescentes, que asisten a la consulta prenatal en el Centro de medicina integral de la universidad de Carabobo Dr. Miguel Malpica” desde abril a junio 2013, Venezuela 2013. Disponible en: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/516/3/cgil.pdf> 20 febrero 2016.
12. Coronado, N. y Vásquez Y. Conocimiento sobre lactancia materna y prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes” universidad Ricardo Palma. Lima, 2015. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/392> 24 de febrero 2016.
13. Alvarez S. y Facho, S. Conocimientos y actitudes sobre la lactancia materna en madres adolescentes y jóvenes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en los meses de julio, agosto y septiembre- Lima 2015. Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/41658> 24 de febrero 2016.
14. Delgado, L. y Nombera, F. Nivel de Conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva. HRDLM- Chiclayo, 2012. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/419/1/TL_DelgadoMarruffoLizeth_NomberaPuellesFiorela.pdf 26 de febrero 2016.
15. Lactancia materna exclusiva. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/ 28 de febrero 2016.
16. Manual de Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. Ministerio de salud, Chile. 2da. Edición 2010. Pag. 208- 210. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf 4 de febrero 2016.
17. Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid 2004. Pag. 56- 65. Disponible en https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf 15 de febrero 2016.
18. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Extraído y adaptado de Manual de Lactancia para profesionales de la Salud. Comisión de lactancia MINSAL, UNICEF. Editoras C Shellhorn, V Valdés. Ministerio de Salud, UNICEF, Chile 1995. Pag. 23-25. Disponible en <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf> 22 de febrero 2016.

19. Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud. 1era. Edición año 1997. Ministerio de Salud, Chile. Pag. 57-58 Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf 30 de marzo 2016.
20. Fuente: Manual de Lactancia Materna, de la teoría a la práctica. Sociedad Española de Pediatría. Con modificaciones y actualización por la Dra. Claudia Cristina Sánchez directora del Centro Especializado en Lactancia Materna. Venezuela.
21. En el Perú existen más de 200 mil adolescentes que son madres o están embarazadas por primera vez. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-200-mil-adolescentes-que-son-madres-o-estan-embarazadas-por-primera-vez-8703/> 04 de abril 2016.
22. Indicadores de los programas presupuestales, primer semestre 2017. Disponible en: https://encuestas.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PPR_Primer_Semestre_2017.pdf 27 de octubre 2017.
23. Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Madrid 2004. Pag.338- 362. Disponible en https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf 15 de abril 2016.
24. Rotafolio de lactancia materna. Pag. 16. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/matcom/ROTA_FOLIO002.pdf 20 de julio 2017.
25. Aseguran que lactancia materna se está reduciendo por promoción de leches de fórmula en establecimientos de salud. Disponible en: <http://www.connuestroperu.com/ciencia-y-tecnologia/salud/19832-aseguran-que-lactancia-materna-se-esta-reduciendo-por-promocion-de-leches-de-formula-en-establecimientos-de-salud> 15 de julio 2017.
26. Semana de la lactancia materna en el Peru. Plan de comunicaciones. Agosto 2010. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/.../lactancia/.../PlanActividadesSLM2010> 18 de julio 2017.

27. La lactancia materna y El Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna en el Perú. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1710.pdf> 20 de agosto 2017.
28. Gamboa ED, López N, Prada GE, Gallo KY. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Rev Chil Nutr 2008; 35 (1): 43-52

ANEXOS

ANEXO N° 1:

Instrumento de recolección de datos

Anexo 1: ENCUESTA

"CONOCIMIENTO Y MITOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PUERPERAS ADOLESCENTES, QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERVICIO DE PUERPERIO EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, EN EL PERIODO JULIO-SEPTIEMBRE 2017".

Estimada paciente: Reciba un saludo cordial y nuestro agradecimiento por acceder en llenar la presente encuesta, la cual tiene como finalidad obtener información del conocimiento que usted tiene acerca de la lactancia materna exclusiva. Hacemos de su conocimiento que este instrumento es anónimo y que los resultados obtenidos serán de uso exclusivo para la investigación. Reiteramos nuestro agradecimiento.

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentan 32 preguntas divididas en 3 bloques:

Bloque 1: corresponde a datos generales

Bloque 2: corresponde a preguntas acerca del conocimiento que usted tiene sobre la lactancia materna.

Bloque 3: corresponde a preguntas acerca de los mitos que usted tiene sobre la lactancia materna.

- Marque la respuesta que usted considere correcta con "X"
- Si tuviese alguna duda en alguna de las preguntas, consultar.

I. BLOQUE 1: Datos Generales

1. ¿Qué edad tiene?: _____

2. ¿Cuál es su estado civil?:

- a) Soltera
- b) Conviviente
- c) Casada
- d) Viuda _____

3. ¿Hasta qué grado estudió?

- a) Primaria incompleta
- b) Primaria completa
- c) Secundaria incompleta
- d) Secundaria completa
- e) Otro (especifique): _____

4. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Al hogar
- b) Trabajadora independiente
- c) Trabajadora dependiente
- d) Estudiante
- e) No trabajo

5. ¿En qué distrito vive?: _____

6. ¿Cuántos hijos tiene?

_____ (Considere el actual)

II. BLOQUE 2: Conocimiento acerca de la lactancia materna

7. De lo que usted sabe, ¿Cuál sería la ventaja de dar leche materna exclusiva a su hijo?

(PUEDE MARCAR MAS DE 1 OPCION)

- a) Lo protege de enfermedades respiratorias y digestivas
- b) Es igual que la leche de fórmula, no hay diferencia.
- c) Es de fácil digestión
- d) Siempre está disponible y a la temperatura ideal
- e) No sé

8. De lo que usted sabe, ¿Cuál sería la ventaja de dar lactancia materna exclusiva para usted?

(PUEDE MARCAR MAS DE 1 OPCION)

- a) Previene el cáncer de mama y ovario
- b) Se establece un fuerte lazo afectivo entre madre-bebe
- c) No es una ventaja, produce dolor.
- d) No sé

9. De lo que usted sabe, ¿Cuál sería la ventaja de dar lactancia materna exclusiva para la familia?

(PUEDE MARCAR MAS DE 1 OPCION)

- a) Es económica
- b) Disminuye gastos hospitalarios
- c) Promueve la unión familiar
- d) No sé

10. De lo que usted sabe, ¿En qué momento debe EMPEZAR la lactancia materna?

- a) En la primera hora de nacido de su bebé
- b) A las 2 horas de nacido su bebé
- c) Al día siguiente de nacido su bebé
- d) Inmediatamente nace su bebé

11. ¿Conoce usted las posiciones para dar de lactar?

- a) Sí
- b) NO

12. De lo que usted sabe, ¿Qué significa ofrecer Lactancia Materna exclusiva?

- a) Dar leche materna más leche de fórmula
- b) Dar leche materna más agua
- c) Dar leche materna únicamente
- d) No sé

13. De lo que usted sabe, ¿Qué contiene la leche materna?

- a) Proteínas, lípidos, carbohidratos, inmunoglobulinas, agua, vitaminas y ácidos grasos esenciales
- b) Proteínas, agua y vitaminas
- c) Proteínas, lípidos, carbohidratos, inmunoglobulinas y vitaminas
- d) No sé

14. De lo que usted sabe, ¿Qué es el calostro?

- a) La primera leche que va a fortalecer las defensas en un recién nacido
- b) No tiene nada que ver con el tema
- c) Un líquido que eliminamos en el embarazo sin importancia
- d) No sé

15. De lo que usted sabe, ¿Cómo es el calostro?

- a) Un líquido amarillo- transparente secretado por las glándulas mamarias en el embarazo y los primeros días después del parto
- b) Un líquido blanquecino que aparece luego del parto
- c) Un líquido abundante que aparece antes del parto
- d) No sé

16. De lo que usted sabe, ¿Por qué es importante que ofrezca el calostro a su bebé?

(PUEDE MARCAR MAS DE 1 OPCION)

- a) Fortalece las defensas
- b) No es importante, no lo alimenta
- c) Facilita la eliminación de las primeras heces de su bebé
- d) No sé

17. De lo que usted sabe, ¿Con qué frecuencia debe amamantar a su bebé en el día?

- a) Cada 2 horas
- b) Cada 3 horas
- c) Cuando el bebé pida
- d) No sé

18. De lo que usted sabe, ¿Cuánto tiempo debe durar cada toma que hace el bebé?

- a) 15 minutos un pecho y cambiarlo al otro
- b) Hasta que mi bebé suelte el pecho solo
- c) 20 minutos de un solo pecho es suficiente
- d) No sé

19. De lo que usted sabe, ¿Hasta qué tiempo debe darle solamente leche materna a su bebé?

- a) Hasta los 3 meses
- b) Hasta los 6 meses
- c) Hasta los 2 años
- d) No sé

20. De lo que usted sabe, ¿A qué edad debe incorporar otros alimentos, además de la leche materna? Ejm. Jugos, papilla.

- a) A los 9 meses
- b) A los 3 meses
- c) A partir de los 6 meses
- d) Otro (especifique). _____

III. BLOQUE 3: Mitos acerca de la lactancia materna

21. De lo que usted cree, ¿tomar mucha leche aumenta la producción de leche?

- a) SI
- b) NO

22. De lo que usted cree, ¿produce dolor cuando se da de lactar?

- a) SI
- b) NO

23. De lo que usted cree, ¿La forma del pezón y el tamaño de sus mamas importa al momento de dar de lactar?

- a) SI
- b) NO

24. De lo que usted cree, ¿Puede darle de lactar a su bebé luego de haber tomado líquidos fríos?

- a) SI
- b) NO

25. De lo que usted cree, ¿Puede darle de lactar a su bebé si usted está resfriada?

- a) SI
- b) NO

26. De lo que usted cree, ¿Los bebés alimentados con leche materna no se llenan y siempre tienen hambre?

- a) SI
- b) NO

27. De lo que usted cree, ¿Los bebés alimentados con leche materna los primeros 6 meses, necesitan agua de anís o agua porque tienen sed?

- a) SI
- b) NO

28. De lo que usted cree, ¿Ofrecer biberón antes de los 3 meses afecta la lactancia materna?

- a) SI
- b) NO

29. De lo que usted cree, ¿Dar de lactar a su bebé más de los 6 meses lo sigue alimentando?

- a) SI
- b) NO

30. De lo que usted cree, ¿Luego de una discusión la leche materna se malogra?

- a) SI
- b) NO


31. De lo que usted cree, ¿Comer menestras le pasan los gases al bebe por la leche materna?


- a) SI
- b) NO


32. ¿De dónde proviene la información que usted tiene sobre la lactancia materna?

- a) Mi familia
- b) Amigos
- c) Personal de salud del hospital
- d) Colegio
- e) Otros: (especifique) _____

**ANEXO Nº 2:
SOLICITUD DE PERMISO**

 **Universidad
WIENER**





Lima, 17 de Julio del 2017

CARTA Nº 13-07- 368-2017DFCS/UPNW

Dr. Julio Medina Verástegui
Director Hospital Maria Auxiliadora

Presente.

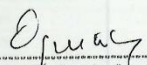
De mi mayor consideración,


Mediante el presente expreso a Ud. el saludo institucional y el mío propio.


Asimismo, me permito solicitarle vuestra autorización para que la Bachiller, **Karla Lisbeth Espejo Gonzales**, alumna de la carrera profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, pueda realizar sus encuestas y así poder ejecutar su proyecto de tesis “**Conocimiento y mitos sobre lactancia materna exclusiva en púerperas adolescentes que se encuentran en el Hospital Maria Auxiliadora en el período Julio – Septiembre 2017**”.

Agradezco la atención al presente y hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi distinguida consideración y estima personal.

Atentamente,


Dr. Agustín Ramón Iza Stoll
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Privada Norbert Wiener S.A.





período julio- septiembre 2017.

Dra. Ana Cajas Rojas
Jefe de departamento de Gineco-obstetricia HAMA

Distinguida doctora:

Yo Karla Lisbeth Espejo Gonzales, identificada con CE: 000939253, ex alumna de la EAP de Obstetricia de la universidad Norbert Wiener, me presento ante usted con la finalidad de solicitarle me otorgue permiso para entrevistar a las púerperas que se encuentran en el servicio de centro obstétrico y tercer piso a partir de la fecha 01 de julio 2017 por un período de 3 meses, para mi trabajo de investigación denominado, CONOCIMIENTO Y MITOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PUERPERAS ADOLESCENTES, QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERVICIO DE PUERPERIO EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA (HAMA) EN EL PERÍODO JULIO – SEPTIEMBRE 2017.

Al finalizar mi trabajo de investigación me comprometo en dejar una juego al departamento.

Agradecida de su receptividad, quedo de usted.

Atentamente,

Karla Lisbeth Espejo Gonzales
Doc. 000939253
Universidad Norbert Wiener.



San Juan de Miraflores, Julio 03 del 2017.

PROVEIDO N°050-2017- DGO - HMA

REF : SOLICITUD DE LA INTERESADA

Visto el documento de la referencia, se autoriza que la Srta. KARLA LISBETH ESPEJO GONZALES, egresada de la Universidad Privada Norbet Wiener realice el trabajo de investigación titulado "Conocimiento y Mitos sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas adolescentes, que se encuentran en el Servicio de Puerperio en el Hospital María Auxiliadora, (HMA) en el periodo Julio - Setiembre 2017. (tres meses)

ANA MARIA CAJAS ROJAS

CMP 13121 RNE 4752

Hospital María Auxiliadora

Departamento de Obstetricia y Ginecología

JEFA DEL DPTO. GINECO OBSTÉTRICIA

AMCR/zjra
c.c.

- Archivo

ANEXO Nº 3:
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
Hoja de validación de instrumento – juez nº 1

HOJA DE VALIDACIÓN – PRUEBA PILOTO

Estimados docentes reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es un instrumento diseñado para el proceso de evaluación del Proyecto de investigación titulado: "CONOCIMIENTO Y MITOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PUERPERAS ADOLESCENTES, QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERVICIO DE PUERPERIO EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA (HMA), EN EL PERIODO JULIO- SEPTIEMBRE 2017" con miras al mejoramiento del instrumento de recolección de datos. Su finalidad es conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema. Por ello le pedimos responda a las siguientes preguntas de modo responsable y sincero. Sus resultados servirán para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación. Muchas gracias por su colaboración.

Datos personales:

- Nombres y apellidos: *Andrés Rodríguez Chaves*
- Profesión: *Médico - Cirujano*
- Especialidad: *Gr. Neoa. Obst.*
- Fecha de evaluación: *06-06-2017*

Datos de calificación:

1. Las preguntas son consistentes de acuerdo al problema y objetivos de la investigación:

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

2. La formulación y redacción de las preguntas son correspondientes al tema:

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

3. Usted agregaría alguna otra pregunta:

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:

4. Usted eliminaría alguna pregunta

- a) Si
- b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:

5. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Andrés Rodríguez Chaves
Dr. Carlos Rodríguez Chaves
GINECO-OBSTETRA
SECTOR EN MEDICINA
C.M. 1338 R.N.E. 4862

ANEXO Nº 4:
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO
Hoja de validación de instrumento – juez nº 2

HOJA DE VALIDACIÓN – PRUEBA PILOTO

Estimados docentes reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es un instrumento diseñado para el proceso de evaluación del Proyecto de investigación titulado: "CONOCIMIENTO Y MITOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PUERPERAS ADOLESCENTES, QUE SE ENCUENTRAN EN EL SERVICIO DE PUERPERIO EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA (HMA), EN EL PERIODO JULIO- SEPTIEMBRE 2017" con miras al mejoramiento del instrumento de recolección de datos. Su finalidad es conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema. Por ello le pedimos responda a las siguientes preguntas de modo responsable y sincero. Sus resultados servirán para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación. Muchas gracias por su colaboración.

Datos personales:

- Nombres y apellidos: Zulema Bustamante Puente
- Profesión: Lic. Obstetricia
- Especialidad:
- Fecha de evaluación: 02-05-17

Datos de calificación:

1. Las preguntas son consistentes de acuerdo al problema y objetivos de la investigación:

a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

2. La formulación y redacción de las preguntas son correspondientes al tema:

a) Si
 b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

3. Usted agregaría alguna otra pregunta:

a) Si
 b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:

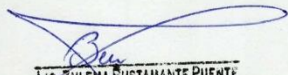
4. Usted eliminaría alguna pregunta

a) Si
 b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:

5. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

El instrumento guarda coherencia con los objetivos del estudio.


LIC. ZULEMA BUSTAMANTE PUENTE
OBSTETRA
C.O.P. Nº 13441
Hospital Nacional "Hygiene Unomás"

ANEXO Nº 5:
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
Hoja de validación de instrumento – juez nº 3

HOJA DE VALIDACIÓN – PRUEBA PILOTO

Estimados docentes reciba usted nuestros más cordiales saludos. Esta ficha es un instrumento diseñado para el proceso de evaluación del Proyecto de investigación titulado: "Conocimiento y mitos sobre lactancia materna exclusiva en puérperas adolescentes, que se encuentran en el servicio de puerperio en el Hospital María Auxiliadora (HMA), en el periodo julio- septiembre 2017" con miras al mejoramiento del instrumento de recolección de datos. Su finalidad es conocer su percepción, calificación y sugerencias sobre dicho tema. Por ello le pedimos responda a las siguientes preguntas de modo responsable y sincero. Sus resultados servirán para identificar los errores de dicho instrumento y así mejorar la calidad del proyecto de investigación. Muchas gracias por su colaboración.

Datos personales:

- Nombres y apellidos: Claudia Cristina Sanchez
- Profesión: Medico
- Especialidad: Pediatra/Consejera y Capacitadora de Lactancia Materna
- Fecha de evaluación: 27 de Junio de 2017

Datos de calificación:

1. Las preguntas son consistentes de acuerdo al problema y objetivos de la investigación:
a) Si
b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

2. La formulación y redacción de las preguntas son correspondientes al tema:
a) Si
b) No

Si su respuesta es no, diga porque:

3. Usted agregaría alguna otra pregunta:
a) Si
b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:

4. Usted eliminaría alguna pregunta
a) Si
b) No

Si su respuesta es sí, ¿Cuáles?:

5. Recomendaciones y/o sugerencias para mejorar el instrumento: *En la tabla de operacionalización de las variables dice ventajas de LME y debería decir beneficios y no ventajas, ya que al hablar de ventajas estaríamos hablando también de desventajas y la lactancia no posee desventajas, la lactancia aporta beneficios*
Sugiero buscar la nueva nomenclatura para trabajos de investigación y redacción de documentos de lactancia que recientemente salió publicada en el 2017, donde sugiere usar el termino de leche humana en lugar de leche materna y lactancia humana en lugar de lactancia materna.



FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
<p>¿Cuál es el conocimiento y mitos sobre lactancia materna exclusiva en puérperas adolescentes, que se encuentran en el servicio de puerperio en el Hospital María Auxiliadora, en el periodo julio-septiembre 2017?</p>	<p>Objetivo General Identificar conocimiento y mitos sobre lactancia materna exclusiva en puérperas adolescentes, que se encuentran en el servicio de puerperio en el Hospital María Auxiliadora, en el periodo julio-septiembre 2017</p> <p>Objetivos Específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocer las características sociodemográficas de la población de estudio. - Identificar el nivel de conocimiento acerca de la lactancia materna exclusiva - Conocer los mitos y creencias sobre la lactancia materna de la población de estudio. - Conocer la principal fuente de información sobre la lactancia materna en la población de estudio. 	<p>Por tratarse de un estudio descriptivo no contempla una hipótesis.</p>	<p>1. Variable independiente de la población de estudio:</p> <p>-Lactancia materna.</p> <p>2. Variable dependiente de la población de estudio:</p> <p>Conocimiento de Lactancia Materna Exclusiva:</p> <p>-En relación a las ventajas.</p> <p>-En relación a la técnica.</p> <p>-En relación al tiempo.</p> <p>-En relación a los mitos sobre la lactancia materna</p> <p>3. Variable interviniente</p> <p>-Edad</p> <p>-Estado Civil</p> <p>-Grado de Instrucción</p> <p>-Ocupación</p> <p>-Lugar de procedencia.</p>	<p>a) Enfoque: Investigación mixta</p> <p>b) Tipo: descriptivo</p> <p>c) Nivel: Observacion al prospectivo</p> <p>d) Diseño: Transversal</p>	<p>Ámbito de la investigación. Servicio de puerperio del Hospital María Auxiliadora ubicado en Av. Miguel Iglesias 968 en el Cono Sur de Lima, distrito de San Juan de Miraflores.</p> <p>Población y Muestra</p> <p>Población: estará conformada por las puérperas adolescentes que se encuentran en el servicio de puerperio en el Hospital María Auxiliadora, durante los meses de julio-septiembre 2017 que cumplan con el criterio de inclusión.</p> <p>Muestra: El número total de partos en adolescentes durante el periodo semestral del año 2016 en el Hospital María Auxiliadora fue de 711 (Fuente: Departamento de estadística de HMA). Para el cálculo del tamaño muestral utilizaremos la fórmula para la estimación de una proporción en una población finita, con variable cualitativa</p>	<p>El instrumento aplicado es un cuestionario comprendido por 32 preguntas, el cual está dividido en 3 bloques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bloque 1: compuesto por datos generales donde se recolectarán datos sociodemográficos - Bloque 2: corresponde a preguntas acerca del conocimiento sobre la lactancia materna. - Bloque 3: corresponde a preguntas acerca de los mitos sobre la lactancia materna. <p>Elaboración de datos: Paquete estadísticos SPSS versión 20.</p> <p>Análisis e interpretación de datos. Se utilizará gráficos de barras, frecuencia y porcentajes.</p>