

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

FILIAL JAÉN



**ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y ACTITUDES SOBRE
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
DE MORRO SOLAR DE LA CIUDAD DE JAÉN – 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**AUTORA:
MILCA MAGDALENA CHÁVEZ POLO.**

**ASESORA:
DORIS ELIZABETH BRINGAS ABANTO.**

JAÉN, PERÚ

2016

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

FILIAL JAÉN



**ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y ACTITUDES SOBRE
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
DE MORRO SOLAR DE LA CIUDAD DE JAÉN – 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**AUTORA:
MILCA MAGDALENA CHÁVEZ POLO.**

**ASESORA:
DORIS ELIZABETH BRINGAS ABANTO.**

JAÉN, PERÚ

2016

© COPYRIGHT 2016 by

MILCA MAGDALENA CHÁVEZ POLO

Todos los derechos reservados

Chávez M. 2016. Aspectos socioculturales y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud de Morro Solar de la ciudad de Jaén – 2014/ Chávez Polo Milca Magdalena.94 páginas.

Asesora: M.Cs. Doris Elizabeth Bringas Abanto.


Disertación académica en para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería - UNC


TÍTULO: ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y ACTITUDES
SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
DE MORRO SOLAR DE LA CIUDAD DE JAÉN – 2014

Autora: Milca Magdalena Chávez Polo
Asesora: Doris Elizabeth Bringas Abanto.

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título profesional
de licenciada en enfermería - Universidad Nacional de Cajamarca
por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR


.....
M. Cs. Segunda Manuela Cabellos Alvarado
PRESIDENTA


.....
M. Cs. Francisca Edita Díaz Villanueva
SECRETARIA


.....
Mg. Emiliano Vera Lara
VOCAL

Se dedica este trabajo a:

Mis amados padres, por su amor, su confianza y todos sus esfuerzos durante estos años.

Mis queridos hermanos, quienes son un motivo para seguir superándome cada día.

Mis pequeñas sobrinas, quienes con su tierno amor me animan a continuar este largo camino.

Se agradece a:

Mi familia y a todas aquellas personas que de alguna manera hicieron posible poder culminar mis estudios universitarios.

Mi asesora Doris Bringas Abanto, por su dedicación, orientación y su apoyo permanente, lo cual hizo posible el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.

Todas las madres adolescentes del Centro de Salud de Morro Solar – Jaén, que participaron en el desarrollo de la investigación.

CONTENIDO

Ítem	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
LISTA DE ILUSTRACIONES	vi
LISTA DE ANEXOS	vii
GLOSARIO	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I : EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 El problema de investigación	3
1.2 Justificación del estudio	5
1.3 Objetivo de la investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL	
2.1 Antecedentes del estudio	7
2.2 Bases teóricas	11
2.2.1 Aspectos socioculturales de la lactancia materna	11
2.2.1.1 Aspectos sociales	12
2.2.1.2 Aspectos culturales	14
2.2.1.2.1 Principales creencias y su manejo adecuado en relación a la lactancia materna	14
2.2.2 Actitud	16
2.2.2.1 Tipos de actitudes	16
2.2.2.2 Componentes de las actitudes	17
2.2.3 Aspectos generales de la lactancia materna	17
2.2.3.1 Composición de la leche humana madura	18
2.2.3.2 Tipos de lactancia materna	19
2.2.3.3 Tipos de leche materna	20
2.2.3.4 Beneficios de la lactancia materna	20
2.2.3.5 Producción de la leche	23
2.2.3.6 Las hormonas de la lactancia	23
2.2.3.7 La posición, clave del éxito	24

2.2.3.8 Velocidad de la producción de la leche.	24
2.2.3.9 Técnicas exitosas para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva	25
2.2.3.10 Requisitos básicos para un buen amamantamiento	25
2.2.3.11 Algunas posiciones para amamantar	26
2.2.3.12 Frecuencia de las mamadas	26
2.2.4 Vínculo afectivo madre-hijo	27
2.2.5 Madre adolescentes	28
2.2.6 La enfermera(o) en el fomento de la lactancia materna	29
2.3 Hipótesis de la investigación	30
2.4 Operacionalización de variables	30
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Diseño y tipo de estudio	34
3.2 Población de estudio	34
3.3 Criterio de inclusión y exclusión	34
3.4 Unidad de análisis	34
3.5 Muestra	35
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
3.7 Procesamiento y análisis de los datos	35
3.8 Consideraciones éticas	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	66

LISTA DE ILUSTRACIONES

Gráficos		Pag.
1.	Procedencia de las madres adolescentes - Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	37
2.	Grado de instrucción según la edad de madres adolescentes - Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	38
3.	Estado civil de las madres adolescentes - Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	39
4.	El calostro causa daño al niño según las madres adolescentes. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	40
5.	Necesidad de agua durante lactancia materna. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	41
6.	Labores domésticas de la madre modifican la Temperatura de leche materna. Centro de Salud de Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	42
7.	Estado de ánimo de la madre y la leche materna. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	42
8.	Producción de leche en relación a la alimentación de la madre. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	44
9.	Características de las deposiciones en el niño lactante. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	45
10.	Problemas de salud de la madre afectan al niño lactante. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	46
11.	Riesgo de contagio de la madre enferma al niño lactante. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	47
Tablas		Pag.
1.	Actitudes de las madres adolescentes en relación a lactancia materna exclusiva. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	48
2.	Actitudes y grado de instrucción. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	49
3.	Actitudes y estado civil. Centro de Salud Morro Solar, Jaén -Julio 2014.	50
4.	Actitudes y la reincorporación al trabajo. Centro de Salud Morro Solar, Jaén - Julio 2014.	51
5.	Actitudes y la reincorporación a los estudios. Centro de Salud Morro Solar, Jaén - Julio 2014.	52
6.	Actitudes y conocimiento sobre leche materna. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	53
7.	Actitudes y los problemas conyugales. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	54
8.	Actitudes y autoimagen. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	55
9.	Actitudes y ansiedad al lactar. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.	56

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado	67
Anexo 2: Cuestionario	68
Anexo 3: Informe estadístico	71
Anexo 4: Tablas	75

GLOSARIO

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

RESUMEN

Título: Aspectos socioculturales y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud de Morro Solar de la ciudad de Jaén – 2014”

Autora¹: Milca Magdalena Chávez Polo.
Asesora²: Doris Elizabeth Bringas Abanto.

Determinar la relación de las actitudes y los aspectos socioculturales sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morro Solar de la ciudad de Jaén fue el objetivo del estudio, de tipo descriptivo y diseño transversal, cuya población estuvo constituida por 30 madres adolescentes de 12 a 19 años de edad, con niños menores de 6 meses de edad atendidas en este Establecimiento de Salud, durante los meses enero - junio del 2014. Los resultados mostraron que la mayoría de madres en estudio tenían entre 17 y 19 años; procedieron de la zona urbana; con secundaria incompleta; eran solteras. Los aspectos culturales predominantes en las madres estaban referidos a que el calostro no causa daño al niño, que la leche materna no altera las características de las deposiciones en el niño; que, para calmar la sed, los gases y estreñimiento en el niño hay que darle agüitas, cuando la madre lava ropa se enfría la leche provocando malestar en el niño; que si existen alimentos y líquidos que incrementan la producción de la leche. Ellas desconocían si cuando la madre tiene cólera, la leche materna ocasionaría molestias en el niño, y si existen malestares como estreñimiento o gases que mediante la leche materna se contagia al niño o le causaría daño. Sus actitudes afectivas las cuales estaban relacionadas con los aspectos socioculturales sobre lactancia materna exclusiva son, el estado civil, el conocimiento sobre lactancia materna, los problemas conyugales y con su autoimagen y sexualidad, y sus actitudes conductuales se relaciona con la reincorporación al trabajo, los estudios, autoimagen y sexualidad.

Palabras claves: actitudes, madres adolescentes, lactancia materna exclusiva.

¹Aspirante a Licenciada en Enfermería. (Bachiller en Enfermería UNC).

²Magister en Ciencias. Docente de la Universidad Nacional de Cajamarca. Filial Jaén.

ABSTRACT

Title: Sociocultural aspects and attitudes about exclusive breastfeeding in adolescent mothers who attend the Health Center of Morro Solar in the city of Jaén - 2014”

Author: Milca Magdalena Chávez Polo.
Assisted by 2: Doris Elizabeth Bringas Abanto.

To determine the relationship of attitudes and sociocultural aspects of exclusive breastfeeding in adolescent mothers attended at the Morro Solar Health Center in the city of Jaén was the objective of the study, descriptive and cross-sectional design, whose population was constituted by 30 adolescent mothers from 12 to 19 years of age, with children under 6 months of age attended in this Health Establishment, during the months January - June 2014. The results showed that the majority of mothers in the study were between 17 and 19 years old ; they came from the urban area; with incomplete secondary school; They were single The predominant cultural aspects in the mothers were that colostrum does not cause harm to the child, that breast milk does not alter the characteristics of the child's bowel movements; that, to quench thirst, gas and constipation in the child, it is necessary to give him little water, when the mother washes clothes, the milk is cooled, causing discomfort in the child; that if there are foods and liquids that increase the production of milk.

They did not know if when the mother has cholera, breast milk would cause discomfort in the child, and if there are discomforts such as constipation or gas that through the mother's milk is transmitted to the child or it would cause harm. Their affective attitudes, which were related to the socio-cultural aspects of exclusive breastfeeding, are marital status, knowledge about breastfeeding, conjugal problems and their self-image and sexuality, and their behavioral attitudes are related to the return to work. studies, self-image and sexuality.

Keywords: Attitudes, teenage mothers, exclusive breastfeeding.

¹Applicant to Bachelor of Nursing. (Bachelor in Nursing UNC)

² Master of Science. Professor at the National University of Cajamarca. Subsidiary Jaén

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la lactancia materna exclusiva (LME) durante los seis primeros meses de vida, se considera un objetivo de salud pública mundial, la misma que está relacionada con la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil¹. Además es el alimento óptimo para el crecimiento y el desarrollo del niño lactante, por ser un producto especie-específico con una composición diferente a cualquier otra leche animal, modificada o no, que cambia de acuerdo a las necesidades del lactante². La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda a todas las madres la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, posteriormente, hasta los 2 años o más, los lactantes pueden seguir con la lactancia materna, complementada con otros alimentos nutritivos³.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, representa un derecho de los niños, las niñas y de sus madres, que trae un sinnúmero de beneficios, tanto para los propios bebés, sus progenitoras y familias, como para los estados en los que residen. El amamantar garantiza la disponibilidad de alimento seguro, suficiente, gratuito, de insustituible calidad y a la medida de los requerimientos nutricionales de los bebés. Les protege de infecciones y enfermedades en una etapa de sus vidas en las que se encuentran particularmente vulnerables, a la vez que crea un vínculo que les confiere a niños, niñas y sus madres, salud física y emocional, además de protección, seguridad y afecto, todas ellas condiciones indispensables para un pleno desarrollo infantil⁴.

El buen logro de la lactancia materna adecuada dependen de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y del sistema de atención de salud. Se evidencia la necesidad de que el equipo de salud proporcione educación sobre lactancia materna, no solo a las futuras madres sino también a otros miembros de la familia; de esta forma, se garantiza el éxito de la lactancia para futuros hijos.

La influencia positiva de la educación prenatal podría utilizarse para mejorar las condiciones de lactancia materna, pues es un recurso simple y de bajo costo. La promoción y apoyo de la lactancia materna se puede lograr a través de intervenciones en el transcurso del embarazo, en el momento del parto, después del parto y la lactancia⁵.

En el Perú, si bien la lactancia materna en sí no representa un problema para las madres, éste se presenta cuando se enfrenta a la práctica de la lactancia materna exclusiva, desde el nacimiento hasta los seis primeros meses de vida del niño. El cumplimiento de esa vital recomendación se encuentra interferido por el mantenimiento de una práctica cultural muy internalizada, tanto en zonas peri-urbanas como rurales, relacionada con el uso de “agüitas”. La explicación que suelen dar las madres para justificar esa práctica es que la leche materna es alimento pero no calma la sed o los cólicos, lo cual es una falsa creencia. Generalmente, el uso de estas “agüitas” se efectúa desde el nacimiento y muchas veces en el propio establecimiento donde ha tenido lugar el parto¹².

Según la UNICEF todas las madres pueden amamantar, si se les da el apoyo, los consejos y la orientación adecuada, así como ayuda práctica para resolver cualquier problema. Los estudios han demostrado que el contacto en una etapa temprana de la piel de la madre con la piel del bebé; ayuda a asegurar la producción continua de leche; y posicionar y colocar el bebé de manera adecuada, aumentan las posibilidades de que la lactancia materna tenga éxito⁶.

El presente documento se ha organizado en cuatro capítulos: Capítulo I: Introducción; Capítulo II: Marco teórico, donde se describen los antecedentes de la investigación y las bases conceptuales del problema en estudio; Capítulo III: Marco metodológico; Capítulo IV: Resultados y discusión; Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones, finalmente se presenta las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 El problema de la investigación

La lactancia materna no es solo instintiva, también es una conducta adquirida por lo que en la actitud hacia ella influyen, el medio familiar y social y la información que el personal de la salud trasmite a las mujeres principalmente durante el embarazo. En esta etapa, las mujeres son muy receptivas a todo aquello que sea mejor para su hijo, afortunadamente durante la atención prenatal se proporcionan orientaciones que le permite a la gestante tomar una decisión ponderada sobre el tipo de lactancia que realizará⁸. La promoción de la lactancia materna es una de las mejores “apuestas” de la salud pública. Tiene un enorme efecto sobre la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil y también posee una elevada sensibilidad al cambio como resultado de intervenciones en el campo de la salud pública⁹.

Es interesante destacar al respecto que si bien la lactancia materna es un acto biológico, su práctica está influenciada social y culturalmente, y es en el curso de las interrelaciones sociales donde surgen diferentes imágenes, ideas, respecto a la misma, generando en las mujeres diferentes actitudes positivas o negativas hacia el amamantamiento. Para comprender la representación social de la lactancia materna, se debe tener en cuenta que su significado varía de acuerdo a la cultura, y el tiempo donde las personas se desarrollan y desenvuelven. Al respecto, se dice que el amamantamiento suele estar biológicamente determinado, y socioculturalmente condicionado, tratándose por tanto de un acto impregnado de ideas, que resultan de las condiciones concretas de la vida, que pueden ser sociales, económicas, políticas, y culturales; transformándolo en un acto regulado por la sociedad⁷.

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), a nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. Un asesoramiento y apoyo adecuado en materia de lactancia materna es esencial para que las madres y las familias inicien y mantengan prácticas óptimas de amamantamiento¹⁰.

Si bien es cierto que a nivel nacional el 70,6 % de los niños y niñas menores de seis meses de edad se alimentan con leche materna exclusiva, es preocupante la marcada tendencia a la reducción de la práctica de la lactancia materna exclusiva en Lima Metropolitana y en las ciudades de la costa¹¹. En el 2012, el 19.3% de la población total en el Perú son adolescentes, la mayor proporción de esta población adolescente viven en zona urbana un 65 % y el 35% en zona rural¹³.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013); el 13% de las mujeres entre los 15 y 19 años han estado embarazadas, entre las más pobres, un 26%; entre las menos pobres, un 3%. Son más vulnerables a quedar embarazadas si tienen poca educación, si viven en el área rural, urbano-marginal o en la selva¹⁴.

Durante las prácticas clínicas realizadas en los diferentes establecimientos de salud, se observó que había un escaso nivel de conocimientos sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva en las madres adolescentes, ellas referían que reciben poca información por parte del personal de salud que las atiende sobre la composición y producción de la leche materna; los beneficios que tiene tanto para la madre, el niño, la familia y la sociedad; las técnicas para un amamantamiento exitoso y la frecuencia con la que deben dar de lactar, y que ellas cumplen con la lactancia materna con lo que escuchan o aprenden de sus familiares, amigos y otros, especialmente de sus madres y abuelas las cuales tienen experiencia en la crianza de sus hijos. Lo referido conlleva al planteamiento de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las actitudes que se relacionan con los aspectos socioculturales sobre lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes que acuden al Centro de Salud de Morro Solar de la ciudad de Jaén 2014?

1.2 Justificación del estudio

Considerando la importancia de la lactancia materna exclusiva, especialmente en las madres adolescentes el cual es un grupo etéreo tan vulnerable y a su vez modificable, y que conociendo la fisiología y la producción de la lactancia materna, los beneficios que ella brinda, las posiciones adecuada para amamantar, los aspectos socioculturales que influyen en ella y el vínculo afectivo madre - hijo que se logra mediante la misma, y además que la promoción, protección y apoyo a esta práctica, son actividades esenciales de los sistemas de salud y se justifica también porque el profesional de enfermería contribuye a las diferentes intervenciones programadas que influyen a mejorar las coberturas de la lactancia materna exclusiva en las diversas áreas o servicios de salud. Es por eso que se ve la necesidad de realizar un estudio que ayude a determinar la relación entre las actitudes y los aspectos socioculturales sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes y así promover y motivar su práctica, mejorar la calidad de vida de los niños, por medio de la promoción de la lactancia materna la cual exige motivación, capacitación y labor coordinada de muchas personas, ya que su éxito depende de la instrucción y apoyo ofrecido a las madres adolescentes.

Además la práctica de la latania materna aparte de su dimensión biología, posee un componente social y cultural, el cual influye condicionando la conducta de la adolescente por ello es común observar actitudes positivas y negativas, que ameritan ser comprendidas por el profesional de enfermería. A fin de que el establecimiento elabore o diseñe estrategias y/o programas de educación continua dirigidas a las madres adolescentes que acuden al Centro de Salud.

La investigación será de utilidad para el servicio de Atención Integral del Niño Sano de las instituciones de salud a nivel local, responsables de diseñar estrategias dirigidas a este grupo de personas.

1.3 Objetivos del estudio

Objetivo general

- Determinar la relación entre las actitudes y los aspectos socioculturales sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el centro de salud de Morro solar de la ciudad de Jaén.

Objetivos específicos

- Describir los aspectos sociodemográficos de las madres adolescentes.
- Identificar los aspectos socioculturales sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes.
- Identificar las actitudes de las madres adolescentes sobre lactancia materna exclusiva.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes del estudio

Domínguez M, Rodríguez M¹⁵; realizaron un estudio en el año 2009, titulado Información que poseen las madres adolescentes entre 12 y 17 años sobre la lactancia materna en el período post-parto, para la redacción de un programa en el Hospital General de los Valles del Tuy “Simón Bolívar”; el cual se aplicó en una población de 30 madres adolescentes, se obtuvo como resultado que las madres adolescentes demostraron tener un alto nivel de información acerca de la leche materna entre el 86,67% - 76,67%; en anatomía de la glándula mamaria entre el 96,66%, fisiología de la lactancia materna, 73,33%, beneficios de ésta, 70%-100%, técnicas y procedimientos: entre el 80%-73,33%, creencias erróneas: 90%-80%, problemas más comunes: entre el 90% - 76,67%. Demostraron tener un mediano nivel de información en varios aspectos sobre: leche materna entre 56,67%-50%, anatomía de la glándula mamaria: 63,33%, clasificación de la leche materna 50%-66,67%, técnicas y procedimientos para amamantar: 53,33% - 63,33:%, creencias erróneas: 63,33% - 53,33% y problemas más comunes: 56,67%.

Alvins C, Briceño A¹⁶; realizaron un estudio en Venezuela, en el año 2011, titulado Conocimientos de las madres adolescentes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y técnicas para amamantar en los primeros seis meses de vida del niño, aplicado a 20 madres adolescentes, los resultados del estudio nos muestran que el 60% de las madres adolescentes tienen conocimiento sobre lactancia materna exclusiva; el 66,25% de las madres encuestadas conoce sobre los beneficios fisiológicos, psicológicos y económicos de la lactancia materna; y el 61,66% de las madres encuestadas conocen sobre la técnica para amamantar.

Pérez R, Linares D, Rodríguez Y, Hernández E¹⁷; realizaron un estudio en San José de las Lajas, Mayabeque en el año 2011; sobre Conocimientos de futuras madres sobre la lactancia materna y sus ventajas, aplicado a 192 gestantes, se obtuvo los siguientes resultados: que menos de la 1/5 parte de las futuras madres poseía la información suficiente sobre lactancia materna, más de la mitad de las futuras madres dieron respuestas erróneas y entre las más frecuentes fueron: necesidad de ofrecer agua al niño que lacta, errores en la dieta de la madre que amamanta, fallas en alternamiento y aseo de las mamas, falsos criterios de no dar el pecho porque está acalorada o resfriada, tiene anemia o está malnutrida, o que cuando la leche es clara hay que utilizar una fórmula artificial. La mayoría desconocen las ventajas de la lactancia materna y los beneficios de la misma.

Delgado L, Nombera F¹; realizaron un estudio en Chiclayo en el año 2012, titulado: Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva, aplicado en 124 madres adolescentes, los resultados del estudio nos muestran que del total de madres adolescentes encuestadas, 43,5% desconocían cómo definir lactancia materna exclusiva, y 20 % definían que la lactancia materna exclusiva, es amamantar con leche materna y otras sustancias agregadas; además que el 45,2% consideraba que la lactancia materna es importante porque ayuda a mantener adecuadamente el sistema inmunológico del bebé, y 4,8% consideraba que la lactancia materna es importante por ser la única leche que el bebé tolera, y 23,3% respondieron que en el establecimiento de salud donde se atendieron recibieron orientación sobre: posición del cuerpo para amamantar, y 2,1% respondieron que la consejería estuvo orientada a la preparación sobre bajada de leche.

Guerrero J, Vera J¹⁸; realizaron un estudio en Ecuador en el año 2013 sobre el nivel de conocimientos sobre lactancia materna en madres adolescentes, se obtuvo los siguientes resultados: con respecto al nivel de conocimiento de las madres adolescentes sobre la lactancia materna, el análisis reveló que el 55% está en nivel 1 (malo), el 19% en nivel 2 (regular), el 21% en nivel 3 (bueno) y el 5% en el nivel 4 (excelente). La actitud que presenta la madre hacia la práctica de la lactancia también revela datos muy importantes:

el 1% está en el nivel 1 (actitud muy desfavorable), el 9 % en nivel 2 (actitud desfavorable), el 26% en nivel 3 (actitud favorable) y el 64% en nivel 4 (actitud muy favorable). La fuente principal de información referida por las madres adolescentes fue el personal de salud con el 56%, mientras que el 25% lo constituyen amigos, 13% la familia y 6% la pareja.

Gríos C, García L¹⁹; realizaron un estudio en Costa Rica, el año 2004, titulado: Conocimientos y actitudes de la población adolescente hacia la lactancia materna para direccionar las acciones estratégicas de promoción de la lactancia natural, se obtuvo los siguientes resultados: con respecto a creencias y mitos sobre la lactancia natural, los y las adolescentes describieron que la madre que amamanta “se engorda porque le da más hambre” y que esto “se agrava si son gemelos”; y que hay ciertos alimentos que la madre no debe comer: “repollo, frijoles, chile picante, alimentos con sabor ácido”. Con respecto a la actitud hacia la lactancia natural según grupo de edad, en el grupo de las adolescentes de 10 a 14 años, 95% de las mismas piensan tener hijos, pero sólo 90% piensan amamantar a los mismos. En el grupo de 15 a 19 años, 87% de las mismas piensan tener hijos pero sólo 62% piensan amamantarlos.

Cárdenas MH, Montes E, Varón M, Arenas N, Reina R²⁰; realizaron un estudio en Venezuela el año 2010, sobre Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva, los resultados nos muestran que en el grupo de madres que abandonaron la lactancia materna exclusiva predominó el grupo con procedencia urbana con un 70%, siendo las que proceden del ambiente rural el 30%, mientras que en las puérperas que le dieron lactancia materna exclusiva el grupo de madres fue igual la distribución (50%) para la procedencia urbana o rural. No se estableció una asociación significativa ($p > 0.05$) entre el abandono de la lactancia materna exclusiva y la procedencia geográfica de las madres. Demostrándose que las madres del área urbana amamantan menos que las del área rural; esto pudiera deberse a que el factor social influye en el deterioro de la lactancia materna exclusiva debido a modificaciones en la estructura social, sobre todo, a nivel familiar, la entrada de la mujer al campo de trabajo, la era de la industrialización, etc.; a lo largo del tiempo estos

factores han influido en la casi erradicación de la lactancia materna exclusiva a nivel mundial.

Mengole T, Iannacone J²¹; realizaron un estudio en el año 2009, titulado Factores socioculturales , conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el hospital José Agurto Tello Chosica; el cual se aplicó a una población de 13 gestantes primigestas adolescentes y 60 gestantes primigestas no adolescentes donde se comprobó que dentro de los factores socioculturales en el grupo de gestantes adolescentes, predominó aquellas que se encontraban entre los 14 y 16 años, con estado civil soltera, grado de instrucción secundaria incompleta, dedicándose a las labores de casa, viven con su mamá y hermanos, con una media de inicio de relaciones sexuales de 14 años. Respecto a las gestantes no adolescentes predominó las edades entre 20 y 23 años, el estado civil fue en la mayoría soltera y conviviente, dedicándose a las labores de la casa, con secundaria completa y la media de inicio de relaciones sexuales fue de 18 años. En cuanto al conocimiento sobre el embarazo las adolescentes tienen un conocimiento deficiente, mientras que las gestantes no adolescentes presentan un conocimiento regularmente logrado. Las adolescentes primigestas presentaron una actitud negativa frente al embarazo.

Del Carpio J²²; realizo un estudio en el año 2014, titulado Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el centro de salud nueva esperanza; el cual se aplicó a 32 madres adolescentes, se obtuvo como resultado en relación a los factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, del 100% (32) de madres en estudio, el 56% (18) corresponden al factor cultural y 44% (14) corresponden al factor social. Respecto a la dimensión factores sociales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, se observa que de un total de 100% (32) madres en estudio, 84% (27) tienen un estado civil de convivientes, 84% (27) son de nivel educativo secundario, 56% (18) proceden de Lima metropolitana y 84% (27) tienen como ocupación amas de

casa. En relación a la dimensión factores culturales; el indicador conocimientos, nos muestra que de un total de 100% (32) madres en estudio, 63% (20) no recibieron información sobre la lactancia materna exclusiva, 72% (23) no tienen carne de CRED y 53% (17) empezaron a dar alimentos líquidos (jugos, agüitas y otras leches) a sus niños menores de seis meses.

Con respecto al indicador creencias, el 84% (27) de madres tienen “creencias” relacionadas con la lactancia y cuando están dando de lactar y lavan ropa “le pasan frío por la leche al niño, por lo que él tiene cólicos”; el 22% (7) de madres adolescentes refieren que desconocen que la cantidad de leche aumenta, “sólo si la madre consume alimentos hervidos y toman abundante líquido”; el 56% (18) de madres adolescentes refieren que a través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad al bebé; el 75% (24) de madres refieren que “las medicinas que la madre recibe le pasa por la leche al bebé”; el 6% (2) refieren que desconocen que “la primera leche materna que es transparente puede ser dañina para los bebés”; el 63% (20) refieren que “es necesario dar biberón antes de los 6 meses cuando la madre no tiene mucha leche”; el 47% (15) refieren que “las agüitas de anís, manzanilla, entre otras infusiones, previenen el cólico y los gases al bebé”; el 19% (6) refieren que desconocen “si el bebé recibe otros líquidos aumenta el riesgo de tener infecciones a su estómago”; el 78% (25) refieren que “la cólera de la madre altera la leche de pecho” y el 41% (13) de madres adolescentes refieren que “la leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian”.

2.2 Base teórica

2.2.1 Aspectos socioculturales de la lactancia materna

La mayoría de las madres inicia la lactancia natural, aunque diversos factores sociales y culturales han influido para que se produzca una caída en el porcentaje que lacta a sus hijos por el tiempo recomendado⁷.

2.2.1.1 Aspectos sociales

Desde los inicios de la humanidad, los bebés son amamantados, pero con el tiempo y la incorporación de la mujer al mundo laboral, los cambios en la alimentación infantil con interés económico de grandes industrias productoras de sucedáneos de leche materna, unido a prácticas rutinarias de los servicios de hospitalización neonatal han conllevado a la disminución y abandono de este acto natural, a pesar de sus innumerables beneficios. Recuperar la adhesión a la lactancia materna representa un gran desafío para el personal de salud y mucho más para enfermería, que desde las unidades neonatales, tiene que promocionar el amamantamiento, que en la actualidad sigue constituyendo un tema de salud pública⁷.

En este sentido, en la construcción social de la lactancia materna desde la perspectiva de la madre adolescente, interviene no solo la relación sujeto – objeto, pues intervienen otros sujetos con quienes interactúa y que pertenecen al entorno próximo o lejano donde destaca la familia, amigos, medios de comunicación, personal de salud, mujeres que comparten la misma experiencia de amamantar y la sociedad en general. La representación social sobre la lactancia materna se encuentra en continuo cambio por lo dinámico de las interrelaciones, donde las adolescentes, influenciadas por otros, construyen diversas imágenes, figuras sobre la leche humana que las conducen a adoptar diversas actitudes y comportamientos, en los cuales la cultura, creencias, valores, la historia misma de la sociedad también intervienen⁷.

Afirma que las representaciones sociales son una forma de conocimiento socialmente elaborada y compartida, que permiten la construcción de una realidad común; es este conocimiento el que se constituye a partir de las experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que se reciben y transmiten a través de la tradición, educación y la comunicación social, donde la adolescente va elaborando y anclando diversos conceptos y comportamientos en torno a la lactancia, incluso antes de convertirse en madre y que se van modificando con el transcurrir del tiempo⁷. Entre estos aspectos tenemos:

- **Estado civil:** Son situaciones o condiciones jurídicas en las que se encuentran las madres dentro de la sociedad.

Madre soltera: mujer que tiene hijos sin estar casada y que en muchos casos decide llevar a cabo la crianza de los hijos y el manejo del hogar sin la compañía o apoyo de una pareja.

Casada: es el estado civil que adquiere la mujer en el momento que contrae matrimonio.

Divorciada: es el estado en el cual se rompe el vínculo matrimonial.

Viuda: es el estado de haber perdido al cónyuge por fallecimiento²³.

- **Edad Materna:** La mayoría de los autores coinciden en que durante los 20 a 34 años de edad es la etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social y está mejor preparada para la procreación, lo que no ocurre en las edades extremas de la vida. Estudios recientes reportan que las madres que menos lactan fueron las mayores de 35 años seguidas de las adolescentes. Existe general tendencia de no practicar la lactancia materna o practicarla por períodos cortos en las madres más jóvenes. La poca preparación y la inmadurez propia de esta etapa, muchas veces determinan el abandono precoz de la misma. A medida que avanza la edad, la mujer va tomando conciencia de su rol de madre y aumentan las posibilidades de prolongar la lactancia materna exclusiva. La lactancia materna en la adolescente es un aspecto que tiene vital importancia en la reducción del riesgo que sufre potencialmente su hijo¹⁹.

- **Reincorporación de la madre a su trabajo:** la vuelta al trabajo es perfectamente incompatible con el mantenimiento de la lactancia materna, incluso con la lactancia materna exclusiva²³.

- **Reincorporación de la madre a sus estudios:** Las madres adolescentes también tienen derecho a continuar con su rol de estudiantes.

- **Nuevos valores sociales:** a menudo se considera a la lactancia materna como anticuada, signo de atraso o como una vulgar práctica campesina. El biberón se ha convertido en un signo de posición social²³.

- **Problemas conyugales:** si la pareja no es participativo y comprensivo, desde el comienzo del embarazo y no se compromete con el proceso de crianza de su hijo puede llegar a hacer exigencias a la mujer, que harán disminuir o suspender la lactancia para satisfacerlo (labores domésticas, sociales, laborales, y sexuales)²⁴.

- **Autoimagen y sexualidad:** existe un grupo de mujeres que están dispuestas a sacrificar la lactancia en beneficio de su estética, muchas mujeres temen que la lactancia arruine la figura del pecho, muchas mujeres se avergüenzan de amamantar en público²³.

2.2.1.2 Aspectos culturales

La cultura juega un papel importante en el amamantamiento esto porque las mujeres se ven influenciadas por las prácticas y mitos de la misma. En algunas culturas se considera que una buena madre es la que amamanta a su hijo desde muy temprana edad, esto porque según algunos la lactancia al pecho es una práctica naturalizada propia de cada mujer²⁵.

La práctica de la lactancia materna y su significado está impregnado por las creencias, costumbres, mitos, valores que regulan y modelan la conducta de las madres adolescentes, además de la influencia del entorno en que se desarrolla; podemos considerar que estas jóvenes madres van construyendo y reconstruyendo significados alrededor de esta práctica natural, que determinan su decisión de amamantar o no. Por ello se puede afirmar que, la representación social de la lactancia materna se objetiva a partir de lo que la adolescente experimenta en su relación con quienes la rodean y de ideas socialmente preconcebidas, que le permiten elaborar una imagen, de valorización positiva o negativa respecto al amamantamiento⁷.

2.2.1.2.1 Principales creencias y su manejo adecuado en relación a la lactancia materna

- Referente al calostro: Opinan que el calostro es malo y que le haría mal al niño porque no es leche fresca. Es fundamental dar a conocer los grandes beneficios que le

proporciona el calostro al recién nacido, tanto nutricionales como de protección contra enfermedades al que está expuesto cuando viene al mundo.

- Uso de agüitas para calmar la sed, para los gases o estreñimiento en el bebé: Debe explicarse a la madre que esto no es necesario por las características de su leche; que el 80% de su composición es agua y alertarla sobre el peligro de infecciones por líquidos y/o biberones contaminados. Explicarle también que al introducir suplementos disminuye la succión y el estímulo que favorece la mejor producción de la leche.

- El enfriamiento de la leche materna por el acto de lavar ropa, lo que ocasionaría cólicos o malestar al niño: Indicar a la madre que la leche sale a su temperatura corporal que oscila entre 36.5° a 37° centígrados; por lo tanto no existe ningún riesgo de enfermar al niño. Si el caso lo requiere se puede tomar una bebida caliente antes de lactar al bebé.

- La cólera o estado de ánimo de la madre, altera la leche materna provocando cólicos o malestar al niño: Se debe informar que el recién nacido es un ser muy perceptivo y puede sentir la influencia del estado de ánimo materno, a través de su trato o cuidados, pero que la leche materna no altera su valor o calidad por esta causa.

- La ingesta de determinados líquidos o alimentos y su relación con una mayor producción de leche: Debe recomendarse a la madre que es importante que tome la cantidad de líquidos suficientes para calmar la sed, enfatizando que el único estímulo para una mejor producción de la leche lo constituye la succión frecuente.

- Las características de las deposiciones y su relación con la leche materna: muchas madres, especialmente las de mayor grado de instrucción, creen que las deposiciones sueltas, típicas de los lactantes alimentados a pecho, son anormales y piensan que sus hijos tienen diarrea. Otras se asustan por que su hijo demora dos o tres días en defecar y asume que el niño sufre de estreñimiento. El niño alimentado con pecho exclusivamente puede hacer deposiciones cada vez que su madre lo lacta y existen niños que demoran varios

días en hacer deposiciones. Lo importante es resaltar que la deposición típica es amarilla, suelta y, a veces, líquida y ruidosa.

- La relación entre la flatulencia y/o estreñimiento materno y el temor a transmitir estos problemas al lactante: La causa más frecuente de flatulencia en el recién nacido es una inadecuada técnica de lactancia o un periodo de llanto largo, en el cual el lactante ingiere mucho aire. Asimismo la flatulencia y el estreñimiento no se transmiten a través de la leche materna.

- Enfermedad materna y la posibilidad de contagiar al lactante por medio de la leche: La presencia de enfermedades en la madre puede ser causa de angustia en ella y su entorno familiar por la creencia que el recién nacido se contagiará por medio de la leche materna. La madre durante esta etapa produce anticuerpos que van a pasar a través de la leche y protegerán e inmunizarán al niño de la enfermedad que está padeciendo la madre²⁶.

2.2.2 Actitud

Forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. La actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado. Existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas.

La actitud engloba un conjunto de creencias, todas ellas relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación. Las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación son muy numerosas, pero son las formas comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada²⁷.

2.2.2.1 Tipos de actitudes:

Actitudes positivas: Se manifiesta en predisposiciones efectivas acordes a las circunstancias, son propias de quienes viven las dificultades como problemas a resolver, buscando la salida más eficaz posible.

Actitudes negativas: Están en relación a un desacuerdo con las experiencias, las mantienen quienes perciben las dificultades como amenazas, quienes cierran las puertas a las soluciones, se enclaustran en lo dramático y ven sobre todo, la dificultad²⁸.

2.2.2.2 Componentes de las actitudes:

Componente cognitivo: Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la orientación del mismo.

Componente afectivo: Son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto el cual puede experimentar distintas experiencias con el objeto, éstas pueden ser positivas o negativas.

Componente de conducta: Son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto. Es cuando surge una verdadera asociación entre el objeto y sujeto.

Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de inferirse a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto²⁸.

2.2.3 Aspectos generales de la lactancia materna

Lactancia materna: Es la forma natural de alimentación de la especie humana que proporciona al recién nacido, el alimento ideal para su crecimiento y desarrollo, además de ejercer una influencia biológica y afectiva inigualable, tanto en el niño como en su madre²⁹.

La lactancia materna exclusiva: Es fundamental para la supervivencia y buen desarrollo del recién nacido, provee de nutrientes adecuados para la niña o niño durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados, como agua o

jugos. La leche materna está libre de contaminantes y gérmenes, e inmuniza al recién nacido de una serie de enfermedades¹¹.

2.2.3.1 Composición de la leche humana madura

La leche no es simplemente un líquido, es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que este crece y se desarrolla.

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

Proteínas: La proteína de la leche humana se distribuyen: 40% caseína y 60% proteínas del suero.

Hidratos de carbono: El carbohidrato más importante de la leche es la lactosa, el cual es sintetizado en la glándula mamaria a partir de la glucosa. Además la leche humana contiene cantidades mínimas de glucosa, oligosacáridos y glicoproteínas.

Grasas: Constituyen el elemento más variable de la leche, ya que se modifica su concentración no solo durante el día, sino también durante la misma mamada, siendo sus valores bajos al principio y mayores al final de la misma.

Minerales: En general es bajo el aporte de minerales, favoreciendo al riñón inmaduro del lactante al aportar una menor carga renal de solutos, dada por el aporte proteico y de electrolitos como el sodio, el cloro y el potasio.

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

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.

a) **Vitamina A:** La concentración de vitamina A en la leche materna es mayor que en la leche de vaca. En el calostro es el doble que en la leche madura.

b) **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.

c) **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.

d) **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.

Vitaminas hidrosolubles En estas vitaminas pueden ocurrir variaciones dependiendo de la dieta materna. Los niveles son más altos en las madres bien nutridas³⁰.

2.2.3.2 Tipos de lactancia materna

- **Lactancia materna exclusiva:** Ningún otro alimento o bebida ni aun agua es ofrecido al lactante, por lo menos los primeros cuatro a seis meses de vida. Se permite que el lactante reciba gotas de hierro, vitaminas u otro medicamento necesario.

- **Lactancia materna predominante:** significa que la fuente principal de nutrimentos es la leche humana pero el lactante ha recibido agua o bebidas a base de agua, jugos de frutas o electrolitos orales.

- **Lactancia materna parcial:** Se ofrece al menos un biberón con algún sucedáneo de la leche materna.

- **Lactancia materna simbólica:** Usada como consuelo o confort, son periodos cortos y ocasionales de menos de 15 minutos al día²⁹.

2.2.3.3 Tipos de leche materna

El calostro: Es la secreción de la leche que está presente en los primeros cinco días post-parto, y se caracteriza por una mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa y grasa dando lugar a un aporte energético menor comparado con la leche madura. Es una secreción amarillenta por su alto contenido de carotenos. Una buena parte de las proteínas presentes en el calostro son: inmunoglobulinas, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos bifidus, etc.; que forman parte de los aspectos inmunológicos de la leche humana. Su volumen puede variar entre 2 y 20 mL en los tres primeros días hasta 580 mL para el sexto día.

Leche de transición: Se produce entre el séptimo y décimo día y sufre modificaciones progresivas hasta alcanzar las características de la leche madura. Ocurre un incremento progresivo de lactosa y disminución de las grasas y proteínas, el volumen alcanzado hacia el 15^{to} día puede llegar a 660 mL/d.

Leche madura: A partir de los 15 días y puede continuar por más de 15 meses, sin reporte de pérdida de sus propiedades nutrimentales. Se produce en promedio 750 mL/d pero puede llegar hasta 1200 mL/d o incluso más cuando se amamanta a más de un hijo²⁹.

2.2.3.4 Beneficios de la lactancia materna exclusiva

La lactancia materna presenta una serie de beneficios que deben tenerse en cuenta para motivar a las madres al amamantamiento y así brindar al niño una mejor calidad de vida, salud física y emocional. Igualmente ofrece ventajas para las madres y el núcleo familiar que se mencionan a continuación:

Para la madre

- Favorece la involución uterina por acción de la oxitocina, previniendo la hemorragia post parto.
- Ayuda a la recuperación de la figura corporal.
- Se presenta menor incidencia de cáncer mamario, ovárico y uterino.
- Favorece el espaciamiento de las gestaciones si se lleva a cabo la lactancia materna exclusiva, a libre demanda (día y noche) y se mantiene en amenorrea. Si se cumplen estas condiciones la lactancia natural confiere más del 98% de protección de un nuevo embarazo durante los primeros cuatro meses del puerperio.
- Favorece la relación madre - hijo, ayudando a establecer un estrecho vínculo afectivo.
- Favorece los sentimientos de plenitud y su realización como madre.
- Desde el punto de vista psicológico se culmina el "Cielo sexual", iniciado con el desarrollo y maduración de los órganos sexuales y la menarquía.
- No se incrementan los gastos de la canasta familiar y los de salud, que repercuten en la economía del estado.
- Tiene menos riesgo de sufrir osteoporosis.

Para el niño

- Superioridad nutricional: Se adapta a las necesidades específicas del lactante, aporta los nutrientes necesarios tanto en cantidad como en calidad para proporcionar al niño un adecuado crecimiento y desarrollo.
- Disponibilidad inmediata y temperatura ideal.
- Favorece la maduración del sistema nervioso central.
- Apoyo inmunológico específico que da protección pasiva, pues la madre le transfiere inmunidad activa a través de la Inmunoglobulina A y de los demás componentes.
- Ausencia de la agresión físico - química y antigénica, es decir no produce procesos alérgicos ni irritación de la mucosa, por ser un fluido corporal y porque los nutrientes están adaptados a sus necesidades.
- Interviene en la maduración del tubo digestivo a través de elementos como la Inmunoglobulina A.
- Facilita el vínculo psico - afectivo madre - hijo.

- Desarrollo de su aparato motor - oral estableciendo patrones de succión y deglución, que intervienen en las habilidades posteriores de alimentación y lenguaje.
- Previene la malnutrición (desnutrición y obesidad)
- Disminuye la incidencia de diarrea y de infecciones respiratorias de alta biodisponibilidad.
- Presentan cocientes intelectuales más altos.
- La leche materna posee factores contra las amebas, giardia, cólera y moniliasis e interferón que protege contra infecciones por virus.
- Disminuye la incidencia de caries dental.

Para la familia

- Es más económica ya que la alimentación de un niño de 6 meses con leche de fórmula puede costar la mitad de un salario mínimo mensual.
- Está siempre lista, no requiere preparación.
- Está siempre a la temperatura ideal.
- Es estéril por lo que no hay peligro de contaminación.
- Favorece la alimentación nocturna.

Para la sociedad

- Mejora la supervivencia infantil: en el mundo en desarrollo, los niños que no son amamantados corren un riesgo de muerte entre diez y quince veces mayor durante los tres y cuatro primeros meses de vida.
- Permite conservar recursos naturales al evitar el uso de materiales para el almacenamiento y conservación de los sucedáneos de leche, como cartón y vidrio; así como de caucho utilizado para las tetinas.
- Ahorro de recursos humanos y materiales ya que los hospitales no tienen que malgastarlos para alimentar a los bebés artificialmente para combatir las enfermedades e infecciones que causa este método²⁹.

2.2.3.5 Producción de la leche materna

La leche materna se produce como resultado de la acción conjunta de hormonas y reflejos los cuales pueden ser inhibidos por diversas situaciones emocionales de la madre³¹.

2.2.3.6 Las hormonas de la lactancia

La hipófisis una glándula en la base del cerebro, fabrica la oxitocina y la prolactina en respuesta a un reflejo neuroendocrino.

- La prolactina: Los niveles de prolactina son muy bajos en el embarazo, aumentan progresivamente a partir del primer trimestre de gestación pero no se produce leche porque la progesterona y los estrógenos producidos por la placenta inhiben la acción de la prolactina. Después del parto los niveles de prolactina se mantienen altos durante meses, pero si la madre no da el pecho, vuelven a bajar en un par de semanas. El nivel de prolactina es alto durante muchos meses pero sube mucho más multiplicándose por diez o veinte cada vez que el niño mama. Estos picos de prolactina solo se producen en respuesta a la estimulación del pecho, después de la succión el nivel de prolactina baja lentamente en tres o dos horas hasta llegar al nivel basal. Al mamar más a menudo se produce un espectacular aumento de la secreción de prolactina, y por lo tanto de la cantidad de leche.

- La oxitocina: Es la hormona que se libera durante el orgasmo, durante el parto y cada vez que el niño mama, su principal efecto es la contracción de varias de las fibras musculares: las del útero, de la vagina, las que rodean a los acinos mamarios, y las que hay debajo del pezón y la areola. Además de producir contracción en varias fibras musculares, la oxitocina afecta a la conducta; al comienzo de la lactancia, la mayor parte de las madres notan la acción de la oxitocina, una especie de contracción u hormigueo en el pecho, la sensación de que la leche ya viene; el cual es el reflejo de eyección que ha recibido varios nombres populares como: el apoyo, la apoyadura, el golpe de la leche, la crecida de la leche, la bajada de leche³¹.

2.2.3.7 La posición, clave del éxito

El niño no chupa el pecho; sino que lo ordeña o exprime apretando con la lengua los senos galactóforos en los que se ha acumulado la leche por efecto de la oxitocina. Para poder mamar, por tanto, hace falta que los senos galactóforos estén dentro de la boca, y que la lengua esté debajo.

Se han hecho ecografías de la boca de un niño mientras mama, lo cual muestra que la areola se alarga y ocupa, junto con el pezón, toda la cavidad bucal. La punta de la lengua está sobre las encías, a veces incluso sobre el labio inferior, por debajo de la areola. La lengua se mueve hacia arriba y luego hacia atrás, exprimiendo así la leche acumulada en los conductos. En realidad la lengua no se desplaza físicamente, sino que una onda de presión la recorre desde la punta hasta la base. A medida que la onda de presión se desplaza hacia el pezón, los conductos quedan vacíos y por lo tanto en su interior es muy baja. Como la presión de los acinos mamarios es alta (por efecto de la oxitocina), la leche vuelve a llenar los senos galactóforos, para que la lengua lo pueda volver a exprimir. Tras uno o varios movimientos de la lengua, se acumula en la garganta suficiente cantidad de leche para desencadenar el reflejo de deglución y el bebé traga³¹.

2.2.3.8 Velocidad de la producción de la leche.

La velocidad con la que la leche se produce entre cada mamada no es constante. Durante las primeras dos horas después de la mamada se produce cerca del 70% de la leche y luego disminuye la velocidad de producción. Por esta razón, si es que se quiere aumentar la cantidad de leche que recibe el niño, éste debe mamar más seguido. Cada binomio madre-hijo tiene su propia dinámica de amamantamiento, de manera que no se pueden dar pautas rígidas en cuanto a la duración de las mamadas. Cuando se ha ajustado la producción de la leche a las demandas del niño, éstas pueden ser de dos a veinte minutos por lado. Las mamadas se van haciendo más cortas a medida que el niño mama más eficientemente.

La madre que amamanta tranquila y sin dificultades, adquiere muy pronto la capacidad para interpretar los signos que indican que una mamada es suficiente. En cada mamada el

niño debe recibir los dos tipos de leche de cada pecho: la leche inicial con más contenido de lactosa y agua, y la leche final, con contenido de grasa y mayor concentración².

2.2.3.9 Técnicas exitosas para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva

Se puede decir con toda seguridad que el éxito de la lactancia depende principalmente de una correcta técnica de amamantamiento. Si el niño es amamantado correctamente:

- Genera la producción de leche en la glándula mamaria a través del estímulo de la succión en la areola y el pezón.
- Extrae la leche suficiente en calidad y cantidad para satisfacer su hambre y su necesidad de chupar.
- Satisface todas las necesidades nutricionales, con un mínimo de desgaste metabólico.
- No provoca molestias en la madre y ella siente verdadero placer de amamantar a su hijo.
- Satisface emocionalmente tanto a la madre como al niño²⁶.

2.2.3.10 Requisitos básicos para un buen amamantamiento

1. Buena disposición y confianza en la madre en su capacidad de amamantar, la cual se refuerza si ella encuentra en el personal de salud demostración de interés para apoyar y facilitar la práctica de la lactancia materna, no como una alternativa, sino como una forma naturalmente dispuesta para alimentar al niño.

2. Usar una adecuada técnica de amamantamiento, en la que se considera:

- Correcta posición de la madre.
- Correcta ubicación del niño con respecto al cuerpo de la madre.
- Correcta adhesión y acoplamiento de la boca del niño, al pecho de la madre.
- Frecuencia de las mamadas según demanda del niño.
- Duración de las mamadas, que aseguren la extracción de la leche inicial y la leche final²⁴.

2.2.3.11 Algunas posiciones para amamantar

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

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

- Posición semisentada: Coloque la cama en posición semifowler, sostenga la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre. Es posición se utiliza cuando hay heridas abdominales (cesárea).

- Posición acostada: Si la madre esta acostada en decúbito lateral, utilice almohadas que le den apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones que puedan afectar la lactancia, también coloque almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebé²⁹.

2.2.3.12 Frecuencia de las mamadas

Debe darse de amamantar a libre demanda. Es el bebé quien regula la frecuencia de las mamadas de acuerdo a la necesidad que tiene de recibir alimento e hidratarse.

Durante los primeros días, el vaciamiento gástrico se produce más o menos cada 1,5 horas y con esa frecuencia el niño necesita recibir alimento y agua. Esto debe explicarse bien a las madres ya que muchas veces esta demanda frecuente es interpretada como que la leche materna no es suficiente y que necesita suplemento y como este se digiere lentamente mantendrá al niño satisfecho por más tiempo. Hasta que se ajuste el proceso

de producción a la demanda del niño, durante las primeras semanas, la madre tendrá que amamantar frecuentemente²⁶.

2.2.4 Vínculo afectivo madre/hijo

El niño en su desarrollo intenta a través de su comportamiento estar cerca de la madre, utilizando conducta como succionar, sonreír, llorar y aferrarse. Esta búsqueda y necesidad de cercanía de la madre, con respecto al niño, se conoce como conducta de apego y la conducta de la madre que intenta mantener al hijo cerca se denomina conducta de atención. La conducta de ambos, que se dirige a buscar y mantener la proximidad de uno con el otro se llama conducta afectiva.

El apego puede variar de una adolescente a otra, de un día a otro, de una hora a otra, dependiendo de variables, como: el hambre, la fatiga, el estado emocional y psicosocial de la adolescente, influyendo la situación específica del momento en el amamantamiento. Siendo importante destacar que es un momento donde debe estar acompañado de profundo sentimiento, donde se estimula el amor en el niño y se vinculan valores que desarrollarán confianza, y esta conducta de apego, dará lugar a conductas intelectuales, formación de conceptos, el relacionarse con otras personas, es decir madre/ hijo/a, experimentarán una relación afectuosa, íntima y continua en cada mamada en que ambos sientan satisfacción y gozo, siendo uno de los beneficios importantes en la lactancia materna, con la calidez que se proporciona en el amamantamiento, demostrando la seguridad que transmiten los brazos maternos.

Las ciencias biológicas nos indican que es la primera hora que sigue al nacimiento la que conforma todo un período crítico que influye en el desarrollar la capacidad de amar. Un vínculo seguro entre la madre y el niño durante la infancia influye en su capacidad para establecer relaciones sanas a lo largo de su vida, cuando los primeros vínculos son fuertes y seguros la persona es capaz de establecer un buen ajuste social, por el contrario la separación emocional con la madre, la ausencia de afecto y cuidado puede provocar en el hijo una personalidad poco afectiva o desinterés social; la baja autoestima, la vulnerabilidad al estrés y los problemas en las relaciones sociales están asociados con vínculos poco sólidos. Si las experiencias de vínculo han sido negativas y graves, el ser humano es más propenso a desarrollar trastornos psicopatológicos. Son las interacciones

madre-niño las que influyen en el desarrollo socio-emocional y en la conducta actual y futura del menor.

Han sido numerosos los estudios realizados que verifican que el desarrollo del cerebro está directamente vinculado a ser afectado por las relaciones tempranas del bebé, que establece con sus padres, ya que podrían ser las bases a procurar y recibir atenciones y cuidados de otros. La creación del vínculo afectivo es una experiencia maravillosa mediante la cual, el bebé y la madre aprenden a amarse mutuamente, y comienza desde la primera mirada percibida por ambos, luego del parto, fortaleciéndose con el tiempo, siendo determinante para el desarrollo psicomotor y social del bebé. A través de la conversación, el contacto, el tacto y en busca del apoyo materno, donde los primeros años de vida, tanto del hijo como el de la madre, serán para ambos una experiencia de aprendizaje³².

2.2.5 Madre adolescente

La adolescencia es la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica, el embarazo en la adolescencia es frecuente en América Latina y se une a una madeja de situaciones complejas y conflictos del área emocional: confusión, conductas evasivas, depresión, rechazo a la maternidad, inadaptación y rechazo social, alteraciones en el comportamiento de las adolescentes, y del vínculo afectivo madre-hijo, en donde muchas veces se ve perjudicada la lactancia materna, imprescindible para su hijo.

La maternidad es uno de los hechos de la vida que planifica el ser mujer. “El rol materno, viene a completar en una máxima expresión de plenitud del “ser femenino” por excelencia. Integrando así la realización creativa desde el plano físico, emocional y espiritual”. La lactancia materna sería la puesta en marcha de esa capacidad femenina, que día a día irá entretejiendo diferentes emociones entre la madre y el hijo, componiendo una armoniosa melodía y una perfecta integración vincular. Representando

así la lactancia materna prolongada el encaje perfecto para la aceptación del rol materno.

Existen muchos factores que condicionan la aceptación del rol materno, pero los socioculturales, como la familia, el personal de salud, las instituciones educativas y el ambiente social tienen una importancia primordial. Muchas son las consecuencias emocionales que ocurren en la adolescente después del embarazo, una de ellas, y la más importante en cuanto al vínculo madre – hijo es que las mismas, son propensas a abandonar precozmente la lactancia materna, ya que, el enfrentar la realidad de que ahora hay alguien que depende de ellas, que deben cuidar, alimentar y proteger, genera un impacto emocional, y es una limitante para asumir su nuevo rol materno.

De tal manera que, estas madres, por su condición de ser muy jóvenes, pueden no estar preparadas para las tareas que impone el cuidado de sus hijos, y en tal sentido se ha encontrado que los niños de adolescentes sufren con mayor frecuencia de abusos y de enfermedades infecciosas, así como se ha observado que no se cumple para estos niños el esquema de vacunas correspondientes y no se les ofrece lactancia materna tan frecuente como a los hijos de las madres adultas³³.

2.2.6 La enfermera(o) en el fomento de la lactancia materna.

Casi todas las madres pueden amamantar a sus recién nacidos. El éxito de la lactancia depende de una adecuada integración entre madre e hijo con el apoyo del padre y la familia, asociado a un acceso a servicios de salud en etapas tempranas para actuar en forma oportuna en caso de surgir problemas relacionados con la lactancia. La promoción de la lactancia materna exige la motivación, capacitación y labor coordinada de muchas personas. Sin embargo, ya que su éxito depende más de la instrucción y el apoyo ofrecidos a las madres que de cuidados de tipo curativo, constituye un campo ideal para la intervención del personal de enfermería, cuya labor dirigente en este sentido puede asegurar el impacto perdurable de los programas de promoción. El personal de enfermería es el que tiene más contacto con la madre durante los momentos críticos es

decir prenatal y posparto y, por lo tanto, desempeña un papel importantísimo en el inicio y la continuación de la lactancia natural²⁹.

2.3 Hipótesis de la investigación

Los aspectos socioculturales influyen en las actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morro Solar de la ciudad de Jaén

2.4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	INSTRUMENTO
ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	Formas de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas	Componente Cognitivo	Conoce la composición de la leche materna	De Acuerdo Indiferente En Desacuerdo	Cuestionario
			Conoce los tipos de leche materna		
			Conoce los beneficios de la lactancia materna		
			Conoce la producción de la leche materna		
			Conoce la técnica de amamantamiento		
			Conoce las frecuencias de las mamadas		
			Conoce el vínculo afectivo madre - hijo durante la lactancia materna		
		Componente Afectivo	Dialogo con mi bebé mientras lo amamanto	De Acuerdo Indiferente En Desacuerdo	Cuestionario
			Brindo la lactancia materna con amor		
			Poseo buena disposición y confianza para amamantar		
			Siento un vínculo más estrecho con mi bebé cuando amamanta		
		Componente Conductual	Doy de lactar a pesar de tener dolor en los pezones	De Acuerdo Indiferente En Desacuerdo	Cuestionario
			Dispongo de un lugar adecuado para amamantar		
			Brindo lactancia materna sin importar lo que digan los demás		
			Uso una adecuada técnica de amamantamiento		

ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA LACTANCIA MATERNA	Creencias en relación a la lactancia materna	Sociales	Estado civil	Soltera	Cuestionario	
				Casada		
				Divorciada		
				Viuda		
			Edad materna	Años cumplidos		
			Reincorporación de la madre a su trabajo	Si / No		
			Reincorporación de la madre a sus estudios	Si / No		
			Nuevos valores sociales	Anticuada		
				Signo de atraso		
		Vulgar practica campesina				
		Autoimagen y sexualidad	Si / No			
		Culturales	El calostro es malo y causa daño al niño por que no es leche fresca	De Acuerdo		
			Es bueno el uso de agüitas para calmar la sed, gases o estreñimiento en el niño			
			El enfriamiento de la leche materna por el acto de lavar ropa ocasionaría cólicos o malestar en el niño			Indiferente
			El estado de ánimo de la madre altera la leche materna			En Desacuerdo
			Ingerir determinados líquidos o alimentos tienen relación con una mayor producción de leche			
		Hay alguna relación entre las características de las deposiciones con la leche materna				

			La flatulencia y/o estreñimiento materno puede transmitir problemas al lactante		
			Hay posibilidad de contagiar al lactante de una enfermedad materna por medio de la leche		

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de estudio

La investigación es de tipo correlacional – descriptivo, porque mide el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables en un contexto en particular y describe datos y características de la población de estudio. El diseño empleado durante el proceso de investigación fue de diseño transversal ya que permite analizar los hechos en un momento determinado.

3.2 Población de estudio

La población estuvo formada por un total de 30 madres adolescentes de 12 a 19 años con niños o niñas menores de 6 meses de edad, atendidas en el Centro de Salud de Morro Solar, durante los meses Enero – Junio del 2014, la cual se obtuvo mediante los datos estadísticos del Centro de Salud y del Sistema Integral de Salud.

3.3 Criterios de inclusión y exclusión:

Los criterios de inclusión fueron:

- Madres adolescentes de mayores de 19 años de edad, con niños mayores de 6 meses, que no son atendidas en el Centro de Salud Morro Solar y que acepten participar en el estudio.

Los criterios de inclusión fueron:

- Madres adolescentes de 12 a 19 años de edad, con niños menores de 6 meses, atendidas en el Centro de Salud Morro Solar y que no acepten participar en el estudio.

3.4 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las madres adolescentes con niños menores de seis meses, atendidas en el Centro de Salud Morro Solar- Jaén, entre los meses Enero- Junio del 2014.

3.5 Muestra

La muestra estuvo formada por las 30 madres adolescentes de 12 a 19 años con niños o niñas menores de 6 meses de edad, que fueron atendidas en el Centro de Salud de Morro Solar, durante los meses Enero – Junio del 2014.

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se realizó durante el mes de Julio de 2014, previo permiso concedido por el establecimiento de salud, en el servicio de AINS y la aceptación de las participantes.

Luego de haber explicado el propósito del estudio e informado sobre los datos a recolectar, se utilizó como técnica la encuesta, y como instrumento un cuestionario que fue aplicado por la investigadora, el cual estuvo elaborado con preguntas diseñadas para cumplir con los objetivos propuestos en esta investigación. Las actitudes de las madres adolescentes sobre la lactancia materna exclusiva se medirán según la escala de Likert (acuerdo, indiferente, desacuerdo), en función de las respuestas, a las preguntas elaboradas en el cuestionario, a excepción de algunos ítems elaborados en los aspectos sociales los cuales serán evaluados según la escala nominal (sí/no).

Se considera una actitud positiva cuando la respuesta sea: De acuerdo.

Se considera una actitud negativa cuando la respuesta sea: indiferente y desacuerdo.

La validez del instrumento se determinó mediante la evaluación de expertos (psicóloga y enfermera) además se aplicó la prueba piloto a 10 madres con características semejantes a las de la muestra. Se verificó la confiabilidad del mismo mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach.

3.7 Procesamiento y análisis de los datos

La información obtenida se sometió a un proceso de revisión manual a fin de eliminar la información errónea, asimismo se codificó y almacenó en un sistema computarizado

utilizando el software estadístico SPSS 21.0; además de la prueba estadística ANOVA para contrastar la hipótesis, y el procesamiento de datos culminó con la presentación de resultados en tablas y gráficos correspondientes.

3.8 Consideraciones éticas

En el estudio se consideraron los siguientes aspectos éticos que hacen énfasis en la seguridad y protección de la identidad de las participantes.

- Confidencialidad: Se refiere al anonimato en la identidad de las personas participantes en el estudio.

- Autonomía: Establece que en el ámbito de la investigación la prioridad es la toma de decisiones de los valores, criterios y preferencias de la población en estudio, además tendrán la opción de participar o no en el estudio o de abandonarlo en cualquier momento que lo deseen.

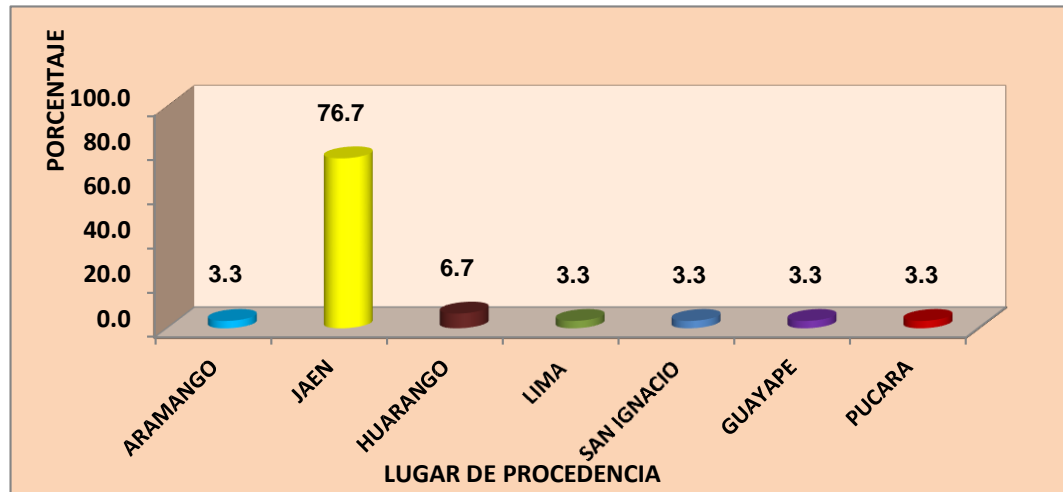
- Beneficencia: Se refiere al bien obtenido derivado de su participación y a los riesgos a los que se somete en relación con el beneficio social, potencial de la investigación.

- Consentimiento informado: Su finalidad es asegurar que los individuos participen en la investigación propuesta solo cuando esta es compatible con sus valores, intereses y preferencias. Se relaciona directamente con el respeto a las personas y a sus decisiones autónomas, debiéndose tener especial precaución en la protección de grupos vulnerables.

CAPÍTULO IV

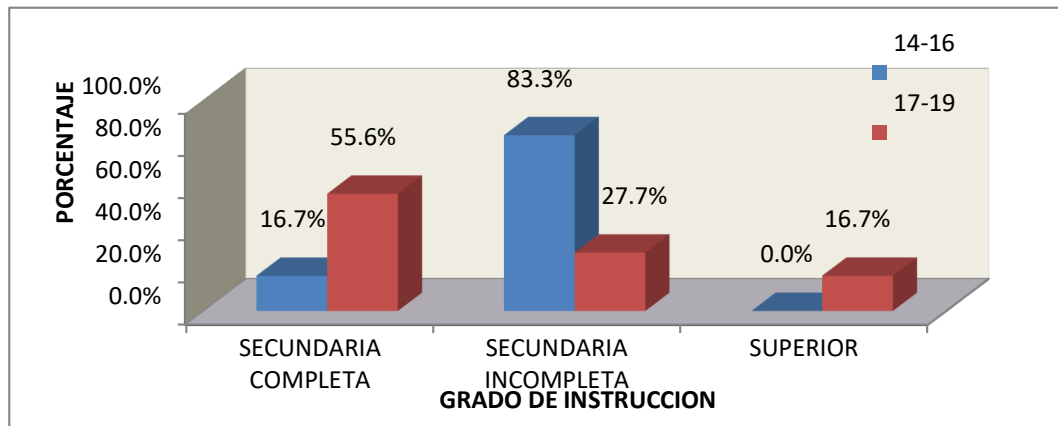
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Gráfico 1. Procedencia de las madres adolescentes - Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.



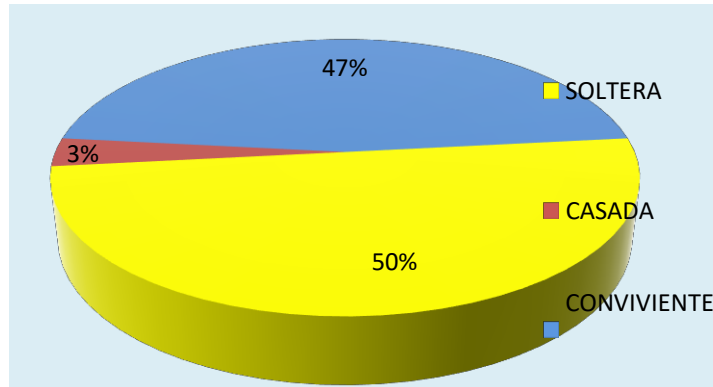
En el 2012, el 19,3% de la población total en el Perú son adolescentes. La mayor proporción de esta población adolescente vive en zona urbana con un 65% y el 35% en zona rural¹³. En el cuadro se puede observar el lugar de procedencia de las madres adolescentes en este estudio perteneciendo a la ciudad de Jaén un 76,7%, por lo consiguiente los lugares como: Aramango, Lima, San Ignacio, Guayape y Pucara representan el 3,3%, concluyendo así que el mayor porcentaje de esta población adolescente vive en zona urbana.

Gráfico 2. Grado de instrucción según la edad de madres adolescentes - Centro de Salud. Morro Solar, Jaén – Julio 2014.



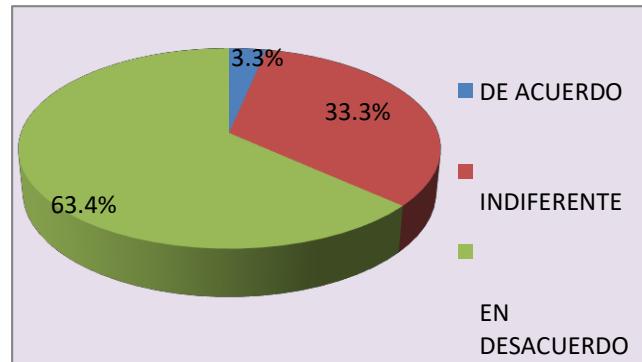
Al momento de la encuesta; las madres adolescentes entre las edades de 14 a 16 años, respecto al grado de nivel secundaria incompleta representa el 83,3%; las madres comprendidas entre 17 a 19 años con nivel de secundaria completa representa el 55,6% y las madres de 17 a 19 años con nivel de superior del 16,7 %, esto implica que no lograron a seguir estudiando la carrera superior completa. Estos resultados afirman, que existe una gran probabilidad que una madre adolescente no termine su educación secundaria y por ende un grado de educación superior, lo cual influye en la adquisición de nuevos conocimientos y conductas. Estos resultados difieren con el estudio realizado por Mengole T; Iannacone J, en el año 2009; en cuanto a la edades ya que ellos encontraron un mayor porcentaje entre los 14 y 16 años que corresponden a la adolescencia intermedia, pero hay una similitud en cuanto al grado de instrucción ya que representan el mayor porcentaje las madres adolescentes con secundaria incompleta²¹.

Gráfico 3. Estado civil de las madres adolescentes - Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.



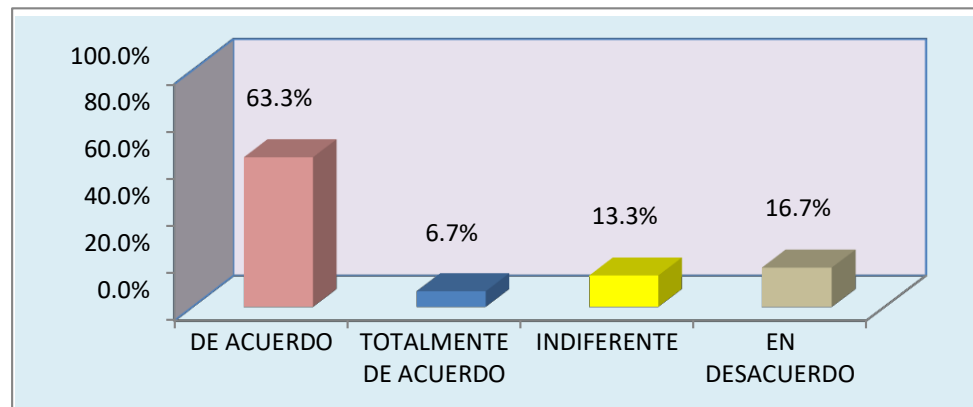
El mayor porcentaje en cuanto al estado civil de las madres adolescentes entrevistadas es: solteras el 50%, convivientes el 47% y casadas el 3%. Estos resultados tienen similitud con el estudio realizado por Mengole T; Iannacone J, en el año 2009; donde afirman que las gestantes adolescentes vivían con sus padres y hermanos²¹. Generalmente el padre del bebe no asume su responsabilidad y la madre adolescente vive y depende económicamente de sus padres y/o familiares, lo cual se les hace difícil poder afrontar esta situación debido a su corta edad, influyendo así en sus actitudes frente a la lactancia materna.

Gráfico 4. El calostro causa daño al niño según las madres adolescentes. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.



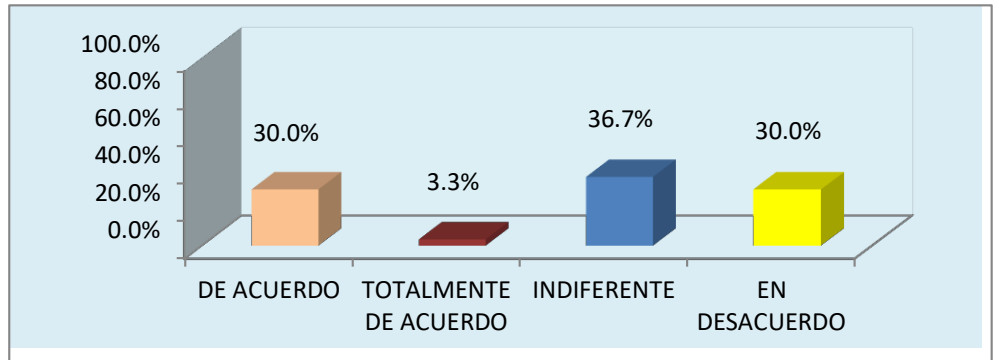
Se observa que un 63,4% de madres adolescentes están en desacuerdo que el calostro causa daño al niño; pero también se muestra un porcentaje considerable de 33,3% de las cuales respondieron no tener conocimiento sobre el calostro. Algunas madres opinan que el calostro causaría daño al niño porque no es leche fresca, por ello es fundamental dar a conocer los grandes beneficios que este proporciona al recién nacido²⁶. Este resultado tiene una similitud con el estudio realizado por Del Carpio J; en el año 2014 donde solo el 6% refieren que la primera leche materna es transparente y puede ser dañina para los bebés²².

Gráfico 5. Necesidad de agua durante lactancia materna. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.



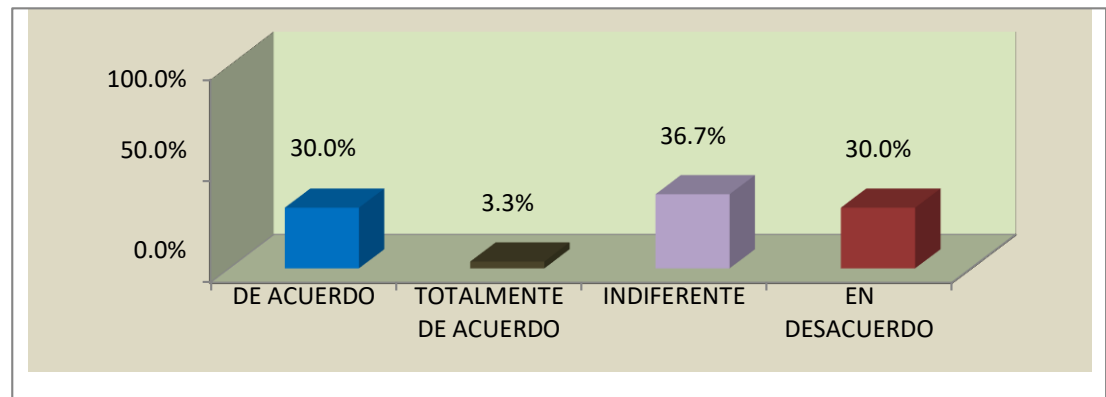
Se aprecia que un 63,3% de madres adolescentes consideran que si es bueno darles agüita a los niños para calmar la sed, los gases o estreñimiento, y un 16,7% quienes opinan lo contrario, por ello es necesario educar a las madres en este tema. Estos resultados se asemejan a un estudio acerca de los conocimientos de futuras madres sobre lactancia materna y sus ventajas teniendo como resultado que más de la mitad de las madres respondieron que es necesario ofrecer agua al niño que lacta¹⁷. Además del estudio realizado por Del Carpio J; en el año 2014 donde concluyó que el 53% de las madres adolescentes empezaron a dar alimentos líquidos (jugos, otras leches o agüitas) a sus niños antes de los 6 meses de edad²².

Gráfico 6. Labores domésticas de la madre modifican la Temperatura de leche materna.
Centro de Salud de Morro Solar, Jaén – Julio 2014.



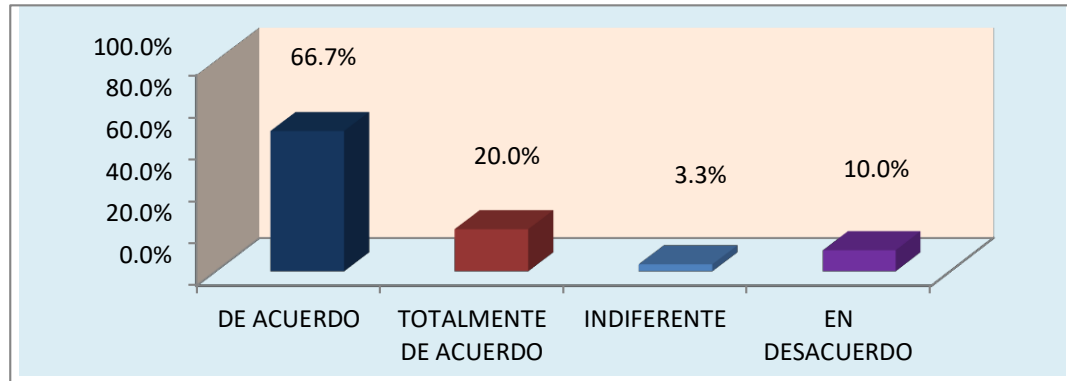
Se aprecia que un 36,7% de las madres adolescentes no tienen un conocimiento acerca de del acto de lavar ropa se enfría la leche y ocasionaría cólicos o malestar en el niño. Este resultado tiene gran diferencia con el estudio realizado por Del Carpio J; en el año 2014 donde concluye que el 84% de madres tienen “creencias” relacionadas con la lactancia y cuando están dando de lactar y lavan ropa “le pasan frio por la leche al niño, por lo que él tiene cólicos”²². Esto se debe a que son influenciadas por las prácticas de sus madres y/o abuelas quienes dicen tener experiencia en la crianza de sus hijos e inculcan a las madres adolescentes a seguir sus costumbres.

Gráfico 7. Estado de ánimo de la madre y la leche materna. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.



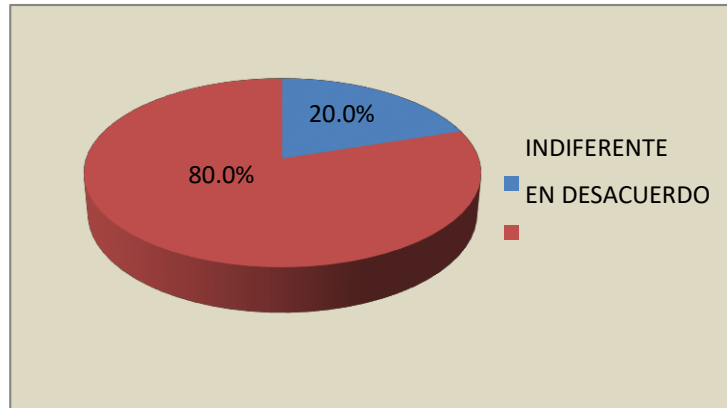
Se aprecia que un 36,7% madres adolescentes desconocen si el estado de ánimo de la madre altera la leche materna; por lo cual se debe orientar a la madre que el ser nacido es un ser muy perceptivo y puede sentir la influencia del estado de ánimo materno a través de su trato o cuidados, pero que la leche materna no altera su valor o calidad por esta causa²⁶. Este resultado tiene una diferencia con el estudio de Del Carpio J; en el año 2014 donde el 78% de las madres si refieren que “la cólera de la madre altera la leche de pecho”²².

Gráfico 8. Producción de leche en relación a la alimentación de la madre. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.



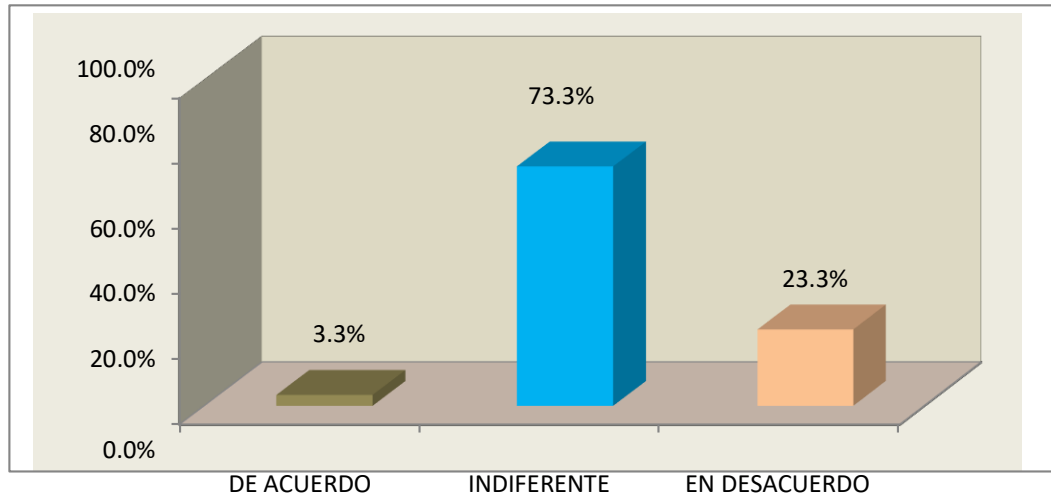
Se aprecia que un 66,7% de las madres adolescentes están de acuerdo de que si existen alimentos y líquidos que incrementan la producción de leche materna, y desconocen que el único estímulo para una mejor producción de leche lo constituye la succión frecuente y una técnica adecuada de amamantamiento, no dejando de lado su adecuada alimentación. Este resultado tiene una similitud con el estudio realizado por Del Carpio J; en el año 2014 donde concluyo que el 22% de madres adolescentes desconocen que la cantidad de leche aumenta, “sólo si la madre consume alimentos hervidos y toman abundante líquido”²².

Gráfico 9. Características de las deposiciones en el niño lactante. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.



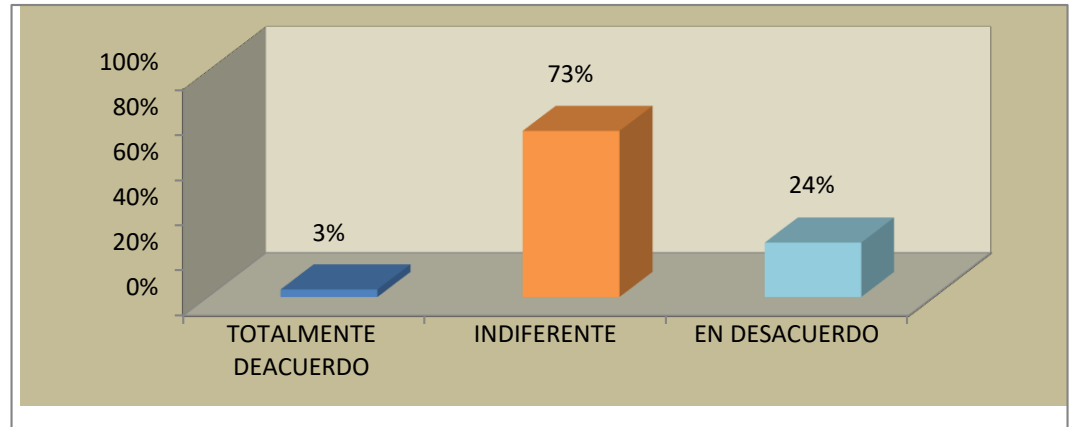
En cuanto a la relación entre las características de las deposiciones del niño con la leche materna las madres están en desacuerdo con el 80% es decir ellas no creen que la leche materna altere la composición de las deposiciones en el niño. Muchas madres especialmente las de mayor grado de instrucción creen que las deposiciones sueltas, típicas con los lactantes alimentados a pecho son anormales y piensan que sus hijos tienen diarrea. Otras se asustan porque sus hijos demoran dos o tres días en defecar y asume que el niño sufre de estreñimiento.²⁶ Por ello es importante instruir a la madre y así evitar actitudes erróneas frente a la lactancia materna.

Gráfico 10. Problemas de salud de la madre afectan al niño lactante. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.



Visualizando el gráfico se aprecia un 73,3% que las madres adolescentes desconocen si los gases o estreñimiento en la madre pueden causar daño al niño mediante la leche materna, para ello es muy importante enfatizar a la madre que la causa más frecuente de flatulencia en el recién nacido es una inadecuada técnica de amamantamiento o un periodo largo de llanto, en el cual ingiere mucho aire y evitar el temor a transmitir estos problemas al lactante²⁶. Por ello es necesario adiestrar a la madre en la técnica correcta para amamantar.

Gráfico 11. Riesgo de contagio de la madre enferma al niño lactante. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.



Analizando el gráfico se observa que las madres adolescentes desconocen que cuando la madre está enferma y le da de lactar a su niño le contagia la enfermedad con el 73%. Este resultado tiene una diferencia con el estudio de Del Carpio J; en el año 2014 donde concluyó que el 56% de madres adolescentes refieren que a través de la leche materna se puede transmitir alguna enfermedad al bebé²².

La cultura juega un papel muy importante en el amamantamiento, esto porque las mujeres se ven influenciadas por las prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven³⁰. La práctica de la lactancia materna está impregnado por la cultura: creencias, costumbres, mitos, valores que regulan y modelan la conducta de las madres adolescentes, además de la influencia del entorno en que se desarrolla²⁹.

Tabla 1. Actitudes de las madres adolescentes en relación a lactancia materna exclusiva.
 Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.

ACTITUDES	(MEDIA)	
COGNITIVO	P19	1,50
	P20	3,23
	P21	1,60
	P22	1,50
	P23	3,40
	P24	1,10
	P25	1,17
AFECTIVO	P26	2,10
	P27	2,00
	P28	2,00
	P29	2,00
CONDUCTUAL	P30	1,10
	P31	2,73
	P32	1,03
	P33	2,97
	P34	1,07

En cuanto a las actitudes sobre lactancia Materna Exclusiva se reconoce la identificación de los siguientes componentes cognitivo, afectivo y conductual, es decir cuando las madres han respondido el cuestionario en su mayoría no responden totalmente de acuerdo y de acuerdo como el valor máximo (5 y 4); pero, observando en los resultados de las medias (promedios) son menores indicando que las madres adolescentes no tienen el suficiente conocimiento sobre la importancia de lactancia materna, donde refleja la realidad del estudio de dicha investigación.

Tabla 2. Actitudes y grado de instrucción. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.

Hipótesis:

HO: $U = U$

HI: $U \neq U$

Nivel de significancia $\alpha = 0,05$

Estadística de prueba: Anova Factor

ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	F	SIG.
COGNITIVO	2,104	0,141
AFECTIVO	1,879	0,172
CONDUCTAL	3,217	0,056

Decisión: $P > 0,05$ La HO, no se rechaza; $P > 0,05$ La HO, no se rechaza; $P > 0,05$ La HO, no se rechaza.

Conclusión:

No existe diferencia entre Actitud Cognitivo de las madres según el grado de Instrucción.

No existe diferencia entre Actitud Afectivo de las madres según el grado de Instrucción.

No existe diferencia entre Actitud Conductual de las madres según el grado de Instrucción.

Tabla 3. Actitudes y estado civil. Centro de Salud Morro Solar, Jaén -Julio 2014.

Hipótesis:

HO: $\mu = \mu$

HI: $\mu \neq \mu$

Nivel de significancia $\alpha = 0,05$

Estadística de prueba: Anova Factor

ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	F	SIG.
COGNITIVO	2,100	0,142
AFECTIVO	3,487	0,045
CONDUCTAL	0,618	0,547

Decisión: $P > 0,05$ La HO, no se rechaza; $P < 0,05$ La HO, se rechaza; $P > 0,05$ La HO, no se rechaza.

Conclusión:

No existe diferencia entre Actitud Cognitivo de las madres según el Estado Civil.

Existe diferencia entre Actitud Afectivo de las madres según el Estado Civil.

No existe diferencia entre Actitud Conductual de las madres según el Estado Civil.

Tabla 4. Actitudes y la reincorporación al trabajo. Centro de Salud Morro Solar, Jaén - Julio 2014.

Hipótesis:

HO: $U = U$

HI: $U \neq U$

Nivel de significancia $\alpha = 0,05$

Estadística de prueba: Anova Factor

ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	F	SIG.
COGNITIVO	0,188	0,830
AFECTIVO	1,382	0,268
CONDUCTAL	3,958	0,031

Decisión: $P > 0,05$ La HO, no se rechaza; $P > 0,05$ La HO, no se rechaza; $P < 0,05$ La HO, se rechaza.

Conclusión

No existe diferencia entre Actitud Cognitivo de las madres según a la reincorporación a su trabajo mientras brinde lactancia materna exclusiva.

No existe diferencia entre Actitud Afectivo de las madres según a la reincorporación a su trabajo mientras brinde lactancia materna exclusiva.

Existe diferencia entre Actitud Conductual de las madres según a la reincorporación a su trabajo mientras brinde lactancia materna exclusiva.

Tabla 5. Actitudes y la reincorporación a los estudios. Centro de Salud Morro Solar, Jaén - Julio 2014.

Hipótesis:

HO: $U = U$

HI: $U \neq U$

Nivel de significancia $\alpha = 0,05$

Estadística de prueba: Anova Factor

ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	F	SIG.
COGNITIVO	0,605	0,443
AFECTIVO	0,740	0,397
CONDUCTAL	5,502	0.026

Decisión: $P > 0,05$ La HO, no se rechaza; $P > 0,05$ La HO, no se rechaza; $P < 0,05$ La HO, se rechaza.

Conclusión:

No existe diferencia entre actitud Cognitivo de las madres según a la reincorporación a sus estudios mientras brinde lactancia materna exclusiva.

No existe diferencia entre actitud Afectivo de las madres según a la reincorporación a sus estudios mientras brinde lactancia materna exclusiva.

Existe diferencia entre actitud Conductual de las madres según a la reincorporación a sus estudios mientras brinde lactancia materna exclusiva.

Tabla 6. Actitudes y conocimiento sobre leche materna. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.

Hipótesis:

HO: $U = U$

HI: $U \neq U$

Nivel de significancia $\alpha = 0,05$

Estadística de prueba: Anova Factor

ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	F	SIG.
COGNITIVO	0,707	0,556
AFECTIVO	8,959	0,000
CONDUCTAL	2,321	0,099

Decisión: $P > 0,05$ La HO , no se rechaza; $P < 0,05$ La HO, se rechaza; $P > 0,05$ La HO, no se rechaza.

Conclusión:

No existe diferencia entre Actitud Cognitivo de las madres según el conocimiento de las madres de la leche materna.

Existe diferencia entre Actitud Afectivo de las madres según el conocimiento de las madres de la leche materna.

No existe diferencia entre Actitud Conductual de las madres según el conocimiento de las madres de la leche materna.

Tabla 7. Actitudes y los problemas conyugales. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.

Hipótesis:

HO: $U = U$

HI: $U \neq U$

Nivel de significancia $\alpha = 0,05$

Estadística de prueba: Anova Factor

ACTITUDES SOBRE LACTANCIA		
MATERNA EXCLUSIVA	F	SIG.
COGNITIVO	2,550	0,097
AFECTIVO	3,420	0,047
CONDUCTAL	0,174	0,842

Decisión: $P > 0,05$ La HO, no se rechaza; $P < 0,05$ La HO, se rechaza; $P > 0,05$ La HO, no se rechaza.

Conclusión:

No existe diferencia entre actitud Cognitivo de las madres según los problemas con la pareja

Existe diferencia entre actitud Afectivo de las madres según los problemas con la pareja

No existe diferencia entre actitud Conductual de las madres según los problemas con la pareja.

Tabla 8. Actitudes y autoimagen. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.

Hipótesis:

HO: $U = U$

HI: $U \neq U$

Nivel de significancia $\alpha = 0,05$

Estadística de prueba: anova factor

ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	F	SIG.
COGNITIVO	2,099	0,159
AFECTIVO	0,670	0,420
CONDUCTAL	13,649	0,001

Decisión: $P > 0,05$ La HO, no se rechaza; $P > 0,05$ La HO, se rechaza; $P < 0,05$ La HO, se rechaza.

Conclusión:

No existe diferencia entre Actitud Cognitivo de las madres según el brindar lactancia materna exclusiva arruina la figura de la mamas.

No existe diferencia entre Actitud Afectivo de las madres según el brindar lactancia materna exclusiva arruina la figura de la mamas.

Existe diferencia entre Actitud Conductual de las madres según el brindar lactancia materna exclusiva arruina la figura de la mamas.

Tabla 9. Actitudes y ansiedad al lactar. Centro de Salud Morro Solar, Jaén – Julio 2014.

Hipótesis:

HO: $U = U$

HI: $U \neq U$

Nivel de significancia $\alpha = 0,05$

Estadística de prueba: anova factor

ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	F	SIG.
COGNITIVO	0,993	0,328
AFECTIVO	56,673	0,000
CONDUCTAL	6,900	0,014

Decisión: $P > 0,05$ La HO, no se rechaza; $P < 0,05$ La HO, se rechaza; $P < 0,05$ La HO, se rechaza.

Conclusión:

No existe diferencia entre Actitud Cognitivo de las madres según se siente vergüenza al dar de lactar.

Existe diferencia entre Actitud Afectivo de las madres se siente vergüenza al dar de lactar.

Existe diferencia entre Actitud Conductual de las madres según se siente vergüenza al dar de lactar.

CONCLUSIONES

- Los aspectos sociales que caracterizan a las madres adolescentes son, la edad entre 17 y 19 años, son madres solteras, con secundaria incompleta y proceden de la zona urbana.
- Los aspectos culturales predominantes en las madres adolescentes están referidos a que el calostro no causa daño al niño, que la leche materna no altera las características de las deposiciones en el niño; que para calmar la sed, los gases y estreñimiento en el niño hay que darle agüitas, cuando la madre lava ropa se enfría la leche provocando malestar en el niño; que si existen alimentos y líquidos que incrementan la producción de leche. Ellas desconocen que cuando la madre tiene cólera, la leche materna ocasionaría molestias en el niño, y sí existen enfermedades como estreñimiento o gases que a través de la leche materna se contagia al niño o le causaría daño.
- Las actitudes afectivas de las madres adolescentes que están relacionadas con los aspectos socioculturales sobre lactancia materna exclusiva son, el estado civil, el conocimiento sobre lactancia materna, los problemas conyugales y con su autoimagen y sexualidad, ellas sienten vergüenza al dar de lactar en público. La actitud conductual se relaciona con la reincorporación al trabajo, los estudios, autoimagen y sexualidad, creen que sus mamas pierden su figura por el acto de amamantar.
- Los resultados obtenidos permiten verificar que la hipótesis planteada es aceptada.

RECOMENDACIONES

- Al sector Salud se recomienda el diseño y desarrollo de estrategias que ayuden a mejorar el conocimiento y práctica de la lactancia materna exclusiva, la inclusión de la familia en el trabajo con la madre adolescente ya que muchas veces es la familia la que influye en su comportamiento, además se debe mantener una comunicación horizontal (tú – tú) con la madre adolescente pero sin faltarle el respeto, lo cual nos ayudará a tener una información más certera y eficiente.
- Al sector Educación se sugiere sensibilizar a los padres de familia en la educación con sus hijos adolescentes sobre temas relacionados a la sexualidad y lactancia materna mediante talleres educativos y otros métodos didácticos; además de considerar que no sólo existan en las escuelas asignaturas relacionadas a dichos temas.
- A la familia se recomienda mantener una buena relación y diálogo con sus hijos, que propicien una comunicación óptima en la familia y así lograr disminuir problemas sociales como el embarazo en las adolescentes ya que ellas aún no han logrado la madurez suficiente en todos sus aspectos, por lo tanto se le debe tratar con más sutileza para poder identificar sus problemas y actuar sobre ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Delgado L, Nombera F: Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; Junio 2012. [Fecha de acceso 30 de Junio del 2014]. URL disponible en http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/157/1/TL_DelgadoMarruffoLizeth_NomberaPuellesFiorela.pdf
2. Cairo, J. Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Seis Meses y Factores Asociados en Niños Nacidos Sanos. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2000. Vol. 61, N° 3. [Fecha de acceso 20 de Junio de 2014]. URL disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v61_n3/lact_mater_exclus.htm
3. Organización Mundial de la Salud. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños. Perú 2011. [Fecha de acceso 20 de Junio del 2014]. URL disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Análisis del módulo de lactancia materna. Costa Rica; 2011. [Fecha de acceso 27 de Junio del 2014]. URL disponible en: http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Analisis_Modulo_Lactancia_Materna.pdf
5. Araya, Z; Brenes, G. Educación prenatal: Factor asociado al éxito de la lactancia materna. Enfermería Actual en Costa Rica. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; 2012. [Fecha de acceso 20 de Junio de 2014]. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/448/44824928008.pdf>

6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. [Fecha de acceso 27 de Junio del 2014]. URL disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
7. Vera, A. Representaciones sociales de la lactancia materna desde la perspectiva de la madre adolescente. [Tesis para optar el grado académico de Magíster en enfermería] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013. [Fecha de acceso 24 de noviembre del 2014]. URL disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/203/1/TM_Vera_Mechan_AngelicaBri gida.pdf
8. Sánchez. M, Concepción. M, García. J, Aguiar. M. Intervención educativa para la promoción de la lactancia materna. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2013; 19(3). [Fecha de acceso 21 de Junio de 2014]. URL disponible en:
http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol19_3_13/hab05313.html
9. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. El inicio temprano de la lactancia materna: la clave para supervivencia y desarrollo. Washington, D.C. 2010. [Fecha de acceso 30 de Junio del 2014]. URL disponible en:
[http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdLactanciaM /cd/informacion+Reciente/Eight%20Pager%20Spanish%20FINAL\[1\].pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdLactanciaM /cd/informacion+Reciente/Eight%20Pager%20Spanish%20FINAL[1].pdf)
10. Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre lactancia materna. Febrero; 2010 [Fecha de acceso 30 de Junio del 2014]. URL disponible en:
http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D495.pdf
11. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).Lactancia materna exclusiva. Perú 2013. [Fecha de acceso 29 de Junio del 2014]. URL disponible en:
http://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_EN CUENTRO/encuentro_documento_file/28_RESUMENLMMarzo2013.pdf

12. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. Lactancia Materna: Una fuente de vida. Perú 2006. [Fecha de acceso 27 de Junio del 2014]. URL disponible en: http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/lactancia_materna.pdf
13. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Embarazo adolescente en el Perú. 2013. [Fecha de acceso 07 de agosto del 2014]. URL disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-Embarazo-Adolescente-Peru.pdf>
14. Cervo I, Bervian P. Metodología científica. Colombia 1980. 2° Ed. Editorial Mc Graw Hill.
15. Domínguez, M. Rodríguez, M. Información que poseen las madres adolescentes entre 12 y 17 años sobre la lactancia materna en el período post-parto, para la redacción de un programa en el Hospital General de los Valles del Tuy “Simón Bolívar”. [Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de Licenciadas en Enfermería].Caracas: Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina; Mayo 2009. [Fecha de acceso 25 de Junio del 2014]. URL disponible en <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/2991/1/TESIS%20FINAL.pdf>
16. Alvins C, Briceño A. Conocimientos de las madres adolescentes sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva y técnicas para amamantar en los primeros seis meses de vida del niño. Ambulatorio Urbano tipo III La Carucieña. [Trabajo de grado para obtener el título Profesional de Licenciadas en Enfermería] Venezuela- Barquisimeto: Universidad Centroccidental “Lisandro Alvarado”; Marzo 2011[[Fecha de acceso 25 de Junio del 2014]. URL disponible en: <http://bibmed.ucla.edu.ve/DB/bmucla/edocs/textocompleto/TIEWS125A582011.pdf>
17. Pérez R, Linares D, Rodríguez Y, Hernández E. Conocimientos de futuras madres sobre la lactancia materna y sus ventajas. Rev de Ciencias Médicas de la Abana 2014 **20(1)**.

[Fecha de acceso 25 de Junio de 2014]. URL disponible en:
<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/184/html>

18. Guerrero J, Vera J. Nivel de conocimientos sobre lactancia materna en madres adolescentes. [Trabajo de investigación previo a la obtención el Título de Médico] Cuenca, Ecuador: Universidad de AZUAY; Octubre 2013. [Fecha de acceso 30 de Junio del 2014]. URL disponible en:
<http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/2778/1/09847.pdf>
19. Gríos C, García L. Conocimientos y actitudes de la población adolescente hacia la lactancia materna para direccionar las acciones estrategias de promoción de la lactancia natural en un estudio. [Trabajo final de graduación] Costa Rica: Universidad estatal a distancia; 2004. [Fecha de acceso 24 de noviembre del 2014]. URL disponible en:
<http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1085/1/Conocimientos%20y%20actitudes%20de%20la%20poblacion%20adolescente.pdf>
20. Cárdenas MH, Montes E, Varón M, Arenas N, Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna. Rev. Electrónica cuatrimestral de enfermería. Universidad de Carabobo. [Fecha de acceso 25 de noviembre del 2014]. URL disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n20/clinica3.pdf>
21. Mengole T; Iannacone J. Factores socioculturales, conocimiento y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo en el hospital José Agurto Tello Chosica. Lima 2009. The Biologist [Internet]. 2010 [Fecha de acceso 14 de abril del 2016]; 8 (2): 164-178. URL disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/biologist/v08_n2/pdf/a05v08n2.pdf
22. Del Carpio J. Factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el centro de salud Nueva esperanza. [Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. [Fecha de acceso 14 de abril del

2016]. URL disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4153/1/Carpio_qj.pdf

23. Chalco, L. Jhakely, J. Factores maternos y laborales que intervienen en la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro materno infantil tablada de Lurín. [Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; Junio 2008. [Fecha de acceso 25 de setiembre de 2014]. URL disponible en <http://www.alipso.com/impresion/impresion.php?ruta=/monografias4/factores-maternos-laborales-que-intervienen-en-interrupcion-temprana-de-lactancia-materna/>
24. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C. 2010. [Fecha de acceso 24 de noviembre del 2014]. URL disponible en: <http://www.slan.org.ve/libros/La-alimentaci%C3%B3n-del-lactante-y-del-nino-pequeno.pdf>
25. Calvo Quiroz, Cindy. Factores socioeconómicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. Rev. Enfermería actual en Costa Rica. Octubre 2008- Marzo 2009, N° 15. [Fecha de acceso 25 de noviembre del 2014] URL disponible en:
<http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2745766.pdf&ei=ZDN3VNbyO8aagwSNggQ&usg=AFQjCNEBafO2nqQWYjXPPydYZyuVKt4o3g&sig2=iGhfmRmEwnYjJuNZazXPMA&bvm=bv.80642063,d.eXY>
26. Santolla R, Giga V, Neyra M. Curso Intermedio de Actualización en lactancia materna. Red Peruana de Lactancia Materna. Lima; 2001.

27. Huertas, J. Actitudes Humanas, Actitudes sociales, Madrid 2008. [Fecha de acceso 02 de setiembre del 2014]. URL disponible en: <http://www.umer.es/images/doc/n47.pdf>.
28. Monteza G, Guevara J. Nivel de conocimiento de las actitudes de los adolescentes del 4to y 5to año de secundaria frente a las infecciones de transmisión sexual/sida de la zona urbana de chota 2008. [Tesis]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca 2009.
29. Delgado, R. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia Materna de las madres que acuden al centro de Salud san Luis. [Trabajo de investigación para optar el título de especialista en enfermería en salud publica]Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009. [Fecha de acceso 01 de Julio del 2014]. URL disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2477/1/Vasquez_Delgado_Rocio_del_Pilar_2012.pdf
30. Pahura A. Evaluación del conocimiento de las madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de seis meses. [Trabajo de investigación para optar el título de licenciatura en nutrición]. Argentina: Universidad Abierta Interamericana; 2013. [Fecha de acceso 30 de Junio del 2014]. URL disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC112129.pdf>
31. Gonzales C. Un regalo para la vida. Guía de lactancia materna. Argentina 2012. 1° Ed. Grupo editorial Planeta S.A.I.C.
32. Morillo, B. Montero, I. Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. Rev. Electrónica Cuatrimestral de Enfermería. Venezuela 2010 -N°19 [Fecha de acceso 25 de Junio de 2014]. URL disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/107311/101971>
33. Arteaga E; Barrios F; Salazar G; González X. La lactancia materna exclusiva. Experiencias de madres adolescentes. Rev. Electrónica de Portales Médicos. Universidad

de Carabobo. [Fecha de acceso 01 de Julio del 2014]. URL disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1676/1/La-lactancia-materna-exclusiva-Experiencias-de-madres-adolescentes.html>

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada participante:

El presente estudio se enmarca dentro de un proyecto de Tesis de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca. Su principal objetivo es: **Determinar la relación de las actitudes y los aspectos socioculturales sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Morro Solar de la ciudad de Jaén.** Por tal motivo se necesita contar con su consentimiento para la aplicación de este instrumento que es de mucha importancia para la recolección de datos acorde con el tema de investigación.

Se le agradece por su colaboración, la cual se aplica solo con fines de estudio la información recopilada será de carácter reservado y se le garantizará el anonimato.

Está de acuerdo: Si..... No.....

.....

Firma de la participante

Gracias.

ANEXO 2
CUESTIONARIO

N° de cuestionario.....

Buenos días Sra. el en el siguiente cuestionario se presentara una serie de preguntas relacionadas con la lactancia materna exclusiva, para lo cual solicito su colaboración a través su respuesta sincera a las preguntas. Este cuestionario es anónimo y las respuestas solo serán de uso para el autor.

I. ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA LACTANCIA MATERNA

a. Aspectos sociales:

1. Lugar de procedencia:
2. Edad: años
3. Grado de Instrucción:
Ninguno () Primaria completa () Primaria incompleta ()
Secundaria completa () Secundaria incompleta () Superior ()
4. Estado civil:
Soltera () Conviviente ()
Casada () Viuda ()
5. ¿Se reincorporara a su trabajo, mientras brinde lactancia materna exclusiva?
a) Si () b) No () c) No trabajo ()
6. ¿Se reincorporara a sus estudios, mientras brinde lactancia materna exclusiva?
a) Si () b) No () c) No estudio ()
7. ¿Para Ud. la lactancia materna es?
a) Anticuada () c) Vulgar practica campesina ()
b) Signo de atraso. () d) N.A ()
8. ¿Tiene problemas con su pareja?
a) Si () b) No () c) No tengo pareja ()
- a) ¿El brindar lactancia materna exclusiva arruina la figura de la mamas?
a) Si () b) No ()
- b) ¿Siente vergüenza al dar de lactar?
a) Si () b) No ()

b. Aspectos culturales

N°	Ítem	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
11.	El calostro es malo y causa daño al niño.					
12.	Para calmar la sed, para los gases o estreñimiento en el niño, es bueno darle agüitas.					
13.	Cuando la madre lava ropa, se enfría la leche y ocasiona cólicos o resfrió al niño.					
14.	Cuando la madre tiene cólera la leche materna hace daño al niño.					
15.	Existen alimentos y líquidos que incrementan la producción de la leche en la madre.					
16.	Cuando el niño toma leche materna las deposiciones son diferentes.					
17.	Los gases o estreñimiento en la madre, pueden causar daño al niño.					
18.	Cuando la madre está enferma y le da de lactar a su niño le contagia la enfermedad.					

II. ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (Componente cognitivo, afectivo, conductual).

N°	Ítem	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
19.	La leche materna tiene todos los nutrientes que el niño necesita.					
20.	El calostro es menos nutritivo que la leche madura.					
21.	Cuando la madre da de mamar le ayuda a protegerse de cáncer mamario, uterino y de ovarios.					
22.	La leche materna favorece el crecimiento y desarrollo del niño.					
23.	Los problemas familiares de la madre pueden disminuir la producción de la leche.					

24.	Para amamantar es necesaria las ganas y confianza de la madre.					
25.	La lactancia materna permite el contacto, cercanía entre la madre y su hijo(a), fortaleciendo el vínculo afectivo entre ambos.					
26.	Al dar de mamar converso con mi hijo (a).					
27.	Al amamantar converso con mi hijo (a), le hago mimos y le digo palabras cariñosas.					
28.	Tengo ganas y confianza para amamantar.					
29.	Cuando le doy de mamar a mi hijo (a) me siento más unida a él.					
30.	A pesar de tener dolor en el pecho (mamas) doy de lactar a mi hijo (a).					
31.	Para amamantar me pongo cómoda.					
32.	Doy de lactar a mi hijo (a) en cualquier momento y lugar.					
33.	Para dar de mamar a mi hijo (a) lo hago que coja bien el pecho y no solo el pezón.					
34.	Doy de mamar a mi hijo (a) a libre demanda (cada vez que él- ella desee).					

ANEXO 3

INFORME ESTADISTICO

ASPECTOS CULTURALES SOBRE LACTANCIA MATERNA								
Id	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18
1	2	5	5	3	5	2	2	3
2	2	5	2	2	5	2	2	3
3	3	5	5	3	5	2	3	2
4	2	5	5	3	5	2	3	3
5	3	5	5	2	5	2	3	3
6	3	5	3	2	5	2	3	3
7	2	5	5	2	2	2	2	2
8	1	2	1	2	5	2	2	3
9	2	5	1	2	5	2	2	3
10	2	5	2	5	5	2	3	3

ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA															
p19	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26	p27	p28	p29	p30	p31	p32	p33	p34
4	2	5	5	3	4	4	5	5	4	4	5	5	4	3	5
4	3	5	4	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5
5	3	3	5	3	5	5	5	2	3	5	5	5	2	3	5
5	3	5	5	2	4	4	5	5	5	5	5	5	5	2	5
4	4	3	5	3	5	5	5	2	5	5	5	2	2	3	5
5	3	3	5	2	5	5	5	2	2	5	5	5	2	3	5
5	3	5	4	3	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	3	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	3	3	3	5	4	4	5	5	5	5	5	2	5	3	5
4	2	5	4	3	4	4	5	5	5	5	5	2	5	3	5

ASPECTOS SOCIALES:

De las preguntas del 1 al 10, no corresponde al test, por lo tanto no es necesario evaluar si es confiable.

ASPECTOS CULTURALES SOBRE LACTANCIA MATERNA

Confiabilidad:

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de items
0.494	8

Como el valor del alfa de Cronbach se encuentra en el intervalo (0,41 a 0,60) podemos decir que el instrumento es de magnitud moderada.

Tomado de Ruiz Bolívar (2002) y Pallela y Martins (2003).

Validez de item:

Estadísticas de total de elemento

Item	Media de escala si el item se ha suprimido	Varianza de escala si el item se ha suprimido	Correlación total de items corregida	Alfa de Cronbach si el item se ha suprimido
I11	22.7000	9.122	0.617	0.355
I12	20.2000	8.178	0.516	0.333
I13	21.5000	6.944	0.190	0.564
I14	22.3000	9.567	0.231	0.458
I15	20.2000	10.844	0.021	0.538
I16	22.9000	11.878	0.000	0.504
I17	22.4000	9.378	0.688	0.362
I18	22.1000	12.100	-0.136	0.534

Podríamos eliminar items con correlación menor que 0,30 o negativa, pero igual estaríamos en el intervalos de 0,41 a 0,60. Por lo tanto nos quedamos con todos items.

ACTITUDES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Confiabilidad:

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de items
0.348	16

Como el valor del alfa de Cronbach se encuentra en el intervalo (0,21 a 0,40) podemos decir que el instrumento es de magnitud baja.

Tomado de Ruiz Bolívar (2002) y Pallella y Martins (2003).

Validez de ítem:

Estadísticas de total de elemento

Item	Media de escala si el ítem se ha suprimido	Varianza de escala si el ítem se ha suprimido	Correlación total de ítems corregida	Alfa de Cronbach si el ítem se ha suprimido
p19	63.3000	19.122	-0.207	0.390
p20	64.8000	19.289	-0.232	0.399
p21	63.5000	12.500	0.669	0.097
p22	63.3000	21.344	-0.523	0.472
p23	64.4000	16.267	0.125	0.326
p24	63.4000	21.822	-0.798	0.472
p25	63.3000	20.456	-0.485	0.434
p26	62.7000	18.456	0.000	0.350
p27	63.6000	11.156	0.537	0.079
p28	63.4000	14.933	0.293	0.260
p29	62.9000	19.433	-0.311	0.396
p30	62.7000	18.456	0.000	0.350

p31

63.6000

15.156

0.106

0.341

p32	63.7000	10.900	0.595	0.046
p33	64.2000	13.067	0.541	0.148
p34	62.7000	18.456	0.000	0.350

Si eliminamos los items 22 y 24 de la escala total por tener correlaciones negativas más altas, tenemos ahora:

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de items
0.575	14

Como el valor del alfa de Cronbach se encuentra en el intervalo (0,41 a 0,60) podemos decir que el instrumento es de magnitud moderada.

Tomado de Ruiz Bolívar (2002) y Pallella y Martins (2003).

ANEXO 4

TABLAS

Tabla N°01. Procedencia de las madres adolescentes - Centro de Salud de Morro Solar, Jaén - Julio 2014.

LUGAR DE PROCENDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aramango	1	3,3
Jaén	23	76,7
Huarango	2	6,7
Lima	1	3,3
San Ignacio	1	3,3
Guayape	1	3,3
Pucara	1	3,3
TOTAL	30	100,0

Fuente: Cuestionario.

Tabla N°02. Grado de instrucción según la edad de madres adolescentes - Centro de Salud de Morro Solar, Jaén – Julio 2014.

GRADO DE INSTRUCCION	EDAD				TOTAL	%
	14-16	%	17-19	%		
Secundaria completa	2	16,7%	10	55,6%	12	40,0%
Secundaria incompleta	10	83,3%	5	27,7%	15	50,0%
Superior	0	0,0%	3	16,7%	3	10,0%
TOTAL	12	100,0%	18	100,0%	30	100,0%

Fuente: Cuestionario.

Tabla N°03. Estado civil de las madres adolescentes - Centro de Salud de Morro Solar, Jaén – Julio 2014.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	15	50,0
Casada	1	3
Conviviente	14	47
TOTAL	30	100,0

Fuente: Cuestionario.

Tabla N°04. El calostro causa daño al niño según las madres adolescentes - Centro de Salud de Morro Solar, Jaén - Julio 2014.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	1	3,3%
Indiferente	10	33,3%
En desacuerdo	19	63,4%
TOTAL	30	100,0

Fuente: Cuestionario

Tabla N°05. Necesidad de agua durante lactancia materna - Centro de Salud de Morro Solar, Jaén - Julio 2014.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	19	63,3
Totalmente de acuerdo	2	6,7
Indiferente	4	13,3
En desacuerdo	5	16,7
TOTAL	30	100,0

Fuente: Cuestionario

Tabla N°06. Labores domésticas de la madre modifican la Temperatura de la leche materna - Centro de Salud de Morro Solar, Jaén - Julio 2014.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	16	53,3%
Totalmente de acuerdo	1	3,3%
Indiferente	6	20,0%
En desacuerdo	7	23,3%
TOTAL	30	100,0

Fuente: Cuestionario.

Tabla N°07. El estado de ánimo de la madre altera la leche materna - Centro de Salud de Morro Solar, Jaén - Julio 2014.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	9	30,0%
Totalmente de acuerdo	1	3,3%
Indiferente	11	36,7%
En desacuerdo	9	30,0%
TOTAL	30	100,0

Fuente: Cuestionario.

Tabla N°08. Producción de leche en relación a la alimentación de la madre - Centro de Salud de Morro Solar, Jaén - Julio 2014.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	20	66,7%
Totalmente de acuerdo	6	20,0%
Indiferente	1	3,3%
En desacuerdo	3	10,0%
TOTAL	30	100,0

Fuente: Cuestionario

Tabla N°09. Características de la deposiciones en el niño lactante - Centro de Salud de Morro Solar, Jaén - Julio 2014.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Indiferente	6	20,0%
En desacuerdo	24	80,0%
TOTAL	30	100,0%

Fuente: Cuestionario.

Tabla N°10. Problemas de salud de la madre afectan al niño lactante - Centro de Salud de Morro Solar, Jaén - Julio 2014.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo	1	3,3%
Indiferente	22	73,3%
En desacuerdo	7	23,3%
TOTAL	30	100,0

Fuente: Cuestionario.

Tabla N°11. Riesgo de contagio de la madre enferma al niño lactante - Centro de Salud de Morro Solar, Jaén - Julio 2014.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Totalmente de acuerdo	1	3%
Indiferente	22	73%
En desacuerdo	7	24%
TOTAL	30	100,0

Fuente: Cuestionario

ANEXO 5

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
“NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA”
Av. Atahualpa N° 1050

Repositorio Digital Institucional

Formulario de Autorización

1. Datos del autor:

Nombres y apellidos: Milca Magdalena Chávez Polo.

DNI/ Otros N°: 46438407

Correo electrónico: milcachavezpolo@gmail.com

Teléfono: 956988715

2. Grado, título o especialidad:

Bachiller Título Magister

Doctor Segunda especialidad profesional

3. Tipo de investigación:

Tesis Trabajo Académico

Trabajo de Investigación Trabajo de Suficiencia Profesional

Título: Aspectos socioculturales y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al Centro de Salud de Morro Solar de la ciudad de Jaén – 2014”

Asesora: M.Cs. Doris Elizabeth Bringas Abanto

Año: 2017

Escuela Académica/ Unidad: Escuela Académica Profesional de Enfermería.

¹Tipos de investigación
Tesis: Para título profesional.

4. Licencias:

a. Licencia estándar

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de Investigación en el repositorio digital institucional de la universidad nacional de Cajamarca.

Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la universidad nacional de Cajamarca una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi trabajo de investigación, en forma física o digital en cualquier medio, conocido por conocer a través de los diversos servicios provistos de la universidad, creados o por crearse; tales como el repositorio digital institucional de la UNC, colección de tesis, entre otros, en el Perú y el extranjero, por el tiempo y veces que se considere necesarias, y libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia la universidad nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad y respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad comparativa, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, así mismo, garantizo que dicho trabajo de investigación no infringe derechos del autor a terceras personas. La universidad nacional de Cajamarca consignará en nombre del /los autores/re del trabajo de investigación, y no hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito (marque con una X)

Si, autorizo que se deposite inmediatamente.

Si, autorizo que se deposite a partir de la fecha (dd/mm/aa): _____

No, autorizo.

b. Licencia Creative Commons²

Autorizo el depósito (marque con una X)

Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

td-
Firma

06 / 01 / 20H
Fecha

² Licencias Creative Commons: Las licencias creative commons sobre su trabajo de investigación, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y a la vez, permite que las personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente. Todas las licencias creative commons son de ámbito mundial. Emplea el lenguaje y terminología de los tratados internacionales. En consecuencia, goza de una eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.