



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA "HIPOLITO UNANUE"

ESCUELA DE MEDICINA

**"RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA PRIMIGESTA ADOLESCENTE SOBRE
LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE SEIS
MESES EN EL SERVICIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA EN NOVIEMBRE, 2018."**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO

CIRUJANO

AUTOR

FLORES JARA, KELY JANETT

ASESOR

WILFREDO GERARDO LÓPEZ GABRIEL

JURADO

**FIGUEROA QUINTANILLA, DANTE
BONZAN RODRIGUEZ, MARÍA INES
FEJO PARRA, FELIX MITRIDATES
LOPEZ GABRIEL, JULIA ISABEL**

Lima – Perú

2019

*A mis padres, hermanos y mi esposo por ser los pilares
y la luz que ilumina este camino. Por toda la confianza y la
fuerza que me brindaron en cada momento.*

*Al Hospital Arzobispo Loayza por permitirme
desarrollar el presente trabajo en especial al Dr. Wilfredo
Gerardo López Gabriel por el apoyo incondicional para el
desarrollo de la tesis, un gran mentor que supo guiarme con sus
enseñanzas y consejos.*

Índice

RESUMEN	7
I. Introducción	11
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	12
1.1 Descripción y formulación del problema.....	12
1.1.1 Problema principal.....	14
1.2 Antecedentes	15
1.3 Objetivos de la investigación.....	19
1.3.1 Objetivo general:	19
1.3.2 Objetivos específicos:	19
1.4 Justificación	20
1.5 Hipótesis	¡Error! Marcador no definido.
1.5.1 Hipótesis general.....	22
1.5.2 Hipótesis específicas	22
II. CAPITULO II: MARCO TEORICO	23
2.1 Bases sobre el tema de investigación.....	23
2.1.1 Conocimiento	23
2.1.2 Adolescente	23

2.1.3 Lactancia materna	25
2.1.4 Lactancia Materna Exclusiva.	26
2.1.5 Anatomía	26
2.1.6 Periodo de la Lactancia Exclusiva	27
2.1.7 Componentes de la leche humana	27
2.1.8 Tipos de Lactancia	29
2.1.9. Ventajas de la lactancia	38
2.1.10 Beneficios de la lactancia.....	40
2.1.11 Estado nutricional.....	42
2.1.12. Desnutrición infantil.....	46
III. CAPITULO III – METODOLOGIA	49
3.1. Tipo de investigación	49
3.2. Variables.....	49
3.4. Población y muestra	55
3.5 Instrumentos	56
3.6 Procedimientos	58
3.7 Análisis de datos.....	58
3.8.Consideraciones éticas	58
IV. CAPITULO IV: PRESENTACION DE RESULTADOS	60
4.1. Análisis descriptivo.....	60

V. Discusión de resultados	69
VI. Conclusiones	75
VII. Recomendaciones	76
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXO	82

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional del menor de seis meses en el servicio de crecimiento y desarrollo del hospital Nacional Arzobispo Loayza en noviembre 2018.

Metodología: En el presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo ya que recoge y analiza los datos de las variables, correlacional porque va a relacionar el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente con el estado nutricional de su niño menor de seis meses, de periodo prospectivo, de corte transversal.

Resultados: Representa el nivel de conocimiento que predomina en la primigesta adolescente acerca de la lactancia materna exclusiva se tiene que el 43.6% manifestó un nivel medio es decir las madres cuentan con conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y se obtuvo que el 28,2% cuentan con nivel de conocimiento alta y bajo. la Asociación entre entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional se puede afirmar que existe asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la edad del niño ($p < 0.002$) en donde un grado alto de conocimiento de las madres se asocia con un estado nutricional de sus niños en un nivel normal, en contraposición un nivel bajo de conocimiento se asocia con el padecimiento de desnutrición global severa.

Conclusiones La condición de la madre primigesta adolescente respecto a conocimiento acerca de la lactancia materna exclusiva poseen un nivel alto y un pequeño grupo poseen un nivel medio y bajo. Existe relación directa entre el nivel de conocimiento y las prácticas sobre

lactancia materna exclusiva de las madres del Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se ha encontrado que aproximadamente un tercio de la muestra estudiada de lactantes tienen un estado nutricional normal. Los resultados de esta investigación indican que la mayoría de las madres primigestas adolescentes poseen un nivel de conocimiento alto con lo que se relaciona con el estado nutricional del lactante menos de seis meses.

Palabras claves: Nivel de conocimiento, Lactancia Materna, Estado Nutricional, Crecimiento y Desarrollo

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the level of knowledge of the adolescent primigesta about exclusive breastfeeding and the nutritional status of the child under six months in the service of growth and development of the National Hospital Arzobispo Loayza in November 2018.

Methodology: In this research work is quantitative and descriptive in that it collects and analyzes the data of the variables, correlational because it will relate the level of knowledge of the adolescent primigravida with the nutritional status of their child under six months, of prospective period, of cross section.

Results: It represents the level of knowledge that predominates in the adolescent primigravida about exclusive breastfeeding, 43.6% showed an average level, that is, mothers have knowledge about the importance of exclusive breastfeeding and it was obtained that the 28, 2% have a high and low level of knowledge. The association between the level of knowledge of the adolescent primigravida about exclusive breastfeeding and the nutritional status can be affirmed that there is an association between the level of knowledge of the adolescent primipata about exclusive breastfeeding and the nutritional status due to weight and the age of the child ($p < 0.002$) where a high degree of knowledge of mothers is associated with a nutritional status of their children at a normal level, as opposed to a low level of knowledge is associated with severe global malnutrition.

Conclusions The condition of the adolescent primiparous mother regarding knowledge about exclusive breastfeeding has a high level and a small group have a medium and low level. There is a direct relationship between the level of knowledge and the practices on exclusive breastfeeding of the mothers of the Arzobispo Loayza National Hospital Growth and

Development Program. It has been found that approximately one third of the studied sample of infants have a normal nutritional status. The results of this research indicate that the majority of primitive adolescent mothers have a high level of knowledge with what is related to the nutritional status of the infant less than six months.

Keywords: Level of knowledge, Breastfeeding, Nutritional Status, Growth and Development

I. INTRODUCCIÓN

Las madres y sus bebés forman una unidad biológica y social inseparable. La lactancia es un proceso fisiológico que todas las madres están en capacidad de realizarlo y trae consigo beneficios emocionales, económicos y de la salud tanto para las madres como para el niño. Cerca de 5.500 niños mueren cada día debido a prácticas de alimentación inadecuadas. Muchos otros sufren efectos a largo plazo como trastornos del desarrollo, desnutrición y un incremento en las infecciones y enfermedades crónicas.

En la actualidad, la lactancia materna exclusiva (LME) durante los seis primeros meses de vida, se considera un objetivo de salud pública mundial, que está relacionada con la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, en especial en los países en vías de desarrollo; además el Ministerio de Salud, continúa promoviendo la práctica de la lactancia materna exclusiva, mediante estrategias preventivo – promocionales.

La lactancia materna da la oportunidad a todos los seres humanos de tener un comienzo justo en la vida. La leche materna es el mejor alimento y la opción más segura para garantizar buena salud y crecimiento de los niños pequeños. La evidencia es amplia al reconocer los múltiples beneficios de la lactancia materna, tanto para la madre, como para el niño y para la sociedad en su conjunto.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.1 Descripción y formulación del problema

La lactancia materna es un acto de relación íntima entre la madre y su bebe, este acto es interpretado como ciencia y arte que facilita un óptimo crecimiento y desarrollo del niño, promueve la salud de la madre y favorece un vínculo emocional entre la madre, su bebe y su familia. Durante los primeros seis meses de vida la leche de la madre es capaz de cubrir todos los nutrientes y energías necesarias del bebé, por cuál debe ser el único y exclusivo alimento que reciba en este período. Ella no solo contiene todos los nutrientes requeridos en su justa cantidad, proporción y composición, sino que incluye numerosas células vivas, enzimas y otras sustancias que contribuyen al control de la flora intestinal, que incrementan la absorción de micronutrientes y factores que estimulan el crecimiento celular. La importancia de la lactancia materna en la alimentación del lactante está plenamente demostrada a través del tiempo, que proporciona protección contra las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, mayor estabilidad psicológica al niño, evita estados alérgicos al portar elementos inmunológicos, facilita el desarrollo de los maxilares, la erupción y alineación de los dientes.

La lactancia materna es ideal, adecuada, suficiente y no se sustituye para poder proporcionar los nutrientes adecuados para el crecimiento y desarrollo de los lactantes, los primeros seis meses de manera exclusiva y lactancia complementaria hasta los dos primeros años.

La lactancia materna es una función natural, es muy importante dar de lactar inmediatamente después del nacimiento del niño ya que podrá conocer a su hijo, acariciarlo, brindarle amor y establecer lazos de protección. La alimentación de los bebes es muy

importante ya que van a satisfacer sus requerimientos nutricionales, fundamental para la salud de su hijo, nada en la naturaleza o disponible comercialmente es comparable en virtudes y beneficios a la leche materna, es la mejor fuente de nutrición durante los primeros seis meses de vida ya que contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas, grasas y suministra las enzimas digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los niños requieren; y gracias a ello los bebés contienen anticuerpos de la madre que pueden ayudar a contrarrestar las infecciones; es muy importante amamantar al bebé durante cualquier periodo de tiempo, por corto que sea, es beneficioso para ambos. Además; es económica, la madre no necesita comprar sustitutos costosos; la leche materna es limpia ya que pasa directamente del seno a la boca del bebé y no es contaminada por la falta de limpieza que podría ocurrir con el biberón, además que se encuentra exactamente a la temperatura del cuerpo, esta lista en cualquier momento del día y de la noche y en cualquier lugar.

El dar pecho protege a los bebés de enfermedades. Diversos estudios han demostrado que los bebés alimentados con leche materna exclusiva (LME) por un mínimo de 6 meses tienen menos infecciones respiratorias y menos episodios de diarrea que aquellos bebés que no recibieron lactancia materna o que recibieron además otros líquidos o sólidos.

El desconocimiento de las primigestas adolescentes sobre la importancia de la lactancia materna ha generado, la desnutrición que es un estado de pauperización de las personas ocasionado por el consumo deficiente de nutrientes que no permite cubrir los requerimientos mínimos del organismo y que acarrea el empobrecimiento de sus capacidades físicas e intelectuales.

La desnutrición en lactantes y niños de corta edad, forma parte de los problemas más amplios de la pobreza, la carencia de recursos, la injusticia social y la degradación ecológica.

El período de destete es una etapa crítica que con frecuencia conduce a la desnutrición y la enfermedad.

La alimentación artificial ha penetrado en las familias de clase media y baja, en especial en los núcleos urbanos, mediante las atrayentes campañas de productos infantiles manufacturados, que les permite conocer innumerables fórmulas para los lactantes. La tensión producida por el estrés, la modernización y el aspecto psicológico de la primigesta adolescente, la predispone a no amamantar a su hijo, justificándolo con escasa producción láctea. Por otra parte, la marginalidad social está sujeta a condiciones de estabilizantes dentro del núcleo familiar, lo que favorece el abandono prematuro de la lactancia materna.

1.1.1 Problema principal

¿Existe asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional del niño menor de seis meses en el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en noviembre, 2018?

1.1.2 Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las primigestas adolescentes que recibieron tratamiento en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en noviembre, 2018?

¿Cuál es el estado nutricional de los niños menores de seis meses valorando peso/talla, peso/edad y talla/edad?

¿Existe asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la edad del niño?

¿Existe asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la talla del niño?

¿Existe asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón a la edad y la talla del niño?

1.2 Antecedentes

García, Zacarías. En el año 2016, en el país de Nicaragua realizó una investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de mujeres de 15 -49 años que asisten al centro de salud Manning rener del municipio de Rivas en noviembre 2015”.

Objetivos: El objetivo del estudio es identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna que tienen las mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años que acuden al Centro de Salud Manning Rener, del municipio de Rivas, Nicaragua, durante 2012.

Metodología: Es un estudio descriptivo de corte transversal, y forma parte del estudio metacéntrico nacional sobre este tema. Se estudian 235 mujeres seleccionadas por muestreo a conveniencia durante el mes de noviembre de 2015. La información se obtuvo a través de la aplicación de una encuesta, previamente validada. La encuesta incluye variables sociodemográficas, sobre conocimientos, actitudes y prácticas. Se analizan las variables en forma individual y se construyen categorías de adecuado e inadecuado para el cruce de variables. La población estudiada está conformada en su totalidad por mujeres de raza mestiza, en las que predominan las jóvenes (de 20-29 años), que son principalmente amas de casa en unión libre, con nivel de educación inferior a secundaria completa y la mayoría tiene 1 o 2 hijos. En relación a los conocimientos, más de la mitad de nuestra población en estudio tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre lactancia materna. En general, las mujeres tienen un alto conocimiento sobre la importancia y beneficios de la LM, pero no así de conocimientos

clave como la LME por seis meses, la frecuencia de libre demanda y las prácticas de ablactación. En relación a las actitudes, la mayoría de las mujeres en el estudio tienen actitudes adecuadas sobre la lactancia materna, sin embargo, prevalecen todavía actitudes erróneas en cuanto a la participación de los hombres, el efecto estético, el uso de la LME para espaciamiento de embarazos y la dificultad de amamantar si trabajan. Las prácticas sobre lactancia materna son adecuadas para la mitad de las mujeres, siendo las prácticas más difíciles dar lactancia exclusiva por seis meses. Una de cada diez mujeres reporta haber tenido problemas para amamantar. Se observa una relación directa entre variables cuantitativas como la edad, la escolaridad y la paridad con mejores conocimientos, actitudes y prácticas, lo cual refleja la importancia de la experiencia y la educación en este tema. También se observó una mayor frecuencia de buenos CAP en mujeres casadas o acompañadas. Se encontró que conocimientos adecuados inciden en actitudes y prácticas adecuadas. Más de la mitad de la población ha recibido información sobre lactancia materna de fuentes diversas, siendo el personal de salud la fuente para menos de la mitad de las mujeres, solo la mitad considera que la información que recibieron fue suficiente, aunque la mayoría opina que fue útil.

Seminario, en el año de 2017 investigo en el país de Perú “Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres de niños de 0 a 6 meses, servicio de crecimiento y desarrollo, hospital nacional Hipólito Unanue en el año 2017”. Como objetivo: determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres de niños de 0 a 6 meses en el servicio de crecimiento y desarrollo del hospital nacional Hipólito Unanue en el año 2017. Como metodología: se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, diseño no experimental, de corte transversal. La unidad muestra se obtuvo por muestreo probabilístico conformado por un grupo de 144 madres de niños de 0 a 6 meses. Se

aplicó un cuestionario estructurado de 34 preguntas, dividido en tres bloques de acuerdo a las variables. Los datos obtenidos fueron procesados y analizados en el programa spss 24.

Resultados: obtenidos del estudio, de las 144 madres un 59.7% (86) tiene conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva en comparación con el 40.3% (58) que desconoce. Respecto a las actitudes, un 68.1% (98) tiene una actitud positiva y el 31.9% (46) tiene una actitud negativa hacia la lactancia materna exclusiva. En relación a las prácticas de lactancia materna un 69.4% (100) tiene una adecuada práctica 21 de lactancia materna exclusiva y un 30.6 % (44) tiene una inadecuada práctica. Se concluye que la mayoría de madres tiene conocimientos, actitudes y prácticas adecuados acerca de lactancia materna exclusiva; sin embargo, existen madres en quienes se debe reforzar los conocimientos a fin de que adopten actitudes y prácticas adecuadas.

Sota, en el año 2017, Investigo sobre “actitudes y práctica de lactancia materna exclusiva de madres primerizas que acuden al Hospital Antonio Lorena cusco -2017” Objetivo: Determinar las actitudes y prácticas de LME en madres primerizas que acuden al Hospital Antonio Lorena del Cusco 2017. Metodología: Tuvo como diseño descriptivo observacional y transversal en una muestra probabilística de 156 que cumplían criterios de inclusión. Resultados: Obtenidos en el presente estudio fueron: Más de la mitad de madres en estudio se encuentran en el grupo etario de 25 a 35 años, 60% procede de zona urbana. El 47% son solteras, el 71% tienen secundaria, el 37% son bilingües dominan el quechua y castellano, el 36% son estudiantes, el 42% de las madres tiene un ingreso económico mensual de 400 a 699 nuevos soles. Respecto a las actitudes de las madres primerizas el 51% tiene una actitud favorable, 38% están indecisas que durante los 6 primeros meses de vida, el bebé debe ser alimentado solo con leche materna, 26% no creen que la lactancia materna previene

enfermedades diarreicas y respiratorias en el bebé, 33% están indecisas que la leche artificial es la mejor opción para las madres, 30% 23 indecisas que la succión del bebé en la lactancia materna estimula la secreción de la leche en la madre, 56% están en desacuerdo que el buen agarre y la posición del bebé evitan grietas y dolor en los pezones, 51% están de acuerdo que les produce alegría y satisfacción saber que la lactancia materna ayuda en el crecimiento y desarrollo del bebé, 49% creen que la lactancia materna ayuda a crear lazos de amor con el bebé, 37% les incomoda tener que dar de lactar a su bebé constantemente, 34% les desagradan dar de lactar porque les produce dolor en los pezones durante la LM, 39% les disgusta despertar a su bebé por las noches para darles de lactar, 42% vigilan la boca del bebé que debe estar abierta agarrando toda la areola y el pezón, 36% no estimulan el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial del bebé, 40% brindan lactancia materna cuando el bebé está despierto sin tomar en cuenta la cantidad de horas que duerme, 54% colocan la mano en el pecho en forma de “C”, 56% no le adicionan con leche artificial para lograr una mejor nutrición y finalmente en las prácticas el 58% tienen prácticas regulares, el 95% no se lavan las manos antes de administrar lactancia materna exclusiva, 56% no tienen postura adecuada para lactar, 83% poseen buen contacto con sus bebés, 89% no administran lactancia materna a libre demanda, 87% no tienen buena duración en la LME y el 93% administran lactancia materna exclusiva.

Infante en el año 2017, realizaron una investigación en el Hospital regional de Ica – Perú en el año 2017 titulada “conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna de madres que acuden al control pre-natal en un hospital de Ica-Perú.” El tipo de estudio realizado es prospectivo, transversal y descriptivo En una población constituida por madres que acuden al control prenatal del Hospital Regional de Ica durante el mes de enero del año 2017. Se usó con

instrumento encuestas, Previo a la obtención de la muestra se obtuvo datos estadísticos del Hospital que nos dieron a conocer que el promedio de pacientes que se atienden al mes en dicho consultorio es de 360, posterior a ello se procedió a encuestar de 160 pacientes que cumplieran con nuestros criterios de inclusión y exclusión durante el mes del estudio. Con respecto a los conocimientos sobre que es la lactancia materna exclusiva vemos que un 83% de mujeres encuestadas dice que es amamantamiento exclusivo con leche materna, 12% manifiesta que es agregar otras sustancias a la lactancia materna y en 5% se desconoce que, sobre el tema, Entonces en nuestro estudio encontramos que el 65% de las madres presenta conocimientos correctos sobre LME.

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general:

Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional del niño menor de seis meses en el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en noviembre, 2018.

1.3.2 Objetivos específicos:

Determinar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las primigestas adolescentes que recibieron tratamiento en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en noviembre, 2018.

Determinar el estado nutricional de los niños menores de seis meses valorando peso/talla, peso/edad y talla/edad.

Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la edad del niño.

Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la talla del niño.

Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón a la edad y la talla del niño

1.4 Justificación

Se observa un marcado incremento en embarazos en adolescentes entre 14 y 19 años y con ello la disminución o falta de la práctica de la Lactancia Materna, por lo que no logra llegar a los 6 meses de vida en los lactantes. En la actualidad ser madre adolescente en nuestra sociedad implica ser un problema social, económico y cultural, pues se sabe que la etapa de la adolescencia se construye la identidad individual y colectiva; donde la influencia del entorno social próximo o lejano, constituido por la familia, amigos, el colegio y la universidad, es decisiva en sus prácticas y comportamientos, al generar adherencia o rechazo así como también representaciones positivas o negativas, hacia acontecimientos trascendentales, como es el hecho de ser madre con ello el amamantar. En este sentido, la lactancia materna, además de ser un proceso biológico, es un comportamiento aprendido e influenciado social y culturalmente por ideas, mitos, creencias a lo largo de la historia, que ha permitido construir y reconstruir saberes y significados entorno a la lactancia materna.

Otro problema que se presenta en nuestro país es la desnutrición infantil lo que hace propensa a enfermedades, elevando las estadísticas de morbilidad y mortalidad, ocasionándole problemas de salud y desarrollo personal en su vida futura al niño, lo que perjudica el desarrollo y formación del capital humano.

La OPS/OMS recomienda que la lactancia materna como modo exclusivo de alimentación durante los 6 meses siguientes; a partir de entonces se recomienda seguir con la lactancia materna hasta los 2 años, como mínimo, complementada adecuadamente con otros alimentos inocuos.

La lactancia materna es un indicador muy importante que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en conjunto, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres realizaran la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

Sin embargo, en la actualidad el número de mujeres que optan por la leche formularizada ha ido aumentando fenómeno relacionado con la difusión de la lactancia artificial por los medios de comunicación.

Por ello, con este trabajo se pretende conocer el nivel de conocimiento que tiene la adolescente primigesta acerca de la lactancia materna exclusiva y relacionarlo con el estado nutricional de su niño menor de seis meses, para se conozca la problemática y se tome medidas para mejorar y/o sensibilizar la importancia de la lactancia materna exclusiva en nuestras madres adolescentes.

Mediante el presente trabajo de investigación se pretende, fortalecer las prácticas y el conocimiento de la lactancia materna exclusiva en la madre primeriza adolescente, para que el

personal de salud a través de la consejería en lactancia materna y así poder incrementar el conocimiento para que el niño pueda ser alimentado correctamente y evitar la mala praxis y por ende mejorar la calidad de vida de todos los niños.

Otro de los propósitos de este trabajo de investigación es que nos permita crear estrategias en la educación sobre lactancia materna exclusiva, apoyar a la mujer para que brinde un amamantamiento a libre demanda para que este goce de buena salud y así tenga un desarrollo normal y adecuado.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis general

Existe asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional del niño menor de seis meses en el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en noviembre, 2018.

1.5.2 Hipótesis específicas

Existe asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la edad del niño.

Existe asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la talla del niño.

Existe asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón a la edad y la talla del niño.

II. CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Bases sobre el tema de investigación

2.1.1 Conocimiento

El Conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.

(Romero ME, Zaravia K ,2017).

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de la persona. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y aptitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a menudo que aumenten los conocimientos. (Ccencho K, 2018)

2.1.2 Adolescente

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial,

constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante. (M. Güemes 2017)

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos. Más en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo, decisiones referidas a su comportamiento sexual. (M. Güemes 2017)

Esta incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la explotación sexual y a la asunción de conductas de alto riesgo. Las leyes, costumbres y usanzas también pueden afectar a los adolescentes de distinto modo que a los adultos. Así, por ejemplo, las leyes y políticas a menudo restringen el acceso de los adolescentes a la información y los servicios de salud reproductiva, máxime si no están casados. (M. Güemes 2017)

Adolescencia procede de la palabra latina “adolescere”, del verbo adolecer y en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y también crecimiento y maduración. Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad (aspecto puramente orgánico), terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial. La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad. La SAHM (Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia) la sitúa entre los 10-21 años. Distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años). (M. Güemes 2017)

2.1.3 Lactancia materna

Durante los últimos decenios se han seguido acumulando pruebas sobre las ventajas sanitarias de la lactancia materna, sobre la que se han elaborado numerosas recomendaciones. La OMS puede afirmar ahora con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años. (OMS, lactancia materna)

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año. La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida. (Ecured, 2017)

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente. (UNICEF, 2014)

2.1.4 Lactancia Materna Exclusiva.

Lactancia materna como alimentación exclusiva: El lactante sólo recibe leche de su madre o nodriza, o leche materna extraída, y ningún otro líquido o sólido a excepción de gotas o jarabes consistentes en vitaminas, suplementos minerales o medicinas. La lactancia exclusiva protege más que la parcial. En el período de LME, los beneficios son mayores cuanto menor es el niño(a), reflejados en el riesgo decreciente de morir durante la infancia. (UNICEF, 2004)

2.1.5 Anatomía

La glándula mamaria tiene una disposición arborescente, o ramificada, en la que se distinguen los alvéolos y los conductos. Los alvéolos, formados por células secretoras (productoras de leche) dispuestas en forma de sacos, están rodeados por células mioepiteliales, que al contraerse eyectan la leche de la luz de los alvéolos hacia los conductos. Un grupo de alvéolos constituye un lobulillo y varios lobulillos constituyen un lóbulo. La glándula mamaria tiene entre 4 y 18 lóbulos (9, en promedio) que drenan la leche a través de igual número de conductos lactíferos o mamarios, que desembocan en el pezón, el cual es una pequeña estructura cilíndrica, rugosa, pigmentada, situada un poco por debajo del centro de la mama. Adicionalmente debemos mencionar que en ecografías de madres lactantes se ha observado que los conductos lactíferos no se ensanchan cerca del pezón para formar los senos lactíferos, como se creía antes. Una gran proporción del tejido glandular (más del 70%) se localiza en un radio de 30 mm a partir del pezón. En algunas mujeres la glándula mamaria puede extenderse hasta la zona axilar, lo que se denomina la cola de Spence. (Minsa, 2009)

En el centro de cada mama hay una zona circular que recibe el nombre de aréola y contiene pequeños corpúsculos denominados Tubérculos de Morgagni (de Montgomery en la

embarazada), que liberan una sustancia bacteriostática que lubrica y protege la aréola durante la gestación y lactancia; el olor de dicha secreción guía la respuesta olfativa y la pigmentación, la visión en el lactante. Además, en el centro de cada aréola se halla el pezón constituido por tejido eréctil con células mioepiteliales que, por acción de la oxitocina, facilitan la succión. La mama está irrigada por las arterias mamarias internas y externas, como así también recibe vasos de la arteria intercostal de la rama pectoral de la arteria acromiotorácica. Aunque posee las venas correspondientes, gran parte de la sangre venosa pasa inicialmente a venas superficiales de grueso calibre que se advierten en la piel formando la Red de Haller. (Grande, M. 2009)

2.1.6 Periodo de la Lactancia Exclusiva

La leche humana es un fluido biológico complejo que contiene proteínas, nitrógeno no proteico, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas hidrosolubles, minerales, iones y células, y que presenta una serie de propiedades nutricionales que aventajan a la leche de vaca para la alimentación del niño en este periodo. Es un líquido dinámico que cambia cronológicamente, diferenciándose la composición con la edad del bebé. (Zanuttini E. 2011)

2.1.7 Componentes de la leche humana

a) Pre calostro. Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa, ya que un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactasa.

b) Calostro. Se secreta cinco a siete días después del parto, aunque en las mujeres multíparas puede presentarse al momento del nacimiento del bebé. Tiene una consistencia pegajosa y es de color amarillento por la presencia de β -carotenos. Su volumen puede variar de 2 a 20 mL/día en los tres primeros días; a medida que el bebé succiona, aumenta hasta 580 mL/día hacia el sexto día. Esta cantidad es suficiente para cubrir las necesidades del recién nacido por lo que no es necesario complementar con fórmulas lácteas. Tiene mayor cantidad de proteínas (97% en forma de inmunoglobulina A-IgA), vitaminas liposolubles, lactoferrina, factor de crecimiento, lactobacilos Bifidus, sodio y zinc. En concentraciones menores se encuentran las grasas, la lactosa y las vitaminas hidrosolubles. El calostro protege contra infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al recién nacido por absorción intestinal de inmunoglobulinas; además, contiene 2000 a 4000 linfocitos/mm y altas concentraciones de lisozima. Por su contenido de motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio.

c) Leche de transición. Su producción se inicia después del calostro y dura entre cinco y diez días. Progresivamente se elevan sus concentraciones de lactosa, grasas, por aumento de colesterol y fosfolípidos y vitaminas hidrosolubles; disminuyen las proteínas, las inmunoglobulinas y las vitaminas liposolubles debido a que se diluyen por el incremento en el volumen de producción, que puede alcanzar 660 mL/día hacia el día 15 postparto. Su color blanco se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio.

d) Leche madura. Comienza su producción a partir del día 15 postparto y puede continuar por más de 15 meses. Su volumen promedio es de 750 mL/día, pero puede llegar hasta 1,200 mL/día en madres con embarazo múltiple. (García, R. 2011)

2.1.8 Tipos de Lactancia

a) Lactancia materna exclusiva

La Lactancia Materna en forma exclusiva (LME) es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida, tal y como lo recomiendan la OMS y el UNICEF, reconociéndose que es la forma de alimentación óptima para los lactantes. La lactancia natural exclusiva solo está contraindicada en algunas afecciones por recomendación médica. Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

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

b) Lactancia artificial

La lactancia artificial es denominada leche de fórmula, leche maternizada o adaptada, se emplea para sustituir la leche materna y, sus componentes se asemejan a la leche materna con la finalidad de que el niño pueda obtener efectos parecidos a los del lactante amamantado.

Las fórmulas infantiles cubren las necesidades del niño desde el nacimiento hasta los tres años. Se dividen en dos tipos:

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

puede utilizar hasta los 3 años.

c) Lactancia mixta

Consiste en la alimentación del niño con leche de la madre y fórmula infantil con la finalidad de complementar la alimentación natural (leche materna) y como método de introducción a la alimentación artificial exclusiva. Las situaciones en que se utiliza la lactancia mixta son:

- La madre no desea dar el pecho o no puede por algún motivo de salud.
- La madre no tiene suficiente cantidad de leche.
- Tránsito de lactancia materna a lactancia artificial. (Coronado, E. 2017)

2.2.8. Composición de la leche Humana

La leche humana se elabora de acuerdo con un patrón y código genético, propios de nuestra especie, de tal forma que su composición experimenta variaciones. El calostro se segrega en dos fases, al final del embarazo y los primeros cinco días después del parto. Es un compuesto espeso y amarillento debido al betacaroteno, tiene una concentración de proteínas, inmunoglobulinas principalmente IgA, lactoferrina, leucocitos, vitaminas liposolubles, minerales, antioxidantes, así como iones de sodio, potasio y cloro superior a la leche de transición y madura. Su valor calórico es de 67 kcal por cada 100 mL de calostro. Tiene un bajo contenido de grasas. La composición de la leche de transición cambia desde el séptimo día hasta 15 días después del parto, y disminuye los niveles de proteínas,

inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles y aumenta la lactosa, grasas, vitaminas hidrosolubles y el valor calórico total.

El contenido de proteínas es bajo, entre 1 y 1.5 g/100 mL que representa el 5% del valor energético total. Las proteínas son homólogas y se distinguen: la caseína, seroalbúmina, alfa lacto albúmina, lactoferrina, nitrógeno no proteico, inmunoglobulinas, lisozima, albúmina sérica y aminoácidos, de los cuales nueve son esenciales: valina, fenilalanina, metionina, treonina, lisina, leucina, isoleucina, triptófano y cistina.

Las grasas constituyen la principal fuente de energía para el lactante, su contenido está entre 3.5 y 4.5 g/100 mL, aportan el 50% del valor calórico total. El nivel de hidratos de carbono es elevado, ya que contiene entre 6 y 7 g/100 mL, representa el 40% del valor calórico total. La lactosa es el principal hidrato de carbono, constituye el 90 por ciento.

(Aguilar, ML 2007)

Las proteínas de la leche son la caseína y la α lacto albúmina, además tiene compuestos nitrogenados, urea, péptidos, factores de crecimiento y nucleótidos cuyo papel en la respuesta inmunitaria es de importancia.

En cuanto a los lípidos, éstos se encuentran en alrededor de 35 a 45 g/litro de leche y constituyen la principal fuente de energía; se forman glóbulos cuya membrana está compuesta de fosfolípidos y colesterol y cuyo interior está compuesto de triglicéridos; la cantidad de grasa se halla en relación directa al grado de nutrición materna. Respecto a los hidratos de carbono están representados por la lactosa cuya concentración es de alrededor de 70 g/L, su concentración casi no varía a pesar de las modificaciones nutricionales de la madre. Existen en la leche materna vitaminas tanto liposolubles como hidrosolubles, gran parte de estas vitaminas dependen de la reserva materna; la leche materna tiene otros nutrimentos inorgánicos como el fósforo, calcio, magnesio, así como electrólitos como el

sodio, cloro y potasio, la concentración de hierro es de alrededor de 0.5 mg/L y es bastante constante comportándose de manera independiente de la reserva materna. (Espinoza, L. 2009)

a) Agua. Representa el 87% del total de sus componentes y cubre satisfactoriamente los requerimientos del bebé, aún en circunstancias extremas de calor, por lo que no se requieren líquidos suplementarios. (García, R. 2011)

b) Energía. Aporta 670 a 700 kcal/L en su mayoría a través de los hidratos de carbono y las grasas. (García, R. 2011)

c) Hidratos de Carbono. Aportan energía al sistema nervioso central.

La lactosa es el principal hidrato de carbono que contiene; favorece el desarrollo de la flora intestinal por las Bifidobacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por ser acidificante; mejora la absorción de calcio y mantiene estable la osmolaridad de la leche porque conserva bajas concentraciones de sodio y potasio. (García, R. 2011)

d) Grasas. El volumen de lípidos difiere entre mujeres (de 1 a 7 g/dL), La leche humana aporta ácidos grasos de cadena larga cuyos precursores son el ácido linolénico y el ácido linoléico. (García, R. 2011)

Se conocen como ácidos grasos indispensables ya que no pueden ser sintetizados de nuevo por el ser humano y deben provenir de la dieta de la madre. Estos ácidos grasos se convierten en ácidos grasos poliinsaturados tales como el ácido docosaenoico, vital en el desarrollo estructural y funcional de los sistemas visual-sensorial, perceptual y cognitivo del lactante; y el ácido araquidónico, útil como sustrato para la síntesis de eicosanoides como las prostaglandinas, los leucotrienos y tromboexanos, que modulan las respuestas inflamatoria e inmune al activar la proliferación de linfocitos, células asesinas.

e) Proteínas. En la leche materna hay entre 8.2 y 9 g de proteína por litro; su concentración se reduce con el progreso de la lactancia, independientemente de las proteínas que consume la madre. El tipo de proteínas que contiene la leche humana, la hacen única para la especie humana, ya que son de mejor biodisponibilidad gracias a la presencia de enzimas digestivas como la amilasa. (García, R. 2011)

f) Vitaminas. En la leche madura las vitaminas hidrosolubles tienen una concentración óptima; el niacina y la vitamina C son las más abundantes. De las liposolubles, la leche de mujer contiene mayores concentraciones de β -caroteno y la vitamina E. A pesar de no tener niveles óptimos de vitamina D los bebés alimentados con leche materna no padecen raquitismo, ya que sí poseen un sulfato de esa vitamina, adquirida por vía transplacentaria que tiene actividad durante los primeros tres meses. (García, R. 2011)

- Vitamina A: En leche madura contiene 280 unidades internacionales El calostro contiene el doble de vit.A que la leche madura. Los niveles de vit. A en la leche de madres de prematuros son mayores. La leche materna es una fuente vital de vit.A en los países en desarrollo, incluso después del primer año. (Lawrence, R. 2003)

- Vitamina C: La leche humana contiene 43 mgs/100ml. (Lawrence, R. 2003)

- Vitamina D: Los suplementos de vit. D no son necesarios en lactantes amamantados si la dieta de la madre es adecuada y el niño pasa al aire libre 2 horas/semana, aunque esté vestido y nublado, pero sin gorro. (Lawrence, R. 2003)

- Vitamina E: Hay mayor nivel en el calostro y en la leche humana madura que en la de vaca. Previene la anemia hemolítica y ayuda a proteger los pulmones y la retina de las lesiones oxidantes inducidas. (Lawrence, R. 2003)

- La vitamina K nunca es óptima en leche materna (2 mcg/L) si se compara con los requerimientos diarios de 12 mcg/día, por lo que debe aplicarse a todo recién nacido 1 mg intramuscular en dosis única. (Lawrence, R. 2003)

g) Minerales. Destaca el hierro, cuyas concentraciones se reducen a lo largo de la lactancia hasta mantenerse estable a los seis meses. Se absorbe entre 45 y 75% de su contenido total, mientras que la leche de vaca sólo es de 10%. Una explicación para esto es que el hierro en la leche materna se encuentra unido a las seroproteínas en 65 a 81% y una baja cantidad (2 a 14%) unido a la caseína, que, al tener un paso lento por el estómago, sufre una degradación.

La relación calcio/fósforo de la leche materna es de 1.2 a 2; esto es útil en la absorción hasta de 75% del calcio, comparado con sólo 20% de la leche entera de vaca. De esto depende la formación del tejido óseo en la infancia. (Lawrence, R. 2003)

- Sodio: La baja concentración de sodio es importante y contribuye a una carga osmolar renal escasa; aunque en el calostro la concentración de sodio es máxima, que junto a la mayor concentración de proteínas en el calostro contribuyen a una mayor retención de agua; ésta es la causa por la cual hay menos pérdida del peso inicial o ninguna en aquellos recién nacidos que reciben suficiente cantidad de calostro. (Lawrence, R. 2003)

h) Oligoelementos. El zinc es parte de los sistemas activadores de las enzimas; su concentración en la leche humana es de 2 a 4 mcg/mL y tiene biodisponibilidad elevada: 45 a 58% de la fracción sérica de las proteínas. El flúor, a pesar de su baja cantidad en leche materna, es útil para evitar las caries, lo cual es evidente si se compara a los niños alimentados al pecho materno con los alimentados con biberón. Finalmente, el magnesio se

mantiene en equilibrio muy estable con el calcio en la leche humana para prevenir hipocalcemia en el recién nacido. (Lawrence, R. 2003)

i) Hormonales El bebé amamantamiento con leche materna mantiene la concentración plasmática de hormonas a diferencia de lo que sucede con los bebés que toman leche no materna. Hasta el momento se han identificado diferentes hormonas en la leche materna: hormona liberadora de tirotrópicas (TRH), Hormona tiroidea estimulante (TSH), tiroxina, triiodotironina, oxitócica, prolactina, gonadotropinas hormona liberadora de gonadotropina GnRh, corticoides, insulina, eritropoyetina, hormona ovárica, prostaglandina, relaxina . (Lawrence, R. 2003)

j) Enzimas Una de las enzimas presente en la leche humana es la lactoperoxidasa que convierte el agua en agua oxigenada o peróxido de hidrógeno, sustancia que destruye a muchas bacterias que pueden causar enfermedad . (Lawrence, R. 2003)

k) Nucleótidos La leche humana, están presentes nucleótidos, que afectan la absorción de las grasas y numerosos factores de crecimiento, entre los que incluyen el factor de crecimiento epidérmico (EGF), el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF I- II Y III) y el factor de crecimiento de nervios (NGF) entre otros. (Lawrence, R. 2003)

l) Factores humorales y celulares

1. Humorales

Inmunoglobulinas: La inmunoglobulina más importante que se encuentra en suero humano es IgG, la IgA sólo constituye una quinta parte, sin embargo, en la leche humana la IgA es más importante, no sólo en concentración, sino también en actividad biológica. De las inmunoglobulinas IgA, la más significativa y que es sintetizada en las células alveolares de la glándula mamaria es la IgA secretora.

La IgA constituye el 90% de todas las inmunoglobulinas; proporciona protección local intestinal en contra de virus como poliovirus y bacterias del tipo de E. coli y V. cholerae.

Una progenie de linfocitos específicamente sensibilizados que se originan en el tejido linfático adyacente al tubo digestivo migra a la glándula mamaria, aportando a la leche células inmunológicamente activas que secretan IgA secretora. La IgG e IgM se encuentran en concentraciones menores y proporcionan protección contra bacterias y virus, por ejemplo: E. coli y V. cholerae, citomegalovirus, virus sincitial respiratorio y rubéola. La leche materna también estimula la producción de IgA secretora del niño. (Sabillon, F. 1997)

Factor bífido: Es un carbohidrato presente en el calostro y leche madura que promueve la colonización intestinal de Lactobacillus en presencia de lactosa; esto produce un pH intestinal bajo, inhibiendo la colonización de bacterias Gram negativas y hongos. (Sabillon, F., 1997)

- Lisozima: La leche humana contiene un factor antimicrobiano, inespecífico: es una enzima llamada lisozima, la cual es termoestable y ácido- estable. (Sabillon, F., 1997)

- Lactoferrina: La concentración de lactoferrina es alta en el calostro y luego progresivamente disminuye hasta los 5 meses de la lactancia. Se demostrado con lactoferrina insaturada, la inhibición del crecimiento, Cándida albicans. La lactoferrina tanto como la lisozima es estables y resisten adecuadamente el pH del estómago. (Sabillon, F. 1997)

- Factor de resistencia: La leche humana protege al recién nacido en contra de infecciones estafilocóccicas, esto se debe a la presencia en la leche humana de un factor de resistencia, descrito como no dializable, termoestable. (Sabillon, F. 1997)

- **Interferón:** En cultivos de células de calostro se ha demostrado que éstas al ser estimuladas secretan una sustancia parecida al interferón. (Sabillon, F. 1997)

Celulares

- **Complemento C3 y C4:** Componentes del complemento que facilitan la fusión de anticuerpos y la bacteria, se encuentran en bajas concentraciones en el calostro. Cuando se activa C3 tiene propiedades opsonicas, anafilácticas y quimio táctica y es importante para la lisis de la bacteria fusionada por anticuerpos específicos. ((Sabillon, F. 1997)

- **Macrófagos:** En leche humana se producen componentes del complemento C3 y C4, lisozimas y lactoferrina, facilitan la adherencia eritrocítica de C3 e IgG para la fagocitosis. Los bactericidas son responsables de la inhibición de la mitosis linfocítica, facilitan la entrada de IgA a la célula, forman células gigantes e interactúan con los linfocitos. Los macrófagos del calostro son un vehículo potente para el transporte de inmunoglobulinas. Los macrófagos incluso participan en la biosíntesis y excreción de lactoperoxidasa y factores de crecimiento celular, favoreciendo el crecimiento del epitelio intestinal y la maduración de las enzimas intestinas producidas en el borde de cepillo del intestino. La movilidad de los macrófagos está inhibida por el factor inhibidor o migración de linfokina (MIF). La actividad de los macrófagos ha sido demostrada tanto en calostro fresco como en cultivos celulares de calostro. (Sabillon, F. 1997)

- **Linfocitos:** En la leche humana y el calostro existen tanto linfocitos B, como linfocitos T; éstos sintetizan IgA. La acción de los linfocitos T en la leche humana. Los linfocitos pueden ser incorporados en los tejidos de succión, proporcionando inmunización adquirida de corto tiempo al recién nacido. Se ha examinado la actividad bactericida de los leucocitos

en la leche y es comparable con la respuesta leucocitaria en sangre periférica. (Sabillon, F. 1997)

- Polimorfo nucleares: Se encuentran en gran cantidad en el calostro, disminuyendo paulatinamente hasta las seis semanas. En la leche madura, se encuentran en menor cantidad. Esta menor cantidad se compensa por una mayor producción de leche. (Sabillon, F. 1997)

2.1.9. Ventajas de la lactancia

a) Para la madre

El inicio de la LM en el posparto inmediato permite la secreción de oxitócica a través de la succión del pezón por el recién nacido, la cual promueve las contracciones uterinas y la expulsión rápida de la placenta, y evita la hemorragia posparto, acelerando la involución uterina.

Con la LME se incrementa la secreción de prolactina, se impide la secreción de hormona liberadora de gonadotropinas por el hipotálamo y a su vez de gonadotropinas hipofisarias (hormona foliculoestimulante y luteinizante), se inhibe el desarrollo de los folículos ováricos, ovulación y menstruación, esta inhibición se prolongará mientras la lactancia sea frecuente, e incrementará el intervalo entre los embarazos y estimulará la producción suficiente de leche para el bebé. Previene la depresión posparto, ya que la oxitócica liberada durante la succión del pezón desencadena en la madre un efecto tranquilizador y de bienestar. Al amamantar se secretan endorfinas que alcanzan un pico máximo a los 20 minutos de iniciada la lactancia, provocando en la madre sensaciones placenteras. El bebé también se ve recompensado, porque se las transfiere a través de la leche, creando un vínculo (apego) muy especial.

La LME incrementa la producción de prolactina, que facilita la actividad de la lipoproteína lipasa en la glándula mamaria y la inhibe en el tejido celular subcutáneo, disminuyendo el depósito de tejido adiposo, condicionando en las mujeres una recuperación del peso previo al embarazo más rápidamente, observándose a los seis primeros meses una disminución de la cadera entre un 4 y 6% aproximadamente.

Otra ventaja para la madre es la protección contra el cáncer de mama y ovario. Le brinda comodidad a la madre, porque no tiene que prepararla ni esterilizar biberones, especialmente cuando trabaja o viaja. (Aguilar, M., 2007)

b) Familiares y sociales

La LM refuerza los lazos afectivos en la familia, promueve el cuidado de los hijos, previene el maltrato infantil⁸ y el retraso de nuevos embarazos. Con este tipo de alimentación la familia obtiene ventaja económica al no gastar en leche artificial, biberones, envases, etc., con un menor costo en la salud de sus integrantes, repercutiendo en todas las sociedades, ya que disminuye la morbilidad infantil en el mundo y la mortalidad en los países en vías de desarrollo. (Aguilar, M., 2007)

c) Ecológicas

La leche humana es un producto natural, renovable y no contaminante. Con esta práctica de alimentación se evita el daño al medio ambiente, ya que los intereses comerciales de la alimentación artificial han propiciado la creación de industrias para procesar la leche, fabricar envases y biberones, que consumen grandes cantidades de combustible y producen contaminación, promueve el uso de aluminio, estaño, cartón y papel para la elaboración de recipientes, que al desecharse generan basura; la leche envasada contiene cuarenta veces más aluminio y nueve veces más cantidad de plomo que la humana, además la producción

de leche de vaca ha provocado la destrucción de bosques para crear pastizales. (Aguilar, M. 2007)

2.1.10 Beneficios de la lactancia

a) Principales beneficios para el niño

La lactancia es la forma mejor y más saludable de nutrición porque el recién nacido regula su composición en función de sus necesidades, contiene los nutrientes más apropiados y necesarios en cada momento del desarrollo del niño. La composición de la leche materna se adapta en función de las necesidades del crecimiento, además se digiere con facilidad, contiene las enzimas apropiadas que mejoran las digestiones facilitando el establecimiento de una flora bacteriana bífida que protegerá el aparato digestivo del lactante incluso en su vida adulta, contiene endorfinas que producen relajación y sueño, hormonas y muchos otros componentes beneficiosos. Uno de los beneficios más importantes de la lactancia materna es su poder inmunológico, debe ser considerada la primera vacuna que recibe el niño debido a su función protectora contra virus, bacterias y parásitos; otros beneficios serían los siguientes:

- Menos procesos durante la lactancia de enterocolitis necrotizante.
- Efecto protector del síndrome de muerte súbita.
- Efecto protector frente a varios tipos de cáncer en la infancia.
- Protección frente a enfermedades futuras como alergias, obesidad, enfermedades inmunitarias, asma, algunos cánceres de la edad adulta, infarto de miocardio, arterioesclerosis.
- Incrementa la absorción de hierro y, por consiguiente, disminuye la incidencia de anemia.

- Disminuye la incidencia de alergia alimentaria respecto a otros alimentos.
- Favorece el desarrollo intelectual e incrementa el vínculo entre madre e hijo.
- Disminuye la posibilidad de contaminación bacteriana, al no tener que manipularla para su preparación. (Mahamed, D., Alcolea S.)

b) Para la madre

- Mejora la recuperación tras el postparto, acelera la recuperación del útero y además protege frente a la anemia después del parto.
- Moviliza las grasas de reserva acumuladas durante el embarazo, especialmente alrededor de los muslos y de las nalgas y favorece la recuperación de la silueta al reducir la circunferencia de cadera.
- Beneficios psicológicos: Incrementa el vínculo psicológico entre madre e hijo. Menor incidencia de cáncer de mama, de ovario y de útero.
- Induce a la relajación materna gracias a las hormonas que se segregan durante el amamantamiento.
- Mejora la autoestima materna.
- Disminuye el riesgo de artritis reumatoide.
- Disminuye la incidencia de osteoporosis y fractura de cadera en edad avanzada. .(Mahamed, D., Alcolea S.)

c) Para la familia

- Se ahorran cientos de dólares en el presupuesto familiar.
- Se ahorra en gastos de salud.
- Contribuye a establecer una fuerza de trabajo más productiva.
- Crea una sociedad más saludable. (Mahamed, D., Alcolea S.)

2.1.11 Estado nutricional

La valoración del estado de nutrición del niño, se relaciona con la medición del crecimiento. Se ha planteado que el crecimiento se da desde la etapa prenatal y está determinado genéticamente para el incremento de masa corporal libre de grasa. Si tal individuo permanece sano y asegura una fuente adecuada de nutrimentos durante sus etapas críticas de crecimiento físico, lograría cumplir todo su potencial genético. El estado nutricional del lactante es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. Por esta razón, el control periódico de salud constituye el elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales, ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada. (De Leon, S., 2014)

Tradicionalmente, la evaluación nutricional en pediatría, se ha orientado al diagnóstico y clasificación de estados de deficiencia, lo que es explicable dado el impacto que tienen en la morbimortalidad infantil. Sin embargo, frente al caso individual debe aplicarse una rigurosa metódica diagnóstica que permita detectar no sólo la desnutrición de tipo marásmico, sino también el sobrepeso y la obesidad, cuya prevalencia ha aumentado en forma significativa en los últimos años. En niños hospitalizados o con patologías asociadas es importante incorporar indicadores que ayuden a la detección de la desnutrición visceral y las carencias específicas. (De Leon, S., 2014)

Existe en nuestro medio la práctica extendida de evaluar el crecimiento de los niños en el Primer Nivel de Atención mediante la antropometría. Esta cotidianeidad puede conducir a la automatización y a que no se obtenga de ella toda la información que puede brindar

para la evaluación de individuos y poblaciones. En consecuencia, consideramos oportuno revisar sus alcances y limitaciones para situar una vez más la interpretación de la antropometría dentro de la perspectiva del cuidado de la salud de los niños. Desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad los niños crecen, en promedio, alrededor de 37 cm. Esta velocidad de crecimiento –unos 25 cm/año en el primer año y unos 12 cm/año en el segundo no se volverá a alcanzar en ninguna otra etapa de la vida postnatal. Es por ello que la vigilancia del crecimiento adquiere tanta sensibilidad en esta etapa como indicador positivo de salud. (De Leon ,S., 2014)

La Antropometría

La antropometría ha sido ampliamente utilizada como un indicador que resume varias condiciones relacionadas con la salud y la nutrición. Su bajo costo, simplicidad, validez y aceptación social justifican su uso en la vigilancia nutricional, particularmente en aquellas poblaciones en riesgo de sufrir malnutrición. Es el método no-invasivo más aplicable para evaluar el tamaño, las proporciones e indirectamente la composición del cuerpo humano. Hace posible la identificación de poblaciones en riesgo, reflejo de situaciones pasadas o presentes, y también predecir riesgos futuros. Esta identificación permite seleccionarlos para la implementación de intervenciones y, al mismo tiempo, evaluar el impacto de las intervenciones. La antropometría es una técnica incruenta y poco costosa, portátil y aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Refleja el estado nutricional y de salud y permite predecir el rendimiento, la salud y la supervivencia. Como tal, es un instrumento valioso actualmente subutilizado en la orientación de las políticas de salud pública y las decisiones clínicas. (De Leon, S., 2014)

Para la obtención de datos de calidad es necesaria que el personal de salud tome y registre correctamente el peso, talla y la edad.

Crecimiento: El crecimiento es un aumento celular, en número y tamaño, que puede medirse de dos formas principalmente; la primera es la talla del niño como reflejo del crecimiento de su esqueleto y huesos. Para medir esta característica hay varios elementos según la edad.

Talla: El primer parámetro de medición es la talla o estatura fundamental para enjuiciar el crecimiento en longitud, pero es menos sensible que el peso a las deficiencias nutricionales, por eso sólo se afecta en las carencias prolongadas, sobre todo si se inicia en los primeros años de vida.

Peso: El segundo aspecto que se mide es el peso. Aquí también hay variaciones según la edad. El niño recién nacido pierde un 10% de su peso inicial en los primeros 10 días. Esto ocurre porque el niño nace con exceso de líquidos para soportar primero la baja producción de leche de la madre en los primeros días y segundo, porque viene de un medio líquido dentro del útero, el cual está constantemente tomando y eliminando. De allí el niño va aumentando diariamente su peso.

Para evaluar el estado nutricional de acuerdo con el grado de déficit o la gravedad en la población infantil se utilizan indicadores antropométricos:

Relación Peso/Talla

Refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla. Este indicador es especialmente útil en situaciones en las que la edad de los niños es desconocida (por ejemplo, en situaciones de refugiados). La curva de peso para la longitud/talla ayuda a identificar niños con bajo peso para la talla que pueden estar emaciados o severamente emaciados. Usualmente, la emaciación es causada por una

enfermedad reciente o falta de alimentos que resulta en una pérdida aguda y severa de peso, si bien la desnutrición o enfermedades crónicas pueden también causar emaciación. Estas curvas sirven también para identificar niños con peso para la longitud/talla elevado que pueden estar en riesgo de presentar sobrepeso u obesidad.

Relación Talla/Edad

La longitud/talla para la edad refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño en una visita determinada. Este indicador permite identificar niños con retardo en el crecimiento (longitud o talla baja) debido un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. También puede identificarse a los niños que son altos para su edad, sin embargo, la longitud o talla alta en raras ocasiones es un problema, a menos que este aumento sea excesivo y pueda estar reflejando desordenes endocrinos no comunes.

Relación Peso/Edad

El peso para la edad refleja el peso corporal en relación a la edad del niño en un día determinado. Este indicador se usa para evaluar si un niño presenta bajo peso y bajo peso severo; pero no se usa para clasificar a un niño con sobrepeso u obesidad. Debido a que el peso es relativamente fácil de medir, comúnmente se usa este indicador, pero no es confiable en los casos en los que la edad del niño no puede determinarse con exactitud. Es importante señalar también que un niño puede estar desnutrido debido a que tiene longitud/talla pequeña (talla baja) o está muy delgado o tiene ambos problemas. Si el niño presenta edema en ambos pies, la retención de líquido aumenta el peso del niño, enmascarando lo que en realidad podría ser muy bajo peso. (MINSALUD, 2004)

El estado nutricional se clasifica en los siguientes parámetros:

Normal: Se asigna este código cuando el niño se encuentra en condiciones normales de nutrición, de acuerdo con el último control consignado dentro del período de referencia.

En riesgo: Se asigna este código al niño o niña que presenta algún riesgo de desnutrición en el último control consignado en el período de referencia. Se refiere a quienes sin llegar a estar desnutridos no han subido de peso lo suficiente, comparado con el control anterior.

Desnutrición: Se asigna este código al niño o niña que presenta desnutrición (en el carné de atención) en el último control registrado en el período de seis meses según orientación del MINSA registrada en el Carné de Control del Niño Sano.

Sobrepeso: Se asigna este código al niño o niña que presenta sobrepeso en el último control consignado en el período de referencia registrado en el Carné de Control del Niño Sano

Obesidad: Se asigna este código cuando el niño presenta obesidad en el último control consignado en el período de referencia registrado en el Carné de Control del Niño Sano.

(MINSa, 2004)

2.1.12. Desnutrición infantil

Es el estado anormal del organismo causado por deficiencias de uno o múltiples elementos nutricionales; un desequilibrio entre los requerimientos y aportes de nutrientes con aparición de un cuadro clínico. Es la consecuencia de diversos factores, tales como falta de alimentación, problemas socio-económicos, negligencia en los cuidados y enfermedades.

Según la OMS, contribuye en más de una tercera parte de las muertes infantiles, aunque rara vez se nombra como causa directa.

La desnutrición se clasifica de acuerdo con su etiología, el grado de déficit o gravedad, la composición corporal, el tipo de carencia, el tiempo de evolución y la etapa de vida. La desnutrición primaria es causada por falta de aportes de proteínas, vitaminas, micro elementos y la secundaria por una enfermedad que afecta la ingesta y el metabolismo de los nutrientes.

Consecuencias de la desnutrición infantil

Las complicaciones que sufre un niño cuando es alimentado deficientemente no solo tiene efecto en la estatura y el peso, esto se debe a que una dieta inadecuada tiene consecuencias negativas en los niveles de vitaminas, proteínas y minerales, lo cual conduce a la desnutrición, padecimiento de prevalencia alta.

La desnutrición daña principalmente a los pequeños que viven en la pobreza extrema, pues carecen de recursos económicos necesarios que les permitan llevar un buen régimen alimenticio. Por otra parte, también se desarrolla porque la dieta de algunos niños no es vigilada y por lo tanto, no tiene un balance de nutrientes. Así, a medida que este mal avanza se originan trastornos en la salud de los pequeños y son más susceptibles a adquirir diversas infecciones. Además, se altera la función de órganos como el riñón e hígado, la deficiencia proteínica ocasiona que el niño tenga una alteración importante en la absorción, distribución, metabolismo y eliminación.

Síntomas

La malnutrición calórica-proteica durante la infancia afecta la maduración del sistema nervioso central. Así también como el retraso en el desarrollo mental y en la capacidad motora y de aprendizaje. Las deficiencias de vitaminas y minerales originan múltiples

manifestaciones. Cuando no se ingieren cantidades adecuadas de proteínas o estas no tienen alto valor biológico se altera el crecimiento; la malnutrición proteínica produce alteraciones en la mucosa epitelial del intestino lo que, a su vez, afecta la producción de enzimas intestinales y termina afectando el proceso de la digestión de los carbohidratos y de lípidos. El hidrato de carbono tiene la propiedad de retener agua y electrolitos, los déficits de estos provocan pérdidas de agua, sodio y potasio produciendo fatiga y pérdida de peso.

Tipos de Desnutrición

Desnutrición Aguda: Corresponde a un bajo peso para el niño en función del peso esperado para su talla y sexo sin tener en cuenta su edad. Este indicador muestra los efectos que sobre el estado nutricional tienen las privaciones alimentarias, los problemas agudos de salud o el saneamiento básico ambiental precario.

Desnutrición Crónica: La desnutrición crónica o retraso en el crecimiento lineal, se determinan al comparar la talla del niño con la esperada para su edad. Este índice muestra los efectos acumulativos de privaciones nutricionales a través del tiempo, tanto general como durante el desarrollo temprano del niño.

Desnutrición Global: Se relaciona el peso con la edad y el sexo, comparado con el patrón de referencia. (OMS, 2017)

III. CAPITULO III – METODOLOGIA

3.1. Tipo de investigación

En el presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo ya que recoge y analiza los datos de las variables, correlacional porque va a relacionar el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente con el estado nutricional de su niño menor de seis meses, de periodo prospectivo debido a que son hechos presentes que se observan y se registran, de corte transversal ya que la investigación se llevara a cabo en un tiempo determinado.

3.2. Variables

V1: Nivel de conocimiento de la madre sobre la lactancia materna exclusiva esta variable presenta como predictores beneficios, técnicas de amamantamiento, técnica de preparación de mamas y pezones, importancia, higiene y problemas de amamantamiento.

V2: Estado nutricional del niño menor de 6 meses, esta variable dependiente muestra como predictor control de peso, control de talla y diagnostico nutricional del lactante.

Tabla 1

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	PREDICTORES
	Conceptualización	Concepto	La lactancia materna favorece el vínculo afectivo madre-niño.
			El calostro es de color amarillento, es la primera leche

			que tiene alto índice de proteína, vitaminas y otros.
		Duración	La lactancia materna exclusiva se da hasta los seis meses.
		Importancia	La lactancia materna estimula el reflejo de succión.
			La succión del bebe estimula la contracción del útero.
			La succión del bebe acelera la expulsión de la placenta.
			Mientras el niño mas mame su crecimiento es más acelerado
			La lactancia materna ayuda a la expulsión del meconio
			La lactancia materna disminuye el riesgo de una hemorragia postparto
			Las lactadas incrementan notablemente la producción de leche.
			El niño que recibe lactancia materna exclusiva tiene un desarrollo intelectual superior.

	Beneficios	Niño	La lactancia materna previene y retarda las alergias.	
			La lactancia materna favorece una imagen personal positiva en él bebe.	
			Si el niño está enfermo se debe suspender la lactancia materna.	
			La lactancia materna exclusiva disminuye el riesgo en el bebé, de sufrir enfermedades diarreicas y respiratorias.	
			Madre	La lactancia artificial es igual que la lactancia materna
				Las mamadas más frecuentes ayudan a que no haya obstrucción
				La leche de vaca tiene las mismas ventajas que la leche materna
				Mientras la madre este dando de lactar puede salir embarazada
			Posición	La posición de la boca del lactante debe cubrir toda la areola.

Conocimiento de la madre sobre lactancia materna exclusiva			Durante la lactancia materna solo es importante la comodidad del bebe.	
			Para dar de lactar se requiere de una técnica de amamantamiento	
			La posición de las manos de la madre es: el dedo pulgar en la parte superior del pezón y los otros cuatro dedos en la parte inferior del seno.	
	Técnicas de amamantamiento	Higiene		Se debe realizar el lavado de manos antes de dar de lactar
				Se debe realizar el baño diario para la higiene de los senos.
				Se debe de limpiar los pezones con alcohol.
		Frecuencia		Hay que dar de lactar cada vez que lo pida él bebe.
				El tiempo máximo que debe dejar de lactar él bebe es de 2 horas.
				El tiempo que debe de lactar el niño en cada seno es de 20 minutos.

		Ejercicios	Se debe realizar ejercicios de preparación de pezones para dar de lactar.
			Se debe realizar masajes en el seno antes de dar de lactar.
			Se debe realizar los masajes a las mamas solo una vez al día.
			Se debe formar el pezón antes de dar de lactar al bebe
			Se debe de preparar las mamas para dar de lactar al bebe
		Problemas	Cuando se tiene mala técnica de amamantamiento se sufre de pezones agrietados o inflamados
			Cuando hay problemas de acumulo de leche, el seno esta hinchado y duro.
			La baja producción de leche puede deberse a que él bebe no lacta adecuadamente
			La mastitis es una infección del seno que causa fiebre y malestar general
			La mastitis es cuando su seno quema, esta rojo e hinchado.

			La baja producción de leche es normal en todas las adolescentes
--	--	--	---

VARIABLE	DIMENSIONES	PREDICTORES	PREGUNTA
Estado nutricional del niño menor de seis meses.	Diagnostico Nutricional	Peso	Control de peso
		Talla	Control de talla

Identificación de los ítems según dimensión

DIMENSIÓN	ITEM'S	TOTAL
CONCEPTUALIZACION	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	10
BENEFICIOS	11,12,13,14,15,16,17,18,19	9
TECNICAS DE AMAMANTAMIENTO	20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40	21
	TOTAL	40

3.4. Población y muestra

La población estará conformada por 167 adolescentes primigestas que tiene un lactante menor de seis meses y que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. La muestra será aleatoria simple, estará conformada por 54 madres de familia que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo con sus respetivos menores. La fórmula que se empleó para determinar la muestra fue la siguiente:

$$n = N / [P^2 (N-1) + 1]$$

n: es la muestra

N: es el número de sujetos que constituye la población

P: es la probabilidad que produce el máximo valor de error estándar.

Con un nivel de confianza de 95%

$$n = N / [P^2 (N-1) + 1]$$

$$n = 123 / [0,05^2 (123-1) + 1]$$

$$n = 117$$

Criterios de inclusión:

- ✓ Adolescentes primigesta entre 11 y 19 años de edad.
- ✓ Adolescentes primigestas que tengan niños menores de seis meses.
- ✓ Adolescentes primigestas que brinden lactancia materna exclusiva.

- ✓ Adolescentes primigestas que acepten participar del estudio.

Criterios de exclusión:

- ✓ Madres primigestas menores de 11 años y mayores de 19 años.
- ✓ Madres primigestas que brinden lactancia mixta o formularizada.
- ✓ Madres primigestas que tengan niños mayores a seis meses.
- ✓ Madres primigestas que no acepten participar del estudio.

3.5 Instrumentos

Los datos para el estudio, se recogió mediante un cuestionario (Anexo 2), creado por Marquez, F., Chunga, V. Modificado por Fernandez, Z., Garcia, V.; quienes emitieron sus recomendaciones en la coherencia del proyecto, realizando las correcciones correspondientes en el cuestionario. (Anexo 2)

Se realizó la prueba piloto para determinar la confiabilidad del instrumento, dicha prueba se aplicó en el C.S. Villa María del Perpetuo Socorro en Lima, ya que presenta similar problema del estudio que se está realizando; estuvo conformada por 10 primigestas adolescentes que brindaban lactancia materna exclusiva a sus niños menores de seis meses; se hizo el cálculo del coeficiente de Alpha de Cronbach's obteniendo un coeficiente de Alpha de 0,836. Así se obtuvo un instrumento válido y confiable para el estudio. (Anexo 3)

Para la obtención del estado nutricional del niño menor de seis meses, se pesará y tallará a los lactantes que asisten a la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para obtener el diagnóstico nutricional mediante las tablas nutricionales.

Los datos obtenidos (edad, peso, talla y diagnóstico nutricional) se registrarán en una ficha elaborada por la investigadora, esta presentará un código al igual que el cuestionario para el procesamiento de datos. (Anexo 4)

Para la recolección de datos se solicitará los permisos y trámites correspondientes al Jefe del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

3.5.1. Técnicas de análisis y procesamiento de datos

Técnicas de análisis de datos

Se aplicarán las siguientes técnicas:

- a) Tabulación de cuadros y porcentajes.
- b) Comprensión e interpretación de gráficos.
- c) Contrastación de Hipótesis.

Técnicas de procesamiento de datos.

Los datos que fueron recabados y tuvieron el siguiente procesamiento:

- a) Registro manual.
- b) Ordenamiento y clasificación para su digitalización.
- c) Procesamiento estadístico en el entorno del programa SPSS.

La técnica que se empleará en la presente investigación es una encuesta y el instrumento un cuestionario que consta de 40 preguntas cerradas, divididas en tres dimensiones que son conceptualización, beneficios y técnicas de amamantamiento; este cuestionario se aplicará en el consultorio de crecimiento y desarrollo, donde se sensibilizará a que participe de la investigación, haciéndole firmar un consentimiento informado. (Anexo 1)

3.6 Procedimientos

Los datos recolectados serán procesados en una base de datos para luego realizar el cálculo estadístico mediante el programa SPSS versión 18 y Microsoft Excel 2010.

3.7 Análisis de datos

El análisis de los datos que fueron recopilados serán procesados a un nivel descriptiva e inferencial, el primer tipo de análisis, es decir el descriptivo servirá para presentar e interpretar el resumen y la posterior presentación de los resultados de las variables evaluadas mediante la representación de dichos datos en frecuencias y porcentajes, la determinación de la asociación entre las variables planteadas se realizará a través del estadístico de prueba chi cuadrado.

3.8. Consideraciones éticas

La realización de esta investigación desde su planteamiento y cada una de las fases y procedimientos y actividades que implicó, se dieron teniendo en consideración los principios de bioética de Helsinsky, a saber:

No maleficencia y Beneficencia: según este principio en este trabajo investigativo no se presentó ni expuso a los evaluados a ningún tipo de riesgos físicos y/o psicológicos, que pudiese impactar en modo alguno en su calidad de vida ni de terceros

Autonomía: bajo este precepto se informó claramente a los participantes sobre los alcances de esta investigación, así mismo y en ese sentido se pidió a cada uno de los participantes la lectura de un consentimiento informado para que sea firmado consintiendo su aceptación a participar de esta investigación.

Justicia: este principio exige que se tomen las previsiones pertinentes por parte de los investigadores para resguardar el respeto de los derechos fundamentales de cada uno de los escolares que fueron evaluados.

Así mismo, se cautelo firmemente los datos que fueron recolectados en este trabajo investigativo dado que solo fueron utilizados para los efectos de este trabajo y en donde se conservó el anonimato de cada uno de los participantes de esta investigación.

IV. CAPITULO IV: PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

Tabla 1

Nivel de conocimiento que predomina en la primigesta adolescente acerca de la lactancia materna exclusiva

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alto	51	43,6	43,6
Medio	33	28,2	71,8
Bajo	33	28,2	100,0
Total	117	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse en la tabla, la mayor parte de las madres consultadas (43,6%) manifestaron un nivel alto de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva, el segundo grupo manifestaron un nivel medio y bajo (28,2% respectivamente)

Tabla 2

Estado nutricional de los niños menores de seis meses en razón al peso y la edad.

Estado nutricional en razón al peso y la edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	44	37,6	37,6
Desnutrición global leve	30	25,6	63,2
Desnutrición global moderada	17	14,5	77,8
Desnutrición global severa	26	22,2	100,0
Total	117	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse en la tabla 2, la mayor parte de los niños evaluados (37,6%) presentaron un estado nutricional normal, el segundo y tercer grupo fueron los que presentaron una desnutrición global leve y desnutrición global severa (25,6% y 22,2% respectivamente). Mientras que solo un 14,5% presentó un nivel de desnutrición global moderada.

Tabla 3

Estado nutricional de los niños menores de seis meses en razón al peso y la talla

Estado nutricional en razón al peso y la talla	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	41	35,0	35,0
Riesgo de desnutrición aguda	30	25,6	60,7
Desnutrición aguda	17	14,5	75,2
Desnutrición aguda severa	29	24,8	100,0
Total	117	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse en la tabla 3, la mayor parte de los niños evaluados (35,0%) presentaron un nivel normal, el segundo y tercer grupo fueron los que presentaron un nivel riesgo de desnutrición aguda y desnutrición aguda severa (25,6% y 24,8% respectivamente). Mientras que solo un 14,5% presentó un nivel de Desnutrición aguda.

Tabla 4

Estado nutricional de los niños menores de seis meses en razón a la talla y la edad

Estado nutricional en razón a la talla y la edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	38	32,5	32,5
Riego de desnutrición crónica leve	35	29,9	62,4
Riego de desnutrición crónica moderada	18	15,4	77,8

Riesgo de desnutrición crónica severa	26	22,2	100,0
Total	117	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse en la tabla 4, la mayor parte de los niños evaluados (32,5%) presentaron un nivel normal, el segundo y tercer grupo fueron los que presentaron un nivel riesgo de desnutrición crónica leve y riesgo de desnutrición crónica severa (29,9% y 22,2% respectivamente). Mientras que solo un 15,4% presentó riesgo de desnutrición crónica moderada.

4.2. Análisis inferencial

Prueba de la primera hipótesis específica:

1. Formulación de la hipótesis alterna

Ha: Existen asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la edad del niño.

2. Formulación de hipótesis nula:

Ho: No existen asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la edad del niño.

3. Elección de nivel de significancia

$p < 0,05$

4. Regla de decisión

Si $p < 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

5. Cálculo de estadístico de prueba

Tabla 5

Asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la edad del niño.

Estado nutricional en razón al peso y la edad	Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva			Total
	Alto	Medio	Bajo	
Normal	33	6	5	44
Desnutrición global leve	6	18	6	30
Desnutrición global moderada	6	4	7	17
Desnutrición global severa	6	5	15	26
Total	51	33	33	117

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	45,675	6	,000
Razón de verosimilitud	43,024	6	,000
Asociación lineal por lineal	23,124	1	,000
N de casos válidos	117		

Fuente: Elaboración propia

6. Interpretación

Con un nivel de significancia de 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se puede afirmar que existe asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la edad del niño ($p < 0.002$) en donde un grado alto de conocimiento de las madres se asocia con un estado nutricional de sus

niños en un nivel normal, en contraposición un nivel bajo de conocimiento se asocia con el padecimiento de desnutrición global severa.

Prueba de la segunda hipótesis estadística:

1. Formulación de la hipótesis alterna

Ha: Existen asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la talla del niño.

2. Formulación de hipótesis nula:

Ho: No existen asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la talla del niño.

3. Elección de nivel de significancia

$p < 0,05$

4. Regla de decisión

Si $p < 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

5. Cálculo de estadístico de prueba

Tabla 7

Asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la talla del niño.

Estado nutricional en razón al peso y la talla	Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva			Total
	Alto	Medio	Bajo	
Normal	31	5	5	41
Riesgo de desnutrición aguda	9	15	6	30
Desnutrición aguda	5	7	5	17
Desnutrición aguda severa	6	6	17	29
Total	51	33	33	117

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	39,523	6	,000
Razón de verosimilitud	37,698	6	,000
Asociación lineal por lineal	24,655	1	,000
N de casos válidos	117		

6. Interpretación

Con un nivel de significancia de 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se puede afirmar que existe una asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la talla del niño ($p < 0.002$) en donde un grado alto de conocimiento de las madres se asocia con un estado

nutricional de sus niños de nivel normal, en contraposición un nivel bajo de conocimiento se asocia con el padecimiento de desnutrición aguda severa

Prueba de la tercera hipótesis específica:

1. Formulación de la hipótesis alterna

Ha: Existen asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón a la edad y la talla del niño.

2. Formulación de hipótesis nula:

Ho: No existen asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón a la edad y la talla del niño.

3. Elección de nivel de significancia

$p < 0,05$

4. Regla de decisión

Si $p < 0.05$ entonces se rechaza la hipótesis nula.

5. Cálculo de estadístico de prueba

Tabla 9

Asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón a la edad y la talla del niño.

Estado nutricional en razón a la edad y la talla	Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva			Total
	Alto	Medio	Bajo	
Normal	27	5	6	38
Riego de desnutrición crónica leve	14	16	5	35
Riego de desnutrición crónica moderada	5	6	7	18
Riego de desnutrición crónica severa	5	6	15	26
Total	51	33	33	117

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	31,740	6	,000
Razón de verosimilitud	30,915	6	,000
Asociación lineal por lineal	21,684	1	,000
N de casos válidos	117		

6. Interpretación

Con un nivel de significancia de 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se puede afirmar que existe relación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia

materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la talla del niño ($p \leq 0.002$) en donde un grado alto de conocimiento de las madres se asocia con un estado nutricional de sus niños de nivel normal, en contraposición un nivel bajo de conocimiento se asocia con el padecimiento de riesgo de desnutrición crónica severa.

V. Discusión de resultados

Esta investigación analizó una muestra de 167 primigestas que tiene un lactante menor de seis meses y asistan al consultorio de crecimiento y desarrollo del hospital Nacional Arzobispo Loayza, tuvo como objeto el de determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional del niño menor de seis meses en el servicio de crecimiento y desarrollo en dicho Hospital. Se determinó la asociación de dichas variables. También se determinó que el nivel de conocimiento es de grado alto sobre la lactancia materna exclusiva de las primigestas adolescentes que recibieron tratamiento en mencionado hospital, también conocer el estado nutricional de los niños menores de seis meses valorando peso/talla, peso/edad y talla/edad.

Las madres deben contar el conocimiento suficiente, para comprender la importancia de la lactancia materna, así como de su práctica, todo ello es imprescindible para poder brindar cuidados del niño para así evitar complicaciones que pueden conllevar a la desnutrición del niño. En la presente investigación se logró demostrar que el conocimiento de lactancia materna se relaciona con la práctica de lactancia materna, con significancia estadística de 0,05.

La tabla N°1 Representa el nivel de conocimiento que predomina en la primigesta adolescente acerca de la lactancia materna exclusiva se tiene que el 43.6% manifestó un nivel medio es decir las madres cuentan con conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y se obtuvo que el 28,2% cuentan con nivel de conocimiento alta y bajo.

Según ENDES (2011), 12 de cada 100 adolescentes mujeres en nuestro país, cuyas edades fluctúan entre los 15 y 19 años han experimentado la maternidad por primera vez. Este

resultado probablemente se generó porque la vida sexual de las adolescentes empieza a una edad más temprana.

Estos resultados se asemejan a los encontrados en donde realizaron un estudio pre-experimental y prospectivo con una muestra de 51 madres primíparas adolescentes, en cinco consultorios del Policlínico Universitario del Municipio Camagüey, a 51 madres adolescentes. Aplicaron un cuestionario antes y después de una intervención educativa, dando como resultado en el pre-test, que el 83.3 % de las encuestadas no conocían adecuadamente de lactancia materna, y sólo el 9.72 % alcanzó un conocimiento “bueno”. Después del post-test, llegaron a la conclusión que la intervención fue satisfactoria ya que se logró elevar el nivel de conocimiento de las madres. (Estrada R., Jaime; Amargos R., Jacqueline; Reyes D., Belkis; Guevara B., 2010)

En el estudio realizado se obtuvo resultados diferentes en Buenos Aires que se evaluó la “Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de 6 a 11 meses, en el Hospital San José de Pergamino en Buenos Aires”. Cuyo objetivo de estudio fue: Evaluar el conocimiento de madres adolescentes de 14 -19 años sobre las ventajas para el niño de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial. Además, fue una investigación de tipo observacional, descriptiva de carácter cuali-cuantitativo de corte transversal. Se tomó una muestra de 30 madres adolescentes en el cual se observó la mayor cantidad de madres adolescentes, 22 de ellas (73.3%) desconocen lo que significa brindar lactancia materna exclusiva, solo 8 (26.7%) pudieron responder sobre el significado de esta práctica. (PAHURA, A. 2013)

Tabla N°2 sobre el estado nutricional de los niños menores de seis meses en razón al peso y la edad. Se encontró que el 37,6 presentan un estado nutricional adecuado en relación peso para su edad. A si mismo se halló desnutrición global leve y severa en un 25,5% y 22,2 % respectivamente. Mientras que solo un 14,5% presento un nivel de desnutrición global. Es importante mencionar que si los niños tienen deficiencias según la índice talla para la edad éste a su vez condiciona el índice peso para la edad ya que es el que indica la desnutrición global.

Tabla N°3 Sobre el estado nutricional de los niños menores de seis meses en razón al peso y la talla. Se encontró que el 35% presento un nivel normal, el segundo y tercer grupo fueron los que presentaron un nivel riesgo de desnutrición agudo 25,6% y desnutrición aguda severa 24,8%. Mientas que solo un 14,5% presentó un nivel de desnutrición aguda. Se halló resultados diferentes en el estudio realizado en Guatemala sobre “Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y prácticas alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de san pedro Soloma, Huehuetenango, guatemala, abril a junio de 2014.” tuvo como población 209 niños en un tiempo de 02 años Muestra el resultado del índice Peso para la Talla en ella se observa que el 97.56% (n= 2796) tiene un estado nutricional actual normal, y el 1.47% (n= 42) tiene obesidad y el 0.77% (n= 22) tiene sobrepeso y el 0.14% (n=4) tiene desnutrición aguda moderada y el 0.07% (n=2) tiene desnutrición aguda severa. Es importante mencionar que el 0.21% (n=6) de la población total de niños y niñas menores de dos años padece de desnutrición aguda. (De Leon S., 2014)

TABLA N°4 Sobre el estado nutricional de los niños menores de seis meses en razón a la talla y la edad se halló la mayor parte de los niños evaluados (32,5%) presentaron un nivel normal, el segundo y tercer grupo fueron los que presentaron un nivel riesgo de desnutrición

crónica leve y riesgo de desnutrición crónica severa (29,9% y 22,2% respectivamente).

Mientras que solo un 15,4% presentó riesgo de desnutrición crónica moderada. Se halló resultados diferentes en el estudio realizado en Guatemala sobre “Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y prácticas alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de san pedro Soloma, Huehuetenango, guatemala, abril a junio de 2014.” tuvo como población 209 niños en un tiempo de 02 años. Se halló como resultado del índice Talla/Edad en ella se observa que el 39% (n= 1128) tiene un buen crecimiento para su edad y el 34% (n=979) tienen retardo en el crecimiento moderado y el 27% (n=759) tienen retardo en el crecimiento severo. Es importante resaltar que el 61% de los niños tienen desnutrición crónica. (De Leon, S., 2014)

TABLA N°5 y N°6 Sobre la Asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la edad del niño. Indica que con un nivel de significancia de 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se puede afirmar que existe asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la edad del niño ($p < 0.002$) en donde un grado alto de conocimiento de las madres se asocia con un estado nutricional de sus niños en un nivel normal, en contraposición un nivel bajo de conocimiento se asocia con el padecimiento de desnutrición global severa. Se halló resultados semejantes en el estudio realizado en Guatemala sobre “Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y prácticas alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de san pedro Soloma, Huehuetenango, guatemala, abril a junio de 2014.” tuvo como población 209 niños en un tiempo de 02 años. Se halló como resultado del que en la etapa de niños y niñas menores de seis meses que el 45% (n=230) tiene un buen crecimiento, el 33%

(n=166) tienen retardo en el crecimiento moderado y el 22%(n=114) tiene retardo en el crecimiento severo. (De Leon, S., 2014)

TABLA N°7 y N°8. Respecto a la Asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la talla del niño. Indica que con un nivel de significancia de 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se puede afirmar que existe una asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la talla del niño ($p < 0.002$) en donde un grado alto de conocimiento de las madres se asocia con un estado nutricional de sus niños de nivel normal, en contraposición un nivel bajo de conocimiento se asocia con el padecimiento de desnutrición aguda severa. Se halló como resultado semejante en el estudio realizado en Guatemala sobre “Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y prácticas alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de san pedro Soloma, Huehuetenango, Guatemala, abril a junio de 2014.” tuvo como población 209 niños en un tiempo de 02 años. Se halló como resultado resultados encontrados son: que el 82% (n=417) tiene un peso adecuado para la edad y el 16% (n=80) tienen bajo peso para la edad y el 2%(n=13) tienen muy bajo peso para la edad. (De Leon, S., 2014)

TABLA N°9 y N°10 Asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón a la edad y la talla del niño. Nos indica que Con un nivel de significancia de 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se puede afirmar que existe relación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la talla del niño ($p \leq 0.002$) en donde un grado alto de conocimiento de las madres se asocia con

un estado nutricional de sus niños de nivel normal, en contraposición un nivel bajo de conocimiento se asocia con el padecimiento de riesgo de desnutrición crónica severa. Se halló como resultado semejante en el estudio realizado en Guatemala sobre “Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y prácticas alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de san pedro Soloma, Huehuetenango, guatemala, abril a junio de 2014.” tuvo como población 209 niños en un tiempo de 02 años. Se halló como resultados que todos los niños tienen un estado nutricional actual normal representado el 100%. (De Leon, S., 2014)

VI. Conclusiones

1. La condición de la madre primigesta adolescente respecto a conocimiento acerca de la lactancia materna exclusiva poseen un nivel alto y un pequeño grupo poseen un nivel medio y bajo.
2. Existe relación directa entre el nivel de conocimiento y las prácticas sobre lactancia materna exclusiva de las madres del Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital Nacional Arzobispo Loayza
3. Se ha encontrado que aproximadamente un tercio de la muestra estudiada de lactantes tienen un estado nutricional normal.
4. Los resultados de esta investigación indican que la mayoría de las madres primigestas adolescentes poseen un nivel de conocimiento alto con lo que se relaciona con el estado nutricional del lactante menos de seis meses.

VII. Recomendaciones

1. Realizar charlas informativas sobre lactancia materna a todas las madres, incidiendo en aquellas con menor grado de instrucción y menor número de hijos. De ser posible tratar de hacer partícipe de estas charlas a los padres de familia, de forma que ellos también se sientan involucrados y responsables en esta tarea.
2. Llevar a cabo constantemente cursos de capacitación para los profesionales de salud, de modo que estén preparados para brindar información de buena calidad y de forma sencilla a las madres de familia.
3. Realizar campañas de concientización enfatizando en la importancia, beneficios tanto para el lactante como para la madre, técnica adecuada y superioridad de la lactancia materna frente a la administración de sucedáneos de la leche materna.
4. Fomentar la realización periódica de trabajos similares, tanto en el hospital de este estudio como en otros de menor o mayor complejidad, a fin de contar con información actualizada que nos permita desarrollar oportunamente un plan de intervención para eludir complicaciones futuras.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, MI., Fernández, MA. Lactancia materna exclusiva. Medigraphic. 2007; 50(4):
p. 174-178.

Bach, B., Beatriz M. (2016) Relación entre conocimientos y prácticas sobre lactancia
materna en madres del programa de crecimiento y desarrollo hospital referencial
ferreñafe, 2016. Repositorio. USS. Recuperado de
<http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/733>

Ccencho, K., Moscoso YY. (2017). Nivel de conocimiento sobre lactancia maternacomo
metodo anticonceptivo en gestantes del centro de salud Santa Ana –
Huancavelica 2017"(Tesis de Licenciatura). Huancayo: Universidad Privada de
Huancayo"Frankin Roosevelt"

De Leon, S. (2014) Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y
prácticas alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de san
pedro soloma, huehuetenango, guatemala. guatemala, abril a junio de 2014.
Universidad Rafael Landívar, Recuperado de
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/De%20Leon-Diana.pdf>

Espinosa, L. Parto: mecanismo, clinica y atencion Veracruz: El Manual Moderno; 2009.

Estrada, R., Amargos, R., Reyes, D., Belkis; Guevara, B. (2010) Intervención Educativa
sobre Lactancia Materna. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200009

Ecu Red conocimiento con todos y para todos. Lactancia Materna. [Online]; 2017.

Disponible en:

https://www.ecured.cu/index.php?title=Lactancia_materna&oldid=2995944.

Lawrence, R., (2003) Composicion quimica de la leche materna 2003. Disponible en:

http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Composicion%20eche%20materna.pdf.

Garcia, E., (2013). C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna de mujeres de 15 -49 años que asisten al centro de salud Manning Rener del municipio de Rivas en noviembre 2012 (Tesis de Licenciatura). Rivas: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Garcia, R., (2011) Composición e inmunología de la leche humana. Acta pediátrica 119 de Mexico. 2011; 32: p. 223-230

Grande, M., (2014). Nutricion y Salud Materno Infantil. 1st ed. Cordova: Brujas; 2014

Güemes, M., (2017) Pubertad y adolescencia disponible en:

<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>

Injante, M., (2017) Los conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna de madres que acuden al control pre-natal en un hospital de Ica-Peru.. revista

médica panacea, [s.l.], v. 6, n. 2, p. 53-59, feb. 2018. issn 2225-6989. Disponible en: <http://revpanacea.unica.edu.pe/index.php/rmp/article/view/186>

Loarte, L., (2015). Conocimientos y prácticas sobre posiciones durante la lactancia materna en madres que acuden al programa creciendo con nuestros hijos del barrio san francisco. Ecuador. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11511/1/CONOCIMIENTOS%20Y%20PRACTICAS%20SOBRE%20POSICIONES%20DURANTE%20LA%20LACTANCIA%20MATERNA.pdf>

Marczuk, M., Torres L. (2017). *“Grado de conocimiento de lactancia materna de la madre adolescente.”*

Márquez Vargas N, Chunga J, et al. Efectividad del programa educativo “amamántame mamita” y nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva-Moche 2013. Recibido 15 de noviembre 2014; aceptado el 10 de diciembre de 2014. Facultad de enfermería universidad nacional de Trujillo Perú. Revista peruana de enfermería investigación y desarrollo [internet]. 2013[citado 2014 julio];19(3).

MINSA.NT N.º 006. “Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú” 2004. Pág.45.

Mahamed, D., Alcolea S. Guia Para una Lactancia Materna Feliz. Disponible en: http://www.ingesa.mssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_lactancia_materna.pdf.

Ministerio de salud-MINSA. (2009) Documento tecnico curso taller "promocion y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño" Lima; 2009.

Ministerio de Salud (MINSA). La maternidad es un asunto serio. Embarazos adolescentes en el Perú. Disponible en:
https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/prevembarazo/prvemb_embarazosadol escentes.html

OMS: Organización Mundial de la Salud (Internet) Programas y Proyectos, temas de nutrición.disponible en
URL:http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourses/es

OMS, Norma Técnica N.º 137-MINSA/2017/DGIESP: “Norma Técnica de Crecimiento y Desarrollo de la niña y niño menor de 5 años”. Pág. 16

Organizacion Mundial De La Salud. Lactancia Materna. [Online. Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/

Pahura, A., (2013) Evaluación del conocimiento de madres adolescentes sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en relación a la lactancia artificial en menores de 6 meses|[tesis] Argentina – 2013.

- Romero, A., (2015) Nivel de conocimiento sobre Lactancia Materna exclusiva de las madres adolescentes que asisten al Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima [Internet]. 2015. Disponible en:
http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UALD_ac757bd29c15a88d4c93c69c80215f8c
- Sabillon, F., Abdu, B. (1997) Composicion de la leche materna. Honduras Pediatrica. 1997; 17(4): p. 120-124.
- Seminario, S. (2017) Conocimiento, actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres de niños de 0 a 6 meses, Servicio de Crecimiento y Desarrollo, Hospital Nacional Hipolito Unanue en el año 2017 (Tesis de Licenciatura). Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal.
- Sota, L. (2017) Actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primerizas que acuden al hospital Antonio Lorena-Cusco 2017 (Tesis de Licenciatura). Cusco: Universidad Andina del Cusco.
- UNICEF. Lactancia materna: una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento y la nutrición del lactante y del niño pequeño Montevideo; 2004.
- Zanuttini, E. Temas de obstetricia. 2nd ed. Argentina: ASCUNE HNOS; 2011

ANEXO**ANEXO 1****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo:.....,

estoy de acuerdo a participar en la investigación titulada: “Nivel de conocimiento de la primigesta adolescente en relación al estado nutricional del niño menor de seis meses en el servicio de crecimiento y desarrollo del HNAL, 2018.””

Se me explico los objetivos de dicha investigación y la importancia del trabajo.

Mi participación es voluntaria por lo cual y para que así conste firmo este consentimiento informado junto al profesional que me brindo la información.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO 2

ENCUESTA ANÓNIMA

código:

Estimada madre de familia con el propósito de mejorar su nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. El cuestionario es simple, con alternativas a cada pregunta. Por favor conteste las preguntas marcando la alternativa que crea la más acertada. Solo responda marcando con una "x" la alternativa que crea más conveniente.

1. Edad:

2. Grado de instrucción:

- Sin estudios
- Primaria
- Secundaria
- Técnico
- Superior

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	NO SABE
1	La lactancia materna favorece el vínculo afectivo madre-niño.			
2	El calostro es de color amarillento, es la primera leche que tiene alto índice de proteína, vitaminas y otros.			
3	La lactancia materna exclusiva se da hasta los seis meses.			
4	La lactancia materna estimula el reflejo de succión.			
5	La succión del bebe estimula la contracción del útero.			
6	La succión del bebe acelera la expulsión de la placenta.			
7	Mientras el niño mas mame su crecimiento es más acelerado			
8	La lactancia materna ayuda a la expulsión del meconio			

9	La lactancia materna disminuye el riesgo de una hemorragia postparto			
10	Las lactadas incrementan notablemente la producción de leche.			
11	El niño que recibe lactancia materna exclusiva tiene un desarrollo intelectual superior.			
12	La lactancia materna previene y retarda las alergias.			
13	La lactancia materna favorece una imagen personal positiva en él bebe.			
14	Si el niño está enfermo se debe suspender la lactancia materna.			
15	La lactancia artificial es igual que la lactancia materna			
16	Las mamadas más frecuentes ayudan a que no haya obstrucción			
17	La leche de vaca tiene las mismas ventajas que la leche materna			
18	Mientras la madre este dando de lactar puede salir embarazada			
19	La lactancia materna exclusiva disminuye el riesgo en el bebé, de sufrir enfermedades respiratorias y diarreicas.			
20	Durante la lactancia materna solo es importante la comodidad del bebe.			
21	Para dar de lactar se requiere de una técnica de amamantamiento			
22	La posición de las manos de la madre es: el dedo pulgar en la parte superior del pezón y los otros cuatro dedos en la parte inferior del seno.			
23	Se debe realizar el lavado de manos antes de dar de lactar			
24	El tiempo que debe de lactar el niño en cada seno es de 20 minutos.			
25	Se debe realizar el baño diario para la higiene de los senos.			
26	Se debe de limpiar los pezones con alcohol.			
27	La posición de la boca del lactante debe cubrir toda la areola.			
28	Hay que dar de lactar cada vez que lo pida él bebe.			

29	El tiempo máximo que debe dejar de lactar él bebe es de 2 horas.			
30	Se debe realizar ejercicios de preparación de pezones para dar de lactar.			
31	Se debe realizar masajes en el seno antes de dar de lactar.			
32	Se debe realizar los masajes a las mamas solo una vez al día.			
33	Se debe formar el pezón antes de dar de lactar al bebe			
34	Se debe de preparar las mamas para dar de lactar al bebe			
35	Cuando se tiene mala técnica de amamantamiento se sufre de pezones agrietados o inflamados			
36	Cuando hay problemas de acumulo de leche, el seno esta hinchado y duro.			
37	La baja producción de leche puede deberse a que él bebe no lacta adecuadamente			
38	La mastitis es una infección del seno que causa fiebre y malestar general			
39	La mastitis es cuando su seno quema, esta rojo e hinchado.			
40	La baja producción de leche es normal en todas las adolescentes			

ANEXO 3**Análisis de Confiabilidad**

Alpha Cronbach's	N Ítems
,836	40

ANEXO 4**FICHA DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE SEIS MESES****Código:**

1. Edad del niño:
2. Sexo del niño
3. Peso del niño:
4. Talla del niño:
5. Diagnostico nutricional: P/E = P/T = T/E =

MATRIZ DE CONSISTENCIA

1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional del niño menor de seis meses en el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en noviembre, 2018

2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional del menor de seis meses en el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en noviembre, 2018.

Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las primigestas adolescentes que recibieron tratamiento en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en noviembre, 2018.
- Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la edad del niño.
- Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón al peso y la talla del niño.
- Determinar la asociación entre el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente sobre la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional en razón a la edad y la talla del niño

3.- HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

A mejor nivel de conocimiento de la madre adolescente sobre lactancia materna exclusiva mejor será el estado nutricional del niño menor de seis meses.

4.- DEFINICIÓN DE VARIABLES:

- ✓ **Nivel de conocimiento:** Es el conjunto de hechos, datos y/o saberes que toda persona posee a través de las experiencias vividas o la educación obtenida.
- ✓ **Lactancia materna exclusiva:** Es la leche que se obtiene de la madre y se toma hasta los seis meses de edad, contiene proteínas, calorías, inmunoglobulinas que protegen al niño de diversas enfermedades como enfermedades respiratorias y diarreicas, además contribuye al crecimiento rápido del lactante, obteniendo un mejor nivel intelectual. Es el mejor alimento natural.
- ✓ **Estado nutricional:** Es la situación en la que se encuentra el niño en relación con la ingesta de proteínas, lípidos, carbohidratos que favorecen al estado nutricional ya que aumentara su crecimiento y desarrollo. Esto se evalúa mediante las medidas antropométricas de peso, talla y serán comparadas a través de tablas según sexo y edad del niño.
- ✓ **Adolescente primigesta:** Es la etapa de la mujer entre los 11 y 19 años de edad que por primera vez presenta una gestación.

5.- DISEÑO METODOLÓGICO:

En el presente trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo ya que recoge y analiza los datos de las variables, correlacional porque va a relacionar el nivel de conocimiento de la primigesta adolescente con el estado nutricional de su niño menor de seis meses, de periodo prospectivo debido a que son hechos presentes que se observan y se registran, de corte transversal ya que la investigación se llevara a cabo en un tiempo determinado,

6.- POBLACIÓN:

La población estará conformada por 167 adolescentes primigestas que tiene un lactante menor de seis meses y que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del HNAL, la muestra aleatoria simple, será conformada por 54 madres de familia que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo con sus respetivos menores. La fórmula que se empleó para determinar la muestra fue la siguiente:

$$n = N / [P^2 (N-1) + 1]$$

n: es la muestra

N: es el número de sujetos que constituye la población

P: es la probabilidad que produce el máximo valor de error estándar.

Con un nivel de confianza de 95%

$$n = N / [P^2 (N-1) + 1]$$

$$n = 123 / [0,05^2 (123-1) + 1]$$

$$n = 95$$

Se reajusta la muestra con la siguiente formula:

$$n' = n / [1 + (n-1) / N]$$

$$n' = 95 / [1 + (95-1) / 123]$$

$$n' = 54$$

Unidad de análisis

Primigestas adolescentes

7. INSTRUMENTO: CUESTIONARIO ESTRUCTURADO QUE COMPRENDE:

DIMENSIÓN	ITEM'S	TOTAL
CONCEPTUALIZACION	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	10
BENEFICIOS	11,12,13,14,15,16,17,18,19	9
TECNICAS DE AMAMANTAMIENTO	20,21,22,23,24,25,26,27,28,29, 30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40	21
TOTAL		40

