

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“ACTITUD FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE
SALUD DE SAN CRISTÓBAL, HUANCVELICA - 2014”**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD PÚBLICA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR LOS BACHILLERES:
CASTRO HUAMANÍ, Rolando
ORDÓÑEZ TORRES, Laura Licia**

**HUANCVELICA - PERÚ
2015**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por Ley N°. 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“ACTITUD FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL,
HUANCVELICA – 2014”**

**LÍNEA DE INVESTIGACION:
SALUD PÚBLICA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO(A) EN ENFERMERIA**

**PRESENTADO POR:
CASTRO HUAMANI, Rolando
ORDOÑEZ TORRES, Laura Licia.**

HUANCVELICA-PERÚ

2015



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Ley de Creación N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa, auditorio de la Facultad de Enfermería, a los 08 días del mes de enero del año 2015 siendo las 17:00 horas, se reunieron los miembros del Jurado Calificador, conformado de la siguiente manera:

- Mg. Margarita Isabel HUAMAN ALBITES Presidenta
- Mg. Lida Inés CARHUAS PEÑA Secretario
- Mg. Guido FLORES MARIN Vocal

Designado con Resolución N°114-2014-D-FENF-R-UNH (12.08.14); de la tesis titulada **ACTITUD FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL, HUANCAVELICA - 2014**

Cuyo autor(es) es(son) el (los) graduado(s):

BACHILLER(ES):

CASTRO HUAMANI ROLANDO y ORDOÑEZ TORRES LAURA LICIA

A fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de Tesis antes citado, programado mediante Resolución N° 016-2015-D-FENF-R-UNH (07.01.15).

Finalizado con la evaluación; se invitó al público presente y al sustentante abandonar el recinto; y, luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

CASTRO HUAMANI ROLANDO

APROBADO POR: *Unanimidad*.....

DESAPROBADO

ORDOÑEZ TORRES LAURA LICIA

APROBADO POR: *Mayoría*.....

DESAPROBADO

En señal de conformidad a lo actuado se firma al pie.

Presidenta

Secretario

Vocal

102

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“ACTITUD FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL,
HUANCVELICA – 2014”**

JURADOS:

Presidenta:



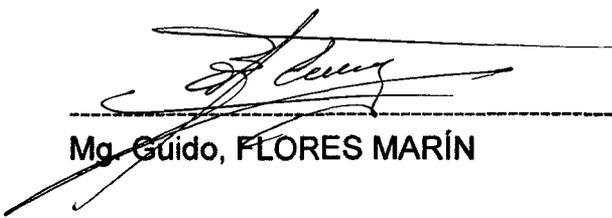
Mg. Margarita Isabel, HUAMAN ALBITES

Secretaria:



Mg. Lida Inés, CARHUAS PEÑA

Vocal:



Mg. Guido, FLORES MARÍN

HUANCVELICA-PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
TESIS

**“ACTITUD FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA
MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES QUE
ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL,
HUANCVELICA – 2014”**

ASESOR:



Mg. Benjamina Zósima, ORTIZ ESPINAR

HUANCVELICA-PERÚ

2015

A Dios por bendecirme y hacer realidad este sueño tan anhelado, A mis Padres por brindarme todas las oportunidades de estudio, estar siempre pendiente de mis metas y por toda su comprensión, estímulo, apoyo, en mi formación como ser humano y profesional.

Laura

A mis padres por su abnegado sacrificio y apoyo incondicional; quienes me ayudaron culminar mi carrera y la realización del trabajo de investigación.

Rolando

AGRADECIMIENTO

A nuestra querida Universidad Nacional de Huancavelica, presentamos nuestro sentimiento de gratitud por abrirnos sus puertas para que podamos aprender, educarnos y porque nos enseñó el camino hacia la superación, con maestros, capaces e impulsores, gracias a ellos por sus conocimientos impartidos, por su paciencia y entendimiento.

A las madres adolescentes del centro de salud de San Cristóbal – Huancavelica por ser parte del estudio y por la participación de ellas para poder elaborar esta investigación.

Nuestra gratitud con el centro de salud de San Cristóbal por su colaboración por habernos dejado realizar la prueba piloto y el trabajo de investigación.

Gratitud a la asesora Mg. Benjamina Zósima Ortiz Espinar por su apoyo en el desarrollo del trabajo; de igual manera a todas aquellas personas quienes nos apoyaron de diferentes formas para mejorar el contenido y enriquecer así las etapas de la investigación.

Expresar nuestro agradecimiento a nuestros padres y hermanos, por su apoyo incondicional, y comprensión; ya que sin ello no sería posible la realización de este trabajo de investigación.

A todos ellos muchas gracias.

Los Autores.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pag.
Portada	i
Acta de sustentación	ii
Portada de jurados	iii
Portada de asesor	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Tabla de contenidos	vii
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Lista de siglas y abreviaturas	x
Resumen	xi
Abstrac	xii
Introducción	1
Capítulo I: Planteamiento del problema	
1.1. Descripción del Problema	3
1.2. Formulación del Problema	6
1.3. Objetivos	7
1.4. Justificación	7
1.5. Delimitación	9
Capítulo II: Marco de Referencia	
2.1. Antecedentes del estudio	11
Internacional	11
Nacional	13
2.2. Marco Teórico	14
Teoría de la acción razonada	14
2.3. Marco Conceptual	15
Actitud	16
Componentes de la actitud	16
Características de la actitud	16
Clasificación de la actitud	17
Formación de la actitud	17
Funciones de la actitud	18

Adolescencia	19
Lactancia materna exclusiva	22
Fisiología de la lactancia	23
Cambios de la composición de la leche materna	23
Inmunología de la leche materna	24
Ventajas de la leche materna	26
Técnicas de la lactancia materna	29
Posturas maternas	31
2.4. Definición de términos básicos	36
2.5. Variables	36
2.6. Operacionalización de variables	37
2.7. Ámbito de estudio	40
Capítulo III: Marco Metodológico	
3.1. Tipo de investigación	41
3.2. Nivel de investigación	41
3.3. Método de investigación	42
3.4. Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos	42
3.5. Diseño de investigación	42
3.6. Población y Muestra	43
3.7. Procedimiento de Recolección de Datos	43
3.8. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos	44
Capítulo IV: Presentación de Resultados	
4.1. Descripción e interpretación de datos	45
4.2. Análisis e interpretación de datos	45
4.3. Discusión de resultados	52
Conclusiones	56
Recomendaciones	55
Referencias Bibliográficas	
Anexos	
Anexo N° 01: Matriz de Consistencia	A
Anexo N° 02: Instrumento de recolección de datos	B
Anexo N° 03: Formato de Juicio de Expertos	C
Anexo N° 04: Validez del instrumento de recolección de datos	D
Anexo N° 05: Confiabilidad del instrumento de recolección de datos	E

Anexo N° 06: Baremos o categorización de variables.	F
Anexo N° 07: Registro de imágenes (fotos).	G
Anexo N° 08: Artículo Científico	H

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla N°01: Características sociodemográficas de las madres adolescentes del centro de salud San Cristóbal - Huancavelica, 2014.
- Tabla N°02: Actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud San Cristóbal - Huancavelica, 2014.
- Tabla N°03: Actitud cognitiva frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal - Huancavelica, 2014.
- Tabla N°04: Actitud afectiva frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal - Huancavelica, 2014.
- Tabla N°05: Actitud conductual frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal - Huancavelica, 2014.

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura N°01: Características sociodemográficas de las madres adolescentes del centro de salud San Cristóbal - Huancavelica, 2014.
- Figura N°02: Actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud San Cristóbal - Huancavelica, 2014.
- Figura N°03: Actitud cognitiva frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal - Huancavelica ,2014.
- Figura N°04: Actitud afectiva frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal - Huancavelica ,2014.
- Figura N°05: Actitud conductual frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal - Huancavelica ,2014.

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

CRED: Crecimiento y desarrollo

MINSA: Ministerio de salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

ENSN: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

OMS: Organización mundial de la salud

MSPE: Ministerio de Salud Pública de Ecuador

LME: Lactancia materna exclusiva

RESUMEN

Las actitudes son la reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos o conductas proyectadas. **El objetivo:** fue Determinar la actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de salud de San Cristóbal-Huancavelica, 2014.

Material y Método: El estudio fue de tipo básica o pura; nivel descriptivo, método: descriptivo, estadístico, bibliográfico, inductivo y deductivo; el diseño de investigación no experimental, transversal y descriptivo. La población estuvo conformada por 30 madres adolescentes con lactantes menores de 6 meses que acuden al centro de salud San Cristóbal, la muestra fue censal; para la recolección de datos se utilizó la técnica psicométrica y su instrumento de medición fue la escala tipo Likert.

Resultados: En la actitud en general se encontró que el 56.7% (17) de madres adolescentes muestran una actitud medianamente favorable, 23.3% (7), desfavorable y 20% (6) , favorable; en la dimensión cognitiva el 53,3%(16) presentan una actitud medianamente favorable, 26,7%(8), favorable y 20,0%(6), desfavorable; en la dimensión afectiva se encontró que el 63,3%(19) de madres adolescentes presentan una actitud medianamente favorable, 20,0%(6), desfavorable y 16,7%(5), favorable; y en la dimensión conductual el 46,7%(14) de madres adolescentes presentan una actitud medianamente favorable, 30,0%(9), favorable y 23,3%(7), desfavorable. **Conclusiones:** La mayoría de las madres tiene actitud medianamente favorable frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva; ello implica que la mayoría tiene una disposición a favor de esta práctica; lo cual favorece el desarrollo y crecimiento del niño, logrando con ello disminuir la desnutrición infantil, para que el futuro sea un niño fuerte y sano.

Palabras claves: lactancia materna, actitud, práctica, madre adolescente.

ABSTRACT

Attitudes are favorable or unfavorable toward something or someone , manifested in our beliefs , feelings or behaviors projected evaluative reaction. The objective was to determine the attitude towards the practice of exclusive breastfeeding in teenage mothers who come to the health center health Saint Kitts - Huancavelica , 2014. Material and Methods: The study was of basic or pure type ; descriptive level , method: descriptive , statistical, bibliographical, inductive and deductive ; no experimental design , transversal and descriptive research. The population consisted of 30 adolescent mothers with infants under 6 months who come to the health center San Cristóbal, the sample was census ; for data collection technique was used psychometric and measurement instrument was the Likert scale. Results: The overall attitude was found that 56.7 % (17) of adolescent mothers show a moderately positive attitude , 23.3 % (7) , unfavorable and 20 % (6) , pro ; cognitive dimension 53.3 % (16) have a fairly favorable attitude, 26.7 % (8) , pro and 20.0 % (6) , unfavorable ; in the affective dimension was found that 63.3 % (19) of teenage mothers have a moderately positive attitude , 20.0 % (6) , unfavorable and 16.7 % (5) , pro ; and the behavioral dimension 46.7 % (14) of teenage mothers have a moderately positive attitude , 30.0 % (9) , pro and 23.3 % (7) , unfavorable. Conclusions: Most mothers have fairly favorable attitude towards the practice of exclusive breastfeeding ; this implies that most have a provision in favor of this practice ; which favors the development and growth of the child, thereby achieving reducing child malnutrition, so that the future is a strong and healthy child.

Keywords : breastfeeding , attitude , practice, teenage mother.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una de las prácticas más eficaces para asegurar la salud y la supervivencia de la niñez y fortalecer el vínculo madre-niño, no solo aporta nutrientes de máxima calidad, adecuado para las necesidades del acelerado crecimiento del niño, sino también estimula su desarrollo. Por otro lado, contribuye a la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en etapas posteriores de la vida y aporta beneficios a la salud de la madre, entre otras ventajas.

A nivel mundial se estima que solamente 34.8% de lactantes reciben Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses. Datos obtenidos de 64 países indican que la situación está mejorando. Entre 1996 y 2006, la tasa de Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros 6 meses de vida se incrementó de 33% a 37%. Específicamente para Latinoamérica y el Caribe, excluyendo Brasil y México, el porcentaje de lactantes con Lactancia Materna Exclusiva se ha incrementado de 30%(1996) a 45% (2006).

El Ministerio de Salud señaló en su último reporte de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 (ENDES) que el 73% de niños menores de seis meses toman pecho de manera exclusiva, sin embargo se advierte que esta práctica no es homogénea a nivel nacional.

Las actitudes son predisposiciones estables o formas habituales de pensar, sentir y actuar en consonancia con nuestros valores. Son, por tanto, consecuencia de nuestras convicciones o creencias más firmes y razonadas de que algo «vale» y da sentido y contenido a nuestra vida. Constituyen el sistema fundamental por el que orientamos y definimos nuestras relaciones y conductas con el medio en que vivimos.

En el centro de Salud San Cristóbal, se evidencia un incremento considerable de madres adolescentes, así mismo una disminución de la práctica de la lactancia materna exclusiva esta situación se presenta por los escasos conocimientos, creencias en relación a la lactancia materna, influencia de familiares y medios de comunicación que tiene la madre

adolescente, factores que influyen en la actitud que va a adoptar la madre adolescente. Este trabajo de investigación servirá como antecedente de estudio para posteriores investigaciones que se vinculen con el tema, para ofrecer evidencias sobre la existencia del problema y su repercusión en la salud del niño, por lo que se planteó el presente estudio titulado: "Actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de salud de San Cristóbal-Huancavelica, 2014"; teniendo como objetivo determinar la actitud frente práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de salud de San Cristóbal-Huancavelica,2014. Obteniendo como conclusión que la mayoría de las madres adolescentes presentaron una actitud medianamente favorable frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Para una mejor comprensión el trabajo consta de cuatro capítulos; Capítulo I: planteamiento del problema, Capítulo II: marco teórico, Capítulo III: metodología de investigación; y el Capítulo IV: Presentación de resultados

Los Autores.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad, 1 de cada 5 muertes en el mundo se da en niños menores de 5 años de edad, en quienes las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias y diarreicas, así como las relacionadas con su estado de nutrición. No obstante, cabe señalar que existen factores que pueden prevenir estas causas de morbilidad y mortalidad, entre los cuales destacan los hábitos saludables de alimentación y la lactancia materna exclusiva. Ésta puede prevenir no sólo un gran número de enfermedades crónicas, sino también enfermedades transmisibles, como las infecciones respiratorias y diarreicas. (1)

Los beneficios de la lactancia materna exclusiva, tanto para el recién nacido como para la madre, han sido evidenciados en múltiples

estudios; sin embargo, esta información no ha contribuido al incremento del número de mujeres que ofrecen esta forma de alimentación de manera exclusiva a sus bebés por 6 meses. Este problema es más evidente al hablar de madres adolescentes, quienes son susceptibles a la influencia social, a su nivel de conocimiento y la calidad de la atención de los servicios de salud, que resultan determinantes en la decisión de dar, o no, leche materna a sus hijos.(1)

Además, la lactancia materna exclusiva no es un comportamiento totalmente instintivo; existe un importante componente cultural transmitido de generación en generación, que pierde relevancia con el paso de los años, al igual que la cultura del amamantamiento, cediendo el paso a una continua promoción entre la alimentación con biberón y el uso de fórmulas infantiles.(1)

La OMS y UNICEF recomiendan la lactancia materna exclusiva dentro de los primeros seis meses de vida, sin embargo sólo el 35% de infantes lacta durante los primeros cuatro meses de vida. Se observan tasas de lactancia materna exclusiva superiores al 60% en muchos países industrializados, en Latinoamérica y España, éstas oscilan entre 60% y 90% al primer mes. (2)

En México Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2011-2012, entre los años 2006 y 2012, a nivel nacional, la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses disminuyó de 22.3% a 14.4%, siendo menor en el medio rural, donde la reducción fue de 36.9% a 18.5%.(3)

En Ecuador, apenas un promedio del 29% de las madres alimenta a sus hijos exclusivamente con leche materna en los primeros seis meses de vida, la falta de conciencia e información incide en estas cifras, pero sobre todo repercute en la salud de los infantes. El 80%

de los niños nacidos vivos padece desnutrición y se estima que el 30% de ellos muere antes de cumplir los 5 años. Las infecciones diarreicas o respiratorias agudas son las principales enfermedades de los menores que no reciben la leche materna y que no tienen un sistema de defensas fortalecido. (4)

Según la ENDES 2009, la prevalencia de la Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses se incrementó de 52,7% en 1996 a 67,2% en el año 2000, y a 69,9% en el año 2009. Asimismo, se observa que 75% reciben Lactancia materna exclusiva hasta el primer mes, la proporción disminuye a 66% cuando el niño cumplió el tercer mes y se reduce a 50% al llegar al quinto mes de vida.(5)

En el Perú, el amamantamiento continua siendo una práctica natural y culturalmente aceptada para el 2010, el 98.5% de los niños/as ha lactado alguna vez. Sin embargo, solo el 52.7% de niño/as inicia la lactancia en la primera hora de nacido y una tercera parte 30.5% recibe otros líquidos o alimentos antes de dar la primera mamada, lo cual pone en riesgo la duración de la lactancia y sus beneficios.(5)

Para el 2012 sólo un 67,6% de niños tenían Lactancia materna exclusiva al primer mes y entre los seis a nueve meses bajo 7,1%.(6)

A nivel regional, en Ayacucho el 84% de los niños lactó en la primera hora de nacido, en Apurímac y Huancavelica el 63 y 68.3% respectivamente, mientras que en Lima esta práctica solo ocurre en el 35.9% de los niños y en Loreto en el 49.4% de los casos. De otro lado, en Lima el 40% de niños recibió otros líquidos o alimentos antes de dar la primera mamada, mientras que en las regiones de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica y Loreto esta práctica inadecuada de ofrecer otros líquidos o alimentos antes de la primera mamada solo ocurre entre el 12 y 15% de niños y niñas. (5)

Según reportes de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), revela que solo el 35% cumple con lactancia materna exclusiva (seis primeros meses), Asimismo, el reporte del primer semestre del 2012, refleja que solo el 36% de madres cumplen con la lactancia materna complementaria que va hasta los dos años del menor. La mayoría opta por leches maternizadas.(7)

En el Centro de Salud de San Cristóbal se observa que la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes ha disminuido considerablemente, si bien es cierto que por ser adolescentes se encuentran en periodo de cambios psicológicos y físicos donde están definiendo su personalidad , y entran a una etapa de desequilibrio emocional y al tener la responsabilidad de un hijo a esta edad llega a ser frustrante en muchos de los casos, es por ello que la mayoría de ellas no practican la lactancia materna exclusiva ,en muchos de los casos por falta de información, por no tener apoyo de algún familiar, por tener responsabilidades que ellas consideren más importantes como seguir estudiando o simplemente por ser un embarazo no deseado. frente a esta situación la madre adolescente no cuenta con las habilidades y madurez mental para afrontar esta realidad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PREGUNTA GENERAL

¿Cuál es la actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica, 2014?

1.2.2. PREGUNTAS ESPECÍFICAS

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica, 2014?
- ¿Cuál es la actitud cognitiva frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que

acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica, 2014?

- ¿Cuál es la actitud afectiva frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica, 2014?
- ¿Cuál es la actitud conductual frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica, 2014?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal -Huancavelica, 2014.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características socio demográficas de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica, 2014.
- Identificar la actitud cognitiva frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica ,2014.
- Identificar la actitud afectiva frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal -Huancavelica, 2014.
- Identificar la actitud conductual frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica, 2014.

1.4. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años hemos visto un marcado incremento de embarazos en adolescentes entre los 14 y 19 años, junto con ello una disminución de la práctica de la Lactancia Materna, la que no alcanza a llegar a los 6 meses de vida en los lactantes.

Ser madre adolescente en nuestra sociedad ha implicado desde siempre un problema social, pues se sabe que la adolescencia es una etapa en la cual 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 y 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.

Justificación social

Este estudio servirá como una herramienta para planificar estrategias de intervención y fomentar una actitud favorable hacia la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes, ya que diagnósticos locales como éste, brindan directrices de trabajo más específicas y pertinentes para lograr que tanto el personal de salud y las madres adolescentes se encanten con este proceso, para que decidan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva, como un signo de amor y protección, pero no como una presión que muchas veces sucede en la sociedad, y con estos resultados se genere un mayor compromiso por parte de los equipos de salud en el fomento de esta práctica.

Justificación teórica

La importancia del presente trabajo de investigación radica en que los resultados están orientados a proporcionar información actualizada a los directivos de la institución y al personal de enfermería que labora en el componente CRED del paquete de atención integral del niño, y de la misma manera brindar la información necesaria de etapa de vida que es la adolescencia que es tan delicada por su complejidad en su desarrollo a fin de elaborar estrategias destinadas a promover actitudes favorables y fortalecer el trabajo preventivo promocional dirigido a grupos de riesgo que le permita promover la práctica de la lactancia materna y contribuir a mejorar la calidad de vida del niño.

Justificación metodológica

El instrumento seleccionado para el presente trabajo de investigación fue la Escala tipo Likert de medición de actitudes. Esta escala es un instrumento estructurado, de recolección de datos primarios utilizado para medir variables en un nivel de medición ordinal a través de un conjunto organizado de ítems, llamados también sentencias, juicios o reactivos, relativos a la variable que se quiere medir, y que son presentados a los sujetos de investigación con respuestas en forma de un continuo de aprobación-desaprobación para medir su reacción ante cada afirmación; las respuestas son ponderadas en términos de la intensidad en el grado de acuerdo o desacuerdo con el reactivo presentado y esa estimación le otorga al sujeto una puntuación por ítem y una puntuación total que permite precisar en mayor o menor grado la presencia del atributo o variable.

Dada la frecuencia en el uso y aceptación de la escala tipo Likert en escenarios académicos nacionales e internacionales, es una excelente opción para la medición de variables siguiendo el enfoque cuantitativo, particularmente para medir actitudes de los sujetos.

1.5. DELIMITACIONES

Las delimitaciones en el estudio son:

- Temporal: el trabajo de investigación se efectuó durante el periodo comprendido entre el mes de agosto al mes de enero del año 2015.
- Geográfica: el lugar donde fue desarrollado la investigación fue en el centro de salud de San Cristóbal -Huancavelica.
- Unidades de estudio: los datos fueron obtenidos de las madres adolescentes de 14 a 19 años con niños menores de 6 meses que acuden al centro de salud de San Cristóbal.

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIAS

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

A NIVEL INTERNACIONAL

Cadena J y Enríquez S. Verónica. En su trabajo: Factores relacionados al destete precoz y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia exclusiva en madres con niños menores a 6 meses de vida que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán durante el periodo Marzo Agosto del 2012. Realizado con el objetivo de analizar los factores relacionados al destete precoz y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la Lactancia materna exclusiva en las madres de niños menores de 6 meses de vida del centro de Salud N° 1, durante los meses de marzo/agosto del año 2012. Resultados: se evidenciaron que sólo el 31% de la población mantuvo lactancia materna exclusiva por 6 meses. Un 7.84 % manifiesta que al darle otro alimento el niño adquiere más peso por lo cual fue destetado; 21.57% de madres porque no tienen leche. El 42.16% de las mujeres son madres solteras, un grupo significativo 38.24% trabajan, y en igual proporción señalan como razón de destete precoz principalmente

por: insuficiente producción láctea, actividades académicas, y la reinserción al campo laboral.(8)

Sena, A; Rivera, R; Díaz, E; Hernández, B Y Armas,N. en su trabajo: Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes del consultorio médico Libertad II, del Distrito 6 de la Zona de Pampa de la Isla en la Ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia; en el período comprendido de Julio de 2011 a Julio de 2012. Realizado con el objetivo de caracterizar el comportamiento de la lactancia materna en madres adolescentes. metodología: estudio descriptivo, transversal sobre el comportamiento de la lactancia materna en madres adolescentes del consultorio médico Libertad II, del Distrito 6 de la Zona de Pampa de la Isla en la Ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia; en el período comprendido de Julio de 2011 a Julio de 2012. Resultados: predominaron las adolescentes de 18-19 años, de escolaridad secundaria. El mayor porcentaje de las adolescentes lactó de 1-3 meses. Las amas de casa fueron las más representadas en el grupo de adolescentes estudiadas. Conclusiones: las infecciones respiratorias agudas fueron las enfermedades de mayor incidencia, seguida de las enfermedades diarreicas agudas y lesiones en piel, predominando en las adolescentes que lactaron menos de un mes. No existen en general, las condiciones psicosociales para enfrentar las responsabilidades que se derivan de tener un hijo a estas edades. (9)

A NIVEL NACIONAL

Vásquez, R. En su trabajo: Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al centro de salud San Luis, 2009. Cuyo objetivo fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis. Metodología: el estudio fue nivel aplicativo, tipo cuantitativo, Método, descriptivo de corte transversal Resultados: Del 100 % (60), 40% (24) tienen conocimiento medio,

16.7% (10) bajo y 43.3% (26) alto, en cuanto a las practicas 63.3% (38) es adecuada y 36.7% (22) inadecuado, acerca de la actitud 50% (30) tienen una actitud medianamente favorable, 20% (12) desfavorable y 30% (18) favorable. Conclusiones: Un porcentaje considerable (56.7%) de madres tiene un conocimiento medio y bajo respecto a la lactancia materna relacionado a que no conoce cómo debe ser la alimentación de la madre que da de lactar, así como la utilización de la extracción de leche en situaciones de ausencia de la madre. La mayoría (70%) tienen una actitud medianamente favorable a desfavorable ya que considera que en los 6 primeros meses su bebe debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente, transmitiendo amor seguridad y afecto. Las prácticas de un porcentaje considerable (60%) de madres es adecuada referido a que realiza el lavado de manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe, se acomoda adecuadamente en la silla permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos y al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente.(10)

Cásalo E y Mejía CH. En su trabajo: conocimiento y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres del consultorio de CRED del instituto nacional materno perinatal en Lima, Perú 2010. Realizado con el objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la lactancia materna exclusiva de las madres que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Instituto materno perinatal. Resultados: El 45% de las madres presenta un nivel de conocimiento regular, el 31,3% un nivel de conocimiento bajo y el 23,8% un nivel de conocimiento alto. El 51,3 % de madres muestran actitudes de indiferencia hacia la lactancia materna exclusiva, un 28,8% muestran actitud de rechazo y solo un 20% actitudes de aceptación.(11)

2.2. MARCO TEÓRICO

TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA

Fishben y Ajzen (1980), tratan de explicar y predecir la conducta del ser humano relacionándola con un control volitivo; según esto la intención de una persona está en función de dos determinantes básicos:

- Factor personal; que se refiere a la evaluación personal positiva de aceptación o rechazo a realizar una conducta determinada. este factor se denomina actitud hacia la conducta y se refiere al juicio personal acerca de esa conducta positiva o negativa y que está a favor o en contra del cumplimiento de esa conducta
- Factor social; es el reflejo de la influencia social y se refiere a la percepción personal de las presiones sociales para cumplir o no cumplir esta conducta. Este factor se denomina normas subjetivas.

En general, los seres humanos intentaran cumplir una conducta cuando ellos la evalúan positivamente y cuando crean que importa a otros que piensan que deberían hacerlo. Es decir las intenciones conductuales se derivan de la combinación de factores personales e interpersonales: creencias personales (factor personal) y creencias percibidas de las expectativas de personas o grupos significativos (factor social). Si ambos coinciden positiva o negativamente, se producirá o no la conducta. Pero no siempre sucede y podría ocurrir que la actitud hacia la conducta (factor personal) fuera positiva y la norma subjetiva (factor social) fuera negativa; en este caso el ser humano debe hacer una ponderación relativa de los factores mencionados, situaciones que es variable de una persona a otra.(12)

LACTANCIA MATERNA

Felicity, Savage y King (1995), expresa que la prolactina es secretada después de la mamada para producir la leche para la próxima mamada y la oxitocina trabaja antes y durante la mamada para que fluya más leche. Es decir al succionar el bebe la prolactina se encuentra en la sangre la cual estimula los impulsos sensoriales del pezón desde el sistema nervioso central donde es secretada después de la mamada para almacenarse y luego producir la leche para la próxima lactancia. (13)

Dídon, Marks y Kumm (1998) dicen que la producción de leche se produce por las células glandulares del pecho y se almacena en unos pequeños sacos llamados alvéolos. La leche se produce gracias a una hormona llamada prolactina y si él bebe deja bien vacías las mamas, la secreción de la prolactina se mantendrá y producirá más leche. Estos alvéolos están rodeados de músculo y al succionar el niño se produce una hormona llamada oxitocina, que hace que se contraiga el músculo y fluya la leche. (13)

Así mismo, Díaz (2005) expresa la abundancia de oxitocina depende también de la tranquilidad y el bienestar psicológico de la madre, es decir, que cuando ella se siente tensa, cansada, nerviosa o angustiada, bajan los niveles de esta hormona y se inhibe total o parcialmente el reflejo de flujo, de manera que una madre tranquila, serena, plenamente confiada en su capacidad para alimentar a su hijo logra un perfecto balance entre la cantidad de leche que fluye de sus senos y la requerida para su nutrición. (13)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

ACTITUD

La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de un modo favorable o desfavorable con respecto a un objeto social dado. (14)

Las actitudes son como variables intercurrentes, directamente inferibles, observables y que constituyen una organización cognoscitiva duradera; incluyen un componente afectivo a favor o en contra de un determinado objeto y predisponen a la acción". (15)

Las actitudes son predisposiciones de un sujeto para aceptar o rechazar un determinado objeto, fenómeno, situación, u otro sujeto; y que puede ayudar a predecir la conducta que el sujeto tendrá frente al objeto actitudinal. Las actitudes son susceptibles de ser modificadas por ser relativamente estables. (16)

COMPONENTES DE LA ACTITUD

Se considera que las actitudes tienen componentes: El cognitivo, el afectivo y el conductual.

- A. Componente Cognitivo: se refiere a las ideas y creencias que una persona tiene sobre un objeto de actitud. Para que exista una actitud es necesario tener una representación del objeto actitudinal.(18)
- B. Componente Afectivo: se refiere a los sentimientos y emociones volcados hacia un objeto de actitud. De esta forma, si los sentimientos son positivos, la persona estará más propensa a acercarse al objeto; y si son negativos, tenderá a evitarlo o evadirlo.(18)
- C. Componente Conductual: es una predisposición para actuar y consiste en las acciones que se realizan hacia un objeto de actitud a partir de la evaluación afectiva que se realizó anteriormente.(17)

CARACTERISTICAS DE LAS ACTITUDES

Las actitudes tienen las siguientes características:

- Dirección: las actitudes pueden estar orientadas positiva o negativamente con respecto a un objeto. Se entiende por "positiva" a la tendencia de acercamiento hacia el objeto al cual

tiene determinada actitud, mientras que la "negativa" se refiere a la predisposición a evitar el objeto.

- **Intensidad:** Está relacionada con el aspecto emocional de las actitudes lo cual determina los grados de intensidad con que reaccionan frente al objeto de la actitud, es decir el grado de sentimiento representado (favorable, medianamente favorable, desfavorable).
- **Coherencia:** Una actitud tiene correspondencia con cierta circunstancia o situaciones, frente a lo que el sujeto actúa con una entidad determinada.
- **Claridad:** Hay actitudes que son más objetivas, claras y criticados por las personas. (17)

CLASIFICACIÓN DE LA ACTITUD

Una actitud puede ser clasificada, medida o valorada en:

- A. **Favorable:** consiste en estar de acuerdo con lo que se realiza, es decir el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto, generalmente está unido con el sentimiento de apoyo, estimulación, ayuda y comprensión.
- B. **Desfavorable:** es cuando el sujeto evita el objeto, como motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante.
- C. **Medianamente favorable:** es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en algunos casos el aburrimiento.(19)

FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES

Se pueden distinguir tres tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje, la teoría de la consistencia cognitiva y la teoría de la disonancia cognitiva.

Teoría del aprendizaje: esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

Teoría de la consistencia cognitiva: esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

Teoría de la disonancia cognitiva: esta teoría se creó en 1962 por León Festinger, consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento que algo no nos perjudica pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto nos puede provocar un conflicto, porque tomamos dos actitudes incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja. Esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes. (19)

FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

Dada la extrema practicidad del comportamiento humano, los diversos aspectos que lo conforman pueden existir sólo cuando tienen una función que cumplir. En el caso de las actitudes, éstas existen y tienen gran fuerza porque desempeñan funciones de importancia en la actividad del individuo.

- **Función instrumental:** Ésta función señala que las actitudes sirven para ayudar al individuo a integrarse a su ambiente, con el fin de facilitarle la vida en comunidad. Se fundamenta en el principio de la recompensa y el castigo que orientan al individuo a adoptar un comportamiento que su grupo de referencia o su ambiente considera aceptable.

- **Función de defensa del yo:** La función Ego defensiva ayuda al individuo a protegerse de los conflictos que ocurren en su percepción de sí mismo o que atentan contra su tranquilidad.
- **Función de expresión de valores:** Ésta función sostiene que las actitudes permiten al individuo mostrarles a los demás algunos de los valores o su concepto de sí mismo.
- **Función de conocimiento:** Se basa en la necesidad de la persona de dar una estructura a su universo y ahorrar esfuerzo en el conocimiento. (11)

ETAPA DE VIDA DE LA ADOLESCENCIA

Definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Primero, se sabe que de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida. Hacer referencia al comienzo de la pubertad, que podría considerarse una línea de demarcación entre la infancia y la adolescencia, no resuelve el problema.

A) La Adolescencia Temprana (10 a 14 años)

Tomada en un sentido amplio, podría considerarse como adolescencia temprana el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente

investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa

toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar.

B) La Adolescencia Tardía (15 a 19 años)

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquieren en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta.

Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que

puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.

No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.(20)

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutriente en calidad y cantidad adecuadas. Así también se define a la leche materna como un fluido bioactivo, que permite a los niños así alimentados tener menor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y presentar menor incidencia y severidad de éstas. (21)

Lactancia Materna es un acto trascendental de importancia en la vida de cualquier niño, pues se ha demostrado que la leche posee todo los elementos nutricionales necesarios para su adecuado desarrollo biológico durante los primeros seis meses de vida. (10)

La Lactancia Materna es un acto fisiológico, instintivo, herencia de los mamíferos y específica de cada especie. Es un proceso interactivo bidireccional entre la madre y el/la hijo/a con efecto en

ambos, el éxito de ésta depende de la conducta de el/la lactante combinada con la conducta materna, estimulada por apoyo social y guiada por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre. (10)

FISIOLOGÍA DE LA LACTANCIA

La leche se forma en los alveolos mamarios; la unión de 10 a 100 alveolos forma los lobulillos, que a su vez conforman los lóbulos que desembocan en conductos galactóforos que llegan en forma independiente al pezón. Es así que la secreción de leche involucra un estímulo neural que por vía hipotálamica desencadena una respuesta endocrinológica que libera prolactina de que es la encargada de la lacto génesis y la oxitocina que es la que facilita la expulsión de la leche.

La regulación de su secreción comprende dos grandes mecanismos: El primero relacionado con la rapidez de la síntesis y secreción y el segundo con la expulsión en donde intervienen las hormonas prolactina y oxitocina. Ambos mecanismos dependen de la succión o de otro estímulo del pezón. (10)

CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA DURANTE EL PERIODO DE LACTANCIA

La leche materna varía de una mujer a otra en su contenido nutrimental, e incluso hay variaciones según la etapa de la lactancia y la hora del día.

A) El Calostro: es la secreción de la leche que está presente en los primeros cinco a siete días post-parto, y se caracteriza por una mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa y grasa dando esto lugar a un aporte energético menor comparado con la leche madura. Es una secreción amarillenta por su alto contenido de carotenos. Una buena parte de las proteínas presentes en el calostro son: inmunoglobulinas, lactoferrina, factor de crecimiento lactobacilos bifidus, etc. que

forman parte de los aspectos inmunológicos de la leche humana. Su volumen puede variar entre 2 y 20 mL en los tres primeros días hasta 580 ml para el sexto día.(9)

- B) Leche De Transición:** Se produce entre el 7° y 10° día y sufre modificaciones progresivas hasta alcanzar las características de la leche madura. Ocurre un incremento progresivo de lactosa y disminución de las grasas y proteínas, el volumen alcanzado hacia el 15° día puede llegar a 660 ml/d. (9)
- C) Leche Madura:** A partir de los 15 días y puede continuar por más de 15 meses, sin reporte de pérdida de sus propiedades nutritivas. Se produce en promedio 750 ml/d pero puede llegar hasta 1200 ml/d o incluso más cuando se amamanta a más de un hijo. (10)

INMUNOLOGIA DE LA LECHE MATERNA

Hay un cierto número de componentes de la leche materna que han demostrado un efecto de inhibición o destrucción directa de diversos microorganismos como:

- **Factor bífid:** Estimula en el intestino el crecimiento de bífid bacterias que evitan el establecimiento de entero bacterias patógenas como E. Coli y Shigella.
- **Elementos Celulares:** el número de leucocitos en la leche humana es considerable siendo mayor su concentración en el calostro (neutrófilos, macrófagos y linfocitos), los macrófagos particularmente pueden sintetizar lisozimas, componentes del complemento, lactoferrina y prostaglandinas. Los linfocitos T forman un 50% de los linfocitos del calostro, responden a diversos antígenos virales y pueden verse implicados en la producción de interferón, también desempeñan un papel en la modulación del desarrollo del sistema IgA a nivel de la mucosa.
- **Inhibidores del metabolismo de microorganismos patógenos:** La lactoferrina, la proteína que enlaza la vit. B12 y

las que fijan el folato impiden el crecimiento de gérmenes in vitro probablemente negando a los agentes infecciosos nutrimentos esenciales para su crecimiento. Se le han encontrado propiedades bactericida, antiviral y moduladora de citocinas, además inhibe la adherencia de E.coli entero-toxigenica, la capacidad invasiva de Shigella flexneri y estimula la proliferación de Bifidobacterium.

- **Enzimas:** La lisozima y una mieloperoxidasacatabolizan la oxidación de iones con actividad bacteriostática con capacidad de "lisar" las uniones entre glucoproteínas de las paredes bacterianas de una gran parte de bacterias gram positivas y de algunas gram negativas.
- **Inmunoglobulinas:** La concentración de estas en el calostro es mayor que en la leche madura, todas están presentes pero es la IgA la que tiene mayor concentración ejerciendo una protección específica contra gérmenes del tracto gastrointestinal.
- **Lípidos:** Los lípidos de la leche humana pueden inactivar virus encapsulados como el Herpes Simple tipo I, sarampión, etc.
- **Factor anti-estafilococos:** Inhibe la proliferación de estafilococos en infecciones por este germen.
- **Complemento (C3 y C1):** Promueve el proceso de opsonización de las bacterias.
- **Interferon:** Inhibe la replicación intracelular de los virus.(10)

DURACION Y FRECUENCIA ENTRE LAS TOMAS

El tiempo que cada bebé necesita para completar una toma es diferente para cada bebé y cada madre y también varía según la edad del bebé y de una toma a otra. Además, la composición de la leche no es igual al principio y al final de la toma, ni en los primeros días de vida o cuando el bebé tiene 6 meses. La leche del principio es más aguada pero contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares; la leche del final de la toma es menos abundante pero tiene más calorías (el contenido en grasa y vitaminas es mayor).

Tanto el número de tomas que el niño realiza al día, como el tiempo que invierte encada una, es muy variable por tanto no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer el pecho "a demanda".

(10)

Un niño puede desear mamar a los 15 minutos de haber realizado una toma o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante los primeros 15 o 20 días de vida, es conveniente intentar que el niño haga al menos unas 8 tomas en 24 horas. Tampoco es aconsejable que la madre o quienes la acompañan limiten la duración de cada toma, el bebe es el único que sabe cuándo se ha quedado satisfecho y para ello es importante que haya tomado la leche del final de la toma. (10)

Lo ideal es que la toma dure hasta que sea el niño quien se suelte espontáneamente del pecho. Algunos niños obtienen cuanto necesitan de un solo pecho y otros toman de ambos. En este último caso, es posible que el niño no vacié completamente el último, por lo que la toma siguiente deberá iniciarse en este. Lo importante no es que el niño mame de los dos pechos sino que se vacié completa y alternativamente cada uno de ellos, para evitar que el acumulo de leche pueda ocasionar el desarrollo de una mastitis y para que el cuerpo de la madre acople la producción de leche a las necesidades de su hijo. Por ello, se recomienda permitir al niño terminar con un pecho antes de ofrecer el otro. (10)

VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA

La Lactancia Materna presenta una serie de ventajas y beneficios que deben tenerse en cuenta para motivar a las madres al amamantamiento y así brindar al niño una mejor calidad de vida, salud física y emocional. Igualmente ofrece ventajas para las madres y el núcleo familiar que se mencionan a continuación. (10)

PARA LA MADRE

- Favorece la involución uterina por acción de la oxitocina, previniéndola hemorragia post parto.

- Ayuda a la recuperación de la figura corporal. Se presenta menor incidencia de cáncer mamario, ovárico y uterino.
- Favorece el esparcimiento de las gestaciones si se lleva a cabo Lactancia Materna Exclusiva, a libre demanda (día y noche) y se mantiene en amenorrea.
- Favorece la relación Madre-Hijo, ayudando a establecer un estrecho vínculo afectivo.
- Favorece los sentimientos de plenitud y su realización como madre.
- No se incrementan los gastos de la canasta familiar y los de salud, que repercuten en la economía del estado. (10)

PARA EL NIÑO

Superioridad Nutricional: Se adapta a las necesidades específicas del lactante, aporta los nutrientes necesarios tanto en cantidad como en calidad para proporcionar al niño un acuerdo crecimiento y desarrollo.

- Disponibilidad inmediata y temperatura ideal.
- Favorece la maduración del Sistema Nervioso Central: Contiene Taurina y Cistina (aminoácidos esenciales para el desarrollo del cerebro).
- Apoyo inmunológico específico que da protección pasiva, pues la madre le transfiere su inmunidad activa a través de la Inmunoglobulina A y de los demás componentes.
- Ausencia de la agresión físico química y antigénica. No produce procesos alérgicos ni irritación de la mucosa, por ser un fluido corporal y porque los nutrientes están adaptados a sus necesidades.
- Interviene en la maduración del tubo digestivo a través de elementos como la Inmunoglobulina A, el tipo de proteína, el lacto bacillus bifidus y el factor de crecimiento epidérmico.
- Facilita el vínculo psicoafectivo Madre-Hijo.

- Desarrollo de su aparato Motor-Oral estableciendo patrones de succión -deglución, que intervienen en las habilidades posteriores de alimentación y lenguaje.
- Previene la malnutrición (desnutrición y obesidad)
- Disminuye la incidencia de diarrea y de infecciones respiratorias de alta biodisponibilidad y por tener otros factores como cobre y folatos.
- La Leche materna posee factores contra las amebas, giardia, cólera y moniliasis e interferon que protege contra infecciones por virus.
- Disminuye la incidencia de caries dental. (10)

PARA LA FAMILIA

- Es más económica. (La alimentación de un niño de 6 meses con leche de formula puede costar la mitad de un salario mínimo mensual).
- Esta siempre lista, no requiere preparación.
- Esta siempre a la temperatura ideal.
- Es estéril por lo que no hay peligro de contaminación.
- Favorece la alimentación nocturna. (10)

PARA LA SOCIEDAD

- Mejora la supervivencia infantil: en el mundo en desarrollo, los niños que no son amamantados corren un riesgo de muerte entre diez y quince veces mayor durante los tres y cuatro primeros meses de vida.
- Permite conservar recursos naturales al evitar el uso de material es para el almacenamiento y conserva de los sucedáneos de leche, como cartón y vidrio; así como de caucho utilizado para las tetinas.
- Ahorro de recursos humanos y materiales ya que los hospitales no tienen que malgastarlos para alimentar a los bebes artificialmente y para combatir las enfermedades e infecciones que causa este método.(10)

TÉCNICAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Las primeras tomas son más difíciles por lo que muchas madres pueden necesitar ayuda del personal sanitario durante las mismas. Se puede dar el pecho en cualquier circunstancia aunque será más cómodo para la madre un lugar tranquilo, sin mucho ruido y no excesivamente iluminado.

Conviene que la madre esté en una postura confortable ya que pasará muchas horas al día amamantando a su bebé. Hay que poner al niño al pecho cuando esté tranquilo y no esperar a que esté llorando de hambre. Es muy difícil enganchar al pecho a un niño llorando. Deben respetarse las posturas que prefiera la madre, que con frecuencia son diferentes en los primeros días, por dolor abdominal o perineal.

A) Para que el acoplamiento boca-pecho sea funcional

- El niño debe tomar el pecho de frente, sin torcer la cara, de forma que los labios superior e inferior estén evertidos alrededor de la aréola, permitiendo que introduzca pezón y gran parte de la aréola dentro de su boca.
- Tanto el labio superior como el inferior deben estar abiertos para acoplarse en todo el contorno de la aréola formando un cinturón muscular, que haga micro masaje en la zona de los senos lactíferos.
- El niño nunca debe chupar solo el pezón. Este debe formar con la aréola un cono, que haga llegar la punta del pezón hasta el final del paladar duro. Si el niño chupa sólo del pezón no hará una extracción eficiente y provocará dolorosas grietas y fisuras en la madre.
- La aréola debe entrar lo suficiente en la boca del niño como para que los senos lactíferos sean masajeados por la lengua, el labio y el movimiento de la mandíbula en la parte inferior y por el paladar, encía y labio en la superior. La estimulación

adecuada de la aréola y el pezón desencadena el reflejo de eyección y mantiene la producción de leche.

B) Forma de ofrecer el pecho al niño

- El niño es el que debe colocarse frente al pecho con su boca a la altura del pezón y la madre no debe torcer su espalda o forzar la postura (la boca del niño se acerca al pecho y no el pecho al niño).
- El cuerpo del niño debe estar muy próximo al de la madre, su abdomen tocando el de la madre, con la cabeza y los hombros orientados mirando de frente al pecho. Su nariz debe estar a la misma altura que el pezón.
- El pezón debe dirigirse a la parte superior de la boca, hacia el paladar, esto ayuda a colocar el labio inferior y la mandíbula por debajo del pezón. Hay que evitar que el niño esté demasiado alto y que tenga que flexionar el cuello y su nariz quede aplastada contra el pecho. Si el niño está algo más bajo y pegado a su madre, la cabeza y el cuello quedarán extendidos y la nariz libre.
- Las madres pueden sujetar el pecho desde la base, es decir, apoyando sus dedos sobre las costillas. Habitualmente no es necesario sujetar el pecho pero si este es muy grande es mejor hacerlo de esta manera para evitar que los dedos de la madre impidan un buen agarre por parte del niño.
- También puede sujetar el pecho en forma de copa o C, poniendo su pulgar encima del pecho, lejos del pezón y los cuatro dedos restantes abajo.
- Es importante que la madre no ponga los dedos en forma de tijera, ya que dificultan la extracción de leche de los senos lactíferos, e incluso impiden que el niño introduzca el pecho en su boca.
- Para sujetar el bebé la madre puede posar la cabeza y espalda del niño sobre su antebrazo, o bien con la palma de

la mano libre sujetar la espalda y con los dedos la cabeza del bebé.

- Cuando el niño está mamando, se producirá el movimiento típico: se verá a la mandíbula moverse rítmicamente, acompañada de las sienes y las orejas. Si por el contrario las mejillas se succionan hacia dentro, el niño no estará lactando adecuadamente.
- No se debe retirar al niño bruscamente del pecho ya que se puede dañar el pezón. Hay que romper antes el vacío de la succión, introduciendo entre las comisuras de la boca el dedo meñique hasta las encías.

C) Observación de una toma

- Hay que vigilar en el niño los signos de una posición correcta al pecho: que esté sujeto y mirando al pecho con la cabeza y el cuerpo alineados.
- Observar los signos de enganche correcto: boca bien abierta, labios evertidos, nariz, mejillas y mentón tocando el pecho.
- Observar también de que está recibiendo leche: el ritmo de succión-deglución con pausas ocasionales, deglución audible, manos y brazos relajados, boca mojada y satisfacción después de la toma.(22)

POSTURAS MATERNAS

La madre puede dar el pecho tumbada o sentada. Cualquiera que sea la postura que adopte la madre, lo más importante es que el niño quede con su boca

de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello. Debe introducir en su boca pezón y aréola, nunca sólo el pezón.

- A) Posición del niño con la madre acostada: madre e hijo se encuentran en decúbito lateral, frente a frente. La cara del niño debe estar enfrentada al pecho y el abdomen del niño pegado

al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada. La cabeza del niño se apoya en el antebrazo de la madre. Esta postura es útil por la noche o en las cesáreas.

B) Posiciones del niño con la madre sentada.

- Posición tradicional o de cuna: el niño está recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta.
- Posición de cuna cruzada: la madre sujeta el pecho con la mano del mismo lado que amamanta, en posición de "U". La otra mano sujeta la cabeza del niño por la espalda y la nuca. Esta postura necesita una almohada para colocar el cuerpo del bebé a la altura del pecho. Esta postura permite deslizar al niño de un pecho a otro sin cambiar de posición, por eso es útil cuando el niño tiene preferencia por un pecho.
- Posición de canasto o de fútbol americano: el niño se coloca por debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo del niño rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, sujetándole por la nuca. Es una postura muy útil en caso de cesárea o para amamantar a dos gemelos a la vez.
- Posición sentada: el niño se sienta vertical frente al pecho, con sus piernas bien hacia un lado o bien montando sobre el muslo de la madre. La madre sujeta el tronco del niño con el antebrazo del lado que amamanta. Esta postura es cómoda para mamas muy grandes, presencia de grietas, niños hipotónicos o reflejo de eyección exagerado.(22)

EXTRACCION MANUAL DE LECHE, CONSERVACION Y UTILIZACION TECNICA DE EXTRACCION:

A) Extracción de la leche

- Escoger un lugar tranquilo, tener pensamientos gratos en relación a su niño. La capacidad de relajación favorece el reflejo de eyección de leche.
- Lavado de manos.
- Masaje circular de la mama, seguido de otro desde arriba hacia la areola, estimulando suavemente la areola y los pezones para desencadenar el reflejo eyecto lácteo antes de extraerse la leche.
- Extraer la leche hacia un envase limpio de plástico o de vidrio. Idealmente una mamadera.
- Colocar el pulgar y el dedo índice en el borde superior e inferior de la areola, respectivamente. Mantenerlos fijos y no deslizarlos sobre la piel.
- Realizar una compresión rítmica hacia las costillas con los dedos abiertos y juntándolos luego hacia el pezón, con la frecuencia del niño al mamar. Al principio saldrán gotas y luego saldrán chorros de leche.
- Rotar los dedos alrededor de la areola para vaciar todas las áreas.
- Alternar la mama cuando disminuya el flujo de leche y repetir el masaje y el ciclo varias veces.
- El procedimiento total durara 20 a 30 minutos y puede realizarse cada 4 horas.
- Cerrar la mamadera y rotularla con la fecha y la hora, para ser guardada en el refrigerador.
- La extracción de la leche también puede efectuarse con bombas manuales o eléctricas. Estos artefactos requieren de

un manejo riguroso de la higiene para evitar la contaminación de la leche. (10)

B) Conservación de la leche

Se puede utilizar envase de vidrio o plástico limpio. El envase debe lavarse con agua caliente y detergente, dejándolo bien refrigerado. No es necesario hervirlo.

La duración de la leche varía según el tipo de refrigeración usado.

- Temperatura ambiente 12 horas,
- Refrigerador (no en la puerta) 72 horas.
- Congelador (refrigerador de una puerta) 14 días.
- Congelador (refrigerador de dos puertas) 3 meses .(10)

C) Utilización de la leche

- Para utilizar la leche congelada esta debe ser descongelada lentamente, cambiándola del congelador al refrigerador la noche anterior.
- Después de descongelada debe ser usada dentro de las próximas 24 horas.
- Para entibiarla, agitar el envase con la leche en agua caliente, no hirviendo. El calor excesivo destruye enzimas y proteínas, lo mismo ocurre con el uso de microondas.
- Advertir a la madre que la grasa de la leche extraída se separa al congelar y se homogeniza al descongelarla y agitarla suavemente. La leche puede ser administrada al niño con vaso y cuchara. (10)

CREENCIAS DE LA MADRE HACIA LA LACTANCIA MATERNA

- Amamantar frecuentemente al niño reduce la producción de leche.
- Una madre necesita amamantar únicamente de cuatro a seis veces cada 24 horas.

- Los niños obtienen toda la leche que necesitan durante los primeros cinco a diez minutos de mamar
- Las madres lactantes deben espaciar las tomas para que puedan llenársele los pechos.
- A las ocho semanas de edad el niño solo necesita entre seis y ocho tomas de leche materna; a los tres meses solo requiere de cinco a seis tomas; y a los seis meses, no más de cuatro o cinco tomas al día.
- Nunca despiertes al niño que duerme.
- Las madres lactantes deben usar siempre ambos pechos en cada toma.
- Si un niño no aumenta bien de peso, es posible que la leche de su madre sea de baja calidad.
- Cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o el bajo consumo alimenticio y de líquidos.
- Una madre debe tomar leche para producir leche.
- La lactancia frecuente puede dar lugar a la depresión posparto.
- El hecho de que sea el niño quien dirija su alimentación
- Algunos niños son alérgicos a la leche materna.
- La lactancia demasiado frecuente causa obesidad cuando el niño crece.
- Dar el pecho mientras el niño esta recostado causa infecciones de oído.(10)

LINEAMIENTOS DE ALIMENTACION INFANTIL (R.M.Nº 610-2004/ MINSA)

Dentro del abordaje para la erradicación de la desnutrición infantil y la disminución de la morbilidad y mortalidad del niño menor de 2 años el Ministerio de Salud en la N.T. 040 -2006 Norma Técnica de salud para la atención integral de la niña y el niño establece la estrategia de Protección y Promoción de la lactancia materna

promoviendo la lactancia natural como la forma única e insustituible de proporcionar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo de los lactantes.(10)

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

- **Actitud.-** un estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con los que guarda relación.
- **Lactancia materna exclusiva.-** Es el tipo de alimentación en la cual se ofrece exclusivamente pecho materno para alimentar a los niños y niñas sin agregar ningún otro tipo de alimento hasta los 6 meses.
- **Lactante.-**Período inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad
- **Practica.-**Actividades de refuerzo que dan al aprendiz la oportunidad de aplicar conocimientos y habilidades.
- **Madre Adolescente.-** aquella que tuvo su primer hijo antes de los 20 años.

2.5. VARIABLE

Actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva.

2.7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS
ACTITUD FRENTE A LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	Son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí.	Disposición que manifiesta la madre adolescente hacia la práctica de la lactancia materna exclusiva expresada en favorable, medianamente favorable y desfavorable. La medición de la actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva, se realizara mediante la técnica psicométrica y se empleara el instrumento de recolección de datos la escala tipo Likert (cuestionario).	Cognitivo	Creencias, conocimientos sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La lactancia materna exclusiva es brindar solamente leche materna al bebe hasta los 6 meses. 2. La lactancia materna exclusiva no ayuda a prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias en el bebe. 3. El cansancio, la falta de apoyo, la tensión, interfiere con la lactancia materna. 4. No es importante contar con un ambiente tranquilo y agradable para dar de lactar. 5. De 5 a 10 minutos debe darse de lactar al bebe en cada pecho. 6. La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian. 7. La succión por parte del bebe en la lactancia materna estimula la secreción de leche en la madre. 8. El bebe debe recibir lactancia materna exclusiva solamente 3 veces al día. 9. Durante la lactancia materna exclusiva el buen agarre y la posición del bebe evita grietas y dolor en los pezones. 10. No es importante la posición de la madre y del bebe durante el amamantamiento para obtener un buen agarre del pezón

			Afectivo	<p>Emociones, Sentimientos sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva.</p>	<p>11. Le produce alegría y satisfacción al saber que la lactancia materna ayuda en el crecimiento y desarrollo del bebe.</p> <p>12. Le causa incomodidad al observar a una mujer dando de lactar a su bebe.</p> <p>13. La lactancia materna me ayuda a crear lazos de amor con mi bebe.</p> <p>14. Me incomoda tener que dar de lactar a mi bebe constantemente.</p> <p>15. Me siento feliz y realizada como madre, cuando doy de lactar a mi bebe.</p> <p>16. Me desagrada dar de lactar porque me produce dolor en los pezones durante la lactancia materna.</p> <p>17. Mi crecimiento personal como madre se fortalece cuando doy de lactar a mi bebe.</p> <p>18. Me disgusta despertar a mi bebe por las noches para darle de lactar.</p> <p>19. Me gusta adoptar una posición cómoda para dar de lactar a mi bebe.</p> <p>20. Me siento mal cuando no logro calmar el llanto de mi bebe porque no sé si uso las técnicas adecuadas para que mi bebe obtenga una buena succión.</p>
--	--	--	----------	---	--

			Conductual	<p>Reacciones ,comportamiento hacia la práctica de la lactancia materna exclusiva.</p>	<p>21.Me acomodo en la silla colocando mi espalda recta con los hombros cómodos y relajados para dar de lactar a mi bebe.</p> <p>22.No es necesario lavarse las manos antes y después de lactar a tu bebe.</p> <p>23.Si necesito realizar alguna actividad interrumpo la succión introduciendo el dedo en la boquita del bebe para que suelte el pezón.</p> <p>24.Empiezo a brindar lactancia materna a mi bebe por el pecho que lacto primero anteriormente.</p> <p>25.Vigilo la boca de mi bebe que debe estar abierta agarrando toda la areola y el pezón con el labio inferior hacia afuera.</p> <p>26.Si tengo que ausentarme de casa por estudio o trabajo la mejor opción es darle leche artificial a mi bebe.</p> <p>27.Estimulo el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial del bebe para obtener un buen agarre.</p> <p>28.Debo brindar lactancia materna solo cuando él bebe está despierto sin tomar en cuenta la cantidad de horas que duerme.</p> <p>29.Coloco la mano en el pecho en forma C poniendo el dedo pulgar encima del pecho y los cuatro dedos por debajo cuando doy de lactar.</p> <p>30.Después de lactar a mi bebe le adicionó con leche artificial para lograr una mejor nutrición.</p>
--	--	--	------------	--	---

2.8. AMBITO DE ESTUDIO

UBICACIÓN GEOGRÁFICA:

El centro de salud de San Cristóbal se encuentra al norte del centro urbano marginal de Huancavelica en las siguientes coordenadas:

- 12° 46' 49.31" (Longitud)
- 74° 58' 15.72 " (Latitud)
- Altura 3650 m.s.n.m.

LIMITES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTOBAL

Limita:

Por el Este: Comunidad de Antacocha.

- Por el Oeste: Distrito de Ascensión.
- Por el Norte: Distrito de Palca.
- Por el Sur: Comunidad de Santa Ana, Comunidad de San Antonio y río Ichu.

La infraestructura del centro de salud consta de una planta física de 5 niveles, brinda atención a través de sus consultorios externos, enfermería, obstetricia, medicina, farmacia, nutrición, vigilancia epidemiológica. Además cuenta con el área administrativa, jefatura y estadística.

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de San Cristóbal de la Red de Salud de Huancavelica, ubicado en el barrio de san Cristóbal en el Jr. Sinchi Roca s/n a la altura de la plaza de este barrio por detrás de la iglesia. Este Centro de Salud cuenta con una nueva infraestructura y equipado con materiales y equipos, teniendo en la actualidad su categoría de I – 4 y cuenta con un equipo que está conformado por: 4 médicos, 6 enfermeras, 3 obstetras, 2 odontólogos, 1 técnico en laboratorio, 1 técnico en farmacia, 4 psicólogos, 1 nutricionista y 9 técnicos en enfermería.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación fue básica o pura, porque no tiene propósitos aplicativos inmediatos, pues solo busca ampliar y profundizar el caudal de conocimientos científicos existentes acerca de la realidad, su objeto de estudio lo constituye las teorías científicas, las mismas que las analizan los investigadores para perfeccionar sus contenidos. (23)

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación fue de nivel descriptivo porque busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. (24)

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. (24)**Estadístico**; porque a través de la aplicación de la estadística se facilitará la representación de datos de los fenómenos observados. **Bibliográfico**; porque permite recopilar y sistematizar información de fuentes secundarias contenidas en libros, artículos de revistas, publicaciones, investigaciones, etc. Así mismo; el estudio que se pretende abordar utilizará el método **Inductivo**; es el procedimiento metódico que en base a los hechos o fenómenos particulares trata de lograr explicaciones o conocimientos generalizables. Parte de lo singular para llegar a lo general. **Deductivo**; se distingue por ser el procedimiento, en el cual, la actividad del pensamiento va del conocimiento de las propiedades más generales, inherentes a numerosas cosas y fenómenos, al conocimiento de las propiedades de objetos y fenómenos singulares del mismo género o especie.(25)

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VARIABLE	TECNICA	INSTRUMENTO
Actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva.	Psicométrico	escala tipo Likert

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo de investigación se utilizó: el diseño no experimental, transversal y descriptivo. (23)

No experimental, porque la variable carece de manipulación intencional y no poseen un grupo de control, ni mucho menos experimental, analiza y estudia los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia.

Transversal, porque se realizara estudio de investigación de hechos y fenómenos de la realidad, en un momento determinado del tiempo.

Descriptivo, porque su propósito es analizar y conocer las características, rasgos, propiedades y cualidades de un hecho o fenómeno de la realidad.

Esquema:

M ← O₁

Dónde:

M = muestra (madres adolescentes)

O₁ = Instrumento para medir la actitud frente a la práctica de la Lactancia materna exclusiva.

3.6. POBLACION Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 30 madres adolescentes entre 14 a 19 años con lactantes menores de 6 meses que acudieron al Centro De Salud de San Cristóbal.

MUESTRA

Censal porque se tomó a todas la madres adolescentes que acudieron al centro se salud de San Cristóbal.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Para realizar el presente estudio se solicitó permiso al Director del Centro de salud de San Cristóbal a quien le comunicamos sobre el estudio de investigación resaltando la justificación y los objetivos con la finalidad de ejecutar el respectivo estudio.
- Se procedió a averiguar el número de madres adolescentes del centro de salud San Cristóbal.
- Se diseñó un test tipo escala de Likert modificado que constaba de 30 reactivos de las cuales 15 eran afirmaciones positivas y 15 afirmaciones negativas.
- La validación se realizó a través del juicio de expertos: 02 psicólogos, 03 licenciadas en enfermería.

- Posteriormente se realizó la prueba piloto a 15 madres adolescentes. Con lo que se procedió a determinar la confiabilidad del instrumento.
- La escala tipo Likert se aplicó a las todas las madres adolescentes que acudieron al centro de salud de San Cristóbal la cual tuvo una duración de 20 minutos por cada una.
- Por último se organizó los datos recolectados correspondientes

3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows Vers. 20.0, Hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2010. Así mismo, se utilizó la estadística descriptiva: para la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos.

CAPITULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DATOS (ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA)

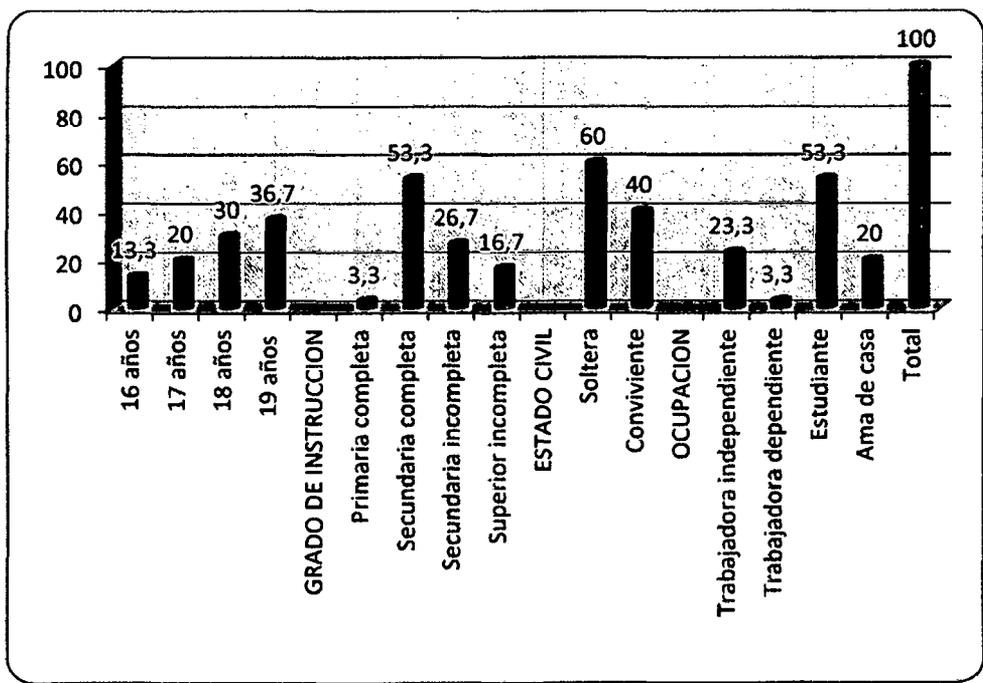
Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación del instrumento de medición de la actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres que acuden al centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica, 2014, Se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 20 y Microsoft Office-Excel 2010; en tablas y gráficos estadísticos.

TABLA N° 01: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTOBAL - HUANCVELICA, 2014

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS		fi	fi%
EDAD	16 años	4	13.3
	17 años	6	20
	18 años	9	30
	19 años	11	36.7
TOTAL		30	100
GRADO DE INSTRUCCION	Primaria completa	1	3.3
	Secundaria completa	16	53.3
	Secundaria incompleta	8	26.7
	Superior incompleta	5	16.7
TOTAL		30	100
ESTADO CIVIL	Soltera	18	60
	Conviviente	12	40
TOTAL		30	100
OCUPACION	Trabajadora independiente	7	23.3
	Trabajadora dependiente	1	3.3
	Estudiante	16	53.3
	Ama de casa	6	20
TOTAL		30	100

Fuente: Instrumento aplicado.

GRAFICO N° 01: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTOBAL - HUANCVELICA, 2014.



Fuente: Tabla N° 01

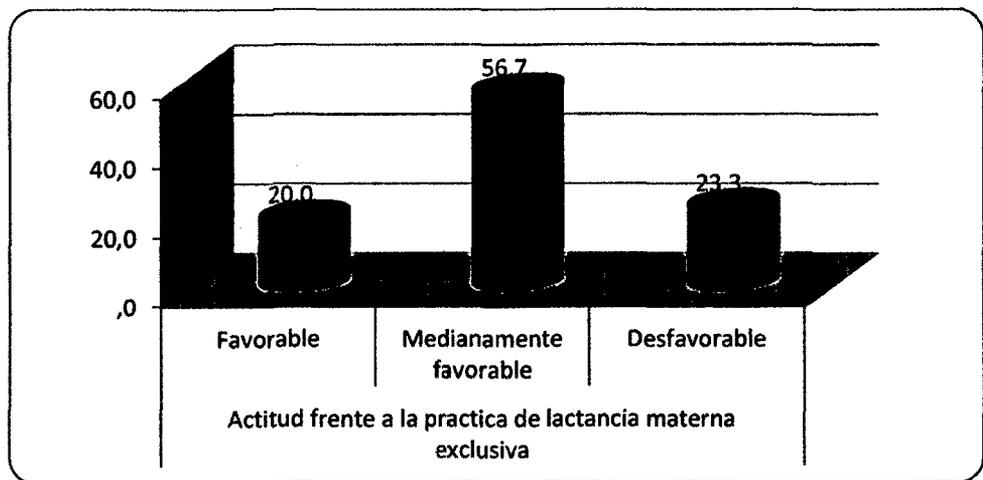
En la tabla y gráfico N° 01, se evidencia el 36,7% (11) de madres adolescente que acudieron al centro de salud de san Cristóbal-Huancavelica tienen 19 años de edad, 30,0% (9), 18 años, 20% (6), 17 años; y 13,3% (4), tienen 16 años de edad. En cuanto a grado de instrucción se desprende que el 53,3% (16) tienen secundaria completa, 26,7% (8), secundaria incompleta, 16,7% (5), superior incompleta; y 3,3% (1) ; primaria incompleta. En cuanto al estado civil se desprende que el 60% (18) son madres solteras; y 40% (12); son convivientes y en la ocupación se desprende que el 53,3% (16) son estudiantes, 23,3% (7), trabajadoras independientes, 20% (6), amas de casa; y 3,3% (7); trabajadoras dependientes.

TABLA N° 02: ACTITUD FRENTE A LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN CRISTOBAL- HUANCVELICA, 2014

Actitud	fi	f%
Favorable	6	20.0
Medianamente favorable	17	56.7
Desfavorable	7	23.3
Total	30	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

GRÁFICO N° 02: ACTITUD FRENTE A LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN CRISTOBAL- HUANCVELICA, 2014



Fuente: Tabla N° 02

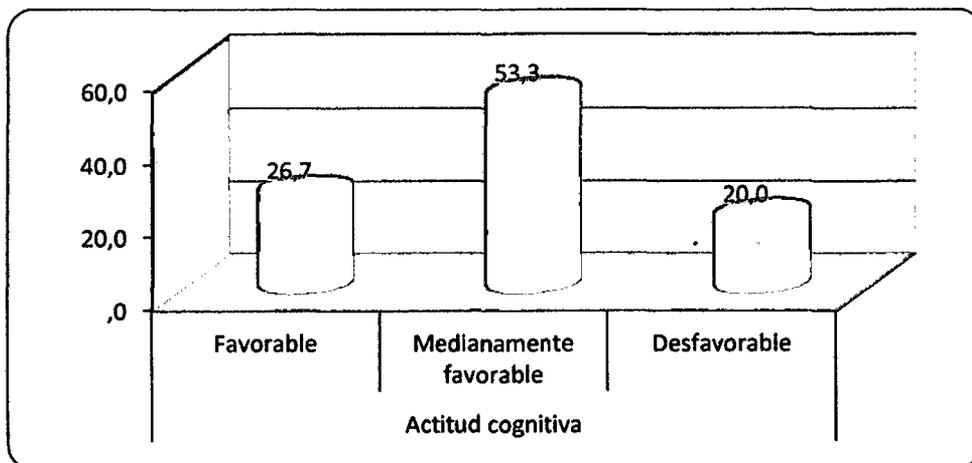
En la tabla y gráfico N° 02, se evidencia el 56.7%(17) de las madres adolescentes que acudieron al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica tuvieron una actitud medianamente favorable, 23.3%(7), desfavorable; y 20% (6); tienen una actitud favorable.

TABLA N° 03: ACTITUD COGNITIVA FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL-HUANCAVELICA ,2014

Actitud cognitiva	fi	f%
Favorable	8	26.7
Medianamente favorable	16	53.3
Desfavorable	6	20.0
Total	30	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

GRÁFICO N° 03: ACTITUD COGNITIVA FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL-HUANCAVELICA ,2014.



Fuente: Tabla N° 03

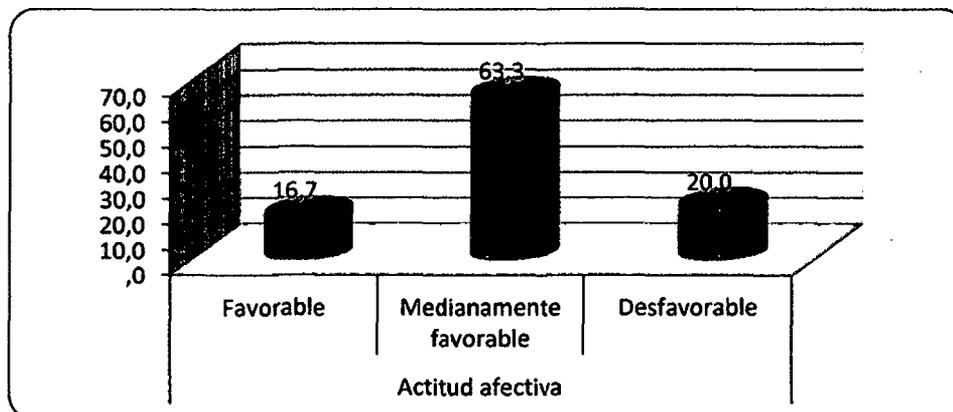
En la tabla y gráfico N° 03, se evidencia el 53.3%(16) de las madres adolescentes que acudieron al centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica tuvieron una actitud cognitiva medianamente favorable, 26.7%(8), favorable; y 20%(6); tienen actitud cognitiva desfavorable.

TABLA N° 04: ACTITUD AFECTIVA FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL-HUANCAVELICA ,2014.

Actitud afectiva	fi	f%
Favorable	5	16.7
Medianamente favorable	19	63.3
Desfavorable	6	20.0
Total		100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

GRÁFICO N° 04: ACTITUD AFECTIVA FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL-HUANCAVELICA ,2014.



Fuente: Tabla N° 04

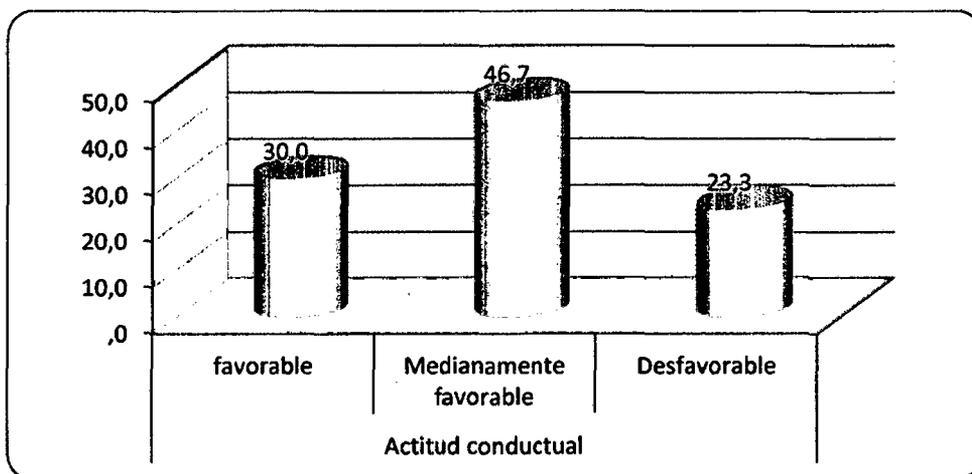
En la tabla y gráfico N° 04, se evidencia el 63.3%(19) de las madres adolescentes que acudieron al centro de salud de San Cristóbal - Huancavelica presentaron una actitud afectiva medianamente favorable, 20.0%(6), desfavorable; y 16.7%(5); favorable.

TABLA N° 05: ACTITUD CONDUCTUAL FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL-HUANCAVELICA ,2014.

Actitud conductual	fi	f%
Favorable	9	30.0
Medianamente favorable	14	46.7
Desfavorable	7	23.3
Total	30	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

GRÁFICO N° 05: ACTITUD CONDUCTUAL FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LAS MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL- HUANCAVELICA ,2014.



Fuente: Tabla N° 05

En la tabla y gráfico N° 05, se evidencia el 46.7%(14) de las madres adolescentes que acudieron al centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica presentaron una actitud conductual medianamente favorable, 30.0%(9), favorable; y 23.3%(7); desfavorable.

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con respecto a las características socio demográficas la mayoría de las madres adolescentes del grupo de estudio oscilan entre una edad de 18 a 19 años; el 53,3% cuentan con estudios secundarios completos. También se pudo constatar que el 60.0 % son madres solteras y el 53.3% de madres adolescentes son estudiantes.

Estos resultados se reafirman con lo publicado por Sena, A; Rivera, R; Díaz, E; Hernández, B Y Armas, N. en su trabajo: Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes del consultorio médico Libertad II, del Distrito 6 de la Zona de Pampa de la Isla en la Ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia; en el período comprendido de Julio de 2011 a Julio de 2012. En donde predominaron las adolescentes de 18-19 años, de escolaridad secundaria. (9)

Así mismo los resultados se reafirman con lo publicado por Cadena J y Enríquez S. Verónica. En su trabajo: Factores relacionados al destete precoz y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia exclusiva en madres con niños menores a 6 meses de vida que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán durante el periodo Marzo Agosto del 2012. Concluye que el 42.16% de las mujeres son madres solteras, un grupo significativo 38.24% trabajan. (8)

En la tabla N° 03: En la dimensión cognitiva se observó que el 53,3%, de las madres adolescentes presentaron una actitud medianamente favorable, con lo que se establece que las madres adolescentes tienen un conocimiento intermedio de los beneficios nutricionales, inmunitarios, psicoafectivos y las técnicas de la lactancia materna, lo cual es un riesgo para la salud del niño. Este componente implica la percepción del objeto de actitud, que en nuestro caso es la práctica de la lactancia materna exclusiva y la información relativa a ésta, las ideas, el conocimiento vivencial y creencias que tiene la madre adolescente hacia la práctica de la lactancia materna exclusiva. (8)

En la tabla N° 04: En la dimensión afectiva, se evidenció que el 63,3% de las madres adolescentes tuvieron una actitud medianamente favorable, esto en virtud que una persona no quiere lo que no conoce, es decir que es muy importante que la madre adolescente conozca los beneficios y las técnicas de la lactancia materna para que en ella se genere un grado de satisfacción con la práctica de la lactancia materna exclusiva.

En la tabla N° 05: En la dimensión conductual, se evidenció que el 46,7% de las madres adolescentes tuvieron una actitud medianamente favorable, con lo que podemos establecer que no hay una buena predisposición hacia la práctica de la lactancia materna exclusiva, lo cual le puede predisponer al niño a presentar alteraciones en su crecimiento y desarrollo repercutiendo en su calidad de vida.

En la tabla N° 02: se observa que el 56.7% de las madres adolescentes tuvieron una actitud medianamente favorable lo cual significa que estas madres adolescentes tienen una predisposición a favor de la práctica de la lactancia materna exclusiva lo cual garantiza una amplia variedad de beneficios y es de gran importancia para la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantil.

La actitud es considerada como la relación entre el conocimiento adquirido y el sentimiento que provoca en el ser humano, con la acción que realizara en el presente y futuro. Las actitudes de una persona están muy determinadas por su sistema de valores. En la actitud influye las motivaciones, las experiencias pasadas, la voluntad, la inteligencia, las emociones, lo congénito, el ambiente y lo cultural, puesto que somos una unidad bio-psicosocial.(10)

Estos resultados se reafirman con lo publicado por Vásquez, RP. En su trabajo Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al centro de salud San Luis, 2009. Concluye que la mayoría (70%) tienen una actitud medianamente favorable a desfavorable ya que considera que en los 6 primeros

meses su bebe debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente, transmitiendo amor seguridad y afecto. Las prácticas de un porcentaje considerable (60%) de madres es adecuada referido a que realiza el lavado de manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe, se acomoda adecuadamente en la silla permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos y al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente.(10)

Así mismo los resultados se reafirman con lo publicado por Cásalo E y Mejía CH. En su trabajo: conocimiento y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres del consultorio de CRED del instituto nacional materno perinatal en Lima, Perú 2010, donde el 51,3 % de madres muestran actitudes de indiferencia hacia la lactancia materna exclusiva, un 28,8% muestran actitud de rechazo y solo un 20% actitudes de aceptación.(11)

En este antecedente de estudio las madres presentaron una actitud de indiferencia lo cual es equivalente a una actitud medianamente favorable lo cual concuerda con nuestros resultados hallados.

También los resultados se sustentan con la "Teoría de la acción razonada" de Fishbein y Ajzen; donde menciona que la conducta de las personas está condicionada por su intención de realizar o no realizar una conducta siendo una especie de balance entre lo que cree que debe hacer y la percepción que tiene de los que los otros creen que uno debe hacer.(12)

CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de madres adolescentes tienen una edad entre 18 a 19 años; en cuanto al grado de instrucción, predominó secundaria completa, con respecto al estado civil y ocupación la mayoría son solteras y estudiantes.
2. El mayor porcentaje de las madres adolescentes tuvieron una actitud cognitiva medianamente favorable frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva; lo que indica que la madre adolescente conoce sobre los beneficios y técnicas de la lactancia materna, esto garantiza una alimentación efectiva y afectiva a sus hijos que les permita un desarrollo normal y crecimiento sano.
3. Más de la mitad de las madres adolescentes presentaron una actitud afectiva medianamente favorable, esto implica que la madre adolescente presenta regularmente un sentimiento, grado de satisfacción a favor de la práctica de la lactancia materna exclusiva.
4. El mayor porcentaje de las madres adolescentes muestran una actitud conductual medianamente favorable; este resultado es el reflejo de la acción o conducta a favor que tiene la madre adolescente hacia la práctica de la lactancia materna exclusiva.
5. La mayoría de las madres adolescentes presentaron una actitud general medianamente favorable frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva.

RECOMENDACIONES

1. AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTOBAL

- Aplicar la normatividad existente y política escrita sobre lactancia materna, programando capacitaciones en servicio, dirigidas al personal de salud, con la finalidad de promoverla.
- Enseñar a las madres adolescentes técnicas de amamantamiento y cómo mantenerla lactancia materna, aún si se separan de sus bebés.

2. A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTOBAL

- Los profesionales de enfermería deben brindar educación sanitaria a las madres adolescentes sobre el inicio y tiempo en meses que se debe brindar la lactancia materna exclusiva, debido a que existe desconocimiento al respecto.
- El profesional de enfermería debe implementar estrategias de promoción de la lactancia materna, durante el control prenatal y al primer contacto con las gestantes.

3. A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE NIVEL SECUNDARIO Y UNIVERSIDADES

- Fortalecer el plan de estudio curricular de pregrado, temas relacionados a embarazo en la adolescencia y lactancia materna.
- Fomentar la investigación de pregrado, seleccionando temas relacionados con la lactancia materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez P. Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco [tesis doctoral]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2013
2. Veramendi L E, Zafra J H, Ugaz L M, Villa NM, Torres LA, Pinto A y Moras M. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa. *Rev ciencia e investigación médica estudiantil Latinoamericana* [seriada en línea] 2012;17(2). [consultado, 24 de Setiembre 2014] disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/717/71729116006.pdf>
3. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). encuesta nacional de salud y nutrición .México: INSP; 2012 [consultado, 01 de setiembre 2014] disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>.
4. Naranjo R. Diseño de un manual educativo en lactancia materna dirigido a las madres de los niños que asisten a la guardería estrellitas del mañana [tesis de licenciatura]. Riobamba, Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2011
5. Organización Panamericana de Salud (OPS). La lactancia materna y el cumplimiento de código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna en el Perú. Informe final de monitoreo en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima y Loreto. Lima, Peru: OPS; 2011
6. Instituto Nacional de Informática y Estadística (INEI). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-2012. 2013.
7. Mendoza J. Solo el 35% cumple con lactancia materna exclusiva en Huancavelica. *Diario Correo*. Agosto 2012. Disponible en: <http://diariocorreo.pe/ultimas/noticias/1145238/solo-el-35-cumple-con-lactancia-materna-excl>.

8. Cadena J M, Enríquez S V. Factores relacionados al destete precoz y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia exclusiva en madres con niños menores a 6 meses de vida que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán durante el periodo marzo agosto del 2012[tesis de licenciatura].Tulcán, Ecuador: Universidad Politécnica Estatal del Carchi;2012
9. Sena, A; Rivera, R; Díaz, E;Hernández, B y Armas,N. Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. Rev.de Ciencias Médicas de Pinar del Río [seriada en línea] 2014;18(4).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942014000400004&script=sci_arttext
10. Vásquez R. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis – 2009[tesis doctoral].Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
11. Casallo E , Mejía CH .Conocimiento y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres: consultorio de CRED del Instituto Nacional Materno Perinatal del 2010[tesis de Licenciatura].Lima, Perú:Universidad Privada Norbert Wiener; 2010
12. Bonnet C .Psicofísica de los tiempos de reacción: teorías y métodos versión electrónicas, Revista Latinoamericana de Psicología.1994.
13. Domínguez M, Rodríguez M. Información que poseen las madres adolescentes entre 12 y 17 años sobre la lactancia materna en el período post-parto para la redacción de un programa en el hospital general de los valles del Tuy Simón Bolívar”. Edo. [tesis para optar a licenciatura de enfermería].Caracas, Venezuela: Universidad Central de Venezuela ;2009
14. Gonzales P. Las actitudes y sus cambios.2007; [consultado,10 de setiembre,2014] Disponible en: http://www.biopsychology.org/tesis_pilar/t_pilar06,htm

15. Rodríguez A. Psicología Social. México: Trillas; 1993.
16. Smith E, Mackie D. Psicología Social. Madrid, España: editorial médica panamericana; 1997.
17. Cubas AC. Actitudes hacia la lectura y niveles de comprensión lectora en estudiantes de sexto grado de primaria [tesis de licenciatura]. Lima, Perú: Universidad Católica del Perú; 2007.
18. Albites E. Actitud de los internos de enfermería hacia el cuidado de la persona adulta mayor según rotaciones del internado, escuela académico profesional de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [tesis de licenciatura]. Lima, Perú ; 2012
19. Osorio Y. Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda según la opinión del paciente hospitalizado en el servicio de medicina, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2010 [tesis de licenciatura]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011
20. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia, "La adolescencia Una época de oportunidades" 2011. Disponible en <www.unicef.org/sowc2011>
21. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Beneficios de la lactancia materna, "La lactancia favorece un buen comienzo de la vida" [en línea] 2005 [consultado 13 de setiembre 2014]. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/mod%20beneficios%20de%20la%20lactancia%20para%20el%20publico%20nov%2005.pdf>
22. Hospital universitario "virgen de las nieves": "lactancia materna" dentro del proceso embarazo parto y puerperio. diciembre 2005. disponible en: www.hvn.es/invest_calid_docencia/bibliotecas/publicaciones/archivos/doc_48.pdf.
23. Carrasco S. metodología de investigación científica. Perú: 1ra ed. San Marcos; 2009.
24. Hernández R, Fernández C, Batista P. metodología de la investigación. México: 5ta edición. MCGRAW-HILL/ Interamericana Editores; 2010.

25. google:http://distancia.upla.edu.pe/libros/derecho/06/METODOLOGIA_DE_LA_INVESTIGACION.pdf

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Dorland. Diccionario Medico de bolsillo ilustrado. 26 ava .ed.madrid, España:Mc Graw Hill Interamericana;2006.
- Pallas CR. Promociona de la lactancia materna. disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/Lactancia.htm#introd>
- Pesce P. Mitos y Creencias de la lactancia materna. Ed. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Enfermería; 1992.
- Rodriguez, R y Schaef, L. Nuevos conceptos de lactancia, promocion y educacion de los profesionales de la salud.Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 1991.

ANEXOS

ANEXO N° 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: ACTITUD FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL- HUANCVELICA, 2014.

AUTORES: CASTRO HUAMANI, ROLANDO Y ORDOÑEZ TORRES, LAURA LICIA

TITULO	FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA
Actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica,2014.	<p>PREGUNTA GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica, 2014? <p>PREGUNTAS ESPECIFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es la actitud cognitiva frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica,2014? - ¿Cuál es la actitud afectiva de la actitud frente a la 	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de san Cristóbal- Huancavelica, 2014. <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar la actitud cognitiva frente la práctica de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica, 2014. - Identificar la actitud afectiva 	<p>HIPOTESIS GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva es desfavorable en las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica, 2014. <p>HIPÓTESIS ESPECIFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La actitud cognitiva frente la práctica de la lactancia materna exclusiva es desfavorable en las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica, 2014. 	<p>1.TIPO DE INVESTIGACION: Básica o pura</p> <p>2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo</p> <p>3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo, estadístico, bibliográfico y inductivo</p> <p>4. TÉCNICA INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS: Técnica: observación Instrumento: Escala de tipo Likert</p> <p>5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</p>

	<p>práctica de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica,2014?</p> <p>- ¿Cuál es la actitud conductual frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal- Huancavelica, 2014?</p>	<p>frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica,2014.</p> <p>- Identificar la actitud conductual frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica,2014.</p>	<p>- La actitud afectiva frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva es desfavorable en las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica,2014.</p> <p>- La actitud conductual frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva es desfavorable en las madres adolescentes que acuden al centro de salud de San Cristóbal-Huancavelica,2014.</p>	<p>No Experimental; Transeccional, descriptivo</p> <p>6. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS: Estadística Descriptiva.</p> <p>7. AMBITO DE ESTUDIO: Centro de salud San Cristóbal.</p> <p>8. POBLACIÓN: La población está constituida por 30 madres adolescentes con lactantes menores de 6 meses.</p>
--	--	---	---	--

FB



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTITUD FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL- HUANCAVELICA ,2014.

I. PRESENTACION:

Sra. somos egresados de la facultad de enfermería de la UNH y estamos realizando un estudio, El presente instrumento tiene como propósito obtener información sobre la actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. Para lo cual se le solicita su participación a través de las respuestas sinceras y reservadas, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradecemos anticipadamente su colaboración.

II. DATOS GENERALES:

a. Edad:.....

b. Edad del lactante:.....

c. Grado de Instrucción

- | | | |
|-------------|--------------|----------------|
| Primaria: | completa () | Incompleta () |
| Secundaria: | completa () | Incompleta () |
| Superior: | completa () | Incompleta () |
| Iletrada | () | |

d. Estado civil

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()
- Divorciada ()

e. Ocupación

- Trabajadora independiente ()
- Trabajadora dependiente ()
- Estudiante ()
- Amas de casa ()
- Otros. ()

III. INSTRUCCIONES:

Sra. Lee atentamente cada afirmación y marque con un aspa (X) lo que corresponda de acuerdo a su práctica. No debe dejar de contestar ningún ítems. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas, todas sus respuestas son válidas.

SI USTED ESTÁ:
 TOTALMENTE DE ACUERDO (TA)
 DE ACUERDO (DA)
 INDECISO (I)
 EN DESACUERDO (ED)
 TOTALMENTE EN DESACUERDO (TD)

Nº	ENUNCIADOS	TA	DA	I	ED	TD
	COGNITIVO					
1	La lactancia materna exclusiva es brindar solamente leche materna al bebe hasta los 6 meses.					
2	La lactancia materna exclusiva no previene enfermedades diarreicas y respiratorias en el bebe.					
3	El cansancio, la falta de apoyo, la tensión, interfiere con la lactancia materna.					
4	No es importante contar con un ambiente tranquilo y agradable para dar de lactar.					
5	Debe darse de lactar de 5 a 10 minutos por cada pecho.					
6	La leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian.					
7	La succión por parte del bebe en la lactancia materna estimula la secreción de leche en la madre.					
8	El bebe debe recibir lactancia materna exclusiva solamente 3 veces al día.					
9	Durante la lactancia materna exclusiva el buen agarre y la posición del bebe evita grietas y dolor en los pezones.					
10	No es importante la posición de la madre y del bebe durante el amamantamiento para obtener un buen agarre del pezón.					
	AFECTIVO					
11	Le produce alegría y satisfacción al saber que la lactancia materna ayuda en el crecimiento y desarrollo del bebe.					
12	Le causa incomodidad al observar a una mujer dando de lactar a su bebe.					
13	La lactancia materna me ayuda a crear lazos de amor con mi bebe.					
14	Me incomoda tener que dar de lactar a mi bebe constantemente.					
15	Me siento feliz y realizada como madre, cuando doy de lactar a mi bebe.					
16	Me desagrada dar de lactar porque me produce dolor en los pezones durante la lactancia materna.					
17	Mi crecimiento personal como madre se fortalece cuando doy de lactar a mi bebe.					
18	Me disgusta despertar a mi bebe por las noches para darle de lactar.					
19	Me gusta adoptar una posición cómoda para dar de lactar a mi bebe.					
20	Me siento mal cuando no logro calmar el llanto de mi bebe porque no sé si uso las técnicas adecuadas para que mi bebe obtenga una buena succión.					
	CONDUCTUAL					
21	Me acomodo en la silla colocando mi espalda recta con los hombros cómodos y relajados para dar de lactar a mi bebe.					
22	No es necesario lavarse las manos antes y después de lactar a tu bebe.					
23	Si necesito realizar alguna actividad interrumpo la succión introduciendo el dedo en la boquita del bebe para que suelte el pezón.					
24	Empiezo a brindar lactancia materna a mi bebe por el pecho que lacto primero anteriormente.					
25	Vigilo la boca de mi bebe que debe estar abierta agarrando toda la areola y el pezón con el labio inferior hacia afuera.					

26	Si tengo que ausentarme de casa por estudio o trabajo la mejor opción es darle leche artificial a mi bebe.					
27	Estimulo el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial del bebe para obtener un buen agarre.					
28	Debo brindar lactancia materna solo cuando él bebe está despierto sin tomar en cuenta la cantidad de horas que duerme.					
29	Coloco la mano en el pecho en forma C poniendo el dedo pulgar encima del pecho y los cuatro dedos por debajo cuando doy de lactar.					
30	Después de lactar a mi bebe le adicionó con leche artificial para lograr una mejor nutrición.					

Gracias por su colaboración



ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA



(Creada por Ley N° 25265)

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCALA TIPO LIKERT PARA JUICIO DE EXPERTO Apreciación del experto sobre EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

ACTITUD FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL-HUANCAVELICA ,2014. '0+

VALIDEZ

JUEZ	GRADO ACADÉMICO o ESPECIALIDAD
1. Arteaga Meza Bladmider	Psicólogo
2. Valiente Aranda Luis E.	Psicólogo
3. Espinoza castillo Rafael	Licenciado en Enfermería
4. Curasma Romer Adita María	Licenciada en Enfermería
5. Basso Ñahui Celia	Licenciada en Enfermería

PRIMER JUEZ

1. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	1º JUEZ				
	Muy poco	Poco	Regular	Aceptable	Muy aceptable
	1	2	3	4	5
1º.				X	
2º.					X
3º.				X	
4º.					X
5º.					X
6º.				X	
7º.					X
8º.					X
9º.					X
10º.					X
11º.					X
12º.				X	
13º.					X
14º.					X
15º.					X
16º.					X
17º.					X
18º.				X	
19º.				X	
20º.					X
21º.				X	
22º.					X
23º.				X	

2

24°.			X		
25°.					X
26°.					X
27°.			X		
28°.					X
29°.					X
30°.				X	
Conteo total de marcas	0	0	2	9	19
	A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1(0) + 2(0) + 3(2) + 4(9) + 5(19)}{150} = 0,91$$

2. CALIFICACIÓN GLOBAL:

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70
Aprobado	<0,70 – 1,00

SEGUNDO JUEZ

1. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	2º JUEZ				
	Muy poco	Poco	Regular	Aceptable	Muy aceptable
	1	2	3	4	5
1°.					X
2°.			X		

3°.				X	
4°.				X	
5°.			X		
6°.			X		
7°.			X		
8°.				X	
9°.				X	
10°.					X
11°.				X	
12°.				X	
13°.				X	
14°.					X
15°.				X	
16°.					X
17°.				X	
18°.				X	
19°.				X	
20°.					X
21°.				X	
22°.					X
23°.			X		
24°.				X	
25°.		X			
26°.				X	
27°.			X		
28°.				X	
29°.				X	
30°.			X		

Conteo total de marcas	0	1	7	16	6
	A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1(0) + 2(1) + 3(7) + 4(16) + 5(6)}{150} = 0,78$$

2. CALIFICACIÓN GLOBAL:

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70
Aprobado	<0,70 – 1,00

TERCER JUEZ

1. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	3º JUEZ				
	Muy poco	Poco	Regular	Aceptable	Muy aceptable
	1	2	3	4	5
1º.				X	
2º.				X	
3º.				X	
4º.				X	
5º.			X		
6º.				X	
7º.			X		
8º.				X	
9º.			X		
10º.				X	

11°.				X	
12°.				X	
13°.					X
14°.				X	
15°.					X
16°.					X
17°.					X
18°.				X	
19°.				X	
20°.		X			
21°.				X	
22°.					X
23°.				X	
24°.			X		
25°.				X	
26°.				X	
27°.				X	
28°.					X
29°.					X
30°.			X		
Conteo total de marcas	0	1	5	18	6
	A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1(0) + 2(1) + 3(5) + 4(17) + 5(7)}{150} = 0,80$$

17

2. CALIFICACIÓN GLOBAL:

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70
Aprobado	<0,70 – 1,00

CUARTO JUEZ

1. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	4º JUEZ				
	Muy poco	Poco	Regular	Aceptable	Muy aceptable
	1	2	3	4	5
1º.					X
2º.					X
3º.				X	
4º.				X	
5º.					X
6º.				X	
7º.				X	
8º.					X
9º.					X
10º.					X
11º.					X
12º.				X	
13º.					X
14º.					X

15°.				X	
16°.				X	
17°.					X
18°.					X
19°.				X	
20°.				X	
21°.					X
22°.				X	
23°.					X
24°.				X	
25°.					X
26°.			X		
27°.				X	
28°.					X
29°.					X
30°.				X	
Conteo total de marcas	0	0	1	13	16
	A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1(0) + 2(0) + 3(1) + 4(13) + 5(16)}{150} = 0,90$$

2. CALIFICACIÓN GLOBAL:

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70
Aprobado	<0,70 – 1,00

QUINTO JUEZ

1. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	5º JUEZ				
	Muy poco	Poco	Regular	Aceptable	Muy aceptable
	1	2	3	4	5
1º.					X
2º.					X
3º.					X
4º.					X
5º.				X	
6º.				X	
7º.					X
8º.					X
9º.					X
10º.				X	
11º.					X
12º.					X
13º.					X
14º.					X
15º.					X
16º.					X
17º.					X
18º.					X
19º.					X
20º.					X
21º.					X

22°.					X
23°.				X	
24°.					X
25°.					X
26°.					X
27°.					X
28°.					X
29°.					X
30°.			X		
Conteo total de marcas	0	0	1	4	25
	A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de validez} = \frac{1(0) + 2(0) + 3(1) + 4(4) + 5(25)}{150} = 0,96$$

2. CALIFICACIÓN GLOBAL:

CATEGORÍA	INTERVALO
Desaprobado	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70
Aprobado	<0,70 – 1,00

ANEXO N°:04

DETERMINANDO LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez se solicitó la opinión de los jueces de expertos, además se aplicó la fórmula R de Pearson a cada uno de los ítems de los resultados de la prueba piloto.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item1	114,8667	173,552	,305	,827
item2	114,6667	167,952	,619	,814
item3	115,1333	182,124	,084	,836
item4	115,5333	180,981	,121	,834
item5	114,2000	176,314	,424	,822
item6	115,1333	165,267	,580	,814
item7	114,1333	183,124	,154	,829
item8	113,7333	190,781	-,322	,835
item9	114,2667	181,352	,174	,830
item10	114,8667	158,552	,794	,805
item11	113,8000	194,457	-,580	,839
item12	114,3333	173,810	,377	,823
item13	113,8000	181,886	,419	,825
item14	114,6667	171,952	,361	,824
item15	113,7333	179,924	,646	,823
item16	114,1333	181,552	,225	,828
item17	114,1333	181,838	,378	,826
item18	114,7333	161,924	,671	,810
item19	114,3333	181,381	,253	,827
item20	116,1333	162,552	,635	,812
item21	114,2667	182,067	,185	,829
item22	114,0667	173,352	,602	,818
item23	115,3333	184,667	,019	,838
item24	115,6000	181,543	,094	,836
item25	114,2000	180,600	,490	,824
item26	115,1333	155,981	,746	,805
item27	114,2667	180,352	,412	,824
item28	115,0667	160,067	,610	,812
item29	114,4000	185,686	,005	,836
item30	114,8000	165,029	,597	,814

Si "r" > 0,20; el instrumento es válido por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de los ítems.

ANEXO N° 05

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumento de medición (*Escala de Likert de actitud*) se establece por medio del método del *Índice de Consistencia Interna Alfa de Cronbach*.

Formula de Alfa de Cronbach.

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Donde:

k: Es el número de ítems de la prueba = 30

S²: Es la varianza de los ítems (desde 1...i) = 37,15

S²_{um}: Es la varianza de la prueba total = 187.27

El número de ítems (o longitud de la prueba) y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítems). Ello significa que la fiabilidad depende de la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems.

Remplazando valores:

$$alfa = \frac{30}{29} \left[1 - \frac{37.15}{187.27} \right]$$

$$alfa = 0.8292619$$



Muy Baja

Baja

Regular

Aceptable

Elevada

0% de confiabilidad en la medición (la medición está contaminada de error)

100% de confiabilidad en la medición (no hay error)

El coeficiente de confiabilidad *índice de consistencia interna alfa de cronbach* = 0,82 (82 %); indica una aceptable confiabilidad, pues supera el 60% (Hernandez S., 2006).

ANEXO N° 06
CATEGORIZACIÓN DE ACTITUD

Para realizar la medición de la categoría de actitud se procedió de la siguiente forma:

Promedio (x):107.7
Desviación estándar (s):8.634
N° de preguntas: 30

Luego se aplicó la escala de estertores, donde:

- a) X- (0.75)(S)
 $107.7 - (0.75) (8.634)$
 $107.7 - 6.4755$
 101.22

- b) X+ (0.75)(S)
 $107.7 + (0.75) (8.634)$
 $107.7 + 6.4755$
 114.18

30	101.22	107.7	114.18	150
----	--------	-------	--------	-----

Favorable: 114.19 - 150
 Medianamente favorable: 101.23 - 114.18
 Desfavorable: 30 - 101.22

CATEGORIZACIÓN DE LA ACTITUD COGNITIVA

Para realizar la medición de la categoría de la actitud cognitiva se procedió de la siguiente forma:

Promedio (x):34.8
Desviación estándar (s): 4.39
N° de preguntas: 10

Luego se aplicó la escala de estertores, donde:

- a) X- (0.75)(S)
 $34.8 - (0.75) (4.39)$

34.8 - 3.2925
31.51

b) $X + (0.75)(S)$
34.8 - (0.75) (4.39)
34.8 - 3.2925
38.09

10 31.51 37.23 38.09 50

Favorable: 38.10 - 50

Medianamente favorable: 31.52 - 38.09

Desfavorable: 10 - 31.51

CATEGORIZACIÓN DE LA ACTITUD AFECTIVA

Para realizar la medición de la categoría de la actitud afectiva se procedió de la siguiente forma:

Promedio (x):37.23

Desviación estándar (s):5.12

Nº de preguntas: 10

Luego se aplicó la escala de estertores, donde:

a) $X - (0.75)(S)$
37.23 - (0.75) (5.12)
37.23 - 3.84
33.39

b) $X + (0.75)(S)$
37.23 + (0.75) (5.12)
37.23 + 3.84
41.07

10 33.39 37.23 41.07 50

Favorable: 41.08 - 50

Medianamente favorable: 33.40 - 41.07

Desfavorable: 10 - 33.39

CATEGORIZACIÓN DE LA ACTITUD CONDUCTUAL

Para realizar la medición de la categoría de la actitud conductual se procedió de la siguiente forma:

Promedio (x):35.7

Desviación estándar (s):4.12

Nº de preguntas: 10

Luego se aplicó la escala de estertores, donde:

a) $X - (0.75)(S)$
 $35.7 - (0.75) (4.12)$
 $35.7 - 3.09$
 32.61

b) $X + (0.75)(S)$
 $35.7 + (0.75) (4.12)$
 $35.7 + 3.09$
 38.79

10	32.61	35.7	38.79	50
----	-------	------	-------	----

Favorable: 38.80 - 50

Medianamente favorable: 32.62 - 38.79

Desfavorable: 10 - 32.61

REGISTRO DE IMÁGENES

ANEXO N° 07



Artículo científico

ACTITUD FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTÓBAL- HUANCVELICA, 2014.

ATTITUDE TO THE PRACTICE OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING MOTHERS WHO GO TO ADOLESCENT HEALTH CENTER St. Kitts HUANCVELICA, 2014.

Castro, R¹, Ordoñez , L¹

RESUMEN

Las actitudes son la reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos o conductas proyectadas. **El objetivo:** fue Determinar la actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de salud de San Cristóbal- Huancavelica, 2014. **Material y Método:** El estudio fue de tipo básica o pura (1); nivel descriptivo(2), método: descriptivo, estadístico, bibliográfico(2), inductivo y deductivo(3); el diseño de investigación no experimental, transversal y descriptivo(1). La población estuvo conformada por 30 madres adolescentes con lactantes menores de 6 meses que acuden al centro de salud San Cristóbal, la muestra fue censal; para la

recolección de datos se utilizó la técnica psicométrica y su instrumento de medición fue la escala tipo Likert. **Resultados:** En la actitud en general se encontró que el 56.7% (17) de madres adolescentes muestran una actitud medianamente favorable, 23.3% (7), desfavorable y 20% (6) , favorable; en la dimensión cognitiva el 53,3%(16) presentan una actitud medianamente favorable, 26,7%(8), favorable y 20,0%(6), desfavorable; en la dimensión afectiva se encontró que el 63,3%(19) de madres adolescentes presentan una actitud medianamente favorable, 20,0%(6), desfavorable y 16,7%(5), favorable; y en la dimensión conductual el 46,7%(14) de madres adolescentes presentan una actitud medianamente favorable, 30,0%(9), favorable y 23,3%(7), desfavorable.

Conclusiones: La mayoría de las madres tiene actitud medianamente favorable frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva; ello implica que la mayoría tiene una disposición a favor de esta práctica; lo cual favorece el desarrollo y crecimiento del niño, logrando con ello disminuir la desnutrición infantil, para que el futuro sea un niño fuerte y sano.

Palabras claves: lactancia materna, actitud, práctica, madre adolescente.

ABSTRACT

Attitudes are favorable or unfavorable toward something or someone, manifested in our beliefs, feelings or behaviors projected evaluative reaction. The objective was: To determine the attitude of practice of exclusive breastfeeding in teenage mothers who come to the health center health Saint Kitts- Huancavelica, 2014. **Material and Methods:**

The study was quantitative and descriptive; descriptive level, method: descriptive, inductive, deductive and statistical. The population consisted of 30 adolescent mothers with infants under 6 months who come to the health center San Cristobal; Data collection for the observation technique with his instrument was the Likert scale was used. Results: The overall attitude was found that 56.7% (17) of teenage mothers have a fairly favorable attitude, 23.3% (7), unfavorable and 20% (6), pro; as dimensions of the attitude he had to cognitive attitude that resulted in 53.3% (16) of teenage mothers have a moderately positive attitude, 26.7% (8), pro and 20.0% (6), unfavorable; in the affective attitude was found that 63.3% (19) of teenage mothers have a moderately positive attitude, 20.0% (6), unfavorable and 16.7% (5), pro; and behavioral attitude was found that 46.7% (14) of teenage mothers have a moderately positive attitude, 30.0% (9), pro and 23.3% (7), unfavorable. Conclusions: Most mothers have fairly favorable attitude towards the practice of exclusive breastfeeding; this implies that most have a provision in favor of this practice; which favors the development and growth of the child, thereby achieving reducing child malnutrition, so that the future is a strong and healthy child.

Keywords: breastfeeding, attitude, practice, teenage mother.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es una de las prácticas más eficaces para asegurar la salud y la supervivencia de la niñez y fortalecer el vínculo madre-niño, no solo aporta nutrientes

de máxima calidad y es adecuado para las necesidades del acelerado crecimiento del niño, sino también estimula su desarrollo. Por otro lado, contribuye a la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en etapas posteriores de la vida y aporta beneficios a la salud de la madre, entre otras ventajas.

A nivel mundial se estima que solamente 34.8% de lactantes reciben Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros 6 meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses. Datos obtenidos de 64 países indican que la situación está mejorando. Entre 1996 y 2006, la tasa de Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros 6 meses de vida se incrementó de 33% a 37%. Específicamente para Latinoamérica y el Caribe, excluyendo Brasil y México, el porcentaje de lactantes con Lactancia Materna Exclusiva se ha incrementado de 30%(1996) a 45% (2006).

El Ministerio de Salud señalo en su último reporte de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 (ENDES) que el 73% de niños menores de seis meses toman pecho de manera exclusiva, sin embargo se advierte que esta práctica no es homogénea a nivel nacional.

Las actitudes son predisposiciones estables o formas habituales de pensar, sentir y actuar en consonancia con nuestros valores. Son, por tanto, consecuencia de nuestras convicciones o creencias más firmes y razonadas de que algo «vale» y da sentido y contenido a nuestra vida. Constituyen el sistema fundamental por el que orientamos y definimos nuestras relaciones y conductas con el medio en que vivimos. Es importante

que las madres adolescentes presenten una actitud favorable hacia la práctica de la lactancia materna exclusiva, ya que la actitud se refleja en la conducta, logrando así un crecimiento y desarrollo saludable en el niño. En el centro de Salud San Cristóbal, se evidencia un incremento considerable de madres adolescentes, así mismo una disminución de la práctica de la lactancia materna exclusiva esta situación se presenta por los escasos conocimientos, creencias en relación a la lactancia materna, influencia de familiares y medios de comunicación que tiene la madre adolescente; factores que influyen en la actitud que va a adoptar la madre adolescente. Este trabajo de investigación servirá como antecedente de estudio para posteriores investigaciones que se vinculen con el tema, para ofrecer evidencias sobre la existencia del problema y su repercusión en la salud del niño, por lo que se planteo el presente estudio titulado: "Actitud frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de salud de San Cristóbal-Huancavelica, 2014";teniendo como objetivo determinar la actitud frente práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes que acuden al centro de salud de salud de San Cristóbal - Huancavelica, 2014. Obteniendo como conclusión que la mayoría de las madres adolescentes presentaron una actitud medianamente favorable frente a la práctica de la lactancia materna exclusiva

MATERIALES Y METODO: Se realizó un estudio de tipo básica; nivel descriptivo; método de estudio fue: descriptivo, inductivo,

estadístico y bibliográfico; el diseño fue: no experimental, transversal y descriptivo.

La población estuvo conformada por 30 madres adolescentes entre 14 y 19 años con lactantes menores de 6 meses que acudieron al centro de salud de San Cristóbal, la muestra fue censal.

La técnica que se utilizó para recolectar los datos fue la observación y el instrumento fue la escala tipo Likert.

RESULTADOS. Se obtuvo como resultado que el 56.7%(17) de las madres adolescentes tuvieron una actitud medianamente favorable, 23.3%(7), desfavorable; y 20% (6); tienen una actitud favorable. En cuanto a sus dimensiones el 53.3%(16) presentaron una actitud cognitiva medianamente favorable, 26.7%(8), favorable; y 20%(6); tienen actitud desfavorable, el 63.3%(19) presentaron una actitud afectiva medianamente favorable, 20.0%(6), desfavorable; el 16.7%(5); favorable, y el 46.7%(14) presentaron una actitud conductual medianamente favorable, 30.0%(9), favorable; y 23.3%(7); desfavorable.

TABLA N° 01: Actitud Frente A La Práctica De La Lactancia Materna Exclusiva En Madres Adolescentes Que Acuden Al Centro De Salud San Cristóbal - Huancavelica, 2014.

Actitud	fi	f%
Favorable	6	20.0
Medianamente favorable	17	56.7
Desfavorable	7	23.3
Total	30	100.0

Fuente: Instrumento aplicado.

DISCUSION

Con respecto a las características socio demográficas la mayoría de las madres adolescentes del grupo de estudio oscilan entre una edad de 18 a 19 años; el 53,3% cuentan con estudios secundarios completos. También se pudo constatar que el 60.0 % son madres solteras y el 53.3% de madres adolescentes son estudiantes.

Estos resultados se reafirman con lo publicado por Sena, A; Rivera, R; Díaz, E; Hernández, B Y Armas, N. en su trabajo: Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes del consultorio médico Libertad II, del Distrito 6 de la Zona de Pampa de la Isla en la Ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia; en el período comprendido de Julio de 2011 a Julio de 2012. En donde predominaron las adolescentes de 18-19 años, de escolaridad secundaria. (4)

Así mismo los resultados se reafirman con lo publicado por Cadena J y Enríquez S. Verónica. En su trabajo: Factores relacionados al destete precoz y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia exclusiva en madres con niños menores a 6 meses de vida que acuden al centro de salud de la ciudad de Tulcán durante el periodo Marzo Agosto del 2012. Concluye que el 42.16% de las mujeres son madres solteras, un grupo significativo 38.24% trabajan.(5)

En la dimensión cognitiva se observó que el 53,3%, de las madres adolescentes presentaron una actitud medianamente favorable, con lo que se establece que las madres adolescentes tienen un conocimiento intermedio de los beneficios nutricionales, inmunitarios, psicoafectivos y las técnicas de

la lactancia materna, lo cual es un riesgo para la salud del niño. Este componente implica la percepción del objeto de actitud, que en nuestro caso es la práctica de la lactancia materna exclusiva y la información relativa a ésta, las ideas, el conocimiento vivencial y creencias que tiene la madre adolescente hacia la práctica de la lactancia materna exclusiva.(8)

En la dimensión afectiva, se evidenció que el 63,3% de las madres adolescentes tuvieron una actitud medianamente favorable, esto en virtud que una persona no quiere lo que no conoce, es decir que es muy importante que la madre adolescente conozca los beneficios y las técnicas de la lactancia materna para que en ella se genere un grado de satisfacción con la práctica de la lactancia materna exclusiva.

En la dimensión conductual, se evidenció que el 46,7% de las madres adolescentes tuvieron una actitud medianamente favorable, con lo que podemos establecer que no hay una buena predisposición hacia la práctica de la lactancia materna exclusiva, lo cual le puede predisponer al niño a presentar alteraciones en su crecimiento y desarrollo repercutiendo en su calidad de vida.

En la tabla 01: Se observa que el 56.7% de las madres adolescentes tuvieron una actitud medianamente favorable lo cual significa que estas madres adolescentes tienen una predisposición a favor de la práctica de la lactancia materna exclusiva lo cual garantiza una amplia variedad de beneficios y es de gran importancia para la supervivencia, la salud, la nutrición y el desarrollo infantil.

La actitud es considerada como la relación entre el conocimiento adquirido y el sentimiento que provoca en el ser humano, con la acción que realizara en el presente y futuro. Las actitudes de una persona están muy determinadas por su sistema de valores. En la actitud influye las motivaciones, las experiencias pasadas, la voluntad, la inteligencia, las emociones, lo congénito, el ambiente y lo cultural, puesto que somos una unidad bio-psicosocial.(6)

Estos resultados se reafirman con lo publicado por Vásquez, RP. En su trabajo Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al centro de salud San Luis, 2009. Concluye que la mayoría (70%) tienen una actitud medianamente favorable a desfavorable ya que considera que en los 6 primeros meses su bebe debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente, transmitiendo amor seguridad y afecto. Las prácticas de un porcentaje considerable (60%) de madres es adecuada referido a que realiza el lavado de manos antes de empezar a dar de lactar a su bebe, se acomoda adecuadamente en la silla permite al bebe la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos y al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente.(6)

Así mismo los resultados se reafirman con lo publicado por Cásalo E y Mejía CH. En su trabajo: conocimiento y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres del consultorio de CRED del instituto nacional materno perinatal en Lima, Perú 2010, donde el 51,3 % de madres muestran actitudes de indiferencia hacia la lactancia materna exclusiva, un 28,8% muestran actitud de

rechazo y solo un 20% actitudes de aceptación.(7)

En este antecedente de estudio las madres presentaron una actitud de indiferencia lo cual es equivalente a una actitud medianamente favorable lo cual concuerda con nuestros resultados hallados.

También los resultados se sustentan con la "Teoría de la acción razonada" de Fishbein y Ajzen; donde menciona que la conducta de las personas está condicionada por su intención de realizar o no realizar una conducta siendo una especie de balance entre lo que cree que debe hacer y la percepción que tiene de los que los otros creen que uno debe hacer.(9)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Carrasco S. metodología de investigación científica. Perú: 1ra ed. San Marcos; 2009.
2. Hernández R, Fernández C, Batista P. metodología de la investigación. México: 5ta edición. MCGRAW-HILL/ Interamericana Editores; 2010.
3. Yahoo Respuestas. Definición de método deductivo e inductivo [En línea]. 2009 [cited 2012 25 de enero]. Available from: <http://mx.answers.yahoo.com/question/index?gid=20090212171922AA6KFvB>.
4. Vásquez R. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis – 2009 [tesis doctoral]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012
5. Cadena J M, Enríquez S V. Factores relacionados al destete precoz y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia exclusiva en

- 2
- madres con niños menores a 6 meses de vida que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán durante el periodo marzo agosto del 2012[tesis de licenciatura].Tulcán, Ecuador: Universidad Politécnica Estatal del Carchi;2012.
6. Sena, A; Rivera, R; Díaz, E; Hernández, B y Armas,N. Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. Rev.de Ciencias Médicas de Pinar del Río [seriada en línea] 2014;18.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942014000400004&script=sci_arttext
 7. Casallo E , Mejía CH .Conocimiento y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres: consultorio de CRED del Instituto Nacional Materno Perinatal del 2010[tesis de Licenciatura].Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener;2010
 8. Cadena J M, Enríquez S V. Factores relacionados al destete precoz y los conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia exclusiva en madres con niños menores a 6 meses de vida que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Tulcán durante el periodo marzo agosto del 2012[tesis de licenciatura].Tulcán, Ecuador:Universidad Politécnica Estatal del Carchi; 2012
 9. Bonnet C .Psicofísica de los tiempos de reacción: teorías y métodos versión electrónicas, Revista Latinoamericana de Psicología.1994.