

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUÍZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

“CUIDADO DE MADRES ADOLESCENTES EN LA LACTANCIA DE SUS HIJOS MENORES DE SEIS MESES. CENTRO DE SALUD-MINSA, CHICLAYO-2018”

INVESTIGADORES:

Bach. Enf. Aquino Chero Milagros del Carmen

Bach. Enf. Laboriano Palacios Elena Elizabeth

ASESORA:

Mg. María Lucía Chanamé Carretero

LAMBAYEQUE, 2019

Mg. Gricelda Jesús Uceda Senmache
Presidente

Mg. María Isabel Romero Sipión
Secretario

Lic. Dennie Shirley Rojas Manrique
Vocal

Mg. María Lucía Chanamé Carretero
Asesora



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAH-P

DECANATO

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Libro de Actas N° 07 Expediente N° 618-2019-D-FE Folio N° 0173
Graduado: Rolando del Carmen Aguero Chero

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a los 19 días
del mes de marzo de 2019 a horas 9:30 am se reunieron los señores Miembros del Jurado
designados mediante Decreto N° 079-2017-D-FE

Presidente: Mg. Graciela Jesús Uceda Penmache
Secretario: Mg. María Isabel Romero Sepián
Vocal: Mg. Dennie Shirley Rojas Monrique

Encargados de recepcionar y dictaminar el trabajo de Tesis titulado: "Bebeado de modulos
adolescentes en la lactancia de sus hijos menores de seis
meses. Centro de Salud - MINSA - Chelap - 2018."

Mg. María Lucía Chonome Canelo patrocinado por la profesora
la (s) bachiller (es) en enfermería: Rolando del Carmen Aguero Chero
Elena Elizabeth Tabares Palacios

optar el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

Sustentado el trabajo de tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las
respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante(s) y el patrocinador, el jurado, después de deliberar declaró Aprobado
por Unanimidad la tesis con el calificativo de Muy Bueno
debiendo consignarse en las copias definitivas las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE


SECRETARIO


VOCAL


PATROCINADOR



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAH-P

DECANATO

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Libro de Actas N° 07 Expediente N° 617-2019-D-FE Folio N° 0173
Graduado: Elena Elizabeth Laboriano Palacios

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a los 19 días
del mes de Mayo de 2019 a horas 9:30 se reunieron los señores Miembros del Jurado
designados mediante Decreto N° 079-2019-D-FE

Presidente: Mg. Yricelda Jesús Ikeda Lomax
Secretario: Mg. María Isabel Riquelme Sepión
Vocal: Mg. Rosme Shirley Rojas Monzigue

Encargados de recepcionar y dictaminar el trabajo de Tesis titulado: Cuidado de Mujeres
adolescentes en la localidad de San Juan, menos de seis
meses, Centro de Salud - M.I. N.S.A. Chelero - 2018.

Mg. María Lucía Chonquis Cametoro patrocinado por la profesora
la (s) bachiller (es) en enfermería: Elena Elizabeth Laboriano Palacios
Milayus del Carmen Aguero Chow
optar el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

Sustentado el trabajo de tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las
respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante(s) y el patrocinador, el jurado, después de deliberar declaró ----
Aprobado por Unanimidad la tesis con el calificativo de Muy Bueno
debiendo consignarse en las copias definitivas las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

[Firma]
PRESIDENTE

[Firma]
SECRETARIO

[Firma]
VOCAL

[Firma]
PATROCINADOR

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Milagros Del Carmen Aquino Chero y Elena Elizabeth Laboriano Palacios investigadores principales, y Mg. María Lucía Chanamé Carretero asesora de trabajo de investigación “Cuidado de las Madres Adolescentes en la Lactancia de sus Hijos Menores de Seis Meses. Centro de salud, Chiclayo- 2018”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni tiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, Marzo 2019

INVESTIGADORAS:

Bach. Enf. Aquino Chero
Milagros Del Carmen

Bach. Enf. Laboriano Palacios
Elena Elizabeth

ASESORA:

Mg. Chanamé Carretero
María Lucía

DEDICATORIA

*A DIOS, por su bendición infinita, habernos dado la vida y
permitirnos el haber llegado hasta este momento tan importante de
nuestra formación profesional*

*A nuestros padres, por ser los pilares más importantes en nuestras vidas y por
demostrarnos siempre su cariño, comprensión y apoyo incondicional.*

*A todas mis maestras y amigas que contribuyeron en nuestra formación profesional y
crecimiento personal, por ser personas sinceras con sus constantes palabras de aliento y
exigencias, nos han enrumado al camino del éxito.*

Las autoras

AGRADECIMIENTO

A las madres adolescentes que acuden al servicio de CRED, por participar y brindar información para el desarrollo de la presente investigación.

A las autoridades del Centro de Salud “José Leonardo Ortiz” por facilitarnos el acceso para poder realizar la ejecución de nuestro trabajo de investigación.

Agradezco a los miembros del jurado Mg. Gricelda Uceda Senmache, Mg. María Isabel Romero Sipión y Lic. Dennie Shirley Rojas Manrique, por sus valiosos aportes a la investigación.

A nuestra asesora Mg. Lucía Chanamé Carretero, por su amistad, comprensión, por habernos guiado en nuestro trabajo de investigación, y lograr nuestra meta.

Las autoras

ÍNDICE

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	7
I. DISEÑO TEÓRICO	8
1.1. Antecedentes de la investigación	8
1.2. Base teórica	10
1.3. Marco contextual	34
CAPÍTULO II	36
II. MÉTODOS Y MATERIALES	37
2.1. Tipo de investigación	37
2.2. Enfoque o diseño de investigación	37
2.3. Población y muestra	43
2.4. Procedimiento para la recolección de datos	43
2.5. Técnica e instrumento de recolección de datos	44
2.7. Rigor científico	46
2.8. Principios bioéticos	47
CAPÍTULO III	50
III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
3.1. Presentación de los resultados	51
3.2. Discusión de los resultados	52
CAPÍTULO IV	71
IV. CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES	72
4.1. Consideraciones finales	72
4.2. Recomendaciones	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXO	87
APÉNDICE	89

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud, informa que ningún país en el mundo cumple plenamente las normas recomendadas para la lactancia materna; por ello se ha convertido en un problema mundial. La investigación tuvo como **objetivo** analizar y comprender el cuidado de las madres adolescentes en la lactancia a sus hijos menores de seis meses, el **diseño** fue cualitativo con abordaje en estudio de caso, los sujetos fueron 12 madres adolescentes entre 15 a 17 años que asisten al Centro de Salud José Leonardo Ortiz, la muestra se determinó con la técnica de saturación y redundancia, los datos se recolectaron mediante la entrevista a profundidad, el análisis de datos fue mediante el análisis de contenido temático. Se tuvo en cuenta los principios bioéticos y de rigor científico. Se tuvo como resultados las siguientes categorías: I. Convencidas que la lactancia materna exclusiva es la mejor para el niño(a), II. Iniciando la alimentación mixta a temprana edad, III. Brindando un cuidado influenciado por el contexto cultural, IV. Alimentándolo con cuidados maternos que favorecen la lactancia materna exclusiva, y V. Fortaleciendo el cuidado materno con educación de la enfermera y con otros miembros de la salud. Considerando el cuidado que brindan las madres adolescentes a sus hijos es influenciado por un familiar, profesional de la salud u otro, por lo tanto brindan una lactancia mixta a temprana edad, desconociendo muchas veces sobre la importancia de la leche materna exclusiva, por ello la enfermera debe fortalecer ese cuidado mediante la educación sanitaria.

Palabras claves: Cuidado, lactancia materna exclusiva, niño menor de seis meses, madre adolescente.

ABSTRACT

The World Health Organization, informs that no country in the world fully comply the recommended rules for the lactation maternal; that is why it has become in a world problem. The investigation had as objective analyze and understand the care of the teenagers mothers in the lactation to your children minors of six months, the design was qualitative with approach in study of case, the subjects were twelve mothers teenagers between twelve and seventeen years what attend the health center José Leonardo Ortiz, the sample was determined with the technique of saturation and redundancy, the data was collected through the interview to depth, the data analysis was through the analysis of content thematic. It was consider the bioethical principles and of scientific rigor. Was obtained as results the following categories: I. convinced that the lactation maternal exclusive is the better for the child, II. Starting the mixed feeding to early age, III Applying the care maternal that favor the lactation maternal exclusive, IV. Providing a care influenced by the context cultural and V. Strengthening maternal care with education of the nurse and with other members of the health. Considering the care provided by adolescent mothers to their children is influenced by a relative, health professional or another, therefore provide a mixed breastfeeding at an early age, often ignorant of the importance of exclusive breast milk, so the nurse must strengthen this care through health education.

Keywords: Care, lactation maternal exclusive, child minor of six months, teenage mother

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la lactancia materna se ha transformado en un importante indicador que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto¹. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS)², ningún país en el mundo cumple plenamente las normas recomendadas para la lactancia materna; por ello se ha convertido en un problema mundial.

Esto se evidencia en los reportes mundiales de la OMS donde informan que las madres adolescentes abandonan la práctica de lactancia materna exclusiva (LME) antes de los seis meses; por lo que, el profesional de enfermería es su deber asesorar y fomentar información sobre todo lo relacionado a la lactancia materna para que las madres se beneficien así mismas, a su hijo, a la familia y a la sociedad; y tengan niños sanos y seres exitosos².

Así informa en 2017, evaluó que las prácticas de lactancia materna en 194 países, solo el 40% de los niños menores de seis meses reciben LME (únicamente leche materna) y 23 países registran índices exclusivos de lactancia materna por encima del 60% (encontrándose el Perú)², dentro de estos índices están incluidas las madres adolescentes.

En países industrializados los lactantes también corren un mayor riesgo de morir: en un estudio reciente sobre la mortalidad pos neonatal, en los Estados Unidos se encontró un aumento del 25% en la mortalidad de los lactantes no amamantados. México es el segundo país del mundo donde cada vez son menos las mujeres que alimentan a sus recién nacidos con su propia leche. En promedio sólo dos de cada diez bebés que no rebasan los seis

meses de nacidos se alimentan “exclusivamente” de leche materna, lo cual está muy por debajo de la escala mundial³.

Esta realidad repercute en los países industrializados porque existe la intervención de las grandes industrias comercializadoras de sucedáneos de la leche materna, quienes anualmente fabrican diversas fórmulas cada vez más parecidas física y bioquímicamente a la leche humana y la inversión millonaria en publicidad comercial para promover el consumo indiscriminado, que también influye en la imagen y actitud de la madre adolescente hacia la LME, considerándola como una práctica antigua pasada de moda y perteneciente a la clase pobre; asimismo, el uso del biberón como un símbolo de posición social⁴. Por ello, genera en la madre adolescente confusión, que unida a su falta de preparación para asumir los retos que conlleva el cuidado de un hijo a temprana edad, opta por tomar decisiones equivocadas, como es abandonar la LME.

En el Perú no es ajeno a esta realidad; actualmente el Ministerio de Salud en el marco de sus políticas sectoriales que promueve, protege y apoya a la lactancia materna de acuerdo a la información de la encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2016, solo el 69,8% de madres de niñas y niños menores de seis meses de edad tuvieron lactancia exclusiva⁵.

En comparación, con ENDES 2017, donde solo el 66,1% de las madres manifestaron que alimentan a los menores de seis meses de edad con L.M.E; evidenciándose así una disminución de 3,7 puntos porcentuales de esta práctica⁶. Esto significa que el 33.9% de las madres no están alimentando a sus hijos menores de seis meses con L.M.E, dentro de estos parámetros se encuentran las madres adolescentes que dan y no dan lactancia materna exclusiva.

El director del Hospital Las Mercedes en el año 2017, informó que la cifra de mujeres que dan de lactar a sus hijos en la zona urbana es de 62 %, tres puntos menos con respecto al año 2016⁷. Como se puede ver los porcentajes de lactancia materna siguen siendo bajos, lo que no estaría garantizando un crecimiento físico y psicológico adecuado del niño.

La disminución de estos porcentajes está relacionada porque las adolescentes se preocupan más en su estado físico, dejan de amamantar por la vergüenza de dar de lactar en público, están pendientes de su figura e imagen corporal e incluso algunas pueden dejar de comer los alimentos esenciales, para su salud y la lactancia materna, lo cual propician la producción de leche para su hijo menor de seis meses⁸.

Esta situación de abandono de lactancia materna exclusiva en el lactante menor de seis meses, no es ajena a la ciudad de Chiclayo; durante las prácticas pre - profesionales del curso de Crecimiento y Desarrollo Humano, en los diferentes Centros de Salud de zonas urbano-marginales de Chiclayo, las investigadoras observaron que las madres adolescentes en su mayoría no le dan LME , porque piensan que tienen poca leche que no le va a satisfacer a su hijo, al darle el pecho no utilizan la técnica adecuada cuando le dan de mamar a su bebé por lo que sufren de agrietamiento de los pezones y esto es motivo para dejar de amamantarlos.

Además, cuando le dan de lactar no miran a su hijo(a), se ponen a conversar con otra persona o miran televisión mientras dan de lactar, o deciden dar otra leche porque según ellas no tienen mucha leche. Acciones que en su mayoría no ayudan al crecimiento y desarrollo del niño, porque se evidencia en la baja de peso, disminución de la hemoglobina y alteración de su desarrollo.

Asimismo, al interactuar con las madres adolescentes manifestaron “la enfermera me brinda poca información”, “no la entiendo cuando me explica la enfermera y me da vergüenza preguntarle”, “la enfermera habla muy rápido y no la entiendo”, ...” “No me enseñaron la técnica de amamantar”, “cuando doy por mucho tiempo de lactar me salen heridas en los pezones y me duele, por ello he dejado de dar de lactar”, “Mi seno es muy pequeño”, “Me da vergüenza dar de lactar en público”, “Mi leche es aguada, mejor le doy otra”, “tengo la ropa mojada de leche, está húmeda y tengo mal olor”, estas situaciones podrían estar favoreciendo el abandono de la LME y a una práctica equivocada en cuanto al cuidado de la lactancia que deben brindar a sus hijos.

Ante la problemática descrita surgieron algunas interrogantes: ¿Cómo es el cuidado que brinda la madre adolescente con respecto a la lactancia de su niño menor de seis meses? ¿Sabe la madre adolescente la protección y seguridad que le puede brindar al amamantar a su hijo? ¿Sabe la madre adolescente que al dar de lactar a su niño le ayuda para su desarrollo psicosexual del niño? ¿Cuáles son las razones para que las madres adolescentes no brinden una LME? ¿Sabe la madre adolescente que debe brindar leche materna a su menor hijo hasta los seis meses de edad?

Al evidenciarse esta problemática se planteó el siguiente problema de investigación *¿Cómo es el cuidado de las madres adolescentes en la lactancia de sus hijos menores de seis meses. Centro de Salud- MINSA, Chiclayo- 2018?*, siendo el objeto de estudio: *Cuidado de las madres adolescentes en la lactancia de sus hijos menores de seis meses. Centro de Salud- MINSA, Chiclayo- 2018*; el objetivo fue: *analizar y comprender el cuidado de las madres adolescentes en la lactancia de sus hijos menores de seis meses. Centro de Salud- MINSA, Chiclayo- 2018.*

Esta investigación se justifica porque la principal facilitadora del cuidado en la lactancia materna exclusiva es la madre adolescente, ya que debe brindar a su hijo oportunidades para un desarrollo adecuado; es el legado más importante que se puede ofrecer a la humanidad y para ello la enfermera es el profesional que la guiará en la tarea de amamantamiento.

Un desarrollo infantil pleno, principalmente durante los primeros seis meses de vida, sentará las bases para la formación de un sujeto con todo su potencial y con posibilidades de volverse un ciudadano con mayor poder de resolución. Él mismo será capaz de enfrentar las adversidades que la vida le presente, contribuyendo a reducir las disparidades sociales y económicas dentro de la sociedad.

Porque el menor de 6 meses se encuentra en todo el proceso de crecimiento y desarrollo de su cerebro cuyo logro fundamental es la mielinización, que permite una transmisión sináptica más precisa y veloz, para la adquisición de nuevas habilidades funcionales y para ello es necesario que la madre adolescente le brinde una adecuada lactancia materna. Además, el alimento adecuado para el niño es la leche materna, por los importantes componentes que contiene como es el ácido linoléico u omega 6 (ARA) y el decosahexanóico u omega 3 (DHA), que tienen un efecto primordial en el desarrollo del sistema nervioso central y en la visión ocular, así como también ayuda al desarrollo psicosexual del niño y al apego (vínculo afectivo madre – hijo).

La enfermera como responsable de la etapa niño, es el profesional idóneo para el cuidado de la alimentación del niño con leche materna, necesaria e importante para su crecimiento y desarrollo, además que debe explicarles a las madres adolescentes sobre la importancia de la leche materna para ella y para su hijo.

De tal manera, la importancia es que los resultados del presente estudio pretenden proporcionar información actualizada a las autoridades del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, así como a las enfermeras que laboran en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño a fin de que se elaboren estrategias y programas educativos innovadores enfocados a estas madres adolescentes de una manera sencilla y explícita para su entendimiento tomando en cuenta el nivel de información que poseen. De esta manera enfrentar este problema de salud pública, logrando la disminución de una mala práctica de la lactancia materna exclusiva.

Finalmente, la presente investigación sirve de base conceptual y metodológica para futuras investigaciones con otras metodologías, como antecedente de estudio de investigación para estudiantes de enfermería, y otros profesionales de la salud.

El presente informe está estructurado de la siguiente manera:

CAPITULO I: Diseño teórico, que comprende los antecedentes, los cuales nos va a servir para la discusión, la base teórica conceptual, y el marco contextual.

CAPITULO II: Métodos y materiales, aquí se ubica el tipo y diseño de la investigación, población y muestra, métodos y técnicas de recolección de datos, análisis de los datos, rigor científico y principios éticos.

CAPITULO III: Resultados Y discusión, aquí se encuentran las categorías y subcategorías con su respectivo análisis

CAPITULO IV: Consideraciones finales y Recomendaciones.

CAPÍTULO I

I. DISEÑO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la investigación

Habiendo revisado las bases de datos Scielo, Lilacs, Aquichan no se han encontrado trabajos similares con el objeto de estudio tanto a nivel local, nacional como internacional. Pero sí antecedentes que han servido para conocer cómo se presenta este problema a nivel nacional e internacional teniendo como ello diferentes realidades y puntos de vista de los autores, con el propósito de investigar y ponernos en contacto con la realidad a fin de incrementar los conocimientos. Estos antecedentes son:

A Nivel Internacional:

Aragón M, Cubillas I, Torres A. (2015), realizaron una investigación titulada “Maternidad en la adolescencia y lactancia”, que tuvo como objetivo, Conocer cuáles son los factores que influyen en la baja intención de lactancia y/o abandono precoz de la misma y que factores pueden contribuir a mejorar los índices de LME en este grupo de población. Resultados: El abandono precoz está motivado por las características especiales de las adolescentes, como inmadurez, falta de formación, primiparidad, escolaridad, entorno social desfavorecedor, sin embargo, algunos estudios parecen demostrar que tanto una educación. En el estudio los autores concluyeron que atención física y psicológica específica durante el embarazo, parto y puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés. Parece lógico por tanto que una educación maternal (edm) adecuada a este perfil de madre adolescente aumente los índices de LME. Sin embargo debido a la escasez de estudios encontrados sería necesaria la realización de más investigaciones que relacionen de un modo más directo la educación maternal (edm) con la LME en adolescentes⁹.

Pinilla E, Domínguez C, García A (2014), realizaron una investigación titulada “Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva”, que tuvo como objetivo, determinar los factores que influyen en la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. Resultados: Promedio de edad 17.9 años, el 39.4% lactó 6 meses y el 9.8% lactó más de 6 meses; el 89.2% ya habían tenido hijos. Las razones por las cuales no alimenta a su hijo con solo leche materna son: el 9.5% producen poca leche, el 12% el niño se queda con hambre, y el 20.7% otras causas. Durante la lactancia el 82.3% acaricia a su bebé. Las personas que recomiendan la lactancia materna son el 84.3% médico y enfermera, el 63.3% un familiar. En el estudio los autores concluyeron que se precisa del asesoramiento y apoyo familiar y de las instituciones de salud para que el amamantamiento sea una experiencia satisfactoria tanto para la madre adolescente como para el hijo¹⁰.

A Nivel Nacional

Gonzales M. (2017), realizó una investigación titulada “Motivaciones y barreras para la práctica de lactancia materna exclusiva en madres adolescentes asistentes a un puesto de salud en el distrito de Comas – Lima”, que tuvo como objetivo, explorar las motivaciones y barreras de las madres adolescentes sobre la práctica de lactancia materna exclusiva. Resultados: la autora identificó que poco menos de la mitad del total de madres adolescentes logró la práctica de Lactancia materna exclusiva, refiriendo como principales motivaciones la calidad, cantidad y accesibilidad de la leche materna, salud del niño y de la madre, apoyo familiar, ámbito emocional y la relevancia. Las madres que no lograron la lactancia materna exclusiva, mencionaron que tuvieron como principal barrera a la insuficiencia de la leche materna, afecciones maternas y enfermedad del niño, información insuficiente, entorno social, falta de tiempo, inadecuada condición laboral y la disponibilidad de productos lácteos. En el estudio la autora concluye que se identificó

mayor cantidad de motivaciones respecto a las barreras; en cuanto a las motivaciones, predominaron aquellos factores relacionados al beneficio a la salud del niño y de la madre, en cambio en las barreras, predominaron los factores relacionados al aspecto social y a la madre, como las afecciones maternas¹¹.

1.2. Base teórica

El cuidado y su conocimiento es inherente a la condición humana. Cuidar forma parte de nuestra cotidianeidad, se encuentra arraigado de forma general tanto en el dominio público como en el privado, en lo doméstico y en lo productivo; en lo manual y en lo intelectual, dando lugar a una práctica que es aceptada y valorada a nivel universal¹².

Según el Diccionario de la Lengua Española, cuidado es la solicitud, atención, diligencia para hacer bien alguna cosa¹³. El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio¹⁴.

Leininger citado por Fornons D.¹⁵, define al cuidado como los fenómenos relacionados con la asistencia y las conductas de apoyo y capacitación dirigida hacia otro individuo o grupo con necesidades reales o potenciales para atenuar o mejorar su situación humana y modo de vida. En este caso la enfermera a través de su control de CRED del niño(a), debe obtener durante la atención, datos del lactante menor y su familia, sus costumbres y creencias, pues serán de ayuda durante el proceso de cuidado de la madre adolescente con su hijo(a) en la LME, evitando el abandono de esta práctica antes de los 6 meses de edad.

Según Leininger citado por Dávila A.¹², el cuidado está presente en todas las culturas, pero tiene características en cada una de ellas. Ella propone que el cuidado

cultural incluye el cuidado genérico referido al conocimiento aprendido y transmitido, tradicional y popularmente (perspectiva emic), usado hábilmente por la cultura, y el cuidado profesional se refiere al (conocimiento etic) aprendido cognitiva y formalmente, practicado hábilmente por los profesionales de enfermería.

A lo que respecta al cuidado genérico (perspectiva emic), por lo general, es la madre quien cuida al niño menor de seis meses, como también la familia allegada, como abuelas, hermanos, el padre, otros miembros de la familia y personas fuera de la familia que con frecuencia contribuyen al cuidado del niño(a)¹⁶. En este caso son las madres adolescentes quienes expresan las prácticas de crianza en acciones específicas, implementadas por ellas y/o los cuidadores de apoyo, destinadas a garantizar la integración, adaptación y supervivencia de su hijo a su contexto vital¹⁷.

Los cuidados profesionales (conocimiento etic), son todas aquellas formas humanísticas y científicas, aprendidas en forma cognitiva, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y muerte¹⁶. En este caso, el profesional de enfermería es la persona especializada que debe contribuir de forma específica a que la madre adolescente adquiera habilidades, hábitos y conductas que fomenten el cuidado del cuidado del niño(a) con respecto a la lactancia materna exclusiva y todo lo que comprende en ella (importancia, ventajas, beneficios, técnicas, entre otras) en el marco de la promoción y prevención de la salud.

Según La OMS, la adolescencia es un periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años¹⁸.

Ministerio de salud (MINSA), la adolescencia es la etapa comprendida entre los 12 y los 17 años 11 meses y 29 días, que presenta características y necesidades específicas relacionadas al proceso de construcción de su identidad, autonomía y desarrollo personal¹⁹.

Según el código del niño y adolescente, la adolescencia se considera a toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho²⁰.

Para la investigación se tomó en cuenta las madres adolescentes de edades comprendidas entre 15 a 17 años, 11 meses y 29 días de edad.

Las adolescentes viven un intenso proceso de cambio: corporal, intelectual, emocional. Se modifican los afectos. Todo ello frecuentemente genera una cierta tensión. En muchas ocasiones se suma a esta tensión la del entorno familiar y/o la de comunidad escolar. No obstante, la mayoría de los adolescentes realizan generalmente una adaptación razonable, superando la tensión y los conflictos de manera satisfactoria. Durante dicho período se producen cambios corporales, afectivos, cognitivos, de valores y de relaciones sociales²¹:

- En lo corporal se experimentan cambios importantes en la constitución física.
- En lo intelectual se desarrolla el pensamiento abstracto y la posibilidad de trabajar con operaciones lógico formales, lo que permite la resolución de problemas complejos.
- Se produce una fuerte integración social en el grupo de iguales y comienza el proceso de emancipación familiar, comienzan los cuestionamientos hacia los modelos parentales.
- Los lazos con el grupo de iguales se estrechan, pasando de grupos de un solo sexo a mixtas. El grupo actúa como agente de socialización permitiendo al adolescente practicar conductas, habilidades y roles que contribuirán a la construcción de su identidad adulta.

Por todas estas características anteriormente mencionadas, a la adolescente no lo hace convertirse en una persona adulta, más aún cuando el adolescente tiene que afrontar la maternidad a temprana edad y lograr importantes metas como: asumir su sexualidad, su salud reproductiva, autocuidado, relaciones afectivas con la familia, con su pareja, con su hijo. Son tareas y desafíos que nunca han abordado y llevan a estas madres adolescentes a sentirse recargadas de trabajo y con una carga emocional muy fuerte, lo que constituye un gran riesgo para la Lactancia Materna⁹; así mismo brindar cuidados a su hijo.

Por ello, ser madre en la etapa adolescente, por su inmadurez física, cognitiva y psicológica quizás puede resultar una situación llena de expectativas y miedos en cuanto al cómo cuidarlo y alimentarlo a su menor hijo²². Por lo tanto, es importante que la madre adolescente reciba una información clara y precisa por parte del profesional de enfermería y asimismo colocarlo en práctica para que logre una exitosa lactancia materna exclusiva.

Los conocimientos básicos que tenga la madre adolescente sobre LME es vital para un comienzo óptimo de la vida del niño y es de suma importancia porque facilita el contacto piel a piel de madre-niña(o) inmediatamente después del parto, durante unos 15 minutos a más, facilita la lactancia y disminuye la morbilidad neonatal. Además, al dar de lactar, facilita el principal estímulo que induce la producción de la leche que es la succión del niño; por lo tanto, cuantas más veces la madre adolescente le brinda el pecho y cuanto mejor se vacía éste, más leche se produce²².

La madre adolescente es quien tiene que decidir cómo quiere alimentar a su bebé, pero el/la profesional debe asumir la responsabilidad de que esa decisión se tome con una información adecuada sobre la lactancia materna y sus ventajas, y prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa²³.

Por ello, para promover la lactancia materna en las madres adolescentes, todo el personal sanitario que, de alguna manera, entra en contacto con ellas durante la gestación, en el puerperio y en la atención a la mujer y su hijo o hija recién nacida y primeros meses de vida; debe estar capacitado y formado para poder transmitir a las madres determinación, seguridad y, en definitiva, la confianza necesaria para que inicie y continúe con la lactancia materna. Pues, la profesión sanitaria debe ir en la misma dirección, con información adecuada a la hora de recuperar la pérdida de la cultura de la lactancia materna y de fomentarla de cara a adoptar hábitos saludables desde el inicio de la vida²³.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁴, la leche humana constituye el alimento universal indicado hasta los 6 meses de edad para los niños y niñas, y acompañado de otros alimentos hasta los 2 años, puesto que cubre los requerimientos calóricos en estas edades. La lactancia materna establece sólidos lazos afectivos entre la madre y su hijo o hija, protege al niño o niña contra enfermedades infecciosas como diarreas, cólicos, gripes y favorece su desarrollo biológico y mental.

White E. citado por Cuentas G, Quispe N.²⁵, enfatizó la importancia del amamantar y apuntó que la leche materna es el mejor alimento. Hoy, la ciencia ha corroborado esta declaración, diciendo que el amamantamiento de un bebé por su madre es de singular importancia para su salud futura. Cuanto mayor sea el período de lactancia de un bebé (de 6 meses como mínimo) mejor será su sistema inmunológico y menor será su riesgo de contraer infecciones respiratorias y diarreicas.

Además; en el Perú, según la norma técnica de crecimiento y desarrollo (CRED)²⁶, refiere que todos los niños deben ser amamantados con leche materna, ya que constituye por sí sola el mejor alimento que puede darse a un niño menor de seis meses.

Los beneficios para el niño(a) son: la leche materna tiene muchos beneficios en la parte biológica y nutricional; es decir, la leche materna garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo, además protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes, favorece el desarrollo emocional de la o el bebé, nutrición ideal, reduce el riesgo de anemia temprana, promueve la adecuada dentición y el desarrollo del habla, reduce el riesgo de infecciones, desnutrición, alergias e intolerancia a la leche, disminuye el riesgo de algunas enfermedades crónicas y la obesidad²⁷.

Para la madre: promueve mayor satisfacción y fortalece la autoestima de la madre, favorece la mejor recuperación fisiológica postparto, contribuye a la disminución del peso y riesgo de obesidad, genera menor posibilidad de embarazo, permite proporcionar de manera sencilla un alimento natural, apropiado, ecológico y reduce la ausencia laboral de la madre. También es económica, porque ellas piensan que la leche materna es natural y no tiene ningún costo, no le vale nada a la familia²⁷.

Para la familia: La lactancia materna ayuda a que la familia sea más feliz y unida, porque mayor amor familiar, menos gasto y hay menos llanto. Para la Sociedad: menos enfermedades y muertes (en niños recién nacidos y pequeños); protege al medio ambiente, al haber menos residuos (menos deforestación)²⁸; la madre adolescente no interrumpirá la lactancia al realizar otras labores (buscar agua, leña y hervir el agua); mayor ahorro en el país debido a menos gastos en salud y en medicamentos, mejor desarrollo intelectual del niño lográndose a futuro aumento de la productividad del país²⁹.

Por otro lado, los beneficios de la leche artificial frente a la leche materna es que el bebé puede ser alimentando indistintamente por la madre o por el padre, implicando así al

papá desde el principio en el cuidado del recién nacido. Al digerirse más despacio, se pueden realizar menos tomas y, si la mamá ha tenido que salir, cualquier persona que esté a cargo del bebé puede alimentarle. Las leches artificiales están fabricadas en condiciones óptimas de esterilidad y tienen todos los nutrientes que el bebé necesita, además hay un variado número de composiciones en el mercado válido para niños con problemas nutricionales especiales³⁰.

La desventaja de la lactancia artificial frente a la lactancia materna es que interfiere el vínculo afectivo madre e hijo(a). Para el niño(a) los riesgos y peligros son: mayor riesgo de muerte infantil, especialmente la muerte del neonato (desde el nacimiento hasta los 28 días de edad), mayor riesgo de infecciones (diarreas), desnutrición y obesidad, más riesgo de algunas enfermedades crónicas, más alergias e intolerancia a la lactosa, menor rendimiento intelectual. Para la madre y la familia: puede quedar embarazada pronto, más riesgo de anemia, cáncer de ovario y de mama, mayor riesgo de osteoporosis y fractura de cadera, más gastos (en compras de fórmulas, consultas médicas, ausencia laboral). Para la comunidad genera más gastos y contaminación²⁷.

La lactancia mixta, es aquella que combina la lactancia materna con la alimentación a base de biberones de leche infantil. Una de las desventajas de la lactancia mixta es que; si el pecho de la madre no se estimula lo suficiente, la producción de leche materna irá reduciéndose hasta desaparecer prácticamente; otra desventaja es que las tomas pueden durar mucho más tiempo, algo que no todo el mundo tiene; además la leche de fórmula en muchas ocasiones puede provocar en nuestro bebé estreñimiento, gases y regurgitaciones³¹.

En cuanto a las características de desarrollo del lactante (menor de seis meses)³²: El periodo del lactante se extiende desde los 28 días de vida hasta los 24 meses y se subdivide

lactante menor: de los 28 días hasta los 12 meses y lactante mayor: de los 12 meses hasta los 24 meses.

En cuanto al peso: al nacimiento 3000- 3500 gramos, 1º trimestre incremento de 25 a 30 gramos/día, 2º trimestre incremento de 20 gramos/día, 3º trimestre incremento de 10 a 15 gramos/día, 4º trimestre incremento de 10 gramos/día, 1º año peso de 9000 a 10500 gramos.

Talla: nacimiento aproximadamente 50cm, 1º mes incremento de 4cm en el mes, 2º mes incremento de 3cm en el mes y 3º y 7º mes incremento de 2cm por mes.

Perímetro cefálico: al nacimiento aproximadamente 33cm, 1º trimestre incremento de 2cm por mes (39cm), 2º trimestre incremento de 1cm por mes (42cm), 7º al 12º mes.

Sistema nervioso: Al nacer es muy inmaduro; es predominante la actividad refleja; se desarrolla a gran velocidad en los primeros años de vida y se estabiliza en la etapa preescolar; en el crecimiento se distinguen 3 etapas: hiperplasia (prenatal), hiperplasia o hipertrofia (nacimiento al año), e hipertrofia (posterior al año).

Sistema digestivo: Presenta diferencias anatómicas y fisiológicas respecto el adulto. Al nacer el desarrollo de este sistema no se ha completado hasta los dos años; esto determina el tipo, consistencia, volumen y forma de administrar los alimentos durante la infancia; incapacidad funcional relativa del esfínter cardias (tendencia al reflujo gastroesofágico). La musculatura de sostén del aparato digestivo esta poco desarrollada (se favorece la distensión abdominal). El tamaño del estómago y la capacidad limitada obliga a fraccionar la alimentación. A los dos años se alcanza la maduración funcional del sistema digestivo.

Capacidad gástrica: Recién Nacido 30 a 90 ml; 1 mes 90 a 150 ml y 1 año 200 a 300 ml. El contenido líquido del estómago pasa con rapidez al intestino, vaciándose en 2 a 4 horas los primeros meses y el tránsito intestinal completo demora de 14 a 18 horas.

Deposiciones: Están íntimamente relacionadas con el tipo de alimentos que recibe el lactante; niño alimentado con lactancia materna; niño alimentado con fórmula artificial; a medida que la alimentación se hace más variada y disminuye la ingesta de leche, las deposiciones son más formadas y oscuras; frecuencia depende del hábito y la dieta. El control de esfínter depende de la maduración de los sistemas neuromusculares (2 a 3 años).

En cuanto a la cantidad de lactancia materna del niño menor de seis meses se ajusta a lo que el niño necesita y a las veces que vacía el pecho durante todo el día²². Así también, la acción de amamantar ayuda a la mandíbula del niño a desarrollar a los músculos tales como la lengua y los músculos de la trompa de Eustaquio. Esto reduce la incidencia de infecciones del oído, ayuda a un lenguaje claro y reduce el riesgo de mal oclusión dental³³.

Las características de la leche humana tienen extraordinarias características físicas, químicas y biológicas, que la hacen el alimento idóneo para la o el bebé, pues se adapta sus necesidades, así se tiene²⁷:

Calostro: secreción láctea amarillenta, espesa, producida en poca cantidad, dentro de los cinco primeros días después del parto. Es muy rica en componentes inmunológicos, otras proteínas, además de calcio y otros minerales. Su escaso volumen permite a la o el recién nacido a organizar tres funciones básicas: succión- deglución- respiración. Ayuda a la eliminación del meconio, evitando la ictericia neonatal, y ayuda a la maduración del aparato digestivo.

Leche de transición: es la leche producida entre el 5 y 15 día del parto. Al tercer día se produce un aumento brusco en la producción de leche conocido como la “bajada de leche”. En las madres de recién nacidos a término, la producción de leche acompaña día a día a la o el bebé en su maduración gastrointestinal e integral, y va variando día a día hasta que alcanza las características de la leche madura.

Leche madura: se llama así a la secreción láctea producida a partir del 16 día. En las madres de bebés a término y en los prematuros, le proporcionara todos los componentes imprescindibles para el crecimiento y desarrollo de la o el bebé hasta los seis meses. Si la madre tiene que alimentar a más de una o un bebé producirá un volumen suficiente de leche madura para cada uno de ellos; permitiendo la maduración progresiva del sistema digestivo de la o el bebé, preparándolo para recibir otros alimentos, en su momento.

La composición de la leche humana varía tanto de una madre a otra y en cada mujer, en el transcurso del día e incluso en una misma mamada. La madre debe saber que la leche materna no es un producto químico estable- como sucede con los sucedáneos o leches artificiales- sino que es cambiante, porque a través de ella se provee de nutrientes a su niña o niño, cuyos requerimientos va cambiando según su crecimiento²⁷.

Las características de la leche humana la hacen inigualable en relación con la leche de otros mamíferos y con los sucedáneos de la leche materna. Como se relata a continuación²⁷:

La leche materna, presenta factores anti infecciosos, factores de crecimiento, proteínas (una cantidad correcta y fácil de digerir), grasas (suficientes ácidos grasos esenciales, y lipasa para la digestión), hierro (una pequeña cantidad de buena absorción),

vitaminas y agua suficiente. En cambio, la leche artificial no presenta factores antiinfecciosos y de crecimiento, contiene proteínas parcialmente corregidas, faltan ácidos grasos esenciales y no tiene lipasa, contiene hierro en cantidad extra añadida y no se puede absorber bien, se le añaden vitaminas y puede necesitar agua extra.

Así también, la leche humana es rica en ácidos grasos esenciales (poliinsaturados) agrupados bajo el nombre de omega 3 como el linolénico, a su vez precursor del ácido docosahexanoico (DHA) y el eicosapentanoico (EPA), los cuales participan en el desarrollo del sistema nervioso central y en la agudeza visual (principalmente el DHA)³⁴.

También encontramos ácidos grasos omega 6 como el ácido linoleico que representa entre el 8 a 16 % de los ácidos grasos que también participa en el desarrollo del sistema nervioso y es precursor del ácido araquidónico. El mismo es a su vez precursor de hormonas (prostaglandinas), tromboxanos y leucotrienos. Los ácidos grasos omega 3 y 6 son esenciales porque no pueden ser producidos por el organismo³⁴.

La técnica de amamantamiento, se debe observar la mamada y del mismo modo ofrecer apoyo a la madre adolescente para llevar a cabo una lactancia materna exitosa, evitando que ella pierda la confianza en sí misma. A continuación, se describe lo siguiente²⁷:

Posición: La madre y su bebé deben estar cómodos y muy juntos “barriga con barriga”. Puede dar pecho recostada o sentada. Si la madre está sentada, debe mantener la columna recta y las rodillas ligeramente elevadas, colocando a la o el bebé en la curva de su codo, frente a ella y en lo posible sostener las nalgas, la oreja, hombro y cadera del bebé en línea. El bebé(a) debe estar girado hacia la mamá, con el cuerpo y cabeza en línea recta.

Agarre: la madre debe sostener el pecho con los dedos 3 a 4 cm detrás del pezón (con su mano en forma de C) y acercar a la o el bebé a su pecho con la cara de éste mirando al pecho y la nariz frente al pezón, roce el pezón. Roce con el labio superior de la o el bebé para estimularlo y espere que la o el bebé abra bien su boca y agarre una buena parte del pecho hasta la areola.

El agarre es correcto cuando: su boca está bien abierta, su labio inferior esta hacia afuera, el mentón de la o el bebé toca el pecho, se ve más areola por arriba que por debajo de la boca. Si la o el bebé no puede agarrar el pecho debido a un pezón plano o invertido, ayude a la madre a formar el pezón. Usualmente basta dar masajes en el pezón, o la succión de su propia pareja o mediante una jeringa inmediatamente antes de la lactancia.

Duración y frecuencia de las mamadas: La o el bebé debe lactar a demanda, de día y de noche (8 a 12 veces en 24 horas, en promedio). Lactar por la noche incrementa la producción de leche. No hay un patrón de alimentación para la o el bebé, a algunos les puede bastar 10 minutos por lactada y a otros 30 minutos o más. Asimismo, la mayoría de mujeres producen más leche de lo que el bebé pueda tomar.

Por otro lado, es necesario afirmar que para amamantar correctamente se debe tener en cuenta una postura adecuada tanto del niño y de la madre para evitar lumbalgias y otras molestias secundarias a contracturas musculares. Entre estas posiciones encontramos³⁵:

Posición sentada o de cuna, consiste en colocar almohadas en los antebrazos de las sillas e indicar a la madre que el bebé debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Se acerca al seno con un brazo estrecho. Luego se aproxima al cuerpo y se pone en contacto con el abdomen del niño.

La Posición semisentada o cuna cruzada, consiste en colocar la cama en posición semifowler, sostener la espalda con una o dos almohadas con el fin de que quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé se colocará sobre el tórax de la madre. Esta posición se utilizará siempre y cuando existan heridas abdominales (cesárea).

Posición debajo del brazo, de sandía o de futbol americano: Esta posición sirve para amamantar a gemelos o mellizos. La madre debe estar sentada y se debe ayudar con una almohada o frazada cada lado, los pies del niño(a) debe estar hacia atrás debajo del brazo de la madre. La madre coloca su brazo debajo del cuerpo del niño(a) y con su mano le sostiene la cabeza como si estuviera cargando una sandía; y la posición acostada, la madre está acostada en decúbito lateral, utilizando almohadas de apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones que pueda afectar la lactancia.

Por consiguiente, durante la lactancia, tanto el cuerpo del hijo como el de la madre están preparados para regularse mutuamente de forma natural. El pecho da más leche cuanto más se da de mamar. Cada niño o niña tiene su propio ritmo. Algunos, por ejemplo, duermen varias horas por la mañana, pero pasan la tarde mamando continuamente³⁶.

Existen periodos en los que el bebé está inquieto y cambia su ritmo pidiendo más a menudo. Esto es normal, ya que aumenta la producción de leche necesaria para su crecimiento. El pecho no tiene horario. Se recomienda amamantar sin horarios. Simplemente, cada vez que el bebé busque o llore, se ofrece el pecho sin mirar el reloj³⁶. Por ello, la alimentación del niño con leche materna deberá tenerse en cuenta, el cuidado en la frecuencia, horario y duración en la alimentación del niño al inicio del nacimiento, ya que aumentan la producción de calostro y por tanto el peso del bebé, además facilita al recién nacido el aprendizaje y la conducción de movimientos necesarios para succionar³⁷.

Problemas con respecto a la lactancia materna del niño menor de seis meses: un niño que no se amamanta, o inclusive el que no recibe lactancia exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, pierde muchas o todas las ventajas de la lactancia que se mencionaron antes. La alternativa más común a la lactancia natural es la alimentación con biberón, ya sea una fórmula infantil manufacturada o leche de vaca u otros líquidos. Es menos frecuente que un niño en los primeros cuatro a seis meses de vida, reciba alimentos sólidos en vez de leche materna. Algunas madres utilizan taza y cuchara en vez del biberón, para darle al bebé ya sea leche de vaca, fórmula para bebés o papilla³⁸.

Entre estos problemas encontramos: el cólico del lactante que es un trastorno muy habitual en los bebés; se estima que uno de cada cinco lactantes menores de tres meses desarrolla este problema de salud, “que no es grave para el niño pero que puede resultar muy incómodo e irritante para los padres y para el entorno familiar”. Su etiología es multifactorial, pudiendo estar implicados tanto factores de naturaleza biológica como psicológica; asimismo, suelen durar más de tres horas al día, ocurrir más de tres veces a la semana y persistir más de tres semanas³⁹.

Por ello, las madres adolescentes participantes de la investigación para aliviar este trastorno, asumen una conducta cultural por consejo de una persona no médica acudiendo empíricamente a utilizar agüitas de remedios naturales para proporcionarlos a sus hijos(as) menores de seis meses, tal es el caso de la utilización del té estrella y manzanilla.

La manzanilla tiene un efecto calmante y de relajación del intestino que puede aliviar el dolor de barriga; pero no se ha visto un sólo caso de cólico del lactante que se cure sólo con manzanilla y sí muchos que se han curado sin ella, por ello no es recomendable darle al niño(a)⁴⁰. Por lo tanto, se advierte de la importancia de no administrar estas sustancias a

los menores para aliviar los gases y evitar el cólico del lactante. Sin embargo, la simeticona ha demostrado cierta eficacia de uso en estos menores, bajo prescripción médica³⁹.

Otro problema encontramos a la infección que se debe a los métodos alternativos de alimentación infantil aumentan el riesgo de infección, debido sobre todo a que la contaminación lleva a un mayor consumo de organismos patógenos. La mala higiene, especialmente en la alimentación con biberón, es una causa importante de gastroenteritis y diarrea en la infancia. La fórmula para niños y la leche de vaca son un buen vehículo y medio de cultivo para organismos patógenos³⁸.

Recalcar que la insuficiente producción de leche; es la creencia de una madre que no puede producir suficiente cantidad de leche para satisfacer a su bebé. Las madres en los países industrializados con frecuencia informan que no tienen bastante leche; quizá el bebé llora mucho o la madre opina que no crece en forma adecuada, o puede haber muchos otros motivos³⁸.

En medicina esta condición se denomina “síndrome de la leche insuficiente”. Al comienzo, no es que sea una preocupación psicológica y no una condición seria, pero puede llevar con rapidez a un verdadero problema de producción de leche. Muy a menudo los médicos, enfermeras y amigos de la madre preocupada le dan un consejo equivocado sobre su producción de leche³⁸.

Por ello, existen mitos en torno al hábito de dar el pecho, como “No tengo suficiente leche”, muchas madres adolescentes dejan la lactancia porque creen que su cantidad de leche es insuficiente, pero es falso, ya que el pecho produce leche en función a las demandas del bebé, siempre y cuando se den las tomas adecuadas y el pequeño succione⁴¹.

Otro mito que manifestaron algunas madres es que “Mi seno es pequeño”, esto es falso, ya que no importa si tienen los senos grandes o pequeños, el tamaño del pecho no influye en la lactancia materna⁴¹.

Otras madres manifestaron “Dar el pecho, me duele mucho”, esto es falso, lo cual se sabe que si provoca dolor y grietas es por una mala postura del niño al pecho, que asocia a una inadecuada succión del bebé, dando lugar así a muchas causas infecciosas y vasculares que también ocasionan dolor de pezones y que debe ser evaluada por el médico⁴¹.

También manifiestan “La madre no puede comer ciertos alimentos durante la lactancia”, si bien es cierto, en todo el periodo de gestación y durante la lactancia, la madre adolescente necesita una dieta balanceada es por ello que no hay alimentos que aumentan o disminuyen la producción de leche materna. A mayor succión corresponde una mayor producción de leche⁴¹.

Todos estos factores y mitos mencionados, se relacionan con la cultura de cada madre adolescente, quien juega un papel importante en el amamantamiento, esto porque las madres adolescentes se ven influenciadas por prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven⁴².

En algunas culturas se consideraba que una buena madre es la que amamanta a su hijo desde muy temprana edad, esto porque según algunos la lactancia al pecho es una práctica naturalizada propia de cada mujer; mientras que en otras culturas o creencias empiezan a alimentarlo con otro tipo de bebida (agüita de anís, té, entre otras) antes de los 6 meses⁴².

Por ello debemos tener en cuenta los cuidados de la madre adolescente en el amamantamiento; ya que para la mujer debe ser una experiencia de crecimiento personal, por ello será muy importante poner atención en la salud de la madre adolescente y no solo preocuparse por la o el hijo. La madre adolescente requerirá al igual que la o el bebé, cuidados, nutrición adecuada y apoyo, entre otros²⁷. A continuación se describen:

La atención de salud: a la madre adolescente siempre constituirá una oportunidad para explorar las inquietudes y dificultades de la madre respecto de su salud física, sus responsabilidades personales y familiares; pues podrían darse conflictos entre la lactancia materna y otras responsabilidades: cuidado de sus otros hijos, atender a su pareja, las tareas domésticas, el trabajo fuera de casa, entre otras; pues la lactancia demandará de tiempo²⁷.

Estos conflictos se alivian cuando se logra involucrar al padre, pareja, familia, compartiendo la responsabilidad del cuidado de la o el bebé. El apoyo del personal de salud será valioso especialmente en mujeres sin pareja y/o con escaso apoyo familiar, y ayudarles a superar sentimientos de culpa por este tipo de conflictos, ofreciéndoles apoyo emocional y motivándolas a compartir su experiencia con otras mujeres en situación similar²⁷.

La nutrición adecuada de la madre en la lactancia: preservará la salud de la propia madre, su capacidad de producir leche y amamantar a su hija o hijo; siendo necesario que mantenga una alimentación y estilo de vida saludable durante el proceso reproductivo²⁷.

Como dice Nelson⁴³, la dieta de la madre que da el pecho debe contener suficientes calorías y nutrientes para compensar los que se secretan a través de la leche, y para ello debe tener una dieta suficiente para mantener el peso, en líquidos, vitaminas y minerales.

Deben evitarse las dietas de adelgazamiento, especialmente mientras el niño se alimenta exclusivamente de leche materna. Aunque la leche es un componente importante de la dieta materna, no debe sustituir a otros alimentos esenciales. Si la madre es alérgica a la leche o sencillamente no le gusta, deberá tomar suplementos de 1gr de calcio al día. El consumo hídrico diario debe ser de unos 3 litros⁴³.

La vida sexual: durante la época del amamantamiento, en algunos casos podría verse afectada por la disminución de la respuesta a los estímulos sexuales, e incluso presentar dolor coital (dispareunia) debido a la sequedad del canal vaginal por la falta de estrógeno que se da durante la etapa de lactancia. Asimismo, las mujeres en etapa de amamantamiento, al experimentar un orgasmo, simultáneamente eyectan leche, debido a la brusca descarga de oxitocina, lo que podría ser incómodo, y que merece que se le de las recomendaciones de cuidado necesario²⁷.

Planificación familiar: la lactancia materna también funciona como un método para espaciar nacimientos teniendo 98% de efectividad si se cumplen tres condiciones: amenorrea, lactancia exclusiva día y noche, niña o niño menor de seis meses. Si no se cumple alguna de estas condiciones, será recomendable algún método de planificación familiar para evitar una nueva gestación y prolongar el periodo intergenésico hasta los dos años, no debiéndose usar anticonceptivos hormonales combinados que contengan estrógenos²⁷.

El trabajo: especialmente si implica la separación de su hija o hijo, va a requerir motivar a la madre a continuar con la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses; si no es posible continuar con el amamantamiento es importante que aproximadamente dos semanas de reintegrarse antes al trabajo, se brinde apoyo activo para aprender a extraerse y

almacenar la leche, cuidando de enseñar su administración a la o el cuidador de la o el bebé²⁷.

El peso: se estima que la madre que da de lactar tan frecuentemente (a la demanda del bebé), disminuye un kilogramo por mes, no será recomendable que baje más de lo indicado porque podría afectarse su estado general²⁷.

Alcohol y cigarros: Se recomienda evitar la ingesta de alcohol y cigarros pues no solo afectan el sabor de la leche, sino que reduce su volumen y altera el sueño – vigilia de la o bebé²⁷.

Higiene de los pezones: Una higiene adecuada ayuda a prevenir la irritación e infección de los pezones favorecida por la prolongada toma inicial, la maceración de los pezones por la humedad o el roce de la ropa. Las mamas deben de lavarse una vez al día. Si el jabón seca el pezón y la aréola, deberá sustituirse por uno más suave e hidratante, o bien interrumpir su uso temporalmente. El área del pezón debe mantenerse seca²⁷.

Cuidados de la congestión de los pechos en la madre lactante: Es necesario que la madre adolescente sepa que los pechos dolorosos, grietas y heridas están relacionados a la posición y agarre inadecuado o una disfunción motora oral generalmente presente en niñas o niños a quienes les han dado biberón²⁷.

Asimismo, la madre adolescente debe reconocer los signos de congestión que a continuación se mencionan: pechos endurecidos, dolorosos, tensos, brillantes y enrojecidos, la leche no fluye y puede haber fiebre. Por consiguiente, deben saber que las madres que amamantan frecuentemente a la o el bebé (día y noche) no tendrán riesgo de congestión²⁷.

Otro cuidado que debemos tener en cuenta, según, son las tetadas cortas y frecuentes, ya que favorecen los cólicos en los lactantes: los bebés que hacen toma muy corta y frecuente se sacian con la leche inicial más dulce, sin ingerir la de la final rica en grasas. Consumen un volumen mayor de leche con alto contenido en lactosa y bajo en grasa, que favorece la formación de gas intestinal, heces explosivas y cólicos. Siempre se debe recomendar a las madres que procuren que él bebe vacíe completamente, al menos, un pecho, en cada toma⁴⁴.

Siendo así que en el presente estudio los conceptos del objeto de investigación están respaldados por la teórica de enfermería, M. Leininger, con su Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales que centra su estudio en el cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas para ayudar a mantener o recuperar su salud; por tanto, ha introducido tanto en el marco comunitario como hospitalario la aparición de nuevos términos de salud que vincula la enfermería con la diversidad cultural, marcos teóricos y modelos de cuidado⁴⁵. En relación a esta investigación, dicha teoría es la más apropiada para referencias y enmarcar el estudio.

El propósito de la teoría es descubrir las particularidades y universalidades de los cuidados humanos para, posteriormente, suministrar cuidados responsables y culturalmente congruentes que se ajusten a las necesidades, los valores, las creencias y los modos de vida de las personas. Por tanto, el cuidado culturalmente congruente se convierte en el centro de los cuidados culturales.

El cuidado se funde con la perspectiva emic, la cual busca reproducir los contenidos culturales tal y como se le aparecen a los individuos que pertenecen a la cultura o al pueblo que estudia. De esta forma, la cultura aporta un cuidado universalizado e individualizado⁴⁵.

Esta teoría se fundamenta en la antropología y la enfermería, desarrolla la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la etnoenfermería y resalta la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales o emic, para después contrastarlo con los factores étic (externos), a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la enfermería, para conformar una aproximación holística al estudio de las conductas culturales en diversos contextos ambientales⁴⁵.

En este apartado, con respecto a los factores emic (factores internos), se basa en los conocimientos y las experiencias que la madre adolescente describe tal y cómo es el cuidado que tiene en la lactancia de su hijo menor de seis meses y los factores etic (factores externos) hace referencia al ambiente en donde la madre se desenvuelve con sus seres más cercanos que también contribuyen al cuidado en forma directa o indirecta de su menor de seis meses.

Además, Leininger destacó 8 factores que influyeron en la creación de enfermería Transcultural, de los cuales solo se han considerado 2 de ellos los que servirán para la discusión del objeto de estudio de la investigación. Estos son⁴⁵:

En el segundo factor refiere que se ha aumentado los debates legales a causa de los conflictos culturales por negligencia o imposiciones de práctica de salud. Este factor se refiere a que algunos de los profesionales de la salud (pediatras) recomiendan a la madre adolescente darle gaseovit para el cólico del lactante, mientras que algunos de sus familiares (abuela, madres, entre otras) recomiendan remedios como té estrella y manzanilla al niño(a). Esto conlleva confusión en la decisión de introducir agüitas en la lactancia de su menor hijo de seis meses.

En el tercer factor se refiere que los pacientes confían en que los profesionales de la salud entienden y respeten sus creencias, valores y estilos de vida. Hace referencia a que el profesional de enfermería debe respetar sus valores, creencias, y estilos de vida de la madre adolescente, en este caso ella está influenciada y orientada en el cuidado de su alimentación de su menor hijo por sus parientes: familiares, suegras, hermanas y la madre, quienes se encuentran en contacto directo por ser menores de edad y no tener la capacidad, ni el conocimiento ni mucho menos la experiencia.

En cuanto a su teoría transcultural de Leininger aporta las siguientes definiciones: La cultura: es el conjunto de los valores, las creencias, las normas y los modos de vivir compartidos, aprendidos y transmitidos que guían los pensamientos, las decisiones y acciones de un grupo de manera específica⁴⁵.

Cuidados culturales: son los valores, creencias y los modos de vida que se han aprendido subjetiva u objetivamente y que asisten, sostienen, facilitan o habilitan a otros individuos o grupos a conservar el bienestar y la salud con el fin de avanzar en su condición humana y en el modo de vida, o de afrontar la enfermedad, las incapacidades o la muerte⁴⁵. También es importante definir: una creencia es aquello en lo que creemos fielmente o también puede ser la opinión que alguien dispone en relación algo o alguien⁴⁶.

Según Leininger citada por Marriner A. y Railer M.⁴⁷, las creencias culturales son todos los valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva y subjetiva, que ayudan, facilitan o capacitan a otra persona o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida para afrontar la enfermedad o la muerte. Esta realidad es reafirmada por las madres adolescentes participantes, quienes han aprendido conductas y creencias influenciadas por sus familiares para utilizar la

automedicación con confianza durante el cuidado que brindan a sus hijos menores de seis meses (brindar agüitas de remedios naturales) para aliviar los cólicos.

En cuanto al concepto de cuidados culturales tuvo en cuenta tres aspectos: la conservación o mantenimiento de los cuidados culturales, así como la adecuación o negociación, rediseño o reestructuración; (siendo estos los tres modos de actuación y decisión enfermeros)⁴⁵.

Por tanto, cuando el profesional de enfermería tiene elementos teóricos que le soportan la explicación del uso del significado que las madres adolescentes le asignan a la lactancia materna exclusiva, desde una perspectiva émic, podrá planificar y aplicar los cuidados específicos de la cultura e identificar cualquier característica común o diferente relacionadas con el cuidado y proporcionar cuidado coherente con la cultura en la lactancia materna exclusiva.

Estos tipos de cuidado enfermero descritos por Leininger citado por Correa G. se describen a continuación⁴⁸:

La conservación: se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayuda a las personas (madre adolescente lactante) de una cultura a mantener y preservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar (madre-hijo), se recuperen de una enfermedad o puedan afrontar discapacidades y la muerte.

La adecuación o negación de los cuidados culturales: comprende las acciones y decisiones profesionales creativas de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas (madre adolescente - lactante) de una cultura a adaptarse o negociar

con quienes prestan cuidados profesionales para obtener resultados de salud beneficiosos o satisfactorios (para ella y su hijo). Por ejemplo, en el control de CRED del menor niño(a), la enfermera debe educarle a la madre adolescente acerca de los beneficios que tiene la lactancia materna, esto con el fin de negociar con fundamento la importancia de la LME; y la madre logre entender por qué le tiene que dar de lactar a su menor hijo(a).

El rediseño o reestructuración de los cuidados culturales: abarca las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas a reordenar, alterar o modificar de forma importante su modo de vida para adoptar esquemas de cuidados de salud nuevos, diferentes y beneficiosos (para ella y su hijo), respetando los valores culturales y las creencias de dichos usuarios y ofreciéndoles un estilo de vida más saludable que el anterior al establecimiento de los cambios. En este caso la enfermera debe rediseñar un plan de actividades en apoyo a la lactancia materna exclusiva, como demostración y re demostración de la técnica de amamantamiento, talleres educativos, entre otros; ya que muy poco promocionan temas y actividades con respecto a la lactancia materna exclusiva.

Así también las madres adolescentes deberán tener en cuenta los patrones culturales, que son un conjunto de normas que rigen su comportamiento de un grupo organizado de personas, en función de sus tradiciones, costumbres, hábitos, creencias, ubicación geográfica y experiencias, para establecer unos modelos de conductas⁴⁹.

En el presente estudio se utilizó la teoría de Leiniger con el fin de descubrir los cuidados genéricos (perspectiva émic), siendo revelados por las expresiones de la madre adolescente quien se encuentran en la etapa de maduración física, psicológica, emocional, cognitivo y mental contribuyendo a poner en riesgo no solo el bienestar de ella misma sino

de su hijo, por su poca experiencia en los cuidados necesarios para atenderlo y poder satisfacer las necesidades de alimentación de su hijo menor de seis meses por medio de la lactancia materna exclusiva.

1.3. Marco contextual

El contexto donde se desarrolló la presente investigación fue en el Centro de Salud “José Leonardo Ortiz”, es una institución pública perteneciente al MINSA en la provincia de Chiclayo, ubicado en la calle Húsares de Junín N° 1295 de esta ciudad y está categorizado como nivel I4. Perteneció a la DISA Lambayeque, Red Chiclayo y Microred José Leonardo Ortiz. Brinda atención las 24 horas del día a la población de José Leonardo Ortiz procedentes del asentamiento urbano de Urrunaga, Víctor Raúl, entre otros; que en su mayoría son inmigrantes de la región Sierra.

Este centro de salud cuenta con 29 servicios y se encuentra a cargo de profesionales de la salud, personal técnico y administrativo. Dentro de estos encontramos el servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED), que tuvo como escenario central la presente investigación y cuenta con personal de enfermería organizado, 6 enfermeras (4 ó 5 para el turno de la mañana y 1 ó 2 para el turno de la tarde), del total 2 enfermeras son nombradas y solamente laboran en CRED y 4 enfermeras son contratadas, de las cuales laboran en el servicio de CRED, sala de partos/emergencia y epidemiología; y a la vez, realizan seguimiento a la familia del niño(a) (visita domiciliaria).

El servicio de CRED, es un servicio donde se realizan a los niños las distintas evaluaciones de crecimiento y desarrollo; cuya función es contribuir al desarrollo integral del niño menor de 5 años, las enfermeras realizan una correcta valoración para confirmar y detectar posibles anomalías en su desarrollo y crecimiento. Además, elaboran afiches

informativos y rotafolios para brindar consejería a las madres adolescentes sobre distintos temas de interés como: lactancia materna, nutrición, salud bucal, entre otros. Este servicio no cuenta con un registro por grupo etareo de madres que acuden con su menor hijo al control de crecimiento y desarrollo. La edad que se tuvo en cuenta para la investigación fueron madres adolescentes entre 15 a 17 años de edad que son convivientes.

Las enfermeras que realizan el control de CRED trabajan más de las 150 horas mensuales que por ley corresponde, es decir más de 36 horas semanales, ya que, en cada control, se le realiza una serie de evaluaciones al niño y consejerías a los padres de familia. Por ende en algunas oportunidades debido a la demanda de controles, no se abastecen para brindar una educación apropiada a la madre adolescente sobre el cuidado que debe tener con respecto a la lactancia de su hijo(a), por ello, la mayoría de ellas abandonan la LME.

CAPÍTULO II

II. MÉTODOS Y MATERIALES

2.1. Tipo de investigación

La presente investigación fue de tipo cualitativa. Para Denzin y Lincoln, citado por Angulo E.⁵⁰, es aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. En donde el investigador ve al escenario y las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.

Se optó por este tipo de investigación, debido a que las investigadoras trataron de comprender el cuidado de las madres adolescentes en la lactancia de sus hijos(as) menores de 6 meses.

2.2. Enfoque o diseño de investigación

Dentro de los varios tipos de investigación cualitativa se encuentra el estudio de caso, el cual constituyó el abordaje metodológico de la presente investigación. Andrade G.⁵¹, el estudio de caso, es el estudio de una unidad social que se analiza a profundidad. Investiga fenómenos dentro de su contexto real (naturalística), No hay control sobre los eventos y variables, busca aprender la totalidad de una situación.

El estudio de caso, es importante, porque representa un ingenioso recorte de una situación compleja de la vida real; eficaz, enunciando con detalles el planeamiento, base teórica, recogida de datos, instrumentos de recolección de datos, entre otros. A fin de garantizar que otro investigador al utilizarlas, encuentre resultados similares (confiabilidad,

y validez del estudio); y relatado de manera atrayente, escrito en un lenguaje claro y preciso⁵¹.

Las investigadoras eligieron el estudio de caso porque permitió analizar a profundidad los cuidados que brindan las madre adolescentes en la lactancia de sus hijos menores de seis meses que son atendidas en el servicio de CRED del C.S. “José Leonardo Ortiz”, también utilizaron el método de investigación como las entrevistas a las madres adolescentes de los niños menores de seis meses.

Principio del Estudio de Caso

Los principios frecuentemente asociados al estudio de caso, sobreponen a las características generales de la investigación cualitativa, entre estas se destacan⁵¹:

Dirigirse al descubrimiento: Las investigadoras partieron de algunos presupuestos teóricos iniciales, se procuró mantenerse en constante atención a nuevos elementos que puedan surgir como importantes durante el estudio.

En la investigación se abordó los conceptos de adolescente, características biológicas, psicológicas, sociales y físicas del adolescente, madre adolescente y lactancia, cuidados de la madre en el amamantamiento, educación de la enfermera para el cuidado del niño menor de seis meses, LME, leche artificial, lactancia mixta, características del niño menor de seis meses en forma general y sus requerimientos nutricionales y la teórica que sustenta esta investigación (M. Leininger); a partir del cual fueron detectados nuevos aspectos o dimensiones que fueron sumando a medida en que el estudio avanzó.

Enfatizan la interacción en el contexto: Las investigadoras para una comprensión más completa del objeto de estudio, tuvieron en cuenta el contorno donde la persona

habita. El presente estudio de caso se ejecutó en el contexto donde educan a las madres adolescentes sobre el cuidado en la alimentación de su menor hijo(a); es decir, el lugar donde acuden para la atención de su menor hijo(a) como es el servicio de Crecimiento y Desarrollo, del Centro de Salud de José Leonardo Ortiz.

Busca retratar la realidad en forma compleja y profunda: Las investigadoras procuraron revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. En esta investigación se reflejó la realidad de cómo es el cuidado que brinda la madre adolescente en la lactancia de su hijo menor de seis meses; pues se sabe que es la principal responsable de dicho cuidado para el éxito de esta práctica.

Usan una variedad de fuentes de información: Al desarrollar el estudio de caso, las investigadoras recurrieron a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos en situaciones variadas y con una variedad de tipos de informantes. En esta investigación se obtuvo como principal fuente de información a las madres adolescentes que brindan lactancia a su hijo menor de seis meses y que fueron atendidas en el servicio de crecimiento y desarrollo; y las fuentes bibliográficas descritas en el marco teórico.

Representa los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social: Las investigadoras procuraron traer para el estudio divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación. En esta investigación se presentó divergentes puntos de vista en las madres adolescentes que no brindan una lactancia materna exclusiva a su hijo menor de seis meses, recolectando todo tipo de manifestaciones brindadas por ellas, no habiendo una única que sea la más verdadera.

Fases del Estudio de Caso:

Según Polit D. y Hungler B.⁵², caracterizaron el desarrollo del estudio de caso en tres fases, siendo la primera abierta o exploratoria, la segunda más sistemática en términos de recolección de datos y la tercera consistiendo en el análisis e interpretación de datos y la elaboración del informe con ellos mismos se enfatizan esas tres fases y se sobreponen en diferentes momentos, siendo difícil precisar el límite que lo separa.

I. Fase exploratoria

El estudio de caso comienza con un plan incipiente que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. La fase exploratoria es fundamental para la definición más precisa del objeto de estudio.

La motivación para realizar la presente investigación surgió de las respuestas durante las prácticas pre-profesionales, sobre el cuidado de la madre adolescente en la alimentación de su menor hijo de seis meses, evidenciándose en el carnet de control un percentil por debajo de la mediana o por encima de esta, dando como resultado una desnutrición o un sobrepeso. Este problema se corroboró mediante la entrevista con las madres adolescentes, manifestándonos, una mala técnica de amamantamiento, introducción de leches sustitutas, costumbres, creencias y actitudes de indiferencia, esto agregado a la inexperiencia por ser madre adolescente que impiden lograr una lactancia materna exclusiva exitosa.

Por otro lado, se encontró en la bibliografía datos estadísticos alarmantes a nivel mundial, nacional y local respecto al aumento de la incidencia, morbilidad y mortalidad a causa de enfermedades de las vías respiratorias, mayor cantidad de episodios de enfermedades gas gastrointestinales, entre otras; esto se debe por el abandono que existe de

la práctica de la lactancia materna exclusiva y por la falta de información y entendimiento de la importancia de la lactancia materna en los primeros seis meses de vida.

Esta problemática despertó el interés de las investigadoras, por conocer como es el cuidado de la madre adolescente en la lactancia de su hijo menor de seis meses que son atendidas en el servicio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud- José Leonardo Ortiz. Para ello fue necesario tener un conocimiento previo de esta realidad el que permitió a las investigadoras establecer los contactos iniciales y valorar la viabilidad y factibilidad del estudio que luego se procedió a planificar la investigación.

II. Delimitación del estudio

Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, las investigadoras procedimos a recolectar sistemáticamente la información utilizando instrumentos más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, la elección estuvo determinada por las características propias del objeto de estudio.

Después de elaborado y aprobado el Proyecto y solicitadas las respectivas autorizaciones, fuimos al Centro de salud José Leonardo Ortiz, donde encontramos a las madres adolescentes en la sala de espera, que están dando de lactar a un niño(a) menor de 6 meses de edad y que son atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo, de dicho establecimiento de salud.

Una vez identificada a la madre adolescente, se le explicó el objetivo de la investigación, se le solicitó la firma del consentimiento informado consignado en el documento elaborado para tal fin (Anexo N°1), y su autorización para grabar sus declaraciones.

Los datos fueron recolectados a través de una entrevista abierta a profundidad a las madres adolescentes (Apéndice N°1), para lo cual se contó con el respectivo instrumento. Se formuló la pregunta de rigor y se dejó que expresen libremente sus respuestas sin interferencia. Cuando la madre adolescente responde con palabras cortas, las investigadoras aplicaron la técnica de entrevista abierta como el parafraseo, con la finalidad de que la madre adolescente exprese más respuestas relacionadas con el tema permitiendo que éstas sean narradas en toda su magnitud.

III. Fase de análisis sistemático y elaboración del informe

Desde el principio de la fase exploratoria surgió la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes para que manifiesten sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado.

Toda la información recolectada fue transcrita y a medida que se realizó la lectura sobre su contenido fueron surgiendo las unidades de significado, en el marco de un proceso de descontextualización; tuvimos en cuenta las revelaciones interesantes para las investigadoras, sobre el cuidado de las madres adolescentes en la alimentación del niño menor de seis meses, pasando a constituir los elementos estructurales del fenómeno. Estas unidades se tomaron tal como fueron propuestas por las ellas, lo que permitió a las investigadoras tener una visión del todo, sintiéndose aptas para el siguiente momento.

A seguir, se procedió determinar las subcategorías y las categorías, las mismas que fueron discutidas con los antecedentes y el marco teórico encontrado sobre la temática. Los resultados fueron presentados en el informe final; fue escrito con un lenguaje sencillo para que otras personas accedan al “caso”, a fin de permitir la generalización naturalística.

2.3. Población y muestra

2.3.1. Población

Estuvo formada por 20 madres adolescentes que tienen un niño menor de 6 meses de edad y que son atendidos en el servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Centro de Salud “José Leonardo Ortiz”; que cumplieron con estos criterios:

Criterios de inclusión:

- Madres adolescentes, de edades entre 15 a 17 años, 11 meses y 29 días.
- Madres con niños de 3 a 6 meses de edad, de ambos sexos
- Madres adolescentes con hijos de parto normal
- Madres adolescentes que trabajan

Criterios de exclusión:

- Madres adolescentes con problemas mentales
- Madres adolescentes con niños con discapacidades
- Madres adolescentes con niños prematuros

2.3.2. Muestra

La muestra fue delimitada mediante la técnica de saturación y redundancia, donde fueron seleccionadas 12 madres adolescentes con datos informativos más relevantes cuyas edades oscilaban entre 15 a 17 años 11 meses y 29 días-que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.4 Procedimiento para la recolección de datos

Inicialmente las investigadoras fueron al centro de salud a corroborar si asisten madres adolescentes un niño(a) menor de seis meses a sus controles de crecimiento y

desarrollo, luego abordaron la zona en estudio. Después con la resolución de proyecto de tesis aprobada por la decana de la facultad de enfermería, se dirigieron al centro de salud para pedir el permiso correspondiente al director de dicho establecimiento y asimismo llevar a cabo la investigación.

Al realizarse el primer contacto con la madre adolescente, se le explicó en términos claros y sencillos las razones de la entrevista (apéndice 1), la importancia y los objetivos de su participación en la investigación, además se les solicitó firmar el consentimiento informado (anexo 1) que autorizó su participación voluntaria.

A continuación, la entrevista, se inició formulando preguntas a las participantes, lo cual facilitó la recolección de la información necesaria; así mismo, las investigadoras orientaron las respuestas obtenidas por las madres adolescentes de sus hijos(as). Durante ese momento se hizo uso de una grabadora con el fin de capturar la información recogida.

Posteriormente, se procedió a transcribir cada una de las entrevistas con el fin de analizar las respuestas y seleccionar aquellas que descubran la esencia de las mismas y que contribuyan con la investigación.

Para ello, se hizo uso de preguntas orientadoras, las cuales hicieron hincapié a variadas respuestas y al origen de otras preguntas. El papel de las investigadoras consistió en motivar a las madres adolescentes a expresarse con libertad sobre el tema y de esta manera registrar cada respuesta.

2.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se aplicó como técnica la entrevista para ayudar a conocer más sobre el cuidado de la población en estudio. Según Flick U.⁵³, la entrevista es

una técnica de recogida de información a través de una conversación con una o varias personas para contribuir a un estudio.

La recolección de los datos se realizó por medio de la aplicación de una entrevista abierta semiestructurada, individual a profundidad, entendiéndose ésta como el encuentro cara a cara entre el investigador y el investigado, creando un ambiente donde la madre adolescente pueda expresarse libremente, además con la finalidad de indagar sobre sus cuidados en la lactancia de su hijo menor de seis meses⁵⁴.

Al realizarle la entrevista a la madre adolescente con su niño menor de seis meses, se explicó el objeto de estudio de la investigación, luego se le hizo firmar el consentimiento informado; al aceptar, se realizó una serie de preguntas a la persona entrevistada, primero la pregunta norteadora y en caso las respuestas del entrevistado no respondan a los objetivos de la investigación, se le realizó las preguntas complementarias (Apéndice N°1).con el fin de obtener información.

La entrevista fue aplicada de acuerdo con los preceptos éticos- científicos para la realización de investigaciones cualitativas.

2.6. Análisis de datos

Según Polit D. y Hungler B.⁵², el análisis de datos cualitativos es el proceso mediante el cual se organiza y se manipula la información recogida por los investigadores, para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y sacar conclusiones.

La información obtenida de las entrevistas fue sometida al proceso de transcripción y digitadas por las investigadoras en el programa de Microsoft Word 2016 de una laptop. Las respuestas de las madres adolescentes no fueron interpretadas, ni distorsionadas, sino

transcritas literalmente según lo expresado, las cuales fueron asignadas con un pseudónimo cada una.

Posteriormente a medida que se realizó la lectura y relectura sobre su contenido se analizó y fueron surgiendo las unidades de significado, es decir, la categorización, lo que permitió establecer las categorías y subcategorías que fueron analizadas a la luz del marco teórico y antecedentes de investigación.

2.7. Rigor científico

Según Guba y Lincoln citado Edelmira C.⁵⁵, se consideraron los siguientes criterios de Rigor Científico:

Credibilidad: Buscó incrementar la probabilidad de que los datos sean creíbles.

La información obtenida luego de realizar la entrevista, se plasmó de forma veraz, considerando todo lo referido por las madres adolescentes sobre el cuidado en la lactancia de sus hijos menores de seis meses que se atienden en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud “José Leonardo Ortiz”.

Confidencialidad: Este criterio se efectivizó garantizando el acceso a la información solo a personas autorizadas. En la investigación, la información fue obtenida de lo referido por las madres adolescentes de su hijo(a) menor de seis meses, se mantuvieron en reserva asegurando en todo momento el anonimato, se asignó pseudónimos a los testimonios brindados por cada uno de ellas.

Confiabilidad: Está referida a la garantía de que los hallazgos de la investigación no estén sesgados por motivaciones, intereses y perspectivas del investigador. La información que fue brindada por las madres adolescentes en la presente investigación no fue

manipulada ni alterada por las investigadoras, mostrando los contenidos emitidos en forma natural, espontánea y sin incorporación de prejuicios de las autoras.

Auditabilidad: Se refiere a la forma en la cual un investigador puede seguir la pista o ruta, de lo que hizo otro. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones o ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Este criterio se evidenció en la presente investigación científica, a través del uso de grabaciones y la transcripción fiel que se hizo de la entrevista, además de la planificación sistemática, científica que se elaboró con la construcción de éste informe.

Transferibilidad: Se refiere a la posibilidad de aplicar los hallazgos de la investigación a otros sujetos o en otros contextos. Para ello, en la presente investigación se realizó una descripción clara del lugar donde la investigación fue realizada, de manera que otros investigadores tengan la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras instituciones.

2.8. Principios bioéticos

Todo el proceso de la investigación desde su inicio hasta su término, se rigió bajo los principios éticos, abordados en los Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos. Decreto Supremo N° 011-2011-Jus⁵⁶:

Principio de beneficencia y ausencia de daño

Al fomentar y aplicar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas se tuvo como objetivo el bien del paciente. Abarca el bien total de la persona humana en su integridad. Existe la obligación de no producir daño intencionalmente. En la presente investigación sólo se obtuvo información a través de una entrevista abierta a

profundidad, para lo cual se tuvo especial consideración en la formulación de las interrogantes, lo que se logró de evitar que ninguna madre adolescente fuera expuesta a experiencias que le disgusten o incomoden, por ello se aseguró al entrevistado que la información fue usada sólo para la elaboración de la investigación y no para otros fines ni en su contra.

Principio de Respeto a la Dignidad Humana

La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad constituyen fin supremo de la sociedad y del estado y fundamento para el ejercicio de los derechos que son propios. Se respetó la decisión de las madres adolescentes de participar o no en la investigación haciéndoles firmar un consentimiento informado; así mismo tuvieron el derecho de dar por terminada su participación en cualquier momento, de rehusarse a dar información o de exigir que se les explique el propósito del estudio y los procedimientos específicos.

Principio de Igualdad, Justicia y Equidad

Toda investigación y aplicación científica y tecnológica en torno a la vida humana considerará la igualdad ontológica de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que estos atraviesen. Todas las madres adolescentes con su hijo(a) menor de seis meses que acuden al control de crecimiento y desarrollo, y participaron de esta investigación, fueron tratadas de manera justa, sin discriminación; antes, durante y después de su participación; y a la privacidad, haciéndose notar en todo momento, al no inmiscuirse más de lo necesario en la intimidad de cada uno de las investigadas.

Principio de Autonomía y responsabilidad personal

La autonomía debe siempre estar orientada al bien de la persona humana y nunca puede ir en contra de su dignidad. En este entendido viene integrada a la responsabilidad

personal. Esta investigación se desarrolló respetando el consentimiento previo, libre, expreso e informado de la persona interesada, basado en información adecuada.

Este principio comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información. En la autodeterminación, las madres adolescentes que están brindando lactancia a su menor hijo(a) menor de seis meses, nos brindaron información sobre los cuidados en el amamantamiento, de una manera libre, sin el riesgo de exponerse a represalias o un trato prejuiciado, así mismo tuvieron derecho a dar por terminada su participación en cualquier momento, de rehusarse a dar información o de exigir que se les explique el propósito del estudio o los procedimientos específicos.

CAPÍTULO III

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Presentación de los resultados

Las participantes del estudio fueron madres adolescentes de edades comprendidas entre 15 a 17 años 11 meses y 29 días que asistieron al control de crecimiento y desarrollo de su hijo(a) menor de seis meses que son atendidos en el Centro de Salud “José Leonado Ortiz”; proporcionaron información que denotan la diversidad de cuidados durante el periodo de lactancia materna exclusiva.

Todas las madres adolescentes que participaron en este estudio viven con la pareja, la ocupación más común de algunas es la del hogar, es decir el esposo trabaja y ellas se encargan del cuidado de sus hijos y de los quehaceres de la casa, mientras que otras madres adolescentes trabajan y su menor hijo(a) queda al cuidado de algún familiar (abuela, tía o hermana mayor). Después de un exhaustivo procesamiento de datos, a continuación se presenta el análisis de las categorías y subcategorías:

CATEGORÍA I: Convencidas que la lactancia materna exclusiva es la mejor para el niño(a)

CATEGORIA II: Iniciando la alimentación mixta a temprana edad

CATEGORIA III: Brindando un cuidado influenciado por el contexto cultural

- Creencias que perjudican la lactancia materna exclusiva
- Alimentando a sugerencia de la familia

CATEGORIA IV: Alimentándolo con cuidados maternos que favorece la lactancia materna exclusiva

- Cuidando la técnica de amamantamiento
- Cuidando la higiene de los pezones
- Cuidando la nutrición de la madre adolescente en la lactancia

CATEGORIA V: Fortaleciendo el cuidado materno con educación de la enfermera y con otros miembros de la salud

- Cuidando con el apoyo educativo del profesional de enfermería
- Recibiendo educación por otros miembros del equipo de salud

3.2. Discusión de los resultados

CATEGORÍA I: Convencidas que la lactancia materna exclusiva es la mejor para el niño(a)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁴, la leche materna constituye el alimento universal indicado hasta los 6 meses de edad para los niños y niñas. En el Perú, según la norma técnica de crecimiento y desarrollo (CRED)²⁶, refiere que todos los niños deben ser amamantados con leche materna, ya que constituye por sí sola el mejor alimento que puede darse a un niño durante los primeros 6 meses de vida.

Por ello, a través de su control de crecimiento y desarrollo del niño(a), es importante que las madres adolescentes reciban una información clara y precisa por parte del profesional de enfermería con respecto a la lactancia materna exclusiva (LME)²²; ya que es la persona especializada que va a contribuir de forma específica a que la madre adolescente adquiera habilidades, hábitos y conductas que fomente el cuidado del niño(a) y todo lo que comprende en ella (importancia, componentes, beneficios, técnicas, entre otros) en el marco de la promoción y prevención de la salud¹⁸. Como se ve reflejado en los siguientes discursos:

“Desde que nació pura leche materna... y eso le estoy dando para que crezca sano” (Clavel)

“Mi hija ya cumplió 4 meses y hasta la fecha le he dado leche materna y así le continuaré dando hasta los 6 meses...” (Girasol)

“... solo le debo de dar leche materna porque es el mejor alimento para mi hija... y eso es lo que le estoy dando...” (Amapola)

Los resultados encontrados se relacionan con la investigación realizada por White E. citado por Cuentas G., Quispe N.²⁵, enfatizó la importancia del amamantamiento, y apuntó que la leche materna es el mejor alimento. Hoy, la ciencia ha corroborado esta declaración, diciendo que el amamantamiento de un bebé por su madre es de singular importancia para su salud futura.

Cuanto mayor sea el período de lactancia de un bebé (de 6 meses como mínimo) mejor será su sistema inmunológico y menor será su riesgo de contraer infecciones respiratorias y diarreicas²⁵.

Además, la madre al tener información sobre la leche materna la cual no es un producto químico estable como sucede con los sucedáneos o leches artificiales sino que es cambiante, porque a través de ella se provee de nutrientes a su niña o niño, cuyos requerimientos va cambiando según su crecimiento²⁷.

La leche materna presenta factores anti infecciosos, factores de crecimiento, proteínas (cantidad correcta y fácil de digerir), grasas (suficientes ácidos grasos esenciales, y lipasa para la digestión), hierro (una pequeña cantidad de buena absorción), vitaminas y agua suficiente²⁷. También es rica en ácidos grasos esenciales (DHA y EPA o ARA), los cuales participan en el desarrollo del sistema nervioso central y en la agudeza visual (principalmente el DHA)³⁴.

Por ello, la leche materna le aporta beneficios al niño: garantizándole el crecimiento, desarrollo e inteligencia, fortalecer el vínculo afectivo además le protege de procesos infecciosos y disminuye el riesgo de algunas enfermedades crónicas y obesidad. Para la madre adolescente, favorece la mejor recuperación fisiológica postparto y genera menor posibilidad de cáncer de ovario y de mama. Para la familia, ayuda a que sea más feliz y unida, menos gastos; y para la sociedad menos enfermedades y muertes (en niños recién nacidos y pequeños), protege al medio ambiente^{27, 29}.

En el presente estudio de investigación, algunas de las madres adolescentes reconocen la importancia y beneficio que aporta la LME para sus hijos. En el cual se ven reflejados en los siguientes discursos:

“... la leche materna es la mejor leche porque es algo natural de ti misma...”

(Clavel)

“... la leche materna tiene todas las proteínas que mi bebé necesita, es más buena ya que le hace crecer más” (Girasol)

“...es económico no tienes nada que comprar, no gastas nada es natural...”

(Amapola)

“...mi leche materna... tiene proteínas y que le previenen de muchas enfermedades” (Begonia)

Los resultados encontrados se relacionan con la investigación realizada por Bustillos D⁵⁷, en la cual concluye que la mayoría de madres conocían sobre conceptos básicos, la mitad no conocían sobre los beneficios por lo que es necesario continuar promoviendo la lactancia materna mediante el uso de material visual, audiovisual y electrónico. Por otro lado, Flores M. citado por Gabriel L⁵⁸, encontraron que las madres poseen limitada información acerca de la lactancia materna exclusiva, los beneficios tanto para el niño como para la madre.

Estos resultados ponen en evidencia que las madres adolescentes reconocen que la LME es la mejor para el niño, pero poseen un conocimiento limitado y superficial sobre los beneficios, componentes e importancia.

CATEGORIA II: Iniciando la alimentación mixta a temprana edad

La alimentación mixta, es aquella que combina la lactancia materna con la alimentación a base de biberones de leche infantil. Este tipo de alimentación repercute en la salud del lactante menor de 6 meses; ya que si el pecho de la madre no se estimula lo suficiente, la producción de leche materna irá reduciéndose hasta desaparecer prácticamente; además la leche de fórmula en muchas ocasiones puede provocar en el bebé estreñimiento, gases y regurgitaciones³¹. Por ello, la leche materna exclusiva solo es necesaria durante los 6 primeros meses de vida en el niño(a), porque la capacidad gástrica de un recién nacido es de 30 a 90 ml; 1 mes 90 a 150 ml y 1 año 200 a 300 ml; por lo tanto, el contenido líquido de su estómago pasa con rapidez al intestino, vaciándose en 2 a 4 horas los primeros meses y el tránsito intestinal completo demora de 14 a 18 horas³².

Por otro lado, existen barreras para el abandono de la lactancia materna exclusiva, como son los mitos en torno al hábito de dar el pecho, “No tengo suficiente leche”, las madres adolescentes dejan la lactancia porque creen que su cantidad de leche es insuficiente, pero esto es falso, ya que el pecho produce leche en función de las demandas del bebé, siempre y cuando se den las tomas adecuadas y el pequeño succione en la postura correcta. Otro mito es “Dar el pecho, me duele mucho”, esto es falso, lo cual se sabe que si provoca dolor y grietas es por una mala postura del niño al pecho, que asocia a una inadecuada succión del bebé, dando lugar a muchas causas infecciosas y vasculares que también ocasionan dolor de pezones y que debe ser evaluada por el médico⁴¹.

Otra barrera para que la madre adolescente abandone la práctica de la lactancia materna exclusiva es cuando decide trabajar, lo cual implica la separación de su hija o hijo²⁷, optando una alimentación mixta a muy temprana edad. Evidenciándose en los siguientes discursos:

“Bueno, le doy leche materna y leche en polvo, ambas porque no se llena, pero más le doy de mi seno” (Ruda)

“Desde que nació mi hijita le estoy dando mi seno y también fórmula... no me salía mucha leche. Lloraba y lloraba por eso decidimos con mi pareja comprarle NAN.” (Tulipán)

“... en los primeros 2 meses yo le he dado solo leche materna, luego le he dado Similac... me empezaron a salir heridas en mi pezón y me dolía mucho...” (Crisantemo)

“Le estoy dando leche materna desde que nació pero a partir de los 4 meses le comencé a darle leche en polvo porque salía a trabajar y lo dejaba con mi mamá” (Lirio)

Los resultados encontrados en esta categoría se relaciona con la investigación realizada por Gonzales M.⁶⁴, quien identificó a las madres que no lograron la lactancia materna exclusiva, mencionaron que tuvieron como principal barrera a la insuficiencia de la leche materna, afecciones maternas, información insuficiente, entorno social, falta de tiempo, inadecuada condición laboral y la disponibilidad de productos lácteos. Asimismo, se relaciona con la investigación realizada por Pinilla E., Domínguez C., García A.¹⁰, donde las razones por las cuales no alimenta a su hijo con solo leche materna son: el 9.5% producen poca leche, el 12% el niño se queda con hambre, y el 20.7% otras causas; dándonos a conocer que el 60.6% optó por brindar una alimentación mixta.

Se considera que las madres adolescentes optan por una lactancia mixta a temprana edad porque erróneamente coinciden que el niño no se llena, manifiestan que el niño

lloraba y lloraba, por presentar heridas en el pezón y por ir a trabajar; por ende no prevé los riesgos que puede ocasionarle al proporcionar fórmulas lácteas, como una digestión más pesada y causándole una lesión renal (micro hemorragias) y también más cólico de gases o estreñimiento, sobrepeso, entre otros.

CATEGORIA III: Brindando un cuidado influenciado por el contexto cultural

Leininger citado por García B, define a la cultura como el conjunto de los valores, las creencias, las normas y los modos de vivir compartidos, aprendidos y transmitidos que guían los pensamientos, las decisiones y acciones de un grupo de manera específica⁴⁵.

Según Leininger citado por Dávila A.¹², el cuidado está presente en todas las culturas, pero tiene características en cada una de ellas. Leininger propone que el cuidado cultural incluye el cuidado genérico referido al conocimiento aprendido y transmitido, tradicional y popularmente (perspectiva emic), usado hábilmente por la cultura; y el cuidado profesional se refiere al (conocimiento etic) aprendido cognitiva y formalmente, practicado hábilmente por los profesionales de enfermería.

A lo que respecta al cuidado genérico (perspectiva emic), por lo general, es la madre quien cuida al niño menor de seis meses, como también la familia allegada, como abuelas, hermanos, el padre y personas fuera de la familia que con frecuencia contribuyen al cuidado del niño(a)¹⁵.

En este caso son las madres adolescentes quienes expresan las prácticas de crianza en acciones específicas, implementadas por ellas y/o los cuidadores de apoyo, destinadas a garantizar la integración, adaptación y supervivencia de su hijo a su contexto vital¹⁶. Evidenciándose en las siguientes subcategoría:

3.1. Creencias que perjudican la lactancia materna exclusiva

Según Diez A.⁴⁶, creencia es aquello en lo que creemos fielmente o también puede ser la opinión que alguien dispone en relación algo o alguien.

Leininger citada por Marriner⁴⁷, refiere que las creencias culturales son todos los valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva y subjetiva, que ayudan, facilitan o capacitan a otra persona o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su estilo de vida para afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Esta realidad es reafirmada por las madres adolescentes participantes, quienes han aprendido conductas y creencias de una sociedad influenciadas por sus familiares para utilizar la automedicación con confianza durante el cuidado que brindan a sus hijos(as) menores de seis meses (brindar agüitas de remedios naturales) para aliviar los cólicos.

Según la Lozano M⁴⁴, Las tetadas cortas y frecuentes favorecen los cólicos en los lactantes: los bebés que hacen tomas muy cortas y frecuentes se sacian con la leche inicial más dulce, sin ingerir la del final rica en grasas. Consumen un volumen mayor de leche con alto contenido en lactosa y bajo en grasa, que favorece la formación de gas intestinal, heces explosivas y cólicos.

Así mismo las madres adolescentes para aliviar este trastorno, asumen una conducta cultural por consejo de una persona no médica acudiendo empíricamente a utilizar agüitas de remedios naturales para proporcionarlos a sus hijos(as) menores de seis meses, tal es el caso de la utilización del té estrella y manzanilla. Como se ilustra en los siguientes discursos:

“Yo lo alimento con leche de mi seno, también le doy té estrella porque mi suegra me dijo que le dé para los gases...” (Tulipán)

“Le doy leche materna nada más, pero cuando está con gases le doy manzanilla me dijo mi mamá...” (Blanca Nieves)

“...Para sus gases le doy gaseovet me dijo mi hermana que ya tiene su bebé y que a ella se lo habían indicado, pero también una vez le di té estrella porque una vecina me dijo que eso le alivio a su hijito que estaba con cólicos...” (Crisantemo)

Estos discursos se sustentan con Leininger citado por García B, en su segundo factor, en donde refiere que se ha aumentado los debates legales a causa de los conflictos culturales por negligencia o imposiciones de práctica de salud⁴⁵. Este factor se refiere a que algunos de los profesionales de la salud (pediatras) recomiendan a la madre adolescente darle gaseovet para el cólico del lactante, mientras que algunos de sus familiares (abuela, madres, entre otras) recomiendan remedios como té estrella y manzanilla al niño(a). Esto conlleva confusión en la decisión de introducir agüitas en la lactancia de su menor hijo de seis meses.

En este sentido se considera, que las madres adolescentes crían a su menor hijo(a) de acuerdo a sus creencias, conocimiento cultural y en el entorno donde se desenvuelve; es por ello que ante la desesperación de solucionar inmediatamente los cólicos producidos por los gases de su menor hijo(a), concurren a introducir agüitas como té estrella, manzanilla, en la alimentación de su hijo(a) menor de seis meses, provocando una práctica equivocada como es abandonar la lactancia materna exclusiva a temprana edad.

3.2 Alimentando a sugerencia de la familia

Ser madre en la etapa adolescente, por su inmadurez física, cognitiva y psicológica quizás puede resultar una situación llena de expectativas y miedos en cuanto al cómo

cuidarlo y alimentarlo a su menor hijo²². En este caso son las madres adolescentes quienes expresan las prácticas de crianza en acciones específicas, implementadas por ellas y/o los cuidadores de apoyo (como abuelas, hermanos, hermanas mayores, otros miembros de la familia y personas fuera de la familia que con frecuencia contribuyen al cuidado del niño), destinadas a garantizar la integración, adaptación y supervivencia de su hijo a su contexto vital¹⁷. Como se evidencia en los siguientes discursos:

“Vivo en la casa de mi mamá y ella siempre me dice que le de mi leche materna y leche en polvo para que se engorde” (Ruda)

“mi mamá en mi casa me decía que mejor le diera mi seno pero mi suegra me dice que le dé fórmula también....yo le doy los dos señorita...” (Tulipán)

“mi suegra me dijo que no solo le de mi leche materna, sino también NAN...porque así ha criado a sus hijos y no se le han enfermado” (Crisantemo)

Los resultados encontrados en esta categoría se relacionan con la investigación realizada por Pinilla E., Domínguez C., García A.¹⁰; donde concluyeron que las personas que recomiendan la lactancia materna son el 63.3% un familiar, siendo un porcentaje elevado en la decisión de amamantar. Además, los autores Becerra R, Rocha L, Fonseca D, Bermúdez L⁶⁵, concluyeron que los familiares influyen en la práctica de la lactancia materna, específicamente el nivel de conocimiento, mitos y creencias sobre lactancia materna.

Se concluye que las madres adolescentes participantes de esta investigación, de acuerdo a la realidad de su cultura, son influenciadas muchas veces de sus principales cuidadoras de apoyo (mamá, suegra, hermana, entre otros) a través de sugerencias perjudiciales que pueden repercutir en el crecimiento y desarrollo del lactante menor de seis meses.

CATEGORIA IV: Alimentándolo con cuidados maternos que favorecen la lactancia materna exclusiva

Leininger citado por Fornons D.¹⁵, define al cuidado como los fenómenos relacionados con la asistencia y las conductas de apoyo y capacitación dirigida hacia otro individuo o grupo con necesidades reales o potenciales para atenuar o mejorar su situación humana y modo de vida.

Leininger nos habla de dos tipos de cuidado: cuidado genérico, que en este caso son las madres adolescentes quienes expresan las prácticas de crianza en acciones específicas, implementadas por ellas y/o los cuidadores de apoyo, destinadas a garantizar la integración, adaptación y supervivencia de su hijo a su contexto vital¹⁷.

Asimismo, el cuidado profesional, quien es el profesional de enfermería, que es la persona especializada que va contribuir de forma específica a que la madre adolescente adquiera habilidades, hábitos y conductas que fomenten el cuidado del niño(a) con respecto a la lactancia materna exclusiva y todo lo que comprende en ella en el marco de la promoción y prevención de la salud¹⁷.

En esta categoría algunas de las madres adolescentes manifestaron lo aprendido con respecto a los cuidados de amamantamiento. Como se relata en las siguientes subcategorías:

4.1. Cuidando la técnica de amamantamiento

Para cuidar la técnica de amamantamiento, se debe observar la mamada y del mismo modo ofrecer apoyo a la madre adolescente para llevar a cabo una lactancia materna exitosa, evitando que ella pierda la confianza en sí misma²⁷.

En cuanto a la posición de la madre y su bebé deben estar cómodos y muy juntos “barriga con barriga”. Puede dar pecho recostada o sentada. Si la madre está sentada, debe mantener la columna recta y las rodillas ligeramente elevadas, colocando a la o el bebé en la curva de su codo, frente a ella y en lo posible sostener las nalgas, la oreja, hombro y cadera de la o el bebé en línea. La o el bebé debe estar girado hacia la mamá, con el cuerpo y cabeza en línea recta²⁷. Como relatan los siguientes discursos:

“Sí, Bueno yo me siento para darle de mamar, lo acuesto frente a mí y le doy mi seno.....yo lo hago y así me dijeron al momento que nació mi bebé”
(Amapola)

“Bueno tengo que estar en una buena posición cómoda yo y mi bebé, ponerme una almohada en mis pierna y mi bebé encima para que no me sienta incomoda, luego ya tiene que estar cerca de mi pecho y mame pues...”
(Agapanto)

“yo le doy sentada y lo apego a mi pecho, otras veces le doy echada en mi cama, y si agarra bien mi bebé porque siento que jala mi pezón” (Girasol)

“....importante darle en una forma correcta para no cansarme y para que succione bien y no me haga heridas y no me haga doler”. (Anémona)

Los resultados encontrados en esta subcategoría se relaciona con la investigación realizada por Narváez S⁵⁹, donde encontró que la mayoría de madres tienen la noción básica de cuales son consideradas las técnicas y posiciones correctas, pero en muchas existe la confusión de cómo sería la postura correcta.

Por otro lado, Loarte J⁶⁰, obtiene como resultado que las únicas posiciones de amamantamiento conocidas por las madres fueron: la posición sentada y acostada, cabe recalcar que son las posiciones para la lactancia materna que la mayoría de las madres las adopta y están referidas desde la postura que adopta la madre y el niño. También, Flores M. citado por Gabriel L.⁵⁸, obtiene como resultado que las madres adolescentes, el 62.9%

no posicionan adecuadamente al bebé, 75.8% no muestran adecuada postura; por ello concluyeron que la práctica está ligada con el nivel de conocimientos.

En cuanto al agarre, la madre debe sostener el pecho con los dedos 3 a 4 cm detrás del pezón (con su mano en forma de C) y acercar a la o el bebé a su pecho con la cara de éste mirando al pecho y la nariz frente al pezón; y roce el pezón. Roce con el labio superior de la o el bebé para estimularlo y espere que la o el bebé abra bien su boca y agarre una buena parte del pecho hasta la areola²⁷. Así como lo relatan las madres adolescentes:

“Me explicaron que tenía que agarrarle la cabecita de mi hijita, también coger mi pezón en forma de tijera, y toda la boquita de mi hijita tenía que colocarle en la parte marroncita de mi seno para que pueda mamar...y así lo hago”
(Clavel)

“Yo lo apego a mi pecho y que su boca agarre todo mi pezón y también yo lo siento cuando se prende y jala, aunque a veces me hace doler, al principio cuando tenía 1 mes, estaba que me salía heridas,... pero después eso paso y ya ahora normal” (Agapanto)

Estos resultados encontrados se relacionan con la investigación realizada por Sota L.⁶¹, obteniendo como resultados que el 42% vigilan la boca del bebé que debe estar abierta agarrando toda la areola y el pezón, 36% no estimulan el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial del bebé y 54% colocan la mano en el pecho en forma de “C”.

En cuanto a la frecuencia, horario y duración en la alimentación del niño al inicio del nacimiento es importante, porque aumentan la producción de calostro y por el peso del bebé, además facilita el aprendizaje y la coordinación de los movimientos necesarios para succionar, tragar y respirar³⁵.

La o el bebé debe lactar a demanda, de día y de noche (8 a 12 veces en 24 horas, en promedio). Lactar por la noche incrementa la producción de leche. No hay un patrón de alimentación para la o el bebé, a algunos les puede bastar 10 minutos por lactada y a otros 30 minutos o más. Asimismo, la mayoría de mujeres producen más leche de lo que el bebé pueda tomar²⁷.

Como se relatan los siguientes discursos:

“... más pequeña mamaba a cada ratito o cada 2 horas,... por lo menos mamaba unas 5 tomas a más... Cada mamada duraba 20 minutos. Se quedaba llenita, satisfecha” (Begonia)

“...a cada rato le doy de mamar durante el día. En la madrugada le doy como 4 veces hasta las 5 de la madrugada. En cada mamada le doy 30 minutos o 1 hora,...” Anémona)

“Cuando era más pequeña mi hijita a cada rato le daba de mamar o cuando lloraba... por las madrugadas le daba cada dos horas aproximadamente o cuando ella se levantaba... en cada seno 10 a 15 minutos la dejaba que mame; y luego la pasaba a mi otro seno...” (Clavel)

Los resultados de esta investigación se relacionan con la investigación realizada por Cáceres S., Canales D. citado por Gabriel L.⁵⁸, los cuales concluyeron que la frecuencia que daban de amamantar afirmaron darle cada hora y otras cada vez que él bebe lo pedía. Con respecto a la duración de cada mamada, la mayoría de madres respondió que era a libre demanda y las otras madres que duraban entre 10 a 15 minutos.

Según Schellhorn C, Valdés V³⁶, durante la lactancia, tanto el cuerpo del hijo como el de la madre están preparados para regularse mutuamente de forma natural. El pecho da más leche cuanto más se da de mamar. Cada niño o niña tiene su propio ritmo. Algunos, por ejemplo, duermen varias horas por la mañana, pero pasan la tarde mamando continuamente.

Existen periodos en los que el bebé está inquieto y cambia su ritmo pidiendo más a menudo. Esto es normal y así aumenta la producción de leche necesaria para su crecimiento. El pecho no tiene horario. Se recomienda amamantar sin horarios. Simplemente, cada vez que el bebé busque o llore, se ofrece el pecho sin mirar el reloj³⁶.

Por lo tanto los resultados muestran que las madres adolescentes tienen un cuidado genérico con respecto a la técnica de amamantamiento según su posición, agarre, duración, horario y frecuencia. Asimismo las madres adolescentes utilizan la posición sentada o de cuna; mientras que otras simplemente se acomodan como ellas prefieren y no se rigen en ningún horario por lo que brindan lactancia materna exclusiva a libre demanda a su menor hijo(a).

4.2. Cuidando la higiene de los pezones

Una higiene adecuada ayuda a prevenir la irritación e infección de los pezones favorecidos por la prolongada toma inicial, la maceración de los pezones por la humedad o el roce de la ropa²⁷. Como relatan los siguientes discursos:

“yo me limpio con pañitos húmedos mi seno porque a veces se me riega la leche y antes de darle me limpio”. (Girasol)

“Bueno me lavo con agua y jabón cuando me ducho, después solo me lavo con agua y me limpio con una toalla mi seno a la hora que le doy de lactar...” (Anémona)

“A mí me dijeron que solo me lavara con agua nada mas pero de vez en cuando lo hago señorita por que como llora, se me olvida de hacerlo...” (Amapola)

Estos resultados se confrontan con la Guía técnica para la consejería en lactancia materna, Gerencia Regional de Salud- Lambayeque²⁷, ya que las mamas deben de lavarse

una vez al día. Si el jabón seca el pezón y la aréola, deberá sustituirse por uno más suave e hidratante, o bien interrumpir su uso temporalmente. El área del pezón debe mantenerse lo más seca posible. Por lo tanto, se concluye que las madres adolescentes si realizan la higiene correcta de los pezones.

4.3. Cuidando la nutrición adecuada de la madre adolescente en la lactancia

La nutrición adecuada de la madre en la lactancia, preservará la salud de la propia madre, su capacidad de producir leche y amamantar a su hija o hijo; siendo necesario que mantenga una alimentación y estilos de vida saludables durante todo el proceso reproductivo²⁷.

Para conseguir un buen estado nutricional durante la lactancia, la mujer tiene que aumentar la ingesta de nutrientes. La leche materna tiene una composición bastante constante y la dieta de la madre adolescente solo afecta a algunos nutrientes⁶².

El contenido de grasa de la leche materna varía con la dieta. El contenido de hidratos de carbono, proteína, calcio y hierro no cambia mucho incluso si la madre ingiere poca cantidad de estos en su dieta. Sin embargo, si la dieta de una madre es deficiente en vitaminas hidrosolubles y vitaminas A y D, su leche contiene menos cantidades de estos nutrientes⁶².

Según Urquiza R.⁶³, recomienda que las madres lactantes consuman 2 700 calorías al día o 560 calorías adicionales a su dieta habitual. Su dieta debe ser equilibrada y con variedad de alimentos; debe consumir pescado, frutas, verduras frescas, pan integral, cereales, alimentos altos en contenido de calcio y proteínas, y aceite vegetal. Como se ilustra en los siguientes discursos:

“.. Ahora estoy comiendo... ya que tengo que alimentarme bien porque estoy que doy de lactar, como bastante fruta, menestras ensaladas poco,.. pero si pollo o pescado si bastante...” (Girasol)

“...yo me alimento bien me da más hambre ahora que doy de lactar creo que a veces exagero ... mi almuerzo como bien igual que en la noche como algo ligero pero a veces como pan por la madrugada ya que me levanta mi bebe...”(Amapola)

“... como normal señorita aunque estoy gordita pero sé que es por lo que estado embarazada.... me dijeron que no debo hacer dietas que como normal ni mucho tampoco, pero saludable y eso hago...” (Begonia)

Estos relatos se confrontan con Behrman R, Kliegman R, Jenson H⁴³, la dieta de la madre que da el pecho debe contener suficientes calorías y nutrientes para compensar los que se secretan a través de la leche, además de los necesarios para producirla. Es importante que la dieta sea suficiente para mantener el peso, en líquidos, vitaminas y minerales. Deben evitarse las dietas de adelgazamiento, especialmente mientras el niño se alimente exclusivamente de leche materna. Aunque la leche es un componente importante de la dieta materna, no debe sustituir a otros alimentos esenciales. El consumo hídrico diario debe ser de unos 3 litros.

Se concluye que las madres adolescentes reconocen que deben comer bien durante su lactancia materna ya que favorecerá en cierta medida en la producción de leche materna, y saben que no deben regirse a dietas de adelgazamiento mientras den de lactar.

CATEGORIA V: Fortaleciendo el cuidado materno con educación de la enfermera con otros miembros de la salud

Leininger propone que el cuidado cultural incluye el cuidado profesional (conocimiento etic), que son todas aquellas formas humanísticas y científicas, aprendidas

en forma cognitiva, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y muerte¹⁶.

Pues, la profesión sanitaria debe ir en la misma dirección, con información adecuada a la hora de recuperar la pérdida de la cultura de la lactancia materna y de fomentarla a adoptar hábitos saludables desde el inicio de la vida²³. Como se evidencian en las siguientes subcategorías:

5.1. Cuidando con el apoyo educativo del profesional de enfermería

Ser madre en la etapa adolescente, por su inmadurez física, cognitiva y psicológica quizás puede resultar una situación llena de expectativas y miedos en cuanto al cómo cuidarlo y alimentarlo a su menor hijo²². Por lo tanto, es importante que las madres adolescentes reciban una información clara por parte del profesional de enfermería y asimismo colocarlo en práctica para que logre una exitosa lactancia materna exclusiva. Evidenciándose en los siguientes discursos:

“... me ha dicho la enfermera... que le dé hasta los seis meses...” (Clavel)

“... como me ha dicho la enfermera... y le doy para que cuando crezca sea inteligente” (Girasol)

“... a veces me da folletos y me explica” (Amapola)

Los resultados encontrados en esta sub categoría se relacionan con la investigación realizada por Aragón M, Cubillas I, Torreas A⁹, donde concluye que una educación maternal (edm) adecuada a este perfil de madre adolescente aumente los índices de LME. Sin embargo debido a la escasez de estudios encontrados sería necesaria la realización de

más investigaciones que relacionen de un modo más directo la educación maternal (edm) con la LME en adolescentes.

Estos resultados también se relacionan con lo descrito según Leininger citado por Correa G⁴⁸, en uno de sus tipos de cuidado enfermero como la conservación que se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayuda a las personas (madre adolescente lactante) de una cultura a mantener y preservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar (madre-hijo), se recuperen de una enfermedad o puedan afrontar discapacidades y la muerte.

Se estima que las madres adolescentes participantes, reciben educación con respecto a la LME, mediante medios educativos (folletos, láminas, sesiones, demostraciones) en sus controles de crecimiento y desarrollo de su hijo(a) por parte del profesional de enfermería; sin embargo, la demanda de atenciones y la falta de enfermeras para laborar en el servicio de CRED puede restarle tiempo para brindar una información completa y adecuada.

5.2. Recibiendo educación por parte de otros miembros del equipo de salud

La madre adolescente es quien tiene que decidir cómo quiere alimentar a su bebé, pero el/la profesional debe asumir la responsabilidad de que esa decisión se tome con una información adecuada sobre la lactancia materna y sus ventajas, y prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa²³.

Por ello, para promover la lactancia materna en las madres adolescentes, todo el personal sanitario que, de alguna manera, entra en contacto con ellas durante la gestación, en el puerperio y en la atención a la mujer y su hijo o hija recién nacida y primeros meses

de vida; debe estar capacitado y formado para poder transmitir a las madres determinación, seguridad y, en definitiva, la confianza necesaria para que inicie y continúe con la lactancia materna²³. Evidenciándose en los siguientes discursos:

“...en mi control cuando estaba embarazada, me dijo la obstetra que tenía que prepararme mis pezones porque cuando nacía mi hija tenía que darle mi seno, y así continuar dándole en los primeros meses de vida...” (Lirio)

“Mi prima que es técnica en enfermería, me dijo que no le debo dar NAN, sino mi seno...para que no se llene de gases mi bebé” (Begonia)

“Mi hijo sufre mucho de cólicos... lo traje a consulta médica, y me dijo que no le debo dar Enfagrow,... solo mi leche materna, porque es el mejor alimento para mi hijito y no se me enfermará” (Amapola)

Estos resultados se relacionan con la investigación realizada por Pinilla E., Domínguez C., García A.¹¹, donde se obtuvo como resultado que las personas que recomiendan la lactancia materna son el 84.3% médico y enfermera; asimismo, concluyen que se precisa del asesoramiento del equipo de salud para que el amamantamiento sea una experiencia satisfactoria tanto para la madre adolescente como para el hijo.

Por lo tanto, los miembros del equipo de salud también brindan información que potencian la capacidad de la madre para brindar el cuidado en la alimentación de su hijo.

CAPÍTULO IV

IV. CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

4.1. Consideraciones finales

Luego de analizar los discursos emitidos por las madres adolescentes se llevó a las siguientes consideraciones finales:

La enfermera fortalece el cuidado de la madre adolescente en la lactancia materna exclusiva de su hijo mediante la educación sanitaria.

Las madres adolescentes reconocen que la LME es la mejor para el niño, sin embargo optan por brindar la lactancia mixta antes de los seis meses porque erróneamente consideran que el niño(a) no se llena, no saben qué hacer cuando llora, por heridas en el pezón, porque la madre debe ir a trabajar y porque desconocen de la importancia, beneficios y componentes de la leche materna; además, son influenciadas por el contexto cultural, permitiéndole construir y reconstruir variadas ideas que determinan su aceptación.

Además las madres adolescentes reconocen otros cuidados que favorecen la alimentación del niño tales como la posición, duración y frecuencia, la higiene de los pezones y la nutrición de la madre en la lactancia, los cuales son promovidos por la enfermera y también por otros miembros del equipo de salud sobre la lactancia materna exclusiva, con el fin de ir alcanzando un estado de bienestar madre e hijo.

4.2. Recomendaciones

Frente a los hallazgos de la presente investigación se recomienda:

Para la enfermera jefe del Servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Centro de Salud José Leonardo Ortiz:

Estimular la capacitación sobre estrategias educativas a las enfermeras, para que cuenten con las herramientas necesarias para comunicarles de manera adecuada a las madres adolescentes de cómo debe alimentar a sus niños con lactancia materna en forma exclusiva hasta los seis meses de edad.

Incentivar a sus colegas que incorporen a las madres adolescentes que asisten a los controles de CRED de su menor hijo (a) al programa MAMA, con el fin de enviar mensaje de textos, promoviendo la lactancia materna exclusiva.

Trabajar a través de las visitas domiciliarias con la familia de la madre adolescente que está amamantando a un niño(a) menor de seis meses, por la influencia que ejerce en esta práctica.

Crear espacios para madres adolescentes enfocadas a la educación sobre lactancia materna exclusiva con el fin de evitar prácticas equivocadas como abandonar la LME antes de los seis meses de edad de su hijo(a).

A las enfermeras que laboran en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED):

Mantener abiertos los canales de información a todas las madres adolescentes de los beneficios que ofrece la lactancia materna y todas las técnicas que permitan que el amamantamiento se lleve a cabo en una forma satisfactoria para el binomio madre-hijo.

Retroalimentar en cada control de crecimiento y desarrollo la educación que se brindó a la madre adolescente en el primer contacto de la atención de su menor hijo con respecto a la lactancia materna exclusiva.

Privilegiar la capacitación de madres adolescentes sobre la lactancia materna mediante la capacitación, monitoreo y evaluación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Del Carpio J. Estudio de factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes en el Centro de Salud Nueva Esperanza 2014. [Tesis en internet] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. [Citada 29 diciembre 2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4153/1/Carpio_qj.pdf
2. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Perú: OMS; 2017 [citado 29 diciembre 2017]. Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna. [aprox 1 pantalla] Disponible en: <http://who.int/mediacentre/news/releases/2017/lack-investment-breastfeeding/es/>
3. Rondón P. Estudio de factores de riesgos asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en niños de 6 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Conde de la Vega baja. Lima – 2015. [Tesis en internet] Perú: Universidad San Martín de Porres; 2015. [Citada 29 diciembre 2017]. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache%3Ahttp%3A%2F%2Fwww.repositorioacademico.usmp.edu.pe%2Fbitstream%2Fusmp%2F1619%2F3%2FRondon_p.pdf
4. Mechán V, Brígida A. Estudio de Representaciones sociales de la lactancia materna desde la perspectiva de la madre adolescente. [Tesis en internet] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013. [Citada 29 diciembre 2017]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/203/1/TM_Vera_Mechan_AngelicaBrigida.pdf
5. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática [internet]. Perú: INEI; 2016. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: Indicadores de resultado de los programas presupuestales; [Citado 29 de diciembre 2017]. [1 pantalla]. Disponible

en:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html

6. INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática [internet]. Perú: INEI; 2017. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: Indicadores de resultados de los programas presupuestales; primer semestre 2017. [Citado 29 de diciembre 2017]. [1 pantalla]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PPR_Primer_Semestre_2017.pdf
7. Rpp.pe [Internet]. Lambayeque: Rpp.pe; 2017 [actualizado 21 agosto 2017, citado 29 dic 2017]. Lactancia materna disminuye a 62% en zona urbana. Disponible en: <http://rpp.pe/peru/lambayeque/lactancia-materna-disminuye-en-un-62-en-zona-urbana-noticia-1071682>
8. Bautista Y, Díaz I. Conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres adolescentes que asisten al Centro de Salud de Bagua. Rev. Enferm Herediana [internet] 2017. [citado 21 noviembre 2017]; Vol.10 (1): 14-21. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3126/3109>
9. Aragón M, Cubillas I, Torres A. Estudio de Maternidad en la adolescencia y lactancia. [Tesis en internet]. Málaga: Revista enfermería docente. 2015. [citada 28 de febrero 2019]. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/104pdf/10449.pdf>
10. Pinilla E, Domínguez C, García A. Madres adolescentes, un reto frente a factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. [Tesis en internet] Colombia: vol. 13(33). 2014. [citada 28 febrero 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100004
11. Gonzales M. Estudio de Motivaciones y barreras para la práctica de lactancia materna

- exclusiva en madres adolescentes asistentes a un puesto de salud en el distrito de Comas. [Tesis en internet] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. [Citada 28 febrero 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6587/Gonzales_em.pdf;jsessionid=5B3F0A434E585DB22D01B678721EEC3D?sequence=1
12. Dávila A. Estudio de Práctica de cuidado cultural al lactante menor desde el saber popular de la familia. estudio etnográfico en la comunidad awajun-amazonas, 2013. [Citada 04 noviembre 2018]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/738/1/tm_d%c3%a1vila_valdera_annykatherine.pdf
 13. DLE: Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: DLE; 2017 [citado 10 septiembre 2017]. Concepto de cuidado. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=BblVWJS>
 14. Definición. de [Internet]. Perú: Definición de cuidado; 2010 [actualizado 2013; citado 10 septiembre 2017]. Disponible en: <https://definicion.de/cuidado/>
 15. Fornons D. Estudio de Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. Rev. Scielo [internet], 2013 [citado 29 de diciembre 2017]; vol.19 (2): 3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022
 16. Susana R. Estudio sobre factores determinantes del uso de modelos teóricos en la práctica enfermera [Tesis doctoral en internet] Castellón de la Plana: Universidad Jaume I de Castellón; 2014. [Citada 1 septiembre 2017]. Disponible en: http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/396625/2014_Tesis_Santos%20Ruiz_Susana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 17. González Alieth, Estupiñán M. Estudio de Prácticas de crianza de madres adolescentes de la ciudad de Duitama, Colombia. Rev. Investigación y Educación en Enfermería

- [internet], 2013. [citado 03 de mayo 2018]; Vol. 28 (3): 396-404. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215721010.pdf>
18. MINSA: Ministerio de Salud [Internet]. Perú: MINSA; 2014 [citado 25 septiembre 2017]. Documento técnico: Orientaciones para la atención integral de las y los adolescentes en el I nivel de atención [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20141127-MINSA-DT-Orientaciones-para-Atencion-Integral-Salud-Adolescentes.pdf>
19. MAIS: Modelo de Atención Integral de Salud. [Internet]. Perú: MINSA; 2014 [citado 25 septiembre 2017]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/mais/mais.asp>
20. Código de los Niños y Adolescentes. [Internet]. Perú; 1993 [actualizado en el 2016; citado 25 septiembre 2017] [aprox. 1 pantalla] Disponible en: <http://www4.congreso.gob.pe/comisiones/1998/mujer/CNA.HTM>
21. Marcela C. Características generales de la adolescencia. [internet]. Argentina; 2013. [citado 03 noviembre 2018]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.oocities.org/marcelah_arg/adoles.pdf
22. Sanmiguel F. Estudio sobre esencia afectiva de la lactancia materna en madres adolescentes. [tesis en internet]. Valencia: Universidad De Carabobo, Valencia, 2017. [citada 12 septiembre 2018]. 102-103p. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/4458/ygarcia.pdf?sequence=1>
23. Aeped.es [Internet]. España: Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja; 2013. [citado 28 febrero 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf?fbclid=IwAR3LxR02ivy3yFLawqRUbUIWdnBGjkeE8XDnE4Hpze5e-940HqFJtzpzf4
24. UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Internet]. Perú: UNICEF;

- 2013 [citado 03 mayo 2018]. Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/spanish/LACTANCIA.pdf>
25. Cuentas G., Quispe N. Estudio sobre Conocimientos y Actitudes hacia la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes con niños de 0 - 6 meses que acuden al puesto de Salud Canchi Grande Juliaca 2015. [tesis en internet]. Perú: Universidad Peruana Unión Facultad Ciencias de la Salud; Juliaca 2015. [citada 11 septiembre 2018]. 29- 32p. Disponible en: http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/upeu/243/gladys_tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isallowed=y
26. MINSA: Ministerio de salud [internet]. Perú: MINSA, 2018 [citado 10 diciembre 2018]. Norma Técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/CRED.pdf>
27. MINSA: Guía técnica para la consejería en lactancia materna, RM N° 462-2015/MINSA, GERESA (Gerencia Regional de Salud)- Lambayeque 2017
28. Brahma P, Valdés V. Ventajas de la lactancia materna y riesgos de no amamantar, Perú. Rev. Scielo. [internet]. 2017. [citado 10 diciembre del 2018]. Vol. 88(1):7-14. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v88n1/art01.pdf>
29. Medina K, Mendocilla G. Estudio sobre Conocimiento y práctica sobre lactancia materna en madres adolescentes - Microred la Esperanza, Trujillo 2016. [tesis en internet]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; Trujillo 2016. [citada 11 septiembre 2018]. 25p. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2870/1/re_enfe_karla.medina_giovana.mendocilla_conocimiento.y.practica_datos.pdf

30. Dalmau J, Ferrer B, Miñana I. Lactancia artificial, España. Rev. Pediatría integral. [internet]. 2015. Vol. 19 (4): 251-259 [citado 11 septiembre 2017]. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix04/03/n4-251-259_Jaime%20Dalmau.pdf
31. Ecured. Cu [internet]. Perú: Editorial Ciencias Médicas; 2013. [citado 11 septiembre 2017]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Lactancia_artificial_y_mixta
32. Rubio V., Características anatomofisiológicas del niño. [internet]. Perú; 2014. [citado 4 mayo 2018]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_zXhBbJzO_oJ:https://es.scribd.com/document/245949748/Caracteristicas-Anatomofisiologicas-Del-Nino-1+&cd=10&hl=es&ct=clnk&gl=pe
33. Cabanillas M, Casanova J. estudio sobre efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento materno sobre lactancia materna exclusiva. Trujillo 2016. [tesis en internet]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2016. [citada 11 septiembre 2017]. 31-33p. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8611/1705.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
34. Sabillón F., Abdu B. Composición de la leche materna, Honduras. Rev. Honduras Pediátrica. [internet]. 2018. [citado 10 diciembre 2018]. Vol. 18(4):1-5. Disponible en: [http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol 18-4-1997-7.pdf](http://www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol%2018-4-1997-7.pdf)
35. AEP: Asociación Española de Pediatría. [Internet]. España: AEP; 2016 [citado 03 mayo 2018]. Técnicas de lactancia materna. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/>
36. Schellhorn C., Valdés V. Contenidos Técnicos para profesionales de la salud:

- Lactancia materna. España, 2013. [Internet]. [citado 10 diciembre 2018]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf
37. Aeped.es [Internet]. España: consejería de salud y consumo, 2013. [citado 20 septiembre 2017]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/7-guia_baleares_esp.pdf
 38. Fao. Org [Internet]. Roma: Dirección de Alimentación y Nutrición de la FAO, 2013. [citado el 20 de enero del 2018]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm>
 39. Guillén J. El anís estrellado en los cólicos. [Internet]. [Actualizado 14 julio 2018, citado 28 febrero 2019]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/2018/07/14/fuera-anis-estrellado-colicos166260.html?fbclid=IwAR1DifTBVijWhAhgLPEKQ5KUUA2hl2vNhYqGfK-eHqXlxT8HRnBG9Qo>
 40. Garrido J. Dar manzanilla a los bebés. [Actualizado 07 octubre 2014] [citado 28 febrero 2019]. Disponible en: https://www.mipediatraonline.com/dar-manzanilla-a-los-bebes/?fbclid=IwAR17ZJ7sF30OTK1rziSW0goUqjOaKzN40PCTGnmXLvr0gI5J73Fid_eVwg
 41. UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Internet]. Perú: UNICEF; 2013 [citado 11 septiembre 2017]. Mitos y realidades de la lactancia materna. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: https://www.unicef.org/Mitos_de_la_lactancia_materna.pdf
 42. Carhuas J. Estudio de los factores asociados al abandono de la lactancia materna en un centro de salud de lima metropolitana. [tesis en internet]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. [citada 16 noviembre 2016]. 34p. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4723/1/Carhuas_cj.pdf
 43. Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de pediatría. [Internet]. 17^a edición.

- España: Diorki servicios integrales de edición. 2006 [citado el 7 de marzo 2019]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=6a_lLbxRKwkC&pg=PA30&dq=lactancia+materna+en+madres+adolescentes&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwihmdOGt9LgAhXFneAKHcdfAMI4ChDoAQgrMAE#v=onepage&q=lactancia%20materna%20en%20madres%20adolescentes&f=false
44. Lozano M. Lactancia materna [Internet] España; 2013. [citado el 7 de marzo 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
45. García B. Estudio de Proceso de atención de enfermería a través del modelo del sol naciente. [trabajo en internet]. España: Universidad de la Rioja; 2015. [citada 16 noviembre 2018]. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001097.pdf
46. Díez A. Más sobre la interpretación de ideas y creencias. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [Internet]. 2017 [citado el 7 de marzo 2019]; 37(131): 17. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/08.pdf?fbclid=IwAR1np7QYgi1CXI-ng3127ZQ_e0eR0kdF9Guq68u73xvGmiTseRZSGfMkogU
47. Marriner. A y Railer. M. Modelos y Teorías en Enfermería, 5a ed. España: Interamericana; 2007.
48. Correa G. Estudio de Significado de la experiencia de la lactancia materna exclusiva para la madre en los primeros seis meses de vida de su hijo. [tesis en internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014. [citado 16 noviembre 2018]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/50248/1/539571.2015.pdf>
49. Alvear C. Patrones culturales, características. [Internet]. Perú, 2013. [citada 10 diciembre 2018]. Disponible en: <https://www.monografias.com/docs/Patrones-culturales-caracter%C3%ADsticas-establecimiento-carlos-alvear-P3ZCZGFJ8G2Y>

50. Angulo E. Metodología cualitativa. Política fiscal y estrategia como factor de desarrollo de la mediana empresa comercial sinaloense. Un estudio de caso. [Tesis en línea]. Argentina: Universidad de ciencias empresariales y sociales, 2013. [citado 28 febrero 2019]. Disponible en: http://drive.google.com/file/d/0B9SDWTnlK_FCdIJfNXIQYzRULUE/edit
51. Andrade G. Estudio de Caso: una estrategia de pesquisa. 1º ed. Atlas. Brasil 2006
52. Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. México: McGraw Interamericana; 2002
53. Flick U. Introduccion a la investigación cualitativa. Madrid: ediciones Morata. S.L; 2014
54. Díaz L, Torruco U, Martínez M, Varela M. Metodología de investigación en educación médica: La entrevista, recurso flexible y dinámico. Rev. Scielo. [internet]. 2013. [citado 12 septiembre 2017]; Vol.2 (7): 1-5. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009
55. Edelmira C. El Rigor Científico en la investigación cualitativa. Colombia Vol. 34 N° 3. [en línea] 2003 [fecha de acceso: 08 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc03025>
56. Decreto Supremo N° 011-2011-JUS. [Internet]. Lima; 2011. [actualizado 12 agosto 2015; Citado 11 mayo 2017]. Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos. Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/blog/wp-content/uploads/sites/39/2011/09/DS-N-011-2011-jus-el-peruano.pdf>
57. Bustillos D. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres que acuden al consultorio de neonatología del hospital nacional dos de mayo- 2018. [Tesis en

internet]. Lima – Perú: Universidad privada san juan bautista 2018 [citada el 7 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1601/T-TPMC-%20Daniel%20Angel%20%20Bustillos%20Medrano.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR0bt4EHofAJK02ctxxAfRQrSA89W2X6RaK4UuPRFmU47MFlx3O5P119MTI>

58. Gabriel L. Información sobre los beneficios de lactancia materna exclusiva y la técnica en la práctica de amamantamiento en madres adolescentes del centro de salud la flor Carabayllo 2016. [Tesis en internet]. Lima – Perú: Universidad privada san juan bautista 2017 [citada el 7 de marzo del 2017]. Disponible en: http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1365/T-TPLE-Leslie%20Mercedes%20Gabriel%20Mendoza.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR2takIHTUzuImwQlnSXZ2YZvdotdxHjEwqBUeOD8mPhsm9fgA8e0LrDb_8
59. Narváez A. Técnicas y posturas de amamantamiento en las madres de niños menores de 1 año que asisten a un sub centro de salud de la ciudad de Guayaquil 2017 [tesis en internet]. Guayaquil – Ecuador: Universidad católica de Santiago de Guayaquil 2017 [citado el 7 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache%3aoif1ucgoih0j%3arepositorio.ucsg.edu.ec%2fbitstream%2f3317%2f7499%2f1%2ft-ucsg-pre-med-enf-350.pdf%20&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe&fbclid=iwar2-kgfxhxhug7euuq6gevsmgchn6hzs-sow41wpklb604e4xmjzikzgbzr0>
60. Loarte J. Conocimientos y prácticas sobre posiciones durante la lactancia materna en madres que acuden al programa creciendo con nuestros hijos del barrio san francisco, 2015 [Tesis en internet]. Loja – Ecuador: Universidad Nacional de Loja, 2015 [citado el 7 de marzo 2019]. Disponible en:

http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11511/1/conocimientos%20y%20practicas%20sobre%20posiciones%20durante%20la%20lactancia%20materna.pdf?fbclid=IwAR2uz4qxnrtbc3k7wr2armjiubc_xupgbwk14jigqwhgt5t9jhecig8aes4

61. Sota L. Estudio de actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primerizas que acuden al hospital Antonio Lorena – cusco 2017. [Tesis en internet]. Cuzco – Perú: Universidad Andina del Cuzo, 2017 [citado el 7 de marzo 2019]. Disponible en: http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/1156/3/Liseth_Tesis_bachiller_2017.pdf
62. Ares S, Arena J, Díaz M. La importancia de la nutrición materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales. An. Pediatr [Internet], 2016 [citado el 7 de marzo del 2019]. vol. 84(6): 1. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-la-importancia-nutricion-materna-durante-articulos1695403315003057?fbclid=IwAR1Is81klgswwtgahqucsmyu0gyvptn-rvcnzxickszaezhdy-pakerjtg>
63. Urquiza R. Simposio nutrición en la gestación y lactancia. Rev. Peruana de ginecología y obstetricia. 2014. [Internet]. [citado el 7 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n2/a11v60n2.pdf?fbclid=IwAR1Is81klGSWWTG AhquCSMymu0GyvPTN-rvCNzXIckszAEZhdY-pAKERJtg>
64. Gonzales M. Estudio sobre Motivaciones y barreras para la práctica de lactancia materna exclusiva en madres adolescentes asistentes a un puesto de salud en el distrito de Comas – Lima. [Tesis en internet]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos, 2017 [citado el 7 de marzo 2019]. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6587/gonzales_em.pdf;jsessionid=5b118ba2361697ba55ddc44883e83c4e?sequence=1

65. Becerra R, Rocha L, Fonseca D, Bermúdez L. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Rev. de la facultad de medicina [Internet] 2014. [Citado el 7 de marzo del 2019]; vol. 63(2). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/44051/55856?fbclid=IwAR21woKyzL--qdLsLMa4OrsN43nIfkQQbveB0aZkR6hHqaAAyamotaljIwE>

ANEXO

Anexo N° 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUÍZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



Yo, _____, declaro que deseo participar de la investigación titulada: “Cuidado de las madres adolescentes en la lactancia de sus niños menores de seis meses. Centro de Salud, Chiclayo- 2018”, cuyo objetivo: Analizar y comprender el cuidado de las madres adolescentes en la alimentación a sus niños menores de seis meses. Declaro, aún, que fui informada respecto a los siguientes aspectos:

1. Mi participación será espontánea y que concuerdo con la utilización de los datos de mi entrevista para los fines de la investigación.
2. La información obtenida será grabada y tratada bajo absoluto sigilo y anonimato y fielmente relatadas por las investigadoras.
3. Que en cualquier momento podré desistir de participar en la investigación, no sufriendo ningún tipo de sanción o perjuicio en consecuencia del acto de la resistencia o por mis opiniones dadas.
4. Que la investigadora estará disponible para cualquier aclaración que sea necesaria respecto al asunto abordado, durante la realización de la misma, conforme la dirección y teléfono que consta líneas abajo.

Lambayeque, Chiclayo 2018

Firma de la colaboradora de la investigación

DNI:

Dirección

Firma de la investigadora

APÉNDICE

Apéndice N° 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUÍZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



“CUIDADO DE LAS MADRES ADOLESCENTES EN LA LACTANCIA DE SUS HIJOS MENORES DE SEIS MESES. CENTRO DE SALUD, CHICLAYO- 2018”

GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Objetivo: Analizar y comprender el cuidado de las madres adolescentes en la lactancia a sus hijos menores de seis meses.

Fecha:

1.- Datos informativos:

Pseudónimo:

Procedencia:

Edad de la madre:

Sexo de su menor hijo(a):

Edad de su menor hijo(a):

Personas que conviven con la madre:

Tipo de parto:

2.-Pregunta Norteadora:

- ¿Cómo alimenta usted a su niño menor de seis meses?

3.- Preguntas Complementarias:

- ¿Sabe usted la importancia de la lactancia materna exclusiva?

- ¿Usted sabe cuál es la frecuencia, horario y duración que debe dar la leche materna a su niño (a)? ¿Describámelo?

- ¿Cómo es la técnica que usa para amamantar a su niño? ¿Describame paso a paso?

- ¿Sabe usted sobre los beneficios de la leche materna para su niño(a)? ¿Cuáles son?

- ¿Quién le enseñó a usted todo lo que respecta en la alimentación para su hijo?

GRACIAS