



**REPÚBLICA DEL ECUADOR**

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO**

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE:**

**MAGÍSTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN  
NUTRICIÓN COMUNITARIA**

**TEMA:**

**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna y alimentación  
complementaria en madres adolescentes primíparas de niños menores de dos  
años, Guayaquil 2022**

**Autor:**

**Yanina Teresa Ochoa Montoya**

**Director:**

**Ing. Esp. Keyla Stefania Guerrero Ruiz, Megcp**

*Milagro, 2022*

## Derechos de autor

**Sr. Dr.**

**Fabricio Guevara Viejó**

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Ochoa Montoya Yanina Teresa** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Nutrición y Dietética con Mención en Nutrición Comunitaria**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud Pública y bienestar humano integral** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **24 de Diciembre del 2022.**

**Yanina Teresa Ochoa Montoya**

**C.I.0921453098**

## Aprobación del Director del Trabajo de Titulación

Yo, Ing. Esp. Keyla Stefania Guerrero Ruiz, Megcp en mi calidad de director del trabajo de titulación, elaborado por **Yanina Teresa Ochoa Montoya**, cuyo tema es **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años**, que aporta a la Línea de Investigación **Salud Pública y bienestar humano integral**, previo a la obtención del Grado **Magíster en Nutrición y Dietética con Mención en Nutrición Comunitaria**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, **24 de Diciembre del 2022**

**Ing. Esp. Keyla Stefania Guerrero Ruiz, Megcp**  
**C.I.0929607711**

## VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO DIRECCIÓN DE POSGRADO CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGISTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN COMUNITARIA**, presentado por LIC. **OCHOA MONTOYA YANINA TERESA**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS.", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	53.67
DEFENSA ORAL	28.67
PROMEDIO	82.33
EQUIVALENTE	Bueno



Creado digitalmente por:  
VERONICA PATRICIA  
SANDOVAL TAMAYO

SANDOVAL TAMAYO VERONICA PATRICIA  
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL



Creado digitalmente por:  
PAMELA ALEJANDRA  
RUIZ POLIT

Mgs. RUIZ POLIT PAMELA ALEJANDRA  
VOCAL



Creado digitalmente por:  
STEFANY  
DENISE GOMEZ  
OLAYA

GOMEZ OLAYA STEFANY DENISE  
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL

## DEDICATORIA

A mis padres Víctor Ochoa y Leonor Montoya por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, mi perseverancia y empeño en todo lo que me propongo es el ejemplo que me dieron desde cuando era una niña, muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este.

También quiero dedicarle este trabajo a mi esposo Digno Ponce, por su paciencia y amor incondicional, porque siempre está presente en mi formación académica y muy feliz de que yo cumpla todas mis metas profesionales.

Y finalizo también dedicándole en especial a mi hija Damaris Ponce quién ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme y poder llegar a ser un ejemplo para ella.

Gracias familia, los amo.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a quienes han creído en mí siempre mis hermanos:

Joffre Ochoa dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo.

Giovanni Ochoa por siempre demostrarme a ver el mundo de una manera más relajada a no estresarme y no tomarme la vida con tanta seriedad y siempre mostrando una sonrisa hasta en los peores momentos.

Con sus ejemplos y sin ustedes saberlo han ayudado y aportado en este camino de formación académica.

A mis tutores de cada módulo por las enseñanzas compartidas y en especial a mi tutora de tesis Ing. Esp. Keyla Stefania Guerrero Ruiz, por su paciencia durante la realización de mi trabajo de investigación.

A todos ellos dedico el presente trabajo, porque han fomentado en mí, el deseo de superación y de triunfo en la vida. Lo que ha contribuido a la consecución de este logro. Espero contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.

## Resumen

La investigación ha sido realizada con el objetivo de estudiar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes primíparas en niños menores de dos años. Con sustento que la lactancia materna consiste en la alimentación inicial de un bebe, organizaciones como Organización Mundial de la Salud (OMS) la recomiendan desde la primera hora de vida hasta los 6 meses y complementarla con una dieta adecuada hasta los dos años. Para el cumplimiento de los objetivos se realizó una investigación con un enfoque descriptivo y transversal, sin uso de diseño experimental; donde participaron 120 madres primíparas adolescentes que habitan en el sector Sucre y Malecón del Cantón Guayaquil. Mismas que se respondieron a una encuesta vinculada a conocer cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria. Los resultados muestran que el sector no solo habita madres ecuatorianas sino también de otras localidades, además que un porcentaje de estas se sitúan en el analfabetismo, sin embargo, un alto porcentaje considera relevante la lactancia materna desde el nacimiento de sus hijos, como también complementarla hasta los dos años. Con base en los resultados expuestos en la presente investigación, se concluye que los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria deben ser promovidos con información a madres adolescentes primíparas, para precautelar la salud de niños menores de dos años.

**Palabras clave:** Madre primípara, adolescente, lactancia materna, alimentación complementaria.

## Abstract

The research has been carried out with the objective of studying the knowledge, attitudes, and practices on breastfeeding and complementary feeding in primiparous adolescent mothers of children under two years of age. Based on the fact that breastfeeding is the initial feeding of a baby, organizations such as the World Health Organization (WHO) recommend breastfeeding from the first hour of life up to 6 months and complementing it with an adequate diet up to two years of age. In order to achieve the objectives, a descriptive and transversal research was carried out, without the use of experimental design, with the participation of 120 adolescent primiparous mothers who live in the Sucre and Malecón sectors of the Guayaquil Canton. They responded to a survey related to knowledge, attitudes and practices on breastfeeding and complementary feeding. The results show that the sector is not only inhabited by Ecuadorian mothers but also by mothers from other localities, and that a percentage of them are illiterate; however, a high percentage consider breastfeeding relevant from the birth of their children, as well as complementary feeding up to two years of age. Based on the results presented in this study, it is concluded that knowledge, attitudes and practices on breastfeeding and complementary feeding should be promoted with information to primiparous adolescent mothers, in order to protect the health of children under two years of age.

**Key words:** Primiparous mother, adolescent, breastfeeding, complementary feeding.

## Lista de Figuras

Figura 1. Nacionalidad de las madres adolescentes primíparas.....	32
Figura 2. Nivel educativo de las madres adolescentes primíparas .....	33
Figura 3. Situación laboral de las madres adolescentes primíparas .....	33
Figura 4. Capacidades especiales de las madres adolescentes primíparas.....	34
Figura 5. Lugar de procedencia de las madres adolescentes primíparas.....	35
Figura 6. ¿Qué es el calostro? .....	36
Figura 7. ¿Cuándo se debe iniciar la Lactancia Materna? .....	37
Figura 8. ¿Cuánto tiempo debería durar la Lactancia materna exclusiva? .....	38
Figura 9. ¿A los cuantos meses se debería introducir otros alimentos? .....	39
Figura 10. ¿A los cuantos meses se debería detener la lactancia materna? .....	40
Figura 11. ¿Con que frecuencia debe amamantar a su bebé?.....	41
Figura 12. Merece la pena dar lactancia materna exclusiva y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé .....	42
Figura 13. Sólo dar leche materna exclusiva no sacia al bebé.....	43
Figura 14. Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca	44
Figura 15. La introducción de alimentos distintos a la leche materna debe hacerse los seis meses de vida .....	45
Figura 16. Dar pecho materno exclusivo provoca que los pechos se caigan .....	46
Figura 17. Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna .....	47

Figura 18. Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé .....	48
Figura 19. Le dio lactancia materna a su bebé dentro de la primera hora de nacido	49
Figura 20. Ha alimentado a su bebé con fórmulas .....	50
Figura 21. Actualmente le está dando lactancia materna a su bebé .....	51
Figura 22. ¿Qué posiciones utiliza para amamantar a su bebé? .....	51
Figura 23. ¿Qué medidas toma antes de comenzar a dar de mamar? .....	52
Figura 24. ¿Cuándo amamanta usted utiliza? .....	52
Figura 25. Proceso de selección de la muestra .....	67

## Lista de Tablas

Tabla 1. Tamaño de la muestra .....	27
Tabla 2. Operacionalización de variables sociodemográficas .....	28
Tabla 3. Operacionalización de variables del conocimiento .....	29
Tabla 4. Operacionalización de variables de las actitudes .....	30
Tabla 5. Operacionalización de variables de las prácticas .....	31
Tabla 6. Encuesta sociodemográfica: Nacionalidad de madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años.....	67
Tabla 7. Encuesta sociodemográfica: Nivel educativo de madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años.....	68
Tabla 8. Encuesta sociodemográfica: Situación laboral de madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años.....	68
Tabla 9. Encuesta sociodemográfica: Capacidades especiales de madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años .....	68
Tabla 10. Encuesta sociodemográfica: Procedencia de madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años.....	69
Tabla 11. Encuesta de los conocimientos sobre lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años .....	69
Tabla 12. Encuesta conocimiento: ¿Qué es el calostro?.....	70
Tabla 13. Encuesta conocimiento: ¿Cuándo se debe iniciar la Lactancia Materna? 71	
Tabla 14. Encuesta conocimiento: ¿Cuánto tiempo debería durar la Lactancia materna exclusiva? .....	71

Tabla 15. Encuesta conocimiento: ¿A los cuantos meses se debería introducir otros alimentos? .....	71
Tabla 16. Encuesta conocimiento: ¿A los cuantos meses se debería detener la lactancia materna?.....	72
Tabla 17. Encuesta conocimiento: ¿Con que frecuencia debe amamantar a su bebé? .....	72
Tabla 18. Encuesta de actitudes sobre lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años .....	73
Tabla 19. Resultados de la encuesta de actitudes: Merece la pena dar lactancia materna exclusiva y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé .....	73
Tabla 20. Resultados de la encuesta de actitudes: Sólo dar leche materna exclusiva no sacia al bebé.....	74
Tabla 21. Resultados de la encuesta de actitudes: Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca .....	74
Tabla 22. Resultados de la encuesta de actitudes: La introducción de alimentos distintos a la leche materna debe hacerse los seis meses de vida.....	74
Tabla 23. Resultados de la encuesta de actitudes: Dar pecho materno exclusivo provoca que los pechos se caigan .....	75
Tabla 24. Resultados de la encuesta de actitudes: Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna .....	75
Tabla 25. Resultados de la encuesta de actitudes: Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé .....	75
Tabla 26. Encuesta de prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años .....	76

Tabla 27. Resultados de la encuesta de las prácticas: Le dio lactancia materna a su bebé dentro de la primera hora de nacido.....	76
Tabla 28. Resultados de la encuesta de las prácticas: Ha alimentado a su bebé con formulas.....	77
Tabla 29. Resultados de la encuesta de las prácticas: Actualmente le está dando lactancia materna a su bebé .....	77
Tabla 30. Resultados de la encuesta de las prácticas: ¿Qué posiciones utiliza para amamantar a su bebé? .....	77
Tabla 31. Resultados de la encuesta de las prácticas: ¿Qué medidas toma antes de comenzar a dar de mamar? .....	77
Tabla 32. Resultados de la encuesta de las prácticas: ¿Cuándo amamanta usted utiliza? .....	78

## Índice / Sumario

Introducción .....	1
1.1. Planteamiento del problema .....	3
1.2. Delimitación del problema.....	4
1.3. Formulación del problema .....	4
1.4. Preguntas de investigación .....	4
1.5. Determinación del tema .....	5
1.6. Objetivo general .....	5
1.7. Objetivos específicos .....	5
1.8. Justificación .....	6
1.9. Alcance y limitaciones .....	7
1.10. Hipótesis.....	7
CAPÍTULO II: Marco teórico referencial .....	8
2.1. Antecedentes .....	8
2.1.1. Antecedentes históricos.....	8
2.1.2. Antecedentes referenciales .....	9
2.1.3. Constitución de la Republica del Ecuador.....	16
2.2. Contenido teórico que fundamenta la investigación .....	17
2.2.1. Lactancia materna .....	17
2.2.2. Beneficios de la lactancia materna .....	18

2.2.3. Beneficios de la lactancia materna en madres primíparas .....	18
2.2.4. Impacto en la familia y sociedad .....	18
2.2.5. Etapas de la leche materna .....	19
2.2.6. Superioridad de la leche materna .....	20
2.2.7. Inmunología.....	20
2.2.8. Lactogénesis .....	21
2.2.9. Apego precoz .....	22
2.2.10. Alimentación complementaria.....	22
2.2.11. Actitudes en la lactancia materna y alimentación complementaria.....	23
2.2.12. Prácticas en la lactancia materna y alimentación complementaria.....	23
CAPÍTULO III: Diseño metodológico .....	25
3.1. Tipo y diseño de investigación .....	25
3.1.1. Investigación descriptiva.....	25
3.2. La población y la muestra .....	25
3.2.1. Características de la población.....	25
3.2.2. Delimitación de la población .....	26
3.2.3. Tipo de muestra .....	26
3.2.4. Tamaño de la muestra.....	26
3.2.5. Proceso de selección de la muestra .....	27
3.3. Los métodos y las técnicas.....	27

3.3.1. Analítico-sintético .....	27
3.3.2. Técnica e instrumento .....	28
3.4.    Procesamiento estadístico de la información .....	28
3.4.3. Operacionalización de variables .....	28
CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultado.....	32
4.1    Análisis de la situación actual .....	32
4.1.1. Características sociodemográficas de las adolescentes primíparas en estudio.....	32
4.1.2. Nivel de conocimientos en la lactancia materna y alimentación complementaria por medio de una encuesta .....	35
4.1.3. Nivel de actitudes en lactancia materna y alimentación complementaria por medio de una encuesta .....	41
4.1.4. Nivel de prácticas en la lactancia materna y alimentación complementaria por medio de una encuesta .....	48
4.2    Análisis Comparativo .....	53
CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones .....	60
5.1. Conclusiones .....	60
5.2. Recomendaciones .....	61
Bibliografía.....	63
Anexos.....	67

## Introducción

Es relevante promover una alimentación saludable desde el nacimiento, esto con la finalidad que se garantice un desarrollo óptimo de cada individuo, ahora bien, a pesar de que es un derecho de todo ciudadano gozar de salud, esta no ha sido fortalecida por la sociedad con alto impulso. Pensando en la situación antes mencionada, la presente investigación ha tomado como referente el estudio de la lactancia materna (LME) y alimentación complementaria hasta los dos años, debido a que la LME, se recomienda hasta los 6 meses de edad, continuada hasta los 2 años o más. A pesar de la información e interés es escaso sobre el tema, la disparidad de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre la LME se ha tomado como objetivo centrar la investigación en madres primíparas Mohamed et al. (2018).

Investigaciones sustentan la importancia de conocer a fondo estas prácticas necesarias en la población objetivo. La OMS y UNICEF recomiendan la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida Martínez et al. (2018). La lactancia materna exclusiva se define como no dar ningún otro alimento o bebida al lactante, ni siquiera agua, excepto leche materna (incluida la leche extraída o de una nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, pero permite que el lactante reciba SRO (solución oral sustitutiva), gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) Theurich et al. (2019).

De hecho, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) ha fijado el objetivo mundial de aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en todo el mundo al 50% para 2025 Al Jawalkeh y Sayed (2018). La lactancia materna exclusiva se considera una de las herramientas más poderosas de que disponen los responsables políticos para mejorar la salud de su población y sus economías.

Se ha observado que las madres primíparas, en comparación con las múltiparas, tienen más dificultades para practicar su primera experiencia. Las madres primíparas tienen menos probabilidades de practicar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y menos probabilidades de amamantar durante 2 años o más Adams et al. (2020).

Pueden tener dificultades para adaptarse al nuevo rol y menos habilidades para la lactancia materna. Entre las madres primíparas, los factores que se ha demostrado que influyen o predicen la LME son la autoeficacia en la lactancia, la expectativa de resultados de la lactancia, los factores socioculturales y el inicio precoz de la lactancia materna. Muchos estudios han demostrado que la multiparidad se asocia con una lactancia exclusiva más prolongada Uusitalo et al. (2012).

En este estudio se compararon los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las madres primíparas donde se estudió los conocimientos y las actitudes de las madres y la lactancia materna exclusiva.

## Capítulo I: El problema de la investigación

### 1.1. Planteamiento del problema

La situación problema de la investigación ha sido sustentada en algunos contextos, siendo uno los más alarmantes la vulnerabilidad a la que madres adolescentes pueden estar expuestas, como las zonas marginales en que residen. Para este estudio se consideró un sector del cantón Guayaquil perteneciente a la Provincia del Guayas, localidad que se caracteriza por ser uno de los más grandes del país, en consecuencia, demanda mayor recursos en los diversos sectores carecen de servicios como educación, salud, cultura, entre otro Delgado (2013). En esta zona existen diversos sectores donde existen carencias de salud y otros derechos básicos Villarreal (2015).

Bajo esta situación se ha especificado que el foco de la investigación se dirija a los problemas de salud que puedan palpar estas zonas, teniendo como meta principal abordar la lactancia materna y alimentación complementaria, por ello, se levantó información para conocer cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes primíparas de niños menores de 2 años. Debido a que existe evidencia científica donde se hace eco que la lactancia materna es un factor fundamental para prevenir enfermedades en los niños y a ello se suma la alimentación complementaria, donde ambas son indispensables para un crecimiento saludable, además de prolongar su calidad de vida, misma que también depende de otros factores como los socioeconómicos, englobando varios escenarios sobre realidades diversas de todas las madres y niños de zonas vulnerables en la localidad Álava (2020).

Lamentablemente, las enfermedades que se desarrollan por una alimentación no balanceada desde el embarazo siguen siendo un problema de salud pública, que con el pasar de los años no se radica ni parcial y peor en su totalidad. Prieto (2016) que a pesar de la iniciativa que tiene el gobierno, aún se evidencia la mala planificación familiar en adolescentes, misma que toma fuerza por la falta de información, dando paso al resultado continuo de embarazos a tan temprana edad, dificultando y hasta cierto punto, poniendo en riesgo la vida tanto de la mamá como del bebé, y aún más si estas son primíparas.

De hecho, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) por medio un informa del Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales muestran que, durante el 2021, en Ecuador se registraron 19.098 nacidos vivos de madres adolescentes (de entre 10 y 17 años), de los cuales 1.843 corresponden a madres de entre 10 y 14 años (embarazo infantil), siendo aún más caótica la situación, ya que son resultado de violación. La tasa de embarazo infantil por cada 1.000 niñas fue de 2,24 en 2021, registrando un incremento con respecto a 2020, cuando fue de 2,01 y frente a 2019, cuando alcanzo un 2,22. Esta problemática toma fuerza debido a que acciones irresponsables o por falta de información en madres primíparas adolescentes no se cuentan con los conocimientos, actitudes y prácticas basándose en la lactancia y alimentos complementarios, también previenen las alteraciones, la estimulación del desarrollo y salud integral de sus hijos.

## **1.2. Delimitación del problema**

Objeto de estudio: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria.

Unidades de Observación: Madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años sector marginal del Cantón Guayaquil.

Delimitación Espacial: Sector Barrial “Comité Barrial Sucre y Malecón”

Delimitación Temporal: Septiembre- Diciembre 2022.

## **1.3. Formulación del problema**

¿Los conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria son aplicados por madres adolescentes primíparas que habitan en sector marginal del Cantón Guayaquil?

## **1.4. Preguntas de investigación**

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las madres adolescentes primíparas en estudio que habitan en sector Marginal de Guayaquil?

¿Qué conocimientos tiene sobre lactancia materna y alimentación complementaria?

¿Qué actitudes adopta en la lactancia materna y alimentación complementaria de su hijo(os)?

¿Cuáles son las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria con las que asiste a su hijo(os)?

### **1.5. Determinación del tema**

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que aplican las madres adolescentes primíparas en la lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes primíparas que habitan en sector marginal del cantón Guayaquil que participan activamente en el Comité Barrial Sucre Malecón.

### **1.6. Objetivo general**

Estudiar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes primíparas de niños menores de 2 años.

### **1.7. Objetivos específicos**

- Analizar las características sociodemográficas de las madres adolescentes primíparas de un sector marginal del cantón Guayaquil.
- Identificar los conocimientos en lactancia materna y alimentación complementaria de las madres adolescentes primíparas de un sector marginal del cantón Guayaquil.
- Conocer las actitudes en lactancia materna y alimentación complementaria de las madres adolescentes primíparas de un sector marginal del cantón Guayaquil
- Reconocer las prácticas en lactancia materna y alimentación complementaria de las madres adolescentes primíparas de un sector marginal del cantón Guayaquil.

## 1.8. Justificación

El desarrollo de la siguiente investigación es de gran importancia por todos los temas, repercusiones y experiencias que debe estar orientada las madres adolescentes primíparas sobre la lactancia materna y alimentación complementaria, indicando “se recomienda mantener la lactancia materna (LM) de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de edad y, a partir de ese momento, añadir de forma paulatina el resto de los alimentos, manteniendo la LM a demanda todo el tiempo que madre e hijo deseen” Brahm y Valdés (2017).

Además, las madres adolescentes primíparas cumplían sus funciones maternas con puntuaciones más bajas que las madres multíparas y adultas, es decir, la capacidad de respuesta, el tacto, el discurso general hacia el bebé y la lactancia materna en la primera infancia. El desarrollo de sus hijos a los 24 meses reveló una puntuación más baja que la de los hijos de una madre mayor, mientras que el maltrato y la negligencia infantil tuvieron puntuaciones más altas. Aunque el personal de atención sanitaria domiciliaria posparto de la comunidad supervisó intensamente el bienestar del bebé, no evaluó rutinariamente el IM un año después del parto. Dado que una madre con una mayor adaptación al IM tiene más probabilidades de convertirse en una mejor cuidadora de su bebé, se requiere una herramienta de evaluación para valorar el IM de las madres adolescentes que tienen su primer hijo.

La importancia de esta investigación mediante la relación directa de la lactancia materna y el consumo de alimentos complementarios es “prevenir la aparición de enfermedades, como las infecciones propias de la infancia, que se desarrollan a corto plazo y contribuye en la prevención de enfermedades de la vida adulta como son las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y la obesidad.” Martínez et al. (2017).

Los factores educacionales y socioeconómicos poseen influencia directa en todas las acciones que van a realizar los padres, ya que, por medio de su capacitación, lograrán que la madre se estimule y poco a poco vaya desarrollando sus capacidades y habilidades. Las acciones que realicen las madres adolescentes primíparas y factores del entorno serán fundamentales para el desarrollo y crecimiento prolongado, es decir, desde lo económico hasta lo sentimental que ofrezca los padres como la familia.

Estudios han relacionado el acto del amamantamiento con diferentes áreas de la salud como la medicina, pediatría, obstetricia, entre otras, pero muy pocas veces con el ámbito odontológico; Debido a esto, es muy escasa la información que existe al respecto y muy grande la falta de desconocimiento de su íntima relación” Garcés y Cárdenas (2020).

### **1.9. Alcance y limitaciones**

En base a lo antes expuesto esta investigación se realizó una encuesta transversal entre madres adolescentes primíparas que estaban embarazadas cuando tenían menos de 17 años y que residían con sus hijos menos de dos años, sin diagnóstico de parto anormal. Las personas estuvieron dispuestas a participar en el estudio firmaron formularios de consentimiento, mencionando que sus datos personales no sean de libre exposición.

### **1.10. Hipótesis**

Los conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria son aplicados por madres adolescentes primíparas que habitan en sector marginal del Cantón Guayaquil.

## CAPÍTULO II: Marco teórico referencial

### 2.1. Antecedentes

#### 2.1.1. Antecedentes históricos

La OMS ha definido los tipos de lactancia como lactancia materna exclusiva desde los primeros cuatro a seis meses de vida, además lactancia materna predominante mediante la leche humana, pero el lactante ha recibido agua o bebidas a base de agua, jugos de frutas o electrolitos orales y la lactancia materna parcial que se trata de un biberón con algún sucedáneo de la leche materna. La lactancia artificial, en cambio, “es una alternativa a la LM o puede ser un suplemento de esta en ocasiones en que sea necesario o cuando esta esté contraindicada. Para ampliar conocimientos en relación con este tema, se remite al artículo que trata sobre el tema en este mismo suplemento Sosa Sánchez et al. (2017) . Posee muchas coincidencias en relación con la lactancia materna, ya que ambos temas o acciones que debe realizar las madres adolescentes primíparas tienen como finalidad de una correcta alimentación, es promover un adecuado crecimiento y desarrollo neurológico, además de proveer nutrientes que contiene la leche materna, también permite desarrollar el gusto a nuevos sabores y previene enfermedades como obesidad, desnutrición, alergias y más.

Para iniciar la alimentación complementaria se deben tener en cuenta múltiples factores involucrados en el éxito de su buena implementación, tales como: la edad, la capacidad del niño para la digestión y absorción de los diferentes micro y macronutrientes presentes en la dieta, las habilidades sociales y motoras adquiridas, el medio socioeconómico en el que se encuentra y la incapacidad de la leche materna” Espés (2017). En 1979, la Organización Mundial de la Salud (OMS) e instituciones de las Naciones Unidas abordaron los problemas de alimentación del lactante y en niños pequeños, al constatar que una de las causas de abandono de la lactancia natural es la publicidad errónea y la excesiva promoción de fórmula lácteas. Como resultado surgió el “Código Internacional de Sucédáneos de la Leche Materna” para regular las prácticas de comercialización de alimentos infantiles (Cáceres y Canales, 2016).

A los seis meses, los requerimientos nutricionales de los lactantes se incrementan y se hace necesario introducir alimentos adicionales, por lo que surge el término de alimentación complementaria. La OMS la define como la “transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación familiar”, que se realiza comúnmente de los 6 a los 24 meses de edad. Cerca del 30% de la población mundial de menores de 5 años padece de retraso del crecimiento debido a una alimentación y a infecciones a repetición (Torres, y otros, 2015).

La lactancia materna (LM) es la mejor estrategia para mejorar la salud y prevenir la mortalidad infantil. Los menores amamantados experimentan menor mortalidad, incluido el síndrome de muerte súbita, y menor frecuencia y gravedad de morbilidad por diarreas, infecciones respiratorias y dermatitis. Los niños amamantados tienen mayor coeficiente intelectual, menos riesgo de diabetes, obesidad, asma y leucemia (Cepeda, 2015).

### **2.1.2. Antecedentes referenciales**

Ciampo y Ciampo (2018) realizó un estudio donde menciona que el ofrecimiento del pecho materno al bebé es un derecho incuestionable de las madres y de sus hijos, y deben hacerse todos los esfuerzos para promover, seguir y mantener la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementarla hasta que el niño cumpla los 2 años. Existen muchas publicaciones en la literatura sobre las cualidades de la leche materna, sus beneficios y repercusiones en la salud, que estimulan la práctica de la lactancia materna y apoyan las campañas para su implantación. Sin embargo, aunque es ampliamente conocido que la lactancia materna es un paso importante en el proceso reproductivo de la mujer y que su práctica ofrece beneficios tanto para la madre como para el niño, la mayor parte de la información disponible destaca los beneficios de la leche materna para los niños, mientras que la mención de los efectos de la lactancia materna en la salud de la madre se suele descuidar. Por ello, el objetivo del presente estudio es destacar los múltiples beneficios de la lactancia materna para la salud física y emocional de la madre lactante.

Couto et al. (2020) Informaron que la importancia de la lactancia materna y su exclusividad en los primeros seis meses de vida del niño es mundialmente reconocida. A pesar de ello, la adherencia a la lactancia materna exclusiva está lejos

de los estándares internacionales. Por lo tanto, la actualización de la evidencia sobre este tema es esencial para demostrar a los padres y a los profesionales de la salud, los beneficios de la lactancia materna exclusiva, desmitificando las ideas y promoviendo la adherencia. Se realizó una revisión integradora con una búsqueda en las bases de datos Medline, SciELO y CINHALL, con los descriptores "breast feeding", "breast", "feeding", "breastfeeding", "exclusive" y "benefits", combinados con el operador booleano "AND" y "OR", de estudios publicados entre 2014 y 2019. De los 221 estudios identificados, se incluyeron ocho para su revisión.

Se identificaron beneficios a corto y largo plazo de la lactancia materna exclusiva para los niños, como hábitos alimentarios más saludables, reducción de la duración de la estancia hospitalaria, aumento de peso favorable, menor índice de masa corporal, menor adiposidad, valores de colesterol total más bajos, mejor desarrollo cognitivo y conductual, así como estabilidad de los niveles metabólicos en niños con trastornos metabólicos. Existen beneficios para la lactancia materna exclusiva que deben ser explicados a los padres. Las enfermeras deben incorporar la mejor evidencia disponible en su práctica para que los padres se den cuenta del impacto de la elección de la lactancia materna exclusiva en la salud del niño, aumentando su adherencia.

La lactancia materna tiene muchos beneficios para la salud, tanto a corto como a largo plazo, para los bebés y sus madres. Cada vez son más los estudios que informan sobre las asociaciones entre la lactancia materna y la protección a largo plazo contra las enfermedades crónicas. En este estudio se revisan las pruebas de investigación recientes, basándose en revisiones autorizadas anteriores. Las recientes revisiones de la Organización Mundial de la Salud sobre los beneficios a corto y largo plazo de la lactancia materna concluyeron que había pruebas sólidas de muchos beneficios de la lactancia materna para la salud pública. El desarrollo cognitivo mejora con la lactancia materna, y los bebés que son amamantados y las madres que amamantan tienen menores tasas de obesidad. Otras enfermedades crónicas que se reducen con la lactancia son la diabetes (tanto de tipo 1 como de tipo 2), la obesidad, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la hiperlipidemia y algunos tipos de cáncer Binns et al. (2016).

Examinamos cómo la exposición prenatal a la información sobre la lactancia materna de varias fuentes de medios de comunicación, el conocimiento materno de los beneficios, el apoyo de la familia y el médico, y las prácticas de los compañeros influyen en los resultados de la lactancia materna en la primera infancia. Se examinó el inicio de la lactancia materna, cualquier lactancia a los dos meses y la exclusividad de la lactancia materna a los dos meses en una cohorte de mujeres de EE.UU. utilizando datos del Estudio de Prácticas de Alimentación Infantil II. Se realizaron estadísticas descriptivas, análisis de chi-cuadrado y regresión logística. Aproximadamente el 85% de las mujeres iniciaron la lactancia materna. A los dos meses, el 63,8 por ciento continuó con la lactancia, mientras que sólo el 38,1 por ciento dio el pecho de forma exclusiva. Las madres con mayores conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna tenían 11,2 (IC del 95%: 6,87-18,45) veces más probabilidades de iniciar la lactancia y 5,62 (IC del 95%: 4,19-7,54) veces más probabilidades de dar el pecho a los dos meses que las que tenían menores niveles de conocimiento. Las mujeres cuyas familias apoyaron prenatalmente la lactancia materna exclusiva tenían 8,21 (5,12-13,2) veces más probabilidades de iniciar y continuar la lactancia materna (OR 3,21; IC del 95%: 2,51-4,11). Los médicos que sólo apoyaron la lactancia materna también aumentaron las probabilidades de que una mujer iniciara la lactancia (OR 1,95; IC del 95%: 1,31-2,88). Las intervenciones para aumentar el conocimiento materno de los beneficios de la lactancia materna y el apoyo de la familia y el médico a la lactancia materna en el periodo prenatal pueden ayudar a aumentar las tasas de lactancia materna. El fomento de la lactancia materna debe ser una prioridad entre los profesionales sanitarios para mejorar la salud de las madres y los bebés (Kornides & Kitsantas, 2013).

La lactancia materna es la referencia con la que deben medirse los modelos alternativos de alimentación infantil en lo que respecta al crecimiento, el desarrollo y otros resultados de salud. Aunque no se trata de una revisión sistemática, este informe proporciona una actualización para los profesionales de la odontología, incluyendo una visión general de los beneficios generales y relacionados con la salud oral asociados a la lactancia materna. Los autores examinaron la literatura relativa a las protecciones generales de la salud que la lactancia materna confiere a los bebés y a las madres y exploraron las asociaciones entre la lactancia materna, la oclusión en la dentición primaria y la caries de la primera infancia. Para lograr estos objetivos,

revisaron las revisiones sistemáticas cuando estaban disponibles y las complementaron con estudios comparativos y con declaraciones e informes de las principales organizaciones no gubernamentales y gubernamentales. En comparación con los resultados de salud de los niños alimentados con leche artificial, las ventajas de la lactancia materna para la salud incluyen un menor riesgo de otitis media aguda, gastroenteritis y diarrea, infecciones respiratorias bajas graves, asma, síndrome de muerte súbita del lactante, obesidad y otras enfermedades y afecciones infantiles. Las pruebas también indican que los niños amamantados pueden desarrollar una oclusión más favorable en la dentición primaria. Los resultados de una revisión sistemática en la que los investigadores examinaron la relación entre la lactancia materna y la caries de la primera infancia no fueron concluyentes (Salone et al., 2013). La Academia Americana de Odontología Pediátrica, de Chicago, sugiere que los padres limpien suavemente las encías y los dientes de los bebés después de la lactancia. La Academia Americana de Pediatría, de Elk Grove Village (Illinois), recomienda que la lactancia materna sea exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que continúe, con la introducción de alimentos complementarios adecuados, al menos hasta los 12 meses de edad o más, según deseen la madre y el niño. Los dentistas y los miembros del personal pueden tomar medidas para asegurarse de que están familiarizados con las pruebas y las directrices relativas a la lactancia materna y a la salud bucodental. Se les anima a seguir las recomendaciones del cirujano general para promover y apoyar prácticas óptimas de lactancia y salud bucodental entre sus pacientes.

La lactancia materna puede mejorar algunos de los complejos problemas de salud a los que se enfrentan las familias con bajos ingresos. Las mujeres que amamantan y sus hijos tienen menores costes de atención sanitaria en comparación con las que se alimentan con leche artificial. Aumentar la duración de la lactancia materna es una prioridad nacional, especialmente para las mujeres con bajos ingresos. Este ensayo clínico aleatorizado basado en la comunidad, en el que participaron madres de bajos ingresos, comparó la atención habitual con una intervención que comprendía visitas al hospital y al hogar, y apoyo telefónico por parte de un equipo de enfermeras/consejeros de salud de la comunidad durante 6 meses después del parto. Se reclutaron 41 mujeres tras el parto de un bebé único a término y se asignaron aleatoriamente a los grupos de intervención o de atención habitual. Las mujeres que

recibieron la intervención de salud comunitaria amamantaron durante más tiempo que las mujeres que recibieron la atención habitual. Los bebés del grupo de intervención tuvieron menos visitas por enfermedad y reportaron el uso de menos medicamentos que los bebés del grupo de atención habitual. El coste de la intervención (301 dólares/madre) se vio parcialmente compensado por el ahorro de costes en leche artificial y atención sanitaria. El apoyo de las enfermeras de salud de la comunidad y de los consejeros de pares puede aumentar la duración de la lactancia materna en las mujeres de bajos ingresos, y tiene el potencial de reducir los costos totales, incluyendo el costo del apoyo (Pugh et al., 2002).

Unas prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria son fundamentales para la nutrición, la salud y la supervivencia de los niños durante los dos primeros años de vida. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y la continuación de la misma durante al menos 2 años, junto con la introducción oportuna de cantidades adecuadas de alimentos complementarios de calidad nutricional y microbiológica apropiada. Las cantidades de energía y micronutrientes que se requieren de los alimentos complementarios se han estimado como la diferencia entre las necesidades fisiológicas totales de estos componentes alimentarios y las cantidades transferidas al niño en la leche materna. También se han propuesto recomendaciones sobre la densidad energética de los alimentos complementarios y su frecuencia de administración. La ingesta de varios micronutrientes, como el hierro, el zinc, el calcio, algunas vitaminas del grupo B y (en algunos contextos) la vitamina A, sigue siendo problemática porque los alimentos de bajo coste disponibles habitualmente contienen cantidades inadecuadas de estos nutrientes para suplir el déficit de la leche materna. Las estrategias alternativas para proporcionar estos nutrientes incluyen la adición de alimentos de origen animal a la dieta, el suministro de alimentos complementarios fortificados y procesados, la administración de suplementos de micronutrientes o la oferta de alguna combinación de estos enfoques. Se discuten las ventajas, desventajas y posibles riesgos de estas diferentes estrategias (Brown, 2007).

La dieta que se establece en la alimentación complementaria de los niños de 6 a 23 meses contribuye a las características tendencias negativas de crecimiento y a las muertes observadas en los países en desarrollo, si esta no es diseñada acorde a las

necesidades nutricionales que este necesita. Las pruebas han demostrado que la promoción de prácticas adecuadas de alimentación complementaria reduce la incidencia del retraso del crecimiento y conduce a mejores resultados de salud y crecimiento. Este estudio tenía como objetivo evaluar las prácticas de alimentación complementaria y los factores asociados entre las madres de niños de 6 a 23 meses. Se llevó a cabo un diseño de estudio transversal basado en la comunidad entre 611 madres que tenían hijos de 6 a 23 meses de edad en los diez kebeles (la unidad administrativa más pequeña) seleccionados al azar. Se utilizó una técnica de muestreo multietapa para identificar a los sujetos del estudio. Los datos se recogieron mediante un cuestionario estructurado previamente probado. Los datos se introdujeron en Epi info versión 3.5.1. La depuración y el análisis de los datos se realizaron con el SPSS versión 16. Se calcularon los odds ratios (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95% para medir la fuerza de la asociación. La tasa de respuesta fue del 97,6% (611/626). Las prácticas de iniciación oportuna de la alimentación complementaria, la frecuencia mínima de las comidas y la diversidad mínima de la dieta fueron 72,5, 67,3 y 18,8 % entre las madres de niños de 6 a 23 meses, respectivamente. La práctica de la alimentación complementaria adecuada fue del 9,5%. Edad del niño (12-17 y 18-23 meses) (Kassa et al., 2016).

La lactancia materna confiere una protección vital contra las enfermedades infecciosas entre las poblaciones desfavorecidas. Como resultado, la promoción de la lactancia materna tiene un papel importante en los programas de salud infantil en todo el mundo.<sup>82</sup> En los países industrializados, las pruebas relativas a la lactancia materna y su papel en la reducción de la morbilidad y la mortalidad infantil son mixtas, lo que da lugar a la especulación de que la protección puede ser específica de la enfermedad o de la población; sin embargo, muchos de los primeros estudios realizados en los países industrializados han sido criticados por varios defectos metodológicos, incluyendo métodos de vigilancia inadecuados y definiciones imprecisas de los resultados y los grupos de alimentación. Hasta hace poco, los grupos de lactancia incluían a menudo a los bebés amamantados durante cualquier periodo de tiempo, combinando a los bebés que fueron amamantados sólo una vez en el hospital con los que fueron amamantados exclusivamente durante varios meses. A medida que los investigadores van comprendiendo mejor los mecanismos

subyacentes de la relación entre la lactancia materna y la infección, es evidente que esta relación no sólo se ve afectada por el hecho de que un niño sea amamantado, sino también por la forma en que se le alimenta. Reconociendo la necesidad de unas directrices específicas para la alimentación del lactante, varios programas pediátricos y de salud pública de Estados Unidos y otros países industrializados abogan por la lactancia materna exclusiva durante unos 6 meses y por la lactancia materna continuada durante un año o más con alimentos y líquidos complementarios (Heinig, 2001).

En el Ecuador, mediante una investigación de tipo descriptivo que se realizó con 100 madres del Barrio Motupe de la ciudad de Loja, que tuvo un enfoque cuantitativo-cualitativo; se planteó determinar los factores asociados al abandono de la Lactancia Materna exclusiva, se aplicó encuesta y entrevista a informantes claves, el análisis se lo realizó en base a la revisión bibliográfica; y los resultados demostraron que; el nivel educacional de estas madres fue bajo, su ocupación mayoritaria es quehaceres domésticos, dentro de los factores sociales tenemos la insuficiente motivación para amamantar y un porcentaje importante en la falta de información ; en cuanto a factores culturales se encontraron la preferencia de alimentación con fórmula láctea y el uso de biberones, además de que algunas de estas madres hacen referencia a su preocupación por cambios en su estética debido a la lactancia materna, todo ello por influencia de los demás medios. (Herrera, 2017)

La razón más importante para el inicio de la lactancia materna fue el reconocimiento de beneficios, tanto para la madre como para el niño, con un 75 %; el 17 % consideró que el vínculo afectivo era el motivo principal. A los 6 meses de vida el 61 % de los niños habían iniciado fórmula láctea. El 40 % de las madres evaluadas mantuvo la lactancia materna a los 12 meses. (Gramajo, 2018)

En Ecuador, se realizó la investigación “Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna en Madres Adolescentes en la Fundación Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo – 2013”. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo. En sus resultados determino que el nivel de conocimiento: el Nivel 1 (malo) correspondiente al 55%, el Nivel 2 (regular) al 19%, el Nivel 3 (bueno) al 21% y el Nivel 4 (excelente) al 5% de la

muestra. Concluyo que existe un alto porcentaje de nivel 1 (malo) de conocimientos acerca de la lactancia materna en madres adolescentes. (Bonilla & Mariela, 2018)

De 269 mujeres encuestadas un 71.2% referían haber sido alimentadas con leche materna y solo un 10.3% no conocen de su historial de alimentación al nacimiento, referente al conocimiento de la madre en relación al tiempo de inicio de la lactancia materna el 83.3% 41 reporta la primera media hora después del nacimiento como tiempo en el cual se debe iniciar el amamantamiento, un 8.7 % reportan no conocer del tema, tan solo el 0.8% tienen una opinión mala de la leche materna como alimento para el recién nacido, y respecto a la duración de la lactancia materna exclusiva el 72.2% de las encuestadas reporta como tiempo adecuado de esta los 6 primeros meses. (Cañón Ordoñez, 2012)

### **2.1.3. Constitución de la Republica del Ecuador**

La Asamblea Nacional (2015) señala:

Art 43. El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

#### **2.1.4 Ley Organica**

Ley Orgánica de Salud (2015) en El Libro I de Las Acciones De Salud, Capítulo I Disposiciones Comunes.

Art 17. La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad.

#### **2.1.5 Código Niñez y Adolescencia**

Código de La Niñez y Adolescencia (2015). Capítulo I Derechos de Supervivencia

Art 24. La obligatoriedad, los establecimientos de salud públicos y privados deben desarrollar programas con el propósito de estimular, promover e impulsar la lactancia materna

#### **2.1.6 Política de Lactancia Materna**

Ley de Fomento, Apoyo y Protección a La Lactancia Materna (1995) en El Capítulo I de La Política Nacional de Lactancia Materna.

Art 1. La lactancia materna es un derecho natural del niño y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo.

Art 2. Corresponde al Ministerio de Salud Pública, a través de sus unidades operativas, la aplicación de las disposiciones de la presente Ley. Para este efecto deberá diseñar e implementar acciones tendientes a:

- a) Fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva durante el primer año de vida del niño.
- b) Establecer en todos los servicios de salud públicos y privados, normas obligatorias que garanticen el contacto inmediato del niño con su madre, luego de su nacimiento.
- c) Promover y desarrollar educación continua en lactancia materna a los miembros del equipo de salud, la familia y la comunidad.
- d) Impartir la instrucción oportuna a toda madre embarazada o en período de lactancia sobre los beneficios nutricionales, inmunitarios, psicoafectivos y el efecto anticonceptivo de la lactancia materna, así como respecto del peligro que conlleva el cambio injustificado de ésta por biberones y chupones para los lactantes.
- e) Propugnar el cumplimiento de las normas del Código Internacional sobre Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la Organización Mundial de la Salud (OMS); y,
- f) Eliminar toda propaganda relacionada con las fórmulas lácteas en los servicios de salud.

## **2.2. Contenido teórico que fundamenta la investigación**

### **2.2.1. Lactancia materna**

La doctora Navas Traña (2018) cita a La organización mundial de la salud (OMS), esta recomienda que la primera leche que produce la madre inmediatamente después del parto como el alimento es perfecta para el recién nacido, y su administración debe iniciar en la primera hora de vida.

La Asociación Española de Pedriatría (2012) en su manual, indica que el hecho de amamantar al niño favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre. Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refiere como muy satisfactoria en todos los aspectos e incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza. La leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros meses de vida, porque contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasa y suministra las proteínas, enzimas digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los bebés necesitan.

### **2.2.2. Beneficios de la lactancia materna**

Son innumerables los estudios bien documentados que demuestran que la lactancia materna es la mejor opción para niño y que los beneficios a corto, mediano, y largo plazos respuesta a mayor duración, mayores son las ventajas que se obtienen de la leche humana. Motivo por el cual se debe favorecer el Apego precoz de las madres con su hijo, permitiendo el contacto piel con piel y el amamantamiento inmediato ya que los niños nacen con la habilidad innata para encontrar el pezón, adherirse y alimentarse desde la primera hora de nacimiento, esta acción facilita el éxito de la lactancia exclusiva y les permite a los niños adecuar la temperatura, frecuencia respiratoria y cardiaca (Gobierno de la Rioja, 2014). Para los autores Brahm y Valdés (2017) los beneficios más relevantes que ofrece la lactancia materna son:

### **2.2.3. Beneficios de la lactancia materna en madres primíparas**

La madre recupera el aspecto físico, es decir facilita la pérdida de peso. Permite que el útero recupere antes su tamaño normal: la succión estimula las contracciones uterinas. Las madres pueden sentir seguridad al saber que sus bebés están recibiendo la mejor nutrición posible. Además, sirve para proteger a las mujeres ante enfermedades como hipertensión, anemia o incluso disminuye el riesgo de depresión posparto. Incluso estudios realizados demuestran que las mujeres que han amamantado a sus bebés tienen menor riesgo de padecer cáncer de mama, osteoporosis y cáncer de ovario (Martínez Rodríguez, 2018).

### **2.2.4. Impacto en la familia y sociedad**

La leche producida por la madre no necesita ningún proceso de elaboración, ni envasado, ni transporte. No hay gasto de energía asociado y no hay de por medio un proceso de fabricación que sea contaminante para el medio ambiente. La lactancia materna es, por tanto, ecológica. Además, repercute la economía familiar, porque se gastará menos en consultas al pediatra y en medicamentos. La lactancia materna es el corazón de la familia, porque la lactancia es una expresión de amor, protección y una forma de cuidarse mutuamente (Martínez Rodríguez, 2018).

### 2.2.5. Etapas de la leche materna

De acuerdo con Miguel (2018), las etapas de la leche materna están divididas por tres distintas fases: Calostro, leche de transición y leche madura. La autora Cañón Ordonez (2012) indica una cuarta fase denominada precalostro.

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

**Calostro:** Es un tipo de leche materna que se crea durante el embarazo y que se mantiene durante varios días postparto, es de color amarillo y tiene una textura cremosa que es más espesa que la leche que sigue, es una excelente fuente de proteínas, vitaminas, y que a su vez contiene minerales e inmunoglobulinas, que, en términos simples, son anticuerpos que la madre le proporciona al bebé para protegerlo de enfermedades. La Asociación Española de Pedriatría (2012) menciona que el calostro es la secreción de la leche presente en los primeros cinco a siete días postparto, y se caracteriza por una mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura.

**Leche de transición** Se produce entre el 4 y 15 día luego del calostro. Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche, dura aproximadamente dos semanas y va en aumento hasta alcanzar el volumen de 600-700 ml día, esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura, contiene altos niveles de grasa, lactosa y vitaminas solubles en agua.

**Leche madura** El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700-900 ml/día durante los 6 primeros meses posterior al parto, es más clara y diluida o incluso azulada, en esta etapa la leche madura se divide en dos: El primero que es llamado leche del comienzo, se presenta al inicio de la alimentación del bebé;

contiene altos niveles de agua, vitaminas y proteínas y el segundo es la leche posterior; y se crea al final del proceso de la leche materna.

### **2.2.6. Superioridad de la leche materna**

La superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento (leche de fórmula artificial) para la nutrición y desarrollo del bebé durante los primeros meses de vida ha quedado bien demostrada en numerosos estudios científicos, que señalan un mayor riesgo de numerosos problemas de salud en los niños no alimentados con leche materna, entre los que cabe resaltar un mayor riesgo de muerte súbita del lactante y de muerte durante el primer año de vida, así como de padecer infecciones gastrointestinales, respiratorias y urinarias y de que estas sean más graves y ocasionen ingresos hospitalarios. A largo plazo los niños no amamantados padecen con más frecuencia dermatitis atópica, alergia, asma, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, Diabetes Mellitus, esclerosis múltiple y cáncer (Gómez, 2018).

Las niñas no amamantadas tienen mayor riesgo de cáncer de mama en la edad adulta. Los lactantes no alimentados al pecho presentan peores resultados en los test de inteligencia y tienen un riesgo más elevado de padecer hiperactividad, ansiedad y depresión, así como de sufrir maltrato infantil. Por otro lado, en las madres aumenta el riesgo de padecer hemorragia postparto, fractura de columna y de cadera en la edad postmenopáusicas, cáncer de ovario, cáncer de útero, artritis reumatoide, enfermedad cardiovascular, hipertensión, ansiedad y depresión. (Gómez, 2018, pág. 2)

### **2.2.7. Inmunología**

La inmunología es una rama de las ciencias biológicas que se ocupa del estudio del conjunto de órganos, tejidos, células y moléculas que tienen como función reconocer elementos extraños o ajenos a nuestro cuerpo y defenderlo de infecciones. La inmunología es una ciencia en constante cambio y tiene aplicaciones en numerosos aspectos de nuestras vidas. (Lanz, 2015). El manual de lactancia materna para atención primaria (2010) describe la siguiente inmunología de la leche materna:

Factor bífido: Estimula en el intestino el crecimiento de bífido bacterias que evitan el establecimiento de entero bacterias patógenas como E. Coli y Shigella.

Elementos Celulares: los leucocitos tienen mayor su concentración en el calostro como neutrófilos, macrófagos y linfocitos, los macrófagos particularmente que pueden sintetizar lisozimas, componentes del complemento, lactoferrina y prostaglandinas.

Inhibidores del metabolismo de microorganismos patógenos: La lactoferrina, la proteína que enlaza la vitamina B12 y las que fijan el folato impiden el crecimiento de gérmenes in vitro probablemente negando a los agentes infecciosos nutrientes esenciales para su crecimiento. Se le han encontrado propiedades bactericida, antiviral y moduladora de citocinas, además inhibe la adherencia de E. Coli enterotoxigénica.

Enzimas: La lisozima y una mieloperoxidasa catabolizan la oxidación de iones con actividad bacteriostática con capacidad de "lisar" las uniones entre glucoproteínas de las paredes bacterianas de una gran parte de bacterias gram positivas y de algunas gram negativas.

Inmunoglobulinas: La concentración de éstas en el calostro es mayor que en la leche madura, todas están presentes, pero es la IgA la que tiene mayor concentración ejerciendo una protección específica contra gérmenes del tracto gastrointestinal.

Lípidos: Los lípidos de la leche humana pueden inactivar virus encapsulados como el Herpes Simple tipo I, sarampión, etc. Factor anti estafilococos: Inhibe la proliferación de estafilococos en infecciones por este germen. Complemento C3 y C1: Promueve el proceso de opsonización de las bacterias. Interferón: Inhibe la replicación intracelular de los virus

### **2.2.8. Lactogénesis**

La lactogénesis es la habilidad de producir lactosa y consiste en un periodo de transición caracterizado por la diferenciación funcional de las células del tejido mamario, las cuales cambian de un estado no lactante (no secretorio) a lactante (secretorio). Este proceso se ha dividido en dos fases: 1) fase de activación secretoria o lactogénesis I donde, además de ocurrir diferenciación celular y enzimática se da la

calostrogénesis y 2) fase de activación secretoria o lactogénesis II, caracterizada por la secreción copiosa de leche (Huertas et al. , 2020)

### **2.2.9. Apego precoz**

El apego precoz es el vínculo afectivo que se establece en los primeros momentos después del parto, entre madre y el hijo en el que deben permanecer contacto piel a piel, momento fundamental para que él bebe aprenda a succionar ya que por lo general esta alerta y su reflejo de succión es Fuerte. El contacto del recién nacido debe ser desnudo, en posición prona sobre el pecho desnudo de su madre, cubierto por su espalda con una manta tibia, inmediatamente ocurrido el parto durante al menos una hora. Esta acción una técnica que permite el contacto físico, creando un vínculo precoz entre la madre y el recién nacido, este vínculo es intenso, permanente y favorece la lactancia materna, Así mismo fortalecer los lazos afectivos que permiten un buen desarrollo físico y psico emocional del niño (Farinango, 2018) (Navas Traña, 2018)

### **2.2.10. Alimentación complementaria**

La alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo que también son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. Es considerado desde los 6 a los 23 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años (Martínez Rodríguez, 2018).

A partir de los 6 meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder lo aportado por la leche materna; entonces, la alimentación complementaria se vuelve necesaria para llenar las brechas de energía y de nutrientes (Dewey & Brown, 2003). Si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado. En muchos países, el período de la alimentación complementaria, de los 6 a los 23 meses, es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas (Dewey & Adu-Afarwuah, 2008).

Los alimentos complementarios requieren ser nutricionalmente seguros y administrados de manera apropiada, para que cubran las necesidades de energía y de nutrientes del niño pequeño. Sin embargo, la alimentación complementaria frecuentemente adolece de muchos problemas; por ejemplo, si los alimentos están muy diluidos, no se alimenta al niño con la frecuencia necesaria o las raciones son muy pequeñas, o reemplazan a la leche materna siendo de menor calidad. Tanto los alimentos como las prácticas de alimentación influyen sobre la calidad de la alimentación complementaria y las madres y las familias necesitan apoyo para aplicar buenas prácticas de alimentación complementaria (OPS/OMS, 2010).

### **2.2.11. Actitudes en la lactancia materna y alimentación complementaria**

Por otro lado, las actitudes, definidas como estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la experiencia que incita a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones Quesada y Villalobos (2006), pueden ser favorables o desfavorables, de rechazo o aceptación respecto a lactancia materna, alimentación habitual del niño menor de 2 años y durante periodos de enfermedad. Asimismo, las percepciones (procesos cognitivos que consisten en el reconocimiento, interpretación y significación para elaborar juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social) Gamarra et al. (2010) sobre la alimentación del niño, creencias en relación a LM, consistencia de las comidas, cantidad, frecuencia y consumo de alimentos de origen animal (AOA), influirían en sus actitudes.

### **2.2.12. Prácticas en la lactancia materna y alimentación complementaria**

La nutrición adecuada durante los primeros dos años de vida es fundamental para el desarrollo pleno del potencial de cada ser humano; actualmente se reconoce que este periodo es una ventana crítica para la promoción de un crecimiento y desarrollo óptimos y un buen estado de salud.

Por tanto, cumplir con una alimentación adecuada en esta etapa de la vida tiene impacto sobre la salud, estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños; no sólo en el corto plazo, sino en el mediano y largo plazo. Por ello, es relevante que realicen buenas prácticas en la lactancia materna y alimentación complementaria. Sin

embargo, la literatura muestra que también en la inexperiencia las madres primíparas suelen adoptar malas practicas en este proceso de alimentación. Como Introducción temprana de alimentos complementarios, donde la introducción temprana de alimentos complementarios cuando se inicia antes de la semana 17 de vida. Antes de esta edad, la inmadurez de diferentes sistemas como: gastrointestinal, renal, neuromuscular e inmunológico, puede traer riesgos para la salud a corto y largo plazo. Los riesgos a corto plazo son: interferencia de la alimentación exclusiva con leche materna; incremento de infecciones gastrointestinales por reducción del efecto protector de la leche humana y por la introducción de alimentos contaminados; desaceleración del crecimiento y desnutrición debido a disminución del volumen de consumo de leche materna y/o fórmula láctea, con introducción de alimentos de pobre densidad energética o nutrimental; incremento del riesgo de presentar dermatitis atópica, sibilancias o alergia a la proteína de la leche de vaca Romero et al. (2016).

## CAPÍTULO III: Diseño metodológico

### 3.1. Tipo y diseño de investigación

#### 3.1.1. Investigación descriptiva

Se realizó una investigación descriptiva puesto se han resaltados los conocimientos del contexto de la investigación, mismo que dio paso a la formulación metodológica de recopilar conocimientos es la descripción precisa de la realidad de la investigación realizada en madres adolescentes primíparas. Temiendo como objeto de la descripción sucesos que permitieron a analizar detalladamente cada una de las preguntas abordadas mediante la encuesta propuesta, con la finalidad de conocer los conocimientos, actitudes y prácticas en la lactancia materna y alimentación complementaria. Ahora bien, con la contribución se describió algunas características de la investigación descriptiva como análisis de contenido cualitativo y el análisis temático son dos enfoques comúnmente utilizados en el análisis de datos de la investigación. En otras palabras, este documento describe y discute los límites entre el análisis de contenido cualitativo y el análisis temático y presenta implicaciones para mejorar la coherencia entre el propósito de los estudios relacionados y el método de análisis de datos desde un contexto descriptivo.

### 3.2. La población y la muestra

#### 3.2.1. Características de la población

La población de estudio han sido las madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años, donde se resaltó como se dan los conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna en sus hijos, las cualidades características asociadas al vínculo de la madre con su hijo, es necesaria para todas las madres que pretenden tener un bebé y está relacionada con las cualidades fundamentales necesarias en la vida materna e infantil.

### 3.2.2. Delimitación de la población

La población de estudio se caracteriza por madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años que habitan en el sector Sucre y Malecón del Cantón Guayaquil. De acuerdo con esta población se estableció la muestra para realizar la presente investigación.

### 3.2.3. Tipo de muestra

Para definir el tamaño de la muestra se tomó en consideración el tamaño del universo de estudio. De acuerdo con los registros en el sector habitan 175 madres adolescentes primíparas. La muestra es de tipo probabilística clasificada como aleatorio simple, puesto que todas las participantes tuvieron la misma condición y oportunidad de formar parte de la investigación.

### 3.2.4. Tamaño de la muestra

Cuando la población es finita y se conoce con certeza su tamaño:

$$n = \frac{z^2 p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra.

N: tamaño de la población

p: posibilidad de que ocurra un evento,  $p = 0,5$

q: posibilidad de no ocurrencia de un evento,  $q = 0,5$  E: error, se considera el 5%;  $E = 0,05$

Z: nivel de confianza, que para el 95%,  $Z = 1,96$

**Tabla 1. Tamaño de la muestra**

	<b>Datos</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Resultado</b>
Z <sup>2</sup>	3,8416		
p	0,5	168,07	120,44575
q	0,5	1,3954	
N	175		
e <sup>2</sup>	0,0025		

Ochoa, 2022

Se procedió a encuestar a 120 madres adolescentes primíparas.

### **3.2.5. Proceso de selección de la muestra**

Para la selección de la muestra se procedió a conocer la población objetivo, ya que en función de esta se conoció el tamaño de la muestra para la investigación, posterior a ellos, resultado ser 120 madres adolescentes primíparas. Con ellas se procedió con la encuesta que fue diseñada con preguntas que permitieron recolectar información de las características sociodemográficas, conocimientos, actitudes y practicas en el enfoque de la lactancia materna y alimentación complementaria. Para luego analizar los datos, tomando en consideración un análisis estadístico descriptivo de las variables de estudio, para conocer el comportamiento de la información recopilada en cada una de las preguntas. Con ello, se realizó el análisis y la interpretación de resultados, mismo que fueron desglosados en el orden propuestos, y finalmente expuestos por la investigación realizada.

## **3.3. Los métodos y las técnicas**

Los métodos han sido seleccionados para el cumplimiento de las tareas de investigación

### **3.3.1. Analítico-sintético**

Este método se refiere a dos procesos intelectuales inversos que operan en unidad: el análisis y la síntesis. El análisis es un procedimiento lógico que posibilitó descomponer mentalmente un todo en sus partes y cualidades, en sus múltiples relaciones, propiedades y componentes acorde con el tema de investigación.

### 3.3.2. Técnica e instrumento

Una encuesta a las madres primíparas adolescentes fue la técnica, la cual consistió en el levantamiento de información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna y alimentación complementaria, asistida por medio de un conjunto de preguntas cerradas de opción múltiple. Lo permitió abordar cada uno de los objetivos de la investigación.

### 3.4. Procesamiento estadístico de la información

#### 3.4.3. Operacionalización de variables

Tabla 2. Operacionalización de variables sociodemográficas

Variables	Dimensión	Indicador	Escala de medición
Sociodemográficos	Nacionalidad	Ecuatoriana	Ordinal
		Venezolana	
		Peruana	
		Colombiana	
		Cubana	
	Nivel de estudio	Primaria	
		Analfabeto	
		Secundaria	
	Situación laboral	Estudiante	
		Ama de casa	
Empleada doméstica			
Capacidades especiales	Ninguna		
	Física		
	Intelectual		
Lugar de procedencia	Sensorial		
	Urbano		
	Rural		

Elaborado por Ochoa, 2022

**Tabla 3. Operacionalización de variables del conocimiento**

<b>Variables</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>
Conocimientos	Calostro	Primera leche	Ordinal
		Leche después de un mes de nacido	
	Inicio leche materna	Toda la leche es calostro	
		Desconocimiento	
		Inmediatamente después del parto	
		1 – 5 horas después del parto	
Tiempo de lactancia materna exclusiva	Más de 8 horas		
	Desconocimiento		
	≤2 meses de edad		
	4 meses de edad		
Meses en los que se debería introducir otros alimentos	6 meses de edad		
	Desconocimiento		
	≤ 3 meses cumplidos		
	Entre 3 y 5 meses cumplidos		
Meses en los que debe detener la lactancia materna frecuencia debe amamantar a su bebé	≤6 meses cumplidos		
	Desconocimiento		
	Antes de los 12 meses cumplidos		
	A los 12 meses cumplidos		
Cada dos horas	13 – 23 meses cumplidos		
	Cada dos horas		
	Cada tres horas		
	Cada vez que el bebé quiera		
		Desconocimiento	

Elaborado por Ochoa, 2022

**Tabla 4. Operacionalización de variables de las actitudes**

Variables	Dimensión	Indicador	Escala de medición
Actitudes	Merece la pena dar lactancia materna exclusiva y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé		
	Solo dar leche materna exclusiva no sacia al bebé		
	Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca		
	La introducción de alimentos distintos a la leche materna debe hacerse los seis meses de vid	1. Totalmente en desacuerdo; 2. Desacuerdo; 3. Indeciso; 4. De acuerdo; 5. Totalmente de acuerdo	Ordinal
	Dar pecho materno exclusivo provoca que los pechos se caigan		
	Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna		
Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé			

Elaborado por Ochoa, 2022

**Tabla 5. Operacionalización de variables de las prácticas**

<b>Variables</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>
	Lactancia materna a su bebé dentro de la primera hora de nacido	Sí o No	
	Alimentación con fórmulas	Sí o No	
	Introducción de fórmula	Sí o No	
Prácticas	Posición	Posición de cuna	Ordinal
		Posición de balón	
		Posición de caballito	
	Posición cruzada		
	Medias para amamantar	Solo se lo pega	
		Se limpia con un trapo húmedo	
Cambia la ropa			
Medio para amamantar	Se lava las manos		
	Solo un pecho		
	Ambos pechos		
		Se alterna los pechos	

Elaborado por Ochoa, 2022

## CAPÍTULO IV: Análisis e interpretación de resultado

### 4.1 Análisis de la situación actual

#### 4.1.1. Características sociodemográficas de las adolescentes primíparas en estudio

El primer objetivo específico planteado por la investigación ha sido el análisis de las características socio demográficas, por ello en los siguientes gráficos se muestra a detalle el comportamiento de cada factor estadísticamente. De acuerdo con el levantamiento de información, se espera capacitar a las madres adolescentes que tienen menos apoyo social y se encuentran en una situación socioeconómica desfavorecida, son las que tienen menos probabilidades de amamantar a sus recién nacidos. Además, la percepción materna, las barreras sociales y la falta de intervención prenatal contribuyen con barreras únicas a la lactancia materna en la adolescencia. Se espera que futuras investigaciones busquen impulsar e identificar oportunidades para que los programas escolares, los hospitales amigos del bebé y la educación postparto mejoren las tasas de lactancia materna en esta población.

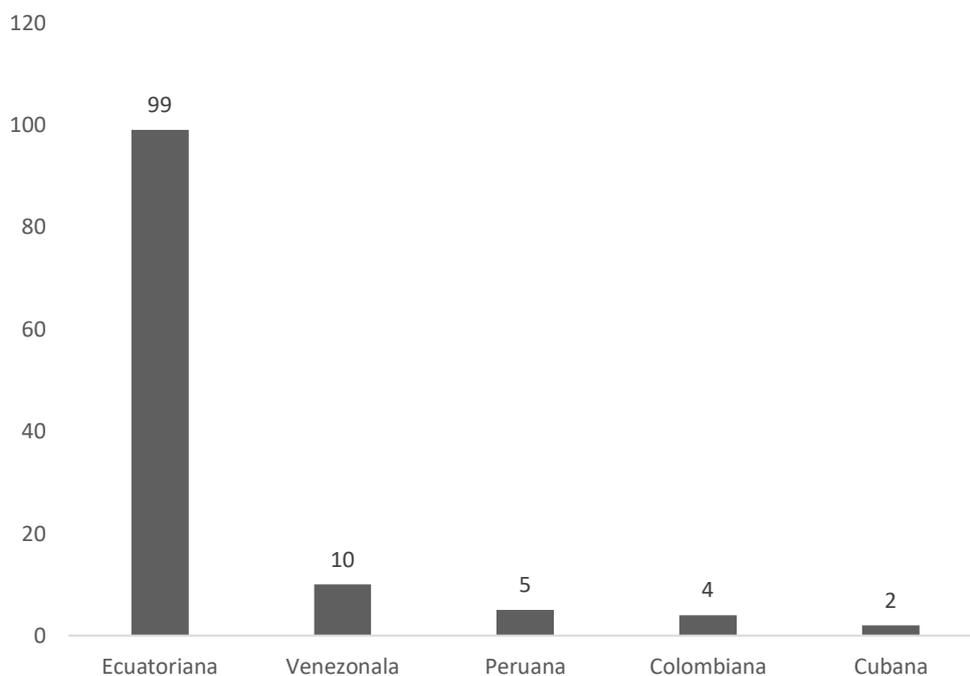


Figura 1. Nacionalidad de las madres adolescentes primíparas  
Elaborado por Ochoa, 2022

De acuerdo con la población objetivo, la muestra identificó que, de 120 madres encuestadas, el 82.50% (n=99) son ecuatorianas, 8.33% venezolanas (n=10), 4.17% (n=5) peruanas, 3.33% colombiana (n=4) y 1.67% cubana (n=2).

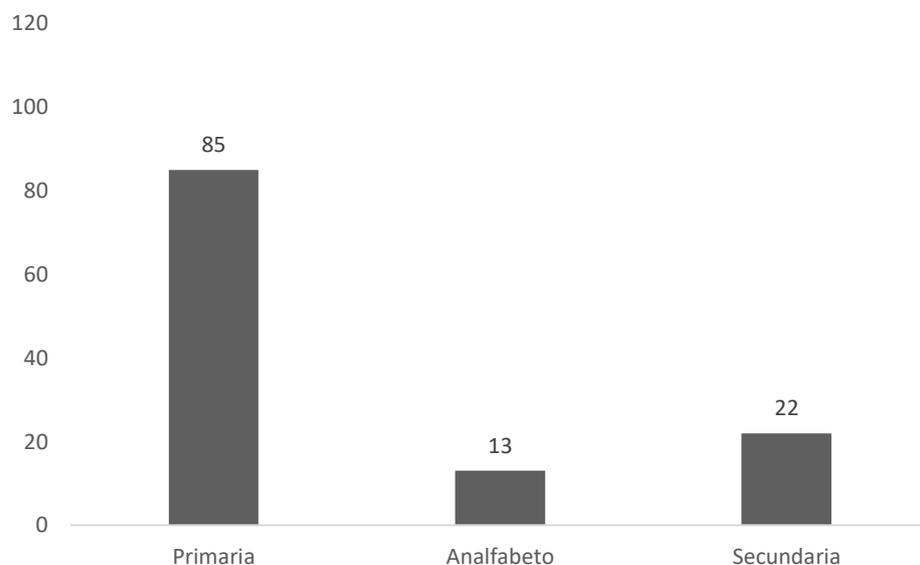


Figura 2. Nivel educativo de las madres adolescentes primíparas  
Elaborado por Ochoa, 2022

Los datos nos indican que las categorías identificadas son nivel primario, secundaria y analfabeto, logrando pertenecer en unas 70.83% (n=85) madres con un nivel primaria , 10.83% madres con un nivel analfabeto (n=13) y 22 madres con un nivel secundaria que representa un 18.33%.

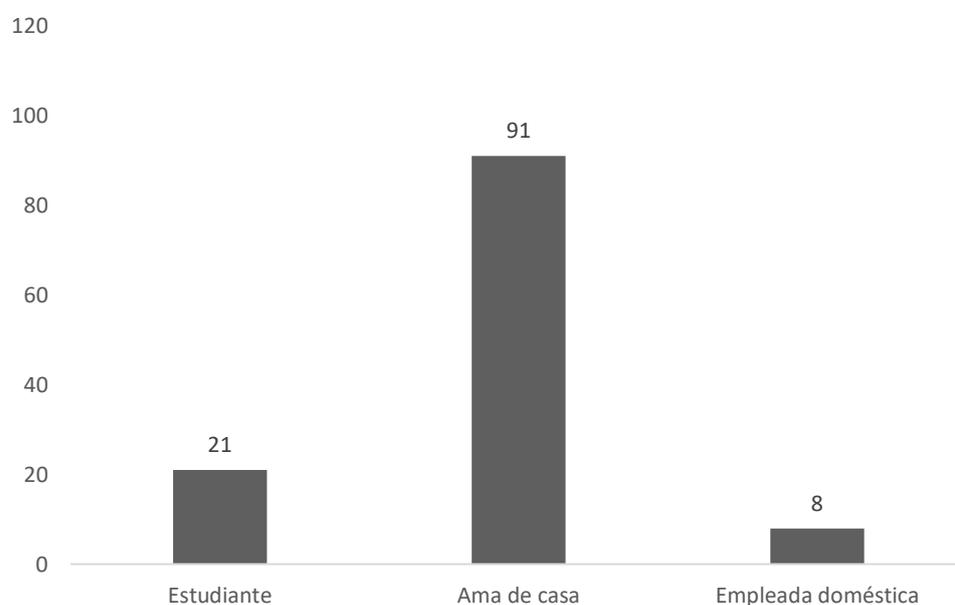


Figura 3. Situación laboral de las madres adolescentes primíparas  
Elaborado por Ochoa, 2022

La situación laboral de las madres adolescentes primíparas redundó que el 17,50% (n=21) son estudiantes, ya que cuentan por el apoyo económico de sus padres y parejas. Mientras que un 75.83% (n=91) respondieron que son amas de casas y dependen económicamente de sus parejas, mientras que un 6.67% (n=8) son empleadas domésticas y estas tienen una economía independiente, por el hecho de que no cuentan con ningún apoyo familiar y tampoco del gobierno en curso.

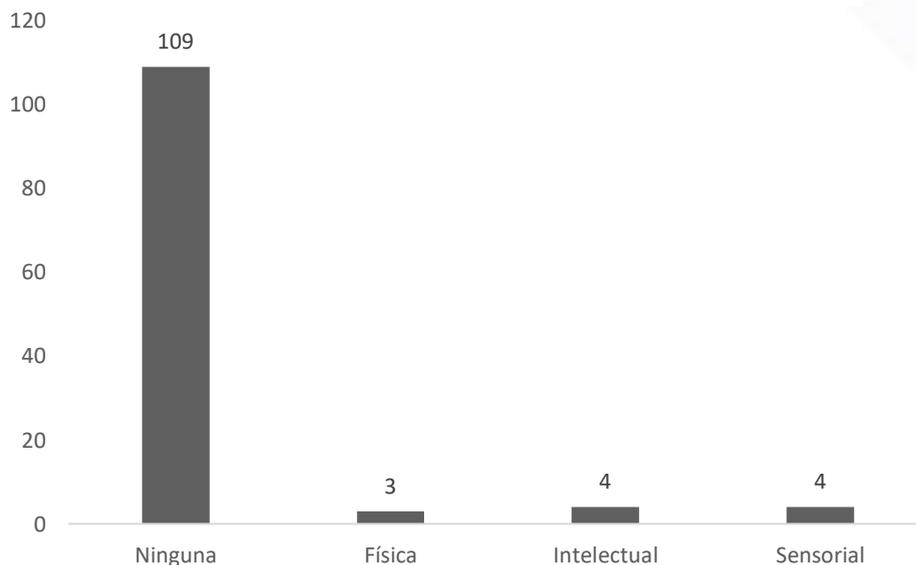


Figura 4. Capacidades especiales de las madres adolescentes primíparas  
Elaborado por Ochoa, 2022

En la investigación se consideró oportuno conocer sobre la existencia de madres primíparas adolescentes con capacidades especiales, puesto que estos factores son relevantes en la alimentación de sus hijos, evidenciándose en un 90.83% (n=109) no presentan capacidades especiales; sin embargo, el restante se distribuyó en un 2.50% (n=3) en capacidades especiales físicas, 3.33% (n=4) intelectual, y 3.33% (n=4) sensorial. Estos valores demuestran que del 100,0% de las madres adolescentes encuestadas, la mayor parte de ellas no tienen capacidades especiales, lo que suma puntos a favor en su desenvolvimiento cotidiano. En realidad, los datos no muestran alta significancia en cuando a impedimentos en el proceso de lactancia y alimentación complementaria de sus hijos.

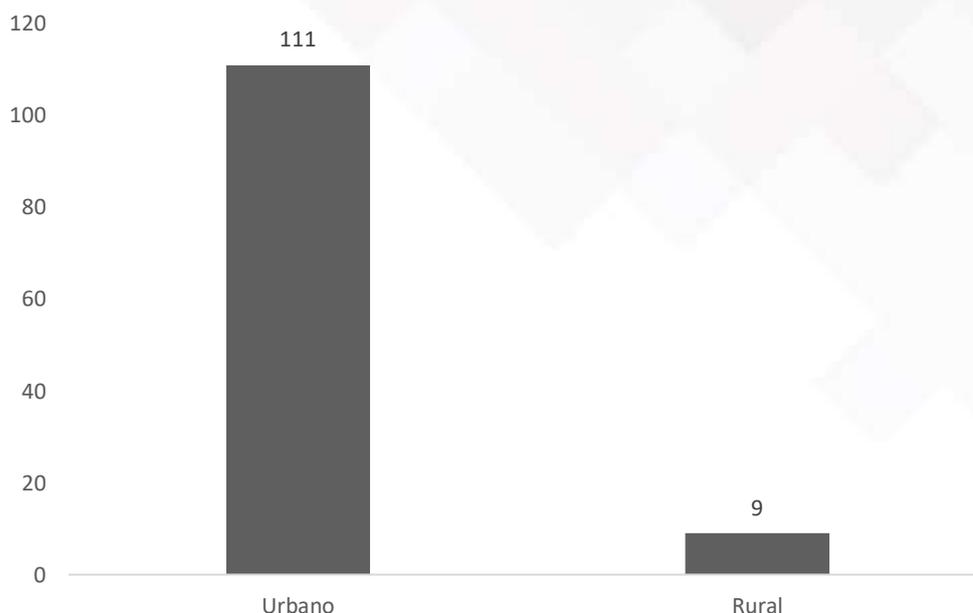


Figura 5. Lugar de procedencia de las madres adolescentes primíparas  
Elaborado por Ochoa, 2022

En el sector de estudio se conoció que las madres primíparas participantes de la investigación no solo son del sector urbano, sino que también provienen del rural. Representado en un 92.50% (n=111) urbano y 7.50% (n=9) rural. Información que ha sido tomada en consideración debido a que existe evidencia en investigaciones similares donde se demuestra que se asocian con un mayor riesgo en falencias en el desarrollo infantil en niños menores de 2 años, como lo sustenta Kofke et al. (2022) esto por falta de conocimiento y prácticas que son empíricas en la lactancia materna y alimentación complementaria, además, se relacionan con factores sociales como el nivel educativo de la madre, el desempleo y la falta de apoyo en el hogar.

#### **4.1.2. Nivel de conocimientos en la lactancia materna y alimentación complementaria por medio de una encuesta**

Por medio del segundo objetivo se ha estudiado los conocimientos en lactancia materna y alimentación complementaria de las madres adolescentes primíparas de un sector marginal del cantón Guayaquil. Teniendo los siguientes resultados.



Figura 6. ¿Qué es el calostro?  
Elaborado por Ochoa, 2022

En cuanto al conocimiento, se abordó desde los más elementales como la información sobre el calostro, esto con la finalidad de evidenciar si las participantes en la investigación eran conscientes de la importancia de esta sustancia como parte en la alimentación, sus hijos, el 80.83% (n=97) lo denominan la primera leche, mientras que el 6,67% (n=8) leche después de un mes de nacido, un 5.83% (n=7) considera que toda la leche es calostro y un 6,67% (n=8) desconocía que es calostro.



Figura 7. ¿Cuándo se debe iniciar la Lactancia Materna?

Elaborado por Ochoa, 2022

Basado en la importancia del tiempo en el que las madres consideran que deben iniciar la lactancia materna, ellas respondieron en un 89.83% (n=97) que debe ser inmediatamente después del parto, mientras que el 7.50% (n=9) entre las cinco primeras horas posterior al parto, así también, otro 7.50% (n=9) posterior a ocho horas, y 4.17% (n=5) lo desconocen.



Figura 8. ¿Cuánto tiempo debería durar la lactancia materna exclusiva?  
Elaborado por Ochoa, 2022

Ahora bien, en cuanto al tiempo que debe durar la etapa de lactancia materna exclusiva, el 72.50% (n=87) consideran hasta los cuatro meses del menor, un 5% (n=6) menor o igual a dos meses, un 7.70% (n=9) hasta los seis meses y finalmente un 15% (n=18) tiene total desconocimiento hasta cuando es oportuno realizar esta práctica.

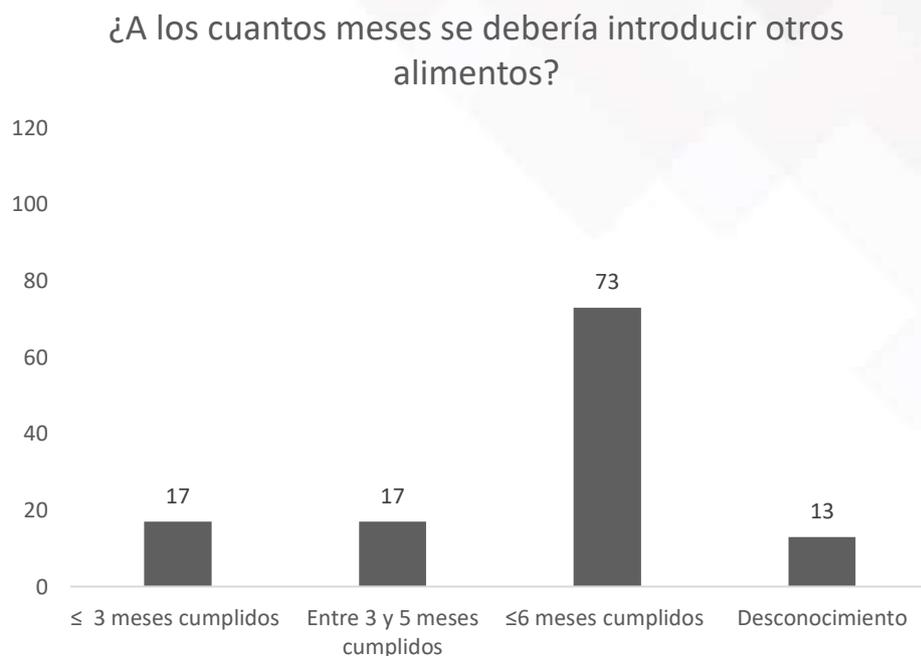


Figura 9. ¿A los cuantos meses se debería introducir otros alimentos?  
Elaborado por Ochoa, 2022

Los resultados expuestos por las participantes se representaron en un 14.17% (n=17) otros alimentos deben ser ingeridos por sus hijos posteriores a los tres meses, 14.17% (n=17) considera que debe ser entre los tres y cinco meses cumplidos, mientras que un alto porcentaje 60.83% (n=73) posterior a los seis meses cumplidos y finalmente un 10.83% (n=13) lo desconocen.



Figura 10. ¿A los cuantos meses se debería detener la lactancia materna?  
Elaborado por Ochoa, 2022

Según los resultados obtenidos, la lactancia materna debería ser detenida antes de los doce meses cumplidos, según el 3.33% (n=4), a diferencia del 79.17% (n=95) que considera que se debe detener a los doce meses, mientras que un 10.83% (n=13) entre los trece y veintitrés meses cumplidos, a pesar de que un 6.67% (n=8) simplemente lo desconoce.



Figura 11. ¿Con que frecuencia debe amamantar a su bebé?  
Elaborado por Ochoa, 2022

Un 6.67% (n=8) considera que cada dos horas debe ser la frecuencia de amamantar a su bebe, mientras que el 62.50% (n=75) de las participantes consideran que esto debe darse cada tres horas, un 10.83% (n=13) cada vez que él bebe quiera, y un 20% (n=24) lo desconocen.

#### 4.1.3. Nivel de actitudes en lactancia materna y alimentación complementaria por medio de una encuesta

Mediante el tercer objetivo, se reconocieron las actitudes en lactancia materna y alimentación complementaria de las madres adolescentes primíparas del estudio, teniendo los siguientes resultados.

Merece la pena dar lactancia materna exclusiva y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé

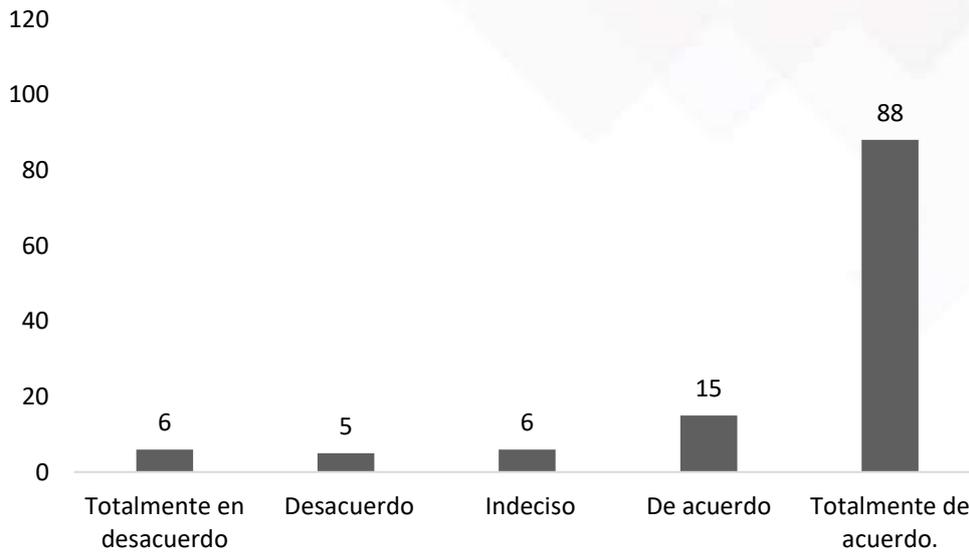


Figura 12. Merece la pena dar lactancia materna exclusiva y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé  
Elaborado por Ochoa, 2022

Al reconocer que actitudes son partes de sector objetivo, los resultados muestran en 5% (n=6) que están totalmente en desacuerdo que merezca la pena la lactancia materna exclusiva y se garantice el mejor inicio de su vida a su bebe, mientras que el 4.17% (n=5) en desacuerdo, el 5% (n=6) indecisas, 12.50% (n=15) de acuerdo y en su gran mayoría con un 73.33% (n=88) totalmente de acuerdo.

### ¿Considera que, sólo dar leche materna exclusiva no sacia al bebé?

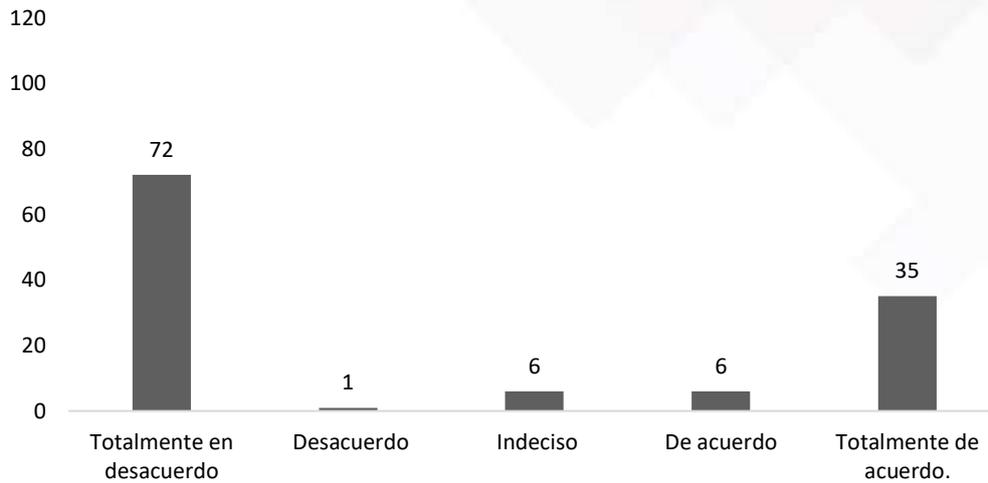


Figura 13. Sólo dar leche materna exclusiva no sacia al bebé.  
Elaborado por Ochoa, 2022

El 60% (n=72) de las participantes, consideran un totalmente en desacuerdo que solo dar leche materna exclusiva no saciara al bebe, mientras que un 0.83% (n=1) en desacuerdo, 5% (n=6) indecisas, 5% (n=6) de acuerdo y finalmente un 29.17% (n=35) totalmente de acuerdo.



Figura 14. Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca  
Elaborado por Ochoa, 2022

Dentro de las actitudes se consultó, si lo mejor es dar el pecho al bebe lo antes posible una vez que nazca, a lo cual respondieron un 35% (n=42) totalmente desacuerdo, mientras que un 5% (n=6) en desacuerdo, 7.5% (n=9) indecisos, 5% (n=6) de acuerdo y una alta aceptación con un 47.5% (n=57) estuvieron totalmente de acuerdo con esta actitud.

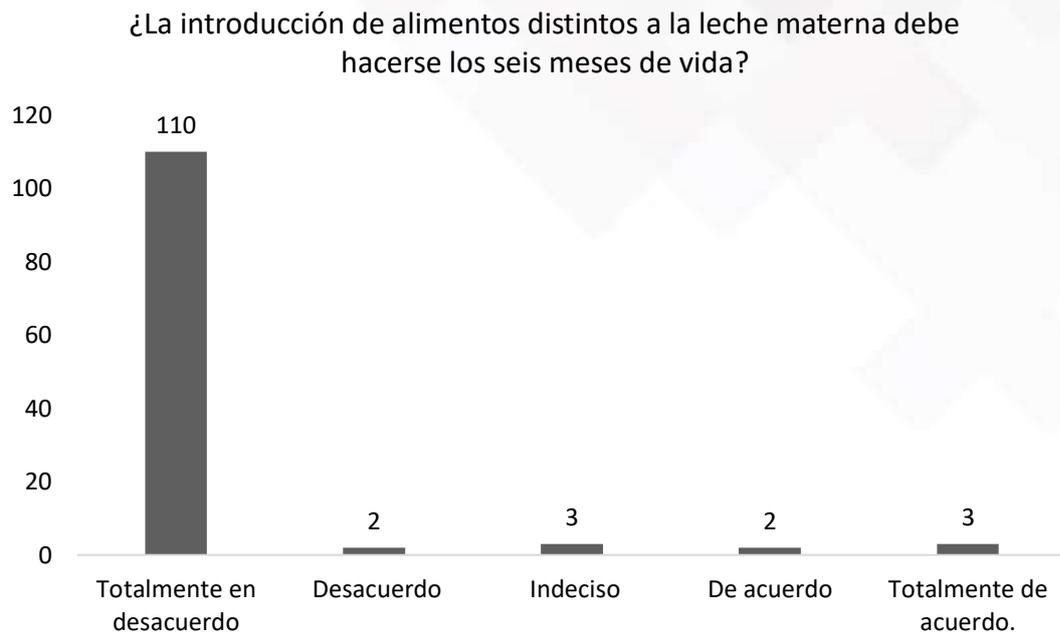


Figura 15. La introducción de alimentos distintos a la leche materna debe hacerse los seis meses de vida  
Elaborado por Ochoa, 2022

Ahora entiendo todo, cuando leo sus informes suenan tal cual a estas bellas líricas, con la ortografía y gramática.

Ahora bien: los resultados hallados al consultar sobre “La introducción de alimentos distintos a la leche materna debe hacerse los seis meses de vida” a las participantes de la investigación, han sido en un 91.67% (n=110) totalmente en desacuerdo, a diferencia del desacuerdo que abordó el 1.67% (n=2), cabe resaltar además que se evidenció un 2.50% (n=3) en la categoría de indecisión, como también un 1.67% (n=2) de acuerdo y finalmente un 2.50% (n=3) totalmente desacuerdo.

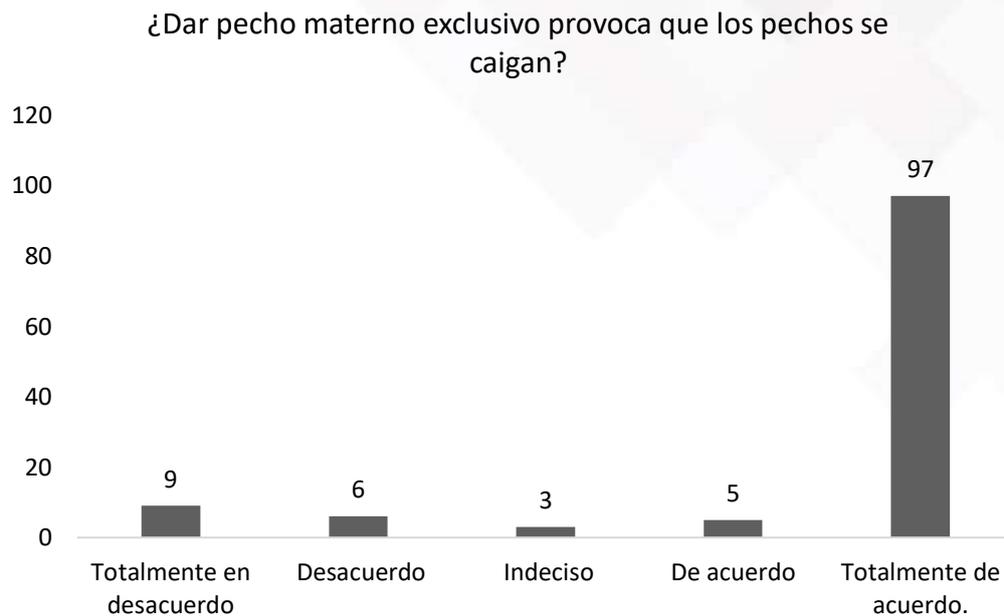


Figura 16. Dar pecho materno exclusivo provoca que los pechos se caigan  
Elaborado por Ochoa, 2022

Dado el análisis de datos los resultados se manifestaron en un 7.50% (n=9) totalmente desacuerdo, 5% (n=6) en desacuerdo, 2.5% (n=3) indecisas, 4.17% (n=5) de acuerdo y 80.83% (n=97) totalmente de acuerdo, con que dar el pecho materno exclusivo provoca que los pechos se caigan.

¿Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna?

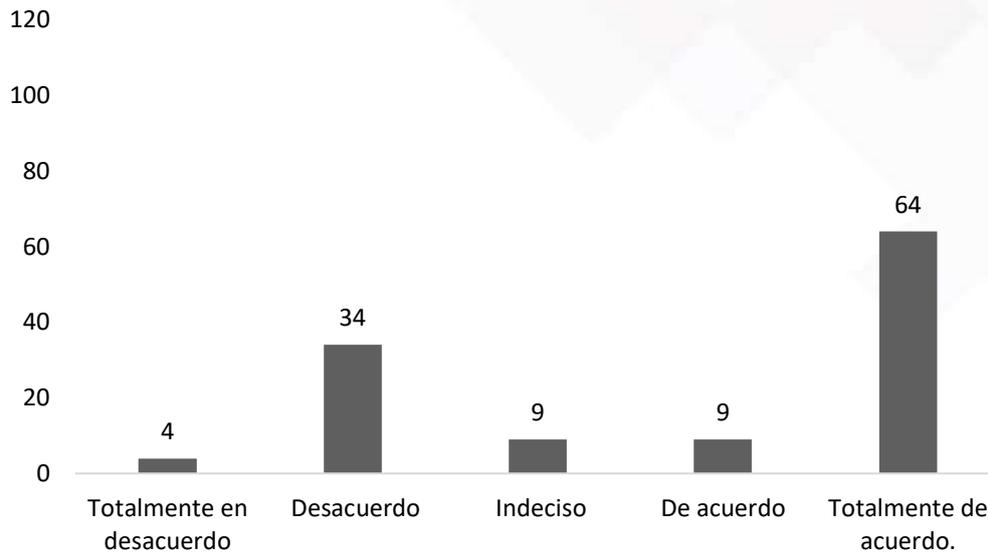


Figura 17. Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna  
Elaborado por Ochoa, 2022

Las participantes respondieron “Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna” en un 3.33% (n=4) totalmente desacuerdo, 28.33% (n=34) desacuerdo, 7.50% (n=9) indeciso, 7.50% (n=9) de acuerdo y el 53.33% (64) totalmente acuerdo.

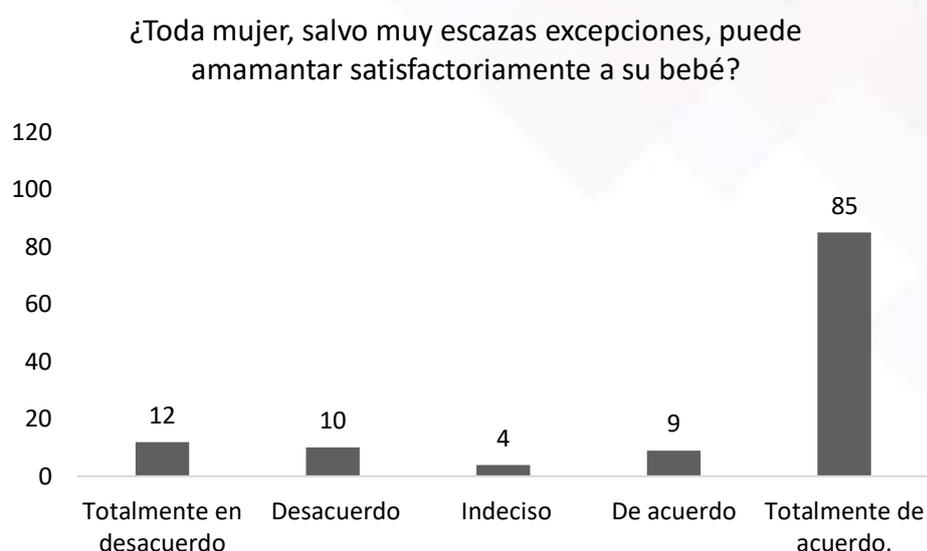


Figura 18. Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé  
Elaborado por Ochoa, 2022

10% (n=12) totalmente de desacuerdo, 8.33% (n=10) desacuerdo, 3.33% (n=4) indeciso , 7.50% (n=9) de acuerdo y 70.83% (n=85) totalmente de acuerdo.

#### 4.1.4. Nivel de prácticas en la lactancia materna y alimentación complementaria por medio de una encuesta

Finalmente, con el cuarto objetivo se conoció las prácticas en lactancia materna y alimentación complementaria de las madres adolescentes primíparas de un sector marginal del cantón Guayaquil.

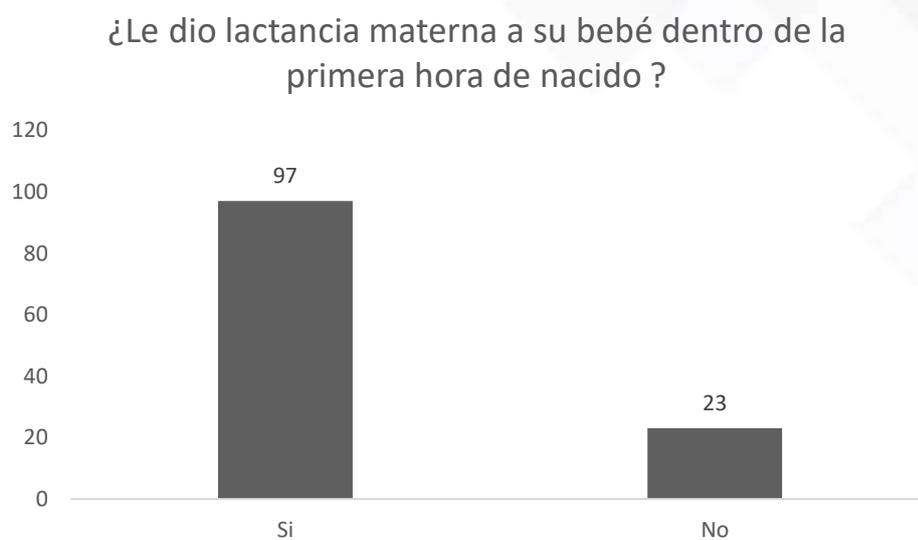


Figura 19. Le dio lactancia materna a su bebé dentro de la primera hora de nacido  
Elaborado por Ochoa, 2022

80.83% (n=97) practico la lactancia materna a su bebe dentro de la primera hora de nacido, mientras que el 19.17% (n=23) no.

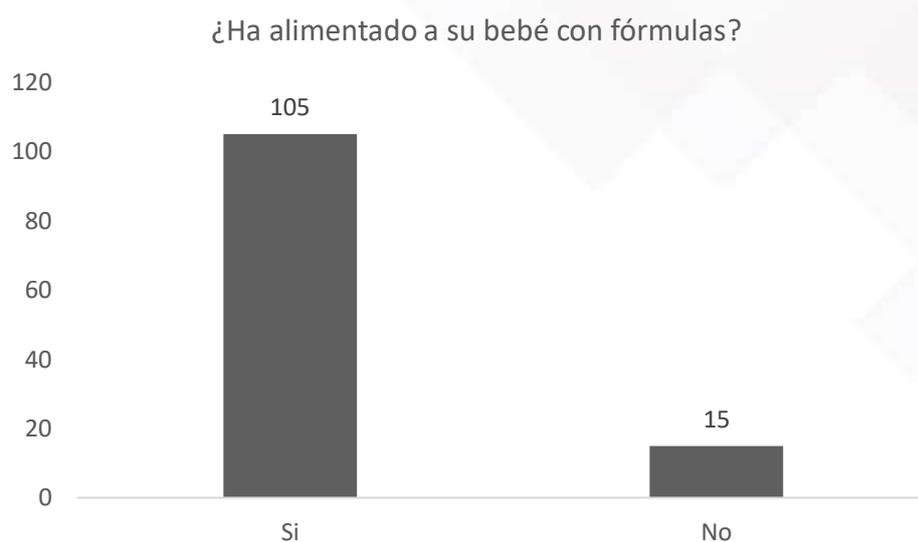


Figura 20. Ha alimentado a su bebé con fórmulas  
Elaborado por Ochoa, 2022

87.50% (n=105) han alimentado a sus bebés con fórmula, mientras que el 12.50% (n=15) no.

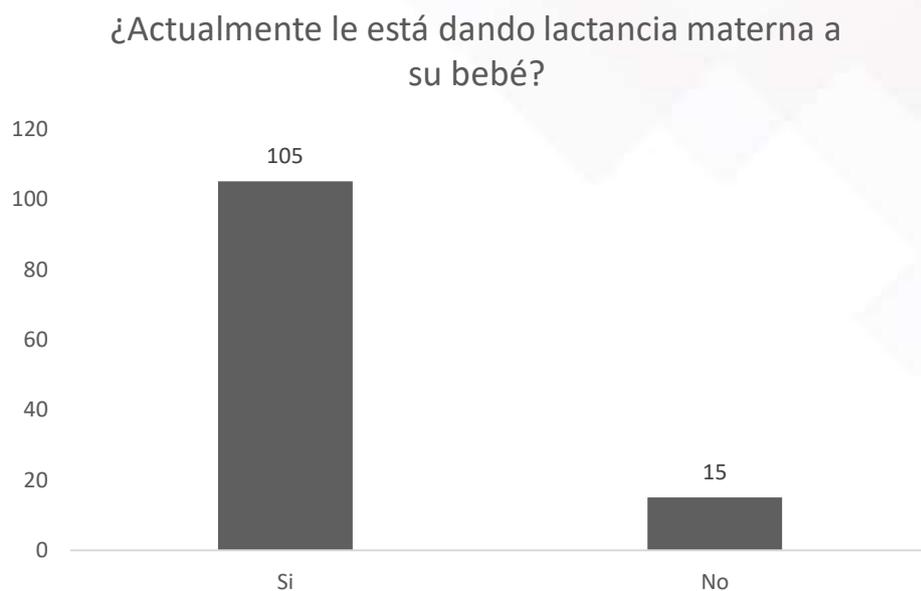


Figura 21. Actualmente le está dando lactancia materna a su bebé  
Elaborado por Ochoa, 2022

87.5% (n=105) actualmente están dando lactancia materna a su bebé y el 12.50% (n=15) no.

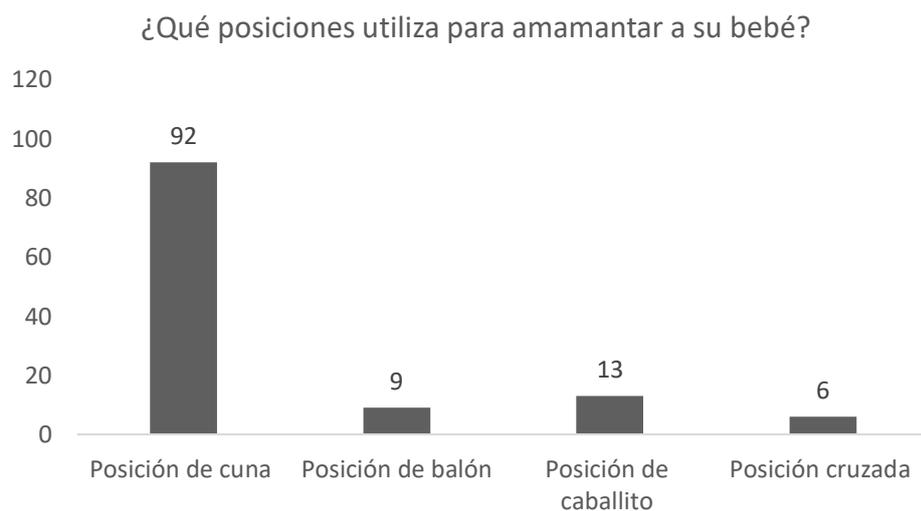


Figura 22. ¿Qué posiciones utiliza para amamantar a su bebé?  
Elaborado por Ochoa, 2022

En cuanto a las posiciones que utilizan para amamantar a su bebé el 76.67 % (n=92) posición de cuna, 7.50% (n=9) posición cruzada, 10.83% (n=13) posición caballito y un 5% (n=6) posición de balón.

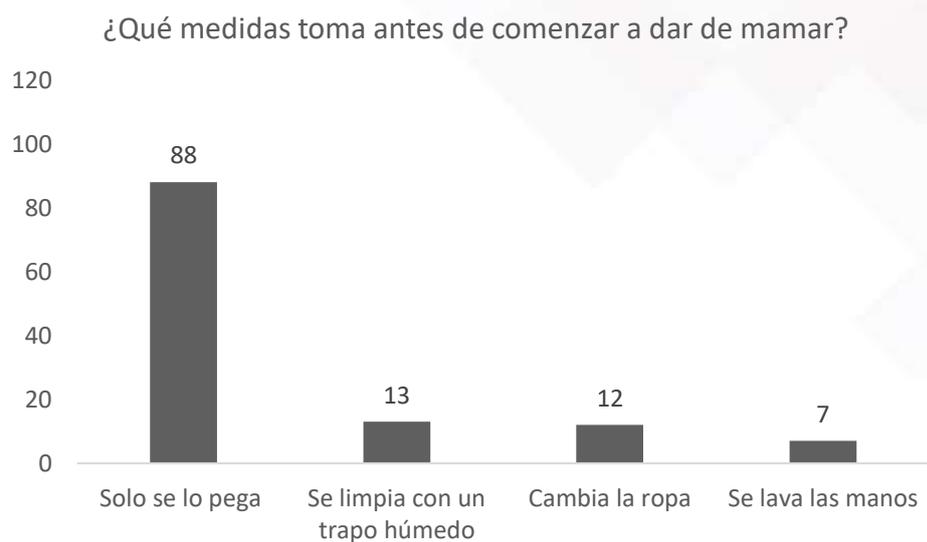


Figura 23. ¿Qué medidas toma antes de comenzar a dar de mamar?  
Elaborado por Ochoa, 2022

El 73,33% (n=88) solo se lo pega como medidas toma antes de comenzar a dar de mamar, mientras que un 10.83% (n=13) se limpia con un trapo húmedo, 10% (n=12) se cambia la ropa, finalmente 5.83% (n=7) se lava las manos.

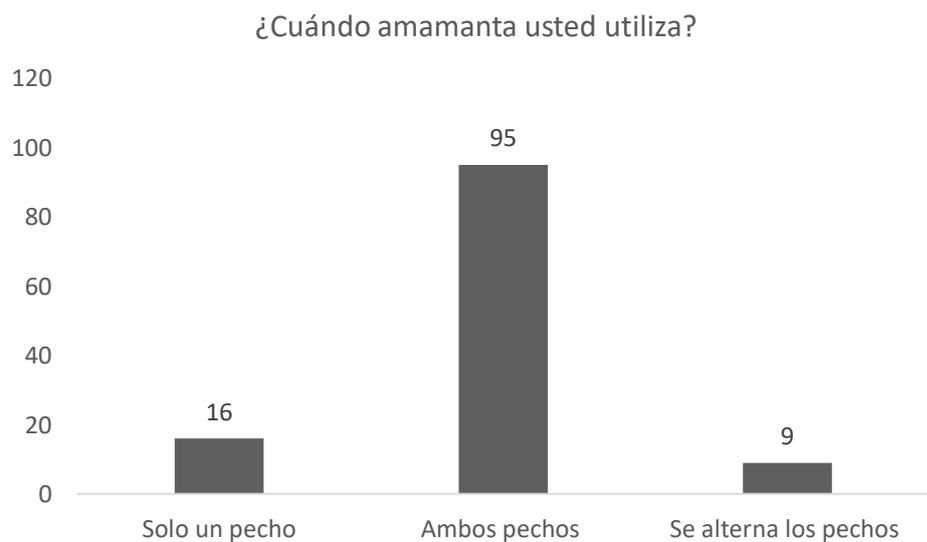


Figura 24. ¿Cuándo amamanta usted utiliza?  
Elaborado por Ochoa, 2022

Al amamantar el 13.33 % (n=16) utilizan solo un pecho, 79.17% (n=95) ambos pechos y 7.5% (n=9) alternan los pechos al momento de lactar.

## 4.2 Análisis Comparativo

En base a estudios de alto interés se tomó en consideración analizar el comportamiento de las características demográficas en la investigación, ya que la experiencia del parto puede ser un acontecimiento maravilloso o un horror. Anderson (2010) ya que este autor menciona que una de cada tres madres adultas valora su experiencia de parto como traumática, y hasta un 10,0 % de las mujeres refieren una respuesta de estrés traumático grave tras el parto. Se desconoce el impacto de la experiencia del parto en las adolescentes debido a la escasa información.

El autor en mención demostró en su investigación que el impacto del trauma según los factores demográficos correlaciona entre la valoración del parto, la depresión y el impacto del trauma. Además, menciona que un tercio de las adolescentes valoró su parto como traumático; la mitad presentaba síntomas de impacto traumático.

En base a lo expuesto se demuestra la importancia de conocer estas características detalladamente para concientizar bajo evidencia la valoración de la experiencia posparto ya que además existe evidencia donde se incluyeron el estado civil, el miedo a morir, el miedo a perder el control y la violencia de la pareja.

Las madres adolescentes tienen menos probabilidades de amamantar que las madres de más edad Peterson y DaVanzo (1992), Ryan et al. (1991). Numerosos estudios han intentado identificar las percepciones y las barreras para la lactancia materna en madres adolescentes con el fin de implementar intervenciones para aumentar la probabilidad de que amamanten a sus bebés. Estos estudios han demostrado colectivamente que es necesario un apoyo y una educación adicionales de las adolescentes para aumentar sus tasas de lactancia materna Rita y Raquel (2017).

Por ello, se recolectó información sobre las características demográficas más relevantes identificadas siendo la nacionalidad, nivel educativo, situación laboral, capacidades especiales y procedencia con la información de abordar la situación de cada participante en la investigación. En los siguientes gráficos se muestra a detalle el comportamiento de cada factor estadísticamente. De acuerdo con el levantamiento de información se espera capacitar a las madres adolescentes que tienen menos apoyo social y se encuentran en una situación socioeconómica desfavorecida son las

que tienen menos probabilidades de amamantar a sus recién nacidos. Además, la percepción materna, las barreras sociales y la falta de intervención prenatal contribuyen con barreras únicas a la lactancia materna en la adolescencia. Se espera que futuras investigaciones busquen impulsar e identificar oportunidades para que los programas escolares, los hospitales amigos del bebé y la educación postparto mejoren las tasas de lactancia materna en esta población Morales (2019).

Al analizar la variable sociodemográfica nacionalidad, lo que evidentemente se observa es que dentro de este ambiente no sólo hay nativos de zonas sino madres extranjeras que forman parte de las estadísticas de Ecuador como madres primíparas. Ahora bien, la nacionalidad es importante al analizar que el conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años puede variar dependiendo de esta, situación que sirve de base a futuras investigaciones, ya que dependiendo de la cultura de la zona originaria podrá ser factor determinante en la lactancia y alimentación del infante.

Mientras que el nivel educativo es el factor importante en la población, y aún más cuando la mujer experimenta una mayor vulnerabilidad y se enfrenta a enormes retos en la transición a la maternidad. Esto se agrava en el caso de las madres jóvenes y los estudios han demostrado que las madres adolescentes experimentan una mayor carga de responsabilidad durante la transición a la maternidad. Recientemente han aumentado las investigaciones que abordan las experiencias de las madres adolescentes. Sin embargo, la bibliografía actual sobre este tema sigue siendo fragmentaria.

La educación se suma los factores que influyen en el éxito de la transición a la maternidad para las adolescentes incluyeron problemas físicos relacionados con el nacimiento y la lactancia, el bienestar psicológico, la capacidad de cuidar a su bebé, el apoyo social, la educación y la presión económica y la prestación de asistencia sanitaria. Las futuras intervenciones sanitarias para madres adolescentes durante el periodo de transición deberían tener como objetivo proporcionar apoyo social y aumentar la capacidad de las madres adolescentes para gestionar los retos físicos y psicológicos de la maternidad joven, así como mejorar los conocimientos de las nuevas madres sobre el cuidado de los bebés. La asistencia debe ser fortalecida

cada vez mejor para que factores comunes en el ámbito de la investigación reduzcan, ahora bien, dentro de los factores demográficos, el nivel educativo es clave para conducir a las buenas prácticas, aun mas en madres primíparas que sin duda alguna, este al ser mayor no elimina el problema, pero permite mejorar sus conductas en el proceso posparto.

En la actualidad en el interés por el tema aumenta si se sigue extendiendo para mejoras a las condiciones de las madres adolescentes, como lo menciona Lizarraga et al. (1992) estudiando la alimentación infantil de 64 primíparas adolescentes de 14-18 años bajo factores que diferenciaban a las que elegían la lactancia materna de las que no. La población del estudio estaba formada por 43 hispanas, 9 negras, 7 blancas no hispanas y 5 filipinas o del sudeste asiático entrevistadas después del parto. Entre los hispanos, 31 hablaban principalmente español y 12 principalmente inglés. El 72,0% tenía intención de dar el pecho y el 22% de alimentar a sus hijos exclusivamente con leche artificial. Las adolescentes que tenían intención de dar el pecho eran significativamente mayores, estaban casadas con más frecuencia, tenían más probabilidades de ser hispanas e hispanohablantes y menos probabilidades de haber ido a la escuela durante el embarazo. Además, era más probable que las adolescentes optaran por la lactancia materna si ellas mismas habían sido amamantadas o habían estado expuestas a otras mujeres que amamantaban. Estos datos sugieren que las adolescentes más jóvenes, no hispanas, solteras, escolarizadas y sin contacto con la lactancia materna son las que más necesitan los programas de promoción de la lactancia materna.

Ahora bien, al encontrar evidencia de que algunas de ellas no tienen recursos necesarios para un sistema de lactancia digno, se considera la importancia de programas de apoyos comunitarios a estos sectores de interés, al revisar la investigación de Panzarine et al. (1995) éste menciona que extiende los hallazgos de la investigación relacionados con los síntomas depresivos entre madres adultas a una muestra de madres adolescentes, debido a los cuadros depresivos que pueden ocasionar. Aunque el diseño del estudio es transversal y, por tanto, no pueden determinarse secuencias causales, los resultados identifican factores que pueden situar a ciertas adolescentes en riesgo de sufrir problemas en la crianza.

Los autores sugieren realizar pruebas de detección de síntomas de depresión a las madres adolescentes durante el primer año posparto. Cita que el 56% de los sujetos no presentaba síntomas depresivos (grupo 1), el 20% refería síntomas leves (grupo 2) y el 24% síntomas de moderados a graves (grupo 3). Las adolescentes primíparas con síntomas depresivos leves o moderados tuvieron interacciones alimentarias más negativas con sus bebés, informaron de una menor confianza y gratificación maternas, y utilizaron un afrontamiento más centrado en las emociones que sus homólogos no deprimidos. Aunque los grupos no diferían en la frecuencia con la que recibían apoyo social, los adolescentes con síntomas depresivos leves o moderados estaban menos satisfechos con este apoyo.

Las capacidades especiales en madres adolescentes primíparas pueden ser factor de problema al practicar la lactancia materna, sin embargo, Dykes et al. (2003) cita que las experiencias y necesidades de apoyo de las madres adolescentes que iniciaron la lactancia materna al presentar una dificultad suelen sentirse observadas y juzgadas, falta de confianza, cansancio, incomodidad y compartir la responsabilidad. Se desarrollaron otros 5 temas para describir las necesidades de apoyo de los adolescentes: apoyo emocional, apoyo a la estima, apoyo instrumental, apoyo informativo y apoyo a la red. Estas formas de apoyo eran más eficaces cuando se proporcionaban conjuntamente de forma sinérgica y dentro de una relación de confianza. Los apoyos clave identificados fueron la madre de la madre, la pareja y la matrona empleada como coordinadora de embarazos en adolescentes. Los profesionales de la salud deben seguir explorando las formas de desarrollar y mantener relaciones que proporcionen el apoyo que necesitan las madres adolescentes para continuar con la lactancia.

El calostro es la leche materna que se produce tras el nacimiento del recién nacido y dura entre 2 y 4 días. Si bien es cierto, es una parte muy importante de la leche materna y establece el sistema inmunitario y confiere factores de crecimiento y otros factores protectores para las crías de los mamíferos. Es relevante recalcar que es la fuente de inmunidad pasiva que consigue la madre y se transfiere al bebé. Considerada como la principal fuente de IgA secretora y confiere protección contra las infecciones gastrointestinales. En vista de tantas fábricas de salud a través de calostro, el uso de calostro se ha extendido a tantos problemas de salud de la

humanidad. El calostro humano y el calostro bovino tienen muchas similitudes, salvo que el calostro bovino puede obtenerse en grandes cantidades, por lo que el calostro bovino se ha utilizado en diversos trastornos de los seres humanos. Es un regalo de la naturaleza para el crecimiento de los jóvenes y para el tratamiento de muchos problemas de salud en la tercera edad Thapa (2005). Investigaciones han demostrado que alrededor de 248 (63,6%) encuestadas iniciaron la lactancia materna en la primera hora tras el parto. Las madres cuyo parto fue atendido por un profesional sanitario tenían 4,75 veces más probabilidades de la lactancia materna en comparación con las que fueron atendidas por otras personas Abdelsattar et al. (2022).

Smith et al. (2017) realizaron una investigación donde se agruparon cinco estudios, con 136 047 lactantes, que examinaron la asociación entre el inicio muy temprano de la lactancia materna y la mortalidad neonatal. En comparación con los lactantes que iniciaron la lactancia materna  $\leq 1$  hora después del nacimiento, los lactantes que iniciaron la lactancia materna entre 2 y 23 horas después del nacimiento tuvieron un riesgo de mortalidad neonatal un 33% mayor (IC del 95%: 13-56%, I<sup>2</sup> = 0%), y los lactantes que iniciaron la lactancia materna  $\geq 24$  horas después del nacimiento tuvieron un riesgo de mortalidad neonatal 2,19 veces mayor (IC del 95%: 1,73-2,77, I<sup>2</sup> = 33%). Entre el subgrupo de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna en el periodo neonatal, los que iniciaron la lactancia materna  $\geq 24$  horas después del nacimiento tuvieron un riesgo de mortalidad neonatal un 85% mayor en comparación con los lactantes que la iniciaron  $< 24$  horas después del nacimiento (IC 95%: 29-167%, I<sup>2</sup> = 33%).

El tiempo que debería durar la lactancia materna exclusiva, a pesar de las numerosas iniciativas mundiales sobre lactancia materna, los datos sobre tendencias muestran que las tasas de lactancia materna exclusiva (LME) se han estancado en las dos últimas décadas. Kavle et al. (2017) tuvieron como propósito de la presente revisión sistemática era determinar los obstáculos a la lactancia materna exclusiva en veinticinco países de ingresos bajos y medios y debatir las implicaciones para los programas. Se realizaron una búsqueda en Scopus, MEDLINE, CINAHL y PsychINFO para recuperar estudios desde enero de 2000 hasta octubre de 2015. Utilizando criterios de inclusión, se seleccionaron estudios cualitativos y cuantitativos que

describieron las barreras a la FEB. En la revisión se identificaron dieciséis obstáculos a la FEB. Existen pruebas moderadas de una asociación negativa entre el empleo materno y las prácticas de FEB. Los estudios que examinaron los obstáculos a la FEB en el momento del parto y en las primeras 24 horas posteriores al parto encontraron pruebas sólidas de que la cesárea puede impedir la FEB. Existen pruebas moderadas sobre el inicio temprano de la lactancia materna y la probabilidad de practicar la LME. Los estudios transversales o de observación informaron con frecuencia de problemas de lactancia materna. El asesoramiento sobre la LME y la presencia de apoyo familiar y/o comunitario han demostrado mejoras en la LME.

La lactancia materna aporta todos los nutrientes que los lactantes necesitan para su desarrollo saludable. Alzaheb (2017) realizó búsquedas de estudios primarios donde el metaanálisis estableció que el 34,3% (intervalo de confianza [IC]: 20,2%-51,9%) de los recién nacidos de Oriente Medio recibieron lactancia materna iniciada en la primera hora de vida, y sólo el 20,5% (IC: 14,5%-28,2%) fueron alimentados únicamente con leche materna durante los 6 primeros meses. Los 8 estudios que exploraron la iniciación de la lactancia materna la asociaron más comúnmente con lo siguiente: modo de parto, empleo materno, alojamiento en la habitación y alimentación prelactal. Los 17 estudios que investigaron la lactancia materna exclusiva la relacionaron más frecuentemente con lo siguiente: edad materna, educación materna, empleo materno y modo de parto.

La alimentación complementaria (AC) también expresada como lactancia materna exclusiva o completa debe promoverse durante al menos 4 meses (17 semanas, inicio del 5º mes de vida) y la lactancia materna exclusiva o predominante durante aproximadamente 6 meses (26 semanas, inicio del 7º mes) es un objetivo deseable. Los alimentos complementarios (sólidos y líquidos distintos de la leche materna o los preparados para lactantes) no deben introducirse antes de los 4 meses, pero no deben retrasarse más allá de los 6 meses. Debe ofrecerse a los lactantes alimentos de sabores y texturas variados, incluidas verduras verdes de sabor amargo. Se recomienda continuar con la lactancia materna, donde la leche entera de vaca no debe utilizarse como bebida principal antes de los 12 meses de edad. Los alimentos alergénicos pueden introducirse cuando se inicia la alimentación complementaria en cualquier momento después de los 4 meses. A los lactantes con alto riesgo de alergia

al cacahuete (aquellos con eccema grave, alergia al huevo o ambas) se les debe introducir el cacahuete entre los 4 y los 11 meses, tras la evaluación de un especialista con la formación adecuada. El gluten puede introducirse entre los 4 y los 12 meses, pero debe evitarse el consumo de grandes cantidades durante las primeras semanas tras la introducción del gluten y posteriormente durante la lactancia. Todos los lactantes deben recibir una alimentación rica en hierro, incluyendo productos cárnicos y/o alimentos enriquecidos con hierro. No debe añadirse azúcar ni sal y deben evitarse los zumos de frutas o las bebidas azucaradas. Las dietas veganas sólo deben utilizarse bajo supervisión médica o dietética adecuada y los padres deben comprender las graves consecuencias de no seguir los consejos relativos a la suplementación de la dieta. Método: Debe animarse a los padres a responder a las colas de hambre y saciedad del lactante y a evitar alimentarlo para consolarlo o como recompensa.

Teniendo claro que la OMS recomienda la lactancia materna como único alimento en los niños hasta los 6 meses y como alimento complementario desde este tiempo hasta los 2 años de edad, se recomienda que su frecuencia con la que se debe amamantar a un bebé (Gallado et al., 2017) los bebés necesitan comer aproximadamente cada 2 a 4 horas para ayudarlos a obtener suficiente nutrición y crecer.

Merece la pena dar lactancia materna exclusiva y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé, Según la UNICEF todo lo que necesita un bebé para crecer y desarrollarse sanamente está en la leche materna, por ello se le considera el alimento perfecto para los primeros meses de su vida. En el presente estudio se encontró que la mayoría.

Sólo dar leche materna exclusiva no sacia al bebé, La leche materna es el alimento más indicado los primeros 6 meses de vida exclusivamente, continuando junto con la alimentación complementaria hasta el año o más, según la voluntad de madre e hijo, ya que presenta múltiples ventajas para ambos. Es por ello, que debería ser considerado un asunto de salud pública y no solo la elección de un estilo de vida. El pediatra juega un papel importante en la comunidad, promocionando la lactancia materna para conseguir su mantenimiento, (De Antonio Ferrer, 2015) la leche materna es el mejor alimento para cubrir las necesidades nutricionales del

lactante y, además, favorece el establecimiento del vínculo madre-hijo. (Sota Peña, 2017)

Dar pecho materno exclusivo provoca que los pechos se caigan, (Roque & Roque, 2016) de acuerdo con los autores en mención la creencia más resaltante es que al amamantar por un largo periodo se caen los pechos, ahora bien en base a lo expuesto los resultados arrojan que Consideraron como verdadera solo dos creencias; el 58% “que al amamantar por un largo periodo se caen los pechos”, y 52% “que una madre debe tomar leche para producir leche”.

## CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones

### 5.1. Conclusiones

Las características sociodemográficas de las adolescentes primíparas en estudio han sido relevantes debido a que han demostrado que los cambios demográficos representan una necesidad de ajuste en los servicios de salud con respecto a la salud femenina y el apoyo a la planificación familiar. Por medio de las encuestas realizadas a madres primíparas fueron definidas como mujeres cuyo hijo incluido en las cohortes de nacimiento era su primogénito. Los hallazgos del presente estudio mostraron que el aumento de la autoeficacia posparto se asocia con una mejora de la competencia materna, lo que requiere que los proveedores de salud evalúen la autoeficacia materna posparto y realicen las necesarias.

Los resultados de los estudios revisados llevan a la conclusión de que algunos padres adolescentes se enfrentan a un estrés excesivo, tienen una red de apoyo social inadecuada, carecen de conocimientos adecuados sobre el desarrollo infantil, son inmaduros desde el punto de vista del desarrollo y poseen actitudes inapropiadas para criar a sus hijos. Sin embargo, la falta de estudios rigurosos y bien controlados hace que estas conclusiones sean, en el mejor de los casos, provisionales. Cada uno de los factores socioeconómicos y psicológicos enumerados anteriormente, además de las características innatas del niño, afecta al comportamiento de los padres. Se han realizado muy pocos estudios para afirmar de forma concluyente cuáles de estos factores tienen efectos importantes en la crianza de los hijos adolescentes. Sin embargo, los resultados preliminares sugieren que las madres adolescentes y adultas

interactúan de forma diferente con sus hijos. Las razones por las que esto ocurre y la importancia de esta diferencia no se conocen en la actualidad. Aunque hay resultados contradictorios, parece que los hijos de padres adolescentes tienen un riesgo ligeramente mayor de sufrir maltrato infantil, pero no un desarrollo intelectual subóptimo, en comparación con los hijos de madres adultas.

Existe la creencia generalizada de que el embarazo en la adolescencia conlleva un mayor riesgo para la joven madre y su bebé que el embarazo que se produce a una edad más avanzada. Para comprender mejor estas diferencias, se compararon las variables prenatales y neonatales de madres adolescentes y no adolescentes. Se presentan y comparan los datos de un estudio longitudinal en curso sobre los factores de riesgo y protección de las madres adolescentes y sus hijos y un estudio que explora los factores de riesgo de las madres no adolescentes y sus hijos utilizando medidas comparables. Se realizó un seguimiento de 130 madres adolescentes y 86 madres no adolescentes primíparas casadas. Los resultados indicaron que las medidas de peso al nacer, edad gestacional y puntuaciones de Apgar de 1 y 5 minutos no diferían entre los dos grupos. Sin embargo, las características psicosociales maternas sí diferían. Las madres adolescentes se sentían menos felices por estar embarazadas y tenían menos apoyo social. Las madres adolescentes también declararon tener menos apoyo del padre del bebé. Durante la alimentación del recién nacido, las madres adolescentes vocalizaban menos a sus hijos que las madres no adolescentes. Se discuten las implicaciones de los resultados para la predicción de las prácticas de crianza y la intervención preventiva.

## **5.2. Recomendaciones**

Las recomendaciones se centran en proporcionar una experiencia de parto no traumática y un seguimiento por parte de profesionales de la salud mental para la evaluación de posibles traumas crónicos, estrés postraumático y depresión. Las adolescentes pueden llegar al parto con factores estresantes, depresión y traumas pasados; se fomenta la colaboración en la atención entre profesionales de la salud materno infantil y de la salud mental.

Debe prestarse especial atención a los grupos de población que han mostrado repetidamente un uso subóptimo de los servicios a lo largo de las diferentes etapas del continuo de la atención materna.

## Bibliografía

- Abdelsattar, M. M., Rashwan, A. K., Younes, H. A., Abdel-Hamid, M., Romeih, E., Mehanni, A.-H. E., Vargas-Bello-Pérez, E., Chen, W., & Zhang, N. (2022). An updated and comprehensive review on the composition and preservation strategies of bovine colostrum and its contributions to animal health. *Animal Feed Science and Technology*, 115379.
- Adams, C. O., Ewu, G., Ugwu, V., Shakirat, I., & Joseph, E. (2020). Barrier and Motivation to Exclusive Breast Feeding Amongst Mothers Accessing Care at the University of Abuja Teaching Hospital. *International Journal of Immunology*, 8(4), 70–77.
- Al Jawaldeh, A., & Sayed, G. (2018). Implementation of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J*, 24(1), 25–32.
- Álava Mindiola, K. G. (2020). *Análisis Comunicacional de la campaña de lactancia materna y su impacto en el sector del Guasmo Sur de Guayaquil*. Universidad de Guayaquil: Facultad de Comunicación Social.
- Alzaheb, R. A. (2017). A review of the factors associated with the timely initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding in the Middle East. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 11, 1179556517748912.
- Anderson, C. (2010). Impact of traumatic birth experience on Latina adolescent mothers. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(11), 700–707.
- Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(1), 7–14.
- Ciampo, L. A. Del, & Ciampo, I. R. L. Del. (2018). Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 354–359.
- Couto, G. R., Dias, V., & de Jesus Oliveira, I. (2020). Benefits of exclusive breastfeeding: An integrative review. *Nursing Practice Today*, 7(4), 245–254.
- De Antonio Ferrer, L. (2015). Lactancia materna: ventajas, técnica y problemas.

- Pediatr Integral*, 19(4), 243–250.
- Delgado, A. (2013). Guayaquil. *Cities*, 31, 515–532.
- Dykes, F., Moran, V. H., Burt, S., & Edwards, J. (2003). Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs—an exploratory study. *Journal of Human Lactation*, 19(4), 391–401.
- Espés, N. A. (2017). La lactancia materna como prevención de la obesidad infantil: revisión bibliográfica. *Medicina Naturista*, 11(1), 47–54.
- Gallado, J., García, C., Lujano, J., Pifano, V., & Alejos, M. (2017). Enfermería en las prácticas de lactancia materna exclusiva y de las técnicas de amamantamiento. *Salud, Arte y Cuidado*, 10(2), 33–44.
- Gamarra-Atero, R., Porroa-Jacobo, M., & Quintana-Salinas, M. (2010). Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. *Anales de La Facultad de Medicina*, 71(3), 179–184.
- Garcés Nieto, D. J., & Cárdenas Chanatasig, C. L. (2020). *Beneficios de la lactancia materna exclusiva en el desarrollo de estructuras óseas, musculares y dentales en niños de 6 y 7 años*. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.
- Kavle, J. A., LaCroix, E., Dau, H., & Engmann, C. (2017). Addressing barriers to exclusive breast-feeding in low-and middle-income countries: a systematic review and programmatic implications. *Public Health Nutrition*, 20(17), 3120–3134.
- Kofke, L., Pérez-Escamilla, R., Gubert, M. B., & Buccini, G. (2022). Socio-demographic, maternal, and infant characteristics associated with early childhood development delays among children of young mothers in Brasília, Brazil. *Plos One*, 17(3), e0266018.
- Lizarraga, J. L., Maehr, J. C., Wingard, D. L., & Felice, M. E. (1992). Psychosocial and economic factors associated with infant feeding intentions of adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health*, 13(8), 676–681.
- Martinez-Brockman, J. L., Harari, N., Segura-Pérez, S., Goeschel, L., Bozzi, V., & Pérez-Escamilla, R. (2018). Impact of the Lactation Advice Through Texting Can Help (LATCH) trial on time to first contact and exclusive breastfeeding among

- WIC participants. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 50(1), 33–42.
- Martínez-Galán, P., Martín-Gallardo, E., Macarro-Ruiz, D., Martínez-Martín, E., & Manrique-Tejedor, J. (2017). Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 54–66.
- Mohamed, M. J., Ochola, S., & Owino, V. O. (2018). Comparison of knowledge, attitudes and practices on exclusive breastfeeding between primiparous and multiparous mothers attending Wajir District hospital, Wajir County, Kenya: a cross-sectional analytical study. *International Breastfeeding Journal*, 13(1), 1–10.
- Morales Villa, S. N. (2019). *Factores socioculturales y la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes del Centro de Salud Condorillo Chincha 2019*.
- Panzarine, S., Slater, E., & Sharps, P. (1995). Coping, social support, and depressive symptoms in adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health*, 17(2), 113–119.
- Peterson, C. E., & DaVanzo, J. (1992). Why are teenagers in the United States less likely to breast-feed than older women? *Demography*, 29(3), 431–450.
- Prieto Donoso, J. C. (2016). *La estrategia nacional intersectorial de planificación familiar y prevención de embarazos en adolescentes (ENIPLA), en el marco de las directrices de la organización mundial de la salud, aplicado en el Ecuador durante el período 2012-2014*. PUCE.
- Quesada, D., & Villalobos, J. (2006). Técnica de investigación cuantitativa. Escala de actitudes tipo Likert. Licenciatura en docencia. *Investigación Educativa*. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Rita, B.-H. Y., & Raquel, D.-R. I. (2017). Conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres adolescentes que asisten al Centro de Salud de Bagua. *Rev Enferm. Herediana*, 10(1), 14–21.
- Romero-Velarde, E., Villalpando-Carrión, S., Pérez-Lizaur, A. B., de la Luz Iracheta-Gerez, M., Alonso-Rivera, C. G., López-Navarrete, G. E., García-Contreras, A., Ochoa-Ortiz, E., Zarate-Mondragón, F., & López-Pérez, G. T. (2016). Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Boletín Medico Del Hospital Infantil de México*, 73(5), 338–356.
- Roque, L. B., & Roque, J. B. (2016). Nivel de conocimientos, creencias y actitudes sobre lactancia materna exclusiva que poseen las madres puérperas en

- el CS Piedra Liza 2014. *Revista Científica Ágora*, 3(1), 300–306.
- Ryan, A. S., Rush, D., Krieger, F. W., & Lewandowski, G. E. (1991). Recent declines in breast-feeding in the United States, 1984 through 1989. *Pediatrics*, 88(4), 719–727.
- Smith, E. R., Hurt, L., Chowdhury, R., Sinha, B., Fawzi, W., Edmond, K. M., & Group, N. S. (2017). Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 12(7), e0180722.
- Sosa Sánchez, N., Reyes Suárez, O. V., Pérez Navarro, N., & Mato González, A. (2017). Diámetro transversal del maxilar y hábitos bucales perjudiciales en lactancia materna. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 21(2), 107–115.
- Sota Peña, L. E. (2017). *Actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primerizas que acuden al Hospital Antonio Lorena-Cusco 2017*.
- Thapa, B. R. (2005). Health factors in colostrum. *The Indian Journal of Pediatrics*, 72(7), 579–581.
- Theurich, M. A., Davanzo, R., Busck-Rasmussen, M., Díaz-Gómez, N. M., Brennan, C., Kylberg, E., Bærug, A., McHugh, L., Weikert, C., & Abraham, K. (2019). Breastfeeding rates and programs in Europe: a survey of 11 national breastfeeding committees and representatives. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(3), 400–407.
- Uusitalo, L., Nyberg, H., Pelkonen, M., Sarlio-Lähteenkorva, S., Hakulinen-Viitanen, T., & Virtanen, S. (2012). Infant feeding in Finland 2010. *Helsinki, Finland: National Institute for Health and Welfare*.
- Villarreal Velásquez, J. A. (2015). *La intermediación como práctica sociopolítica de los sectores urbano marginales de Guayaquil en el contexto de la revolución ciudadana*. Quito: Flacso Ecuador.

## Anexos

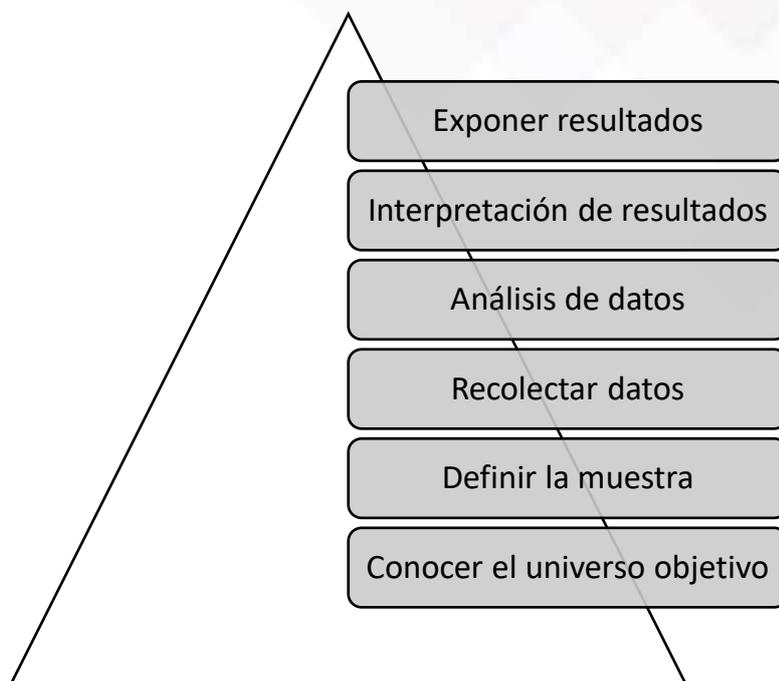


Figura 25. Proceso de selección de la muestra  
Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 6. Encuesta sociodemográfica: Nacionalidad de madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años

Nacionalidad	FA	FR	Porcentaje
Ecuatoriana	99	0,83	82,50
Venezolana	10	0,08	8,33
Peruana	5	0,04	4,17
Colombiana	4	0,03	3,33
Cubana	2	0,02	1,67
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>1,00</b>	<b>100,00</b>

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 7. Encuesta sociodemográfica: Nivel educativo de madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años

<b>Nivel educativo</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria	85	0,71	70,83
Analfabeto	13	0,11	10,83
Secundaria	22	0,18	18,33
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 8. Encuesta sociodemográfica: Situación laboral de madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años

<b>Situación laboral</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Porcentaje</b>
Estudiante	21	0,18	17,50
Ama de casa	91	0,76	75,83
Empleada doméstica	8	0,07	6,67
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 9. Encuesta sociodemográfica: Capacidades especiales de madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años

<b>Capacidades especiales</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Porcentaje</b>
Ninguna	109	0,91	90,83
Física	3	0,03	2,50
Intelectual	4	0,03	3,33
Sensorial	4	0,03	3,33
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 10. Encuesta sociodemográfica: Procedencia de madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años

Procedencia	FA	FR	Porcentaje
Urbano	111	0,93	92,50
Rural	9	0,08	7,50
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 11. Encuesta de los conocimientos sobre lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años

<b>Encuesta sobre los conocimientos acerca de la Lactancia Materna</b>		
¿Qué es el calostro?	Ponderación	Resultados
Primera leche	4	
Leche después de un mes de nacido	3	
Toda la leche es calostro	2	
Desconocimiento	1	
¿Cuándo se debe iniciar la Lactancia Materna?	Ponderación	Resultados
Inmediatamente después del parto	4	
1 – 5 horas después del parto	3	
Más de 8 horas	2	
Desconocimiento	1	
¿Cuánto tiempo debería durar la Lactancia materna exclusiva?	Ponderación	Resultados
≤2 meses de edad	4	
4 meses de edad	3	
6 meses de edad	2	
Desconocimiento	1	
¿A los cuantos meses se debería introducir otros alimentos?	Ponderación	Resultados
≤ meses cumplidos	4	

Entre 3 y 5 meses cumplidos	3	
≤6 meses cumplidos	2	
Desconocimiento	1	
¿A los cuantos meses se debería detener la lactancia materna?	Ponderación	Resultados
Antes de los 12 meses cumplidos	4	
A los 12 meses cumplidos	3	
13 – 23 meses cumplidos	2	
Desconocimiento	1	
¿Con que frecuencia debe amamantar a su bebé?	Ponderación	Resultados
Cada dos horas	4	
Cada tres horas	3	
Cada vez que el bebé quiera	2	
Desconocimiento	1	

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 12. Encuesta conocimiento: ¿Qué es el calostro?

¿Qué es el calostro?	FA	FR	Porcentaje
Primera leche	97	0,81	80,83
Leche después de un mes de nacido	8	0,07	6,67
Toda la leche es calostro	7	0,06	5,83
Desconocimiento	8	0,07	6,67
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 13. Encuesta conocimiento: ¿Cuándo se debe iniciar la Lactancia Materna?

<b>¿Cuándo se debe iniciar la Lactancia Materna?</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Porcentaje</b>
Inmediatamente después del parto	97	0,81	80,83
1 – 5 horas después del parto	9	0,08	7,50
Más de 8 horas	9	0,08	7,50
Desconocimiento	5	0,04	4,17
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 14. Encuesta conocimiento: ¿Cuánto tiempo debería durar la Lactancia materna exclusiva?

<b>¿Cuánto tiempo debería durar la Lactancia materna exclusiva?</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Porcentaje</b>
≤2 meses de edad	6	0,05	5,00
4 meses de edad	87	0,73	72,50
6 meses de edad	9	0,08	7,50
Desconocimiento	18	0,15	15,00
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 15. Encuesta conocimiento: ¿A los cuantos meses se debería introducir otros alimentos?

<b>¿A los cuantos meses se debería introducir otros alimentos?</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Porcentaje</b>
≤ 3 meses cumplidos	17	0,14	14,17
Entre 3 y 5 meses cumplidos	17	0,14	14,17
≤6 meses cumplidos	73	0,61	60,83
Desconocimiento	13	0,11	10,83
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 16. Encuesta conocimiento: ¿A los cuantos meses se debería detener la lactancia materna?

<b>¿A los cuantos meses se debería detener la lactancia materna?</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Porcentaje</b>
Antes de los 12 meses cumplidos	4	0,03	3,33
A los 12 meses cumplidos	95	0,79	79,17
13 – 23 meses cumplidos	13	0,11	10,83
Desconocimiento	8	0,07	6,67
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 17. Encuesta conocimiento: ¿Con que frecuencia debe amamantar a su bebé?

<b>¿Con que frecuencia debe amamantar a su bebé?</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Porcentaje</b>
Cada dos horas	8	0,07	6,67
Cada tres horas	75	0,63	62,50
Cada vez que el bebé quiera	13	0,11	10,83
Desconocimiento	24	0,20	20,00
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 18. Encuesta de actitudes sobre lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años

Madres primíparas	
Merece la pena dar lactancia materna exclusiva y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé	
Solo dar leche materna exclusiva no sacia al bebé	
Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca	
La introducción de alimentos distintos a la leche materna debe hacerse los seis meses de vida	1. Totalmente en desacuerdo; 2. Desacuerdo; 3. Indeciso; 4. De acuerdo; 5. Totalmente de acuerdo.
Dar pecho materno exclusivo provoca que los pechos se caigan	
Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna	
Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé	

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 19. Resultados de la encuesta de actitudes: Merece la pena dar lactancia materna exclusiva y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé

Merece la pena dar lactancia materna exclusiva y así garantizar el mejor inicio de vida a su bebé			
Totalmente en desacuerdo	6	0,05	5,00
Desacuerdo	5	0,04	4,17
Indeciso	6	0,05	5,00
De acuerdo	15	0,13	12,50
Totalmente de acuerdo.	88	0,73	73,33
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 20. Resultados de la encuesta de actitudes: Sólo dar leche materna exclusiva no sacia al bebé

Solo dar leche materna exclusiva no sacia al bebé			
Totalmente en desacuerdo	72	0,60	60,00
Desacuerdo	1	0,01	0,83
Indeciso	6	0,05	5,00
De acuerdo	6	0,05	5,00
Totalmente de acuerdo.	35	0,29	29,17
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 21. Resultados de la encuesta de actitudes: Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca

Lo mejor es dar el pecho a su bebé lo antes posible una vez que nazca			
Totalmente en desacuerdo	42	0,35	35
Desacuerdo	6	0,05	5
Indeciso	9	0,075	7,5
De acuerdo	6	0,05	5
Totalmente de acuerdo.	57	0,475	47,5
Total	120	1	100

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 22. Resultados de la encuesta de actitudes: La introducción de alimentos distintos a la leche materna debe hacerse los seis meses de vida

La introducción de alimentos distintos a la leche materna debe hacerse los seis meses de vida			
Totalmente en desacuerdo	110,00	0,92	91,67
Desacuerdo	2,00	0,02	1,67
Indeciso	3,00	0,03	2,50
De acuerdo	2,00	0,02	1,67
Totalmente de acuerdo.	3,00	0,03	2,50
Total	120,00	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 23. Resultados de la encuesta de actitudes: Dar pecho materno exclusivo provoca que los pechos se caigan

Dar pecho materno exclusivo provoca que los pechos se caigan			
Totalmente en desacuerdo	9	0,08	7,50
Desacuerdo	6	0,05	5,00
Indeciso	3	0,03	2,50
De acuerdo	5	0,04	4,17
Totalmente de acuerdo.	97	0,81	80,83
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 24. Resultados de la encuesta de actitudes: Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna

Creo que las afecciones del pezón tienen solución y no deberían ser causa de abandono de la lactancia materna			
Totalmente en desacuerdo	4	0,03	3,33
Desacuerdo	34	0,28	28,33
Indeciso	9	0,08	7,50
De acuerdo	9	0,08	7,50
Totalmente de acuerdo.	64	0,53	53,33
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 25. Resultados de la encuesta de actitudes: Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé

Toda mujer, salvo muy escasas excepciones, puede amamantar satisfactoriamente a su bebé			
Totalmente en desacuerdo	12	0,10	10,00
Desacuerdo	10	0,08	8,33
Indeciso	4	0,03	3,33
De acuerdo	9	0,08	7,50
Totalmente de acuerdo.	85	0,71	70,83
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 26. Encuesta de prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes primíparas de niños menores de dos años

<b>Encuesta sobre las prácticas acerca de la Lactancia Materna.</b>		
Le dio lactancia materna a su bebé dentro de la primera hora de nacido	Ponderación	Resultados
Sí	2	
No	1	
Ha alimentado a su bebé con formulas	Ponderación	Resultados
Sí	2	
No	1	
Actualmente le está dando lactancia materna a su bebé	Ponderación	Resultados
Sí	2	
No	1	
¿Qué posiciones utiliza para amamantar a su bebé?	Ponderación	Resultados
Posición de cuna	4	
Posición de balón	3	
Posición de caballito	2	
Posición cruzada	1	
¿Qué medidas toma antes de comenzar a dar de mamar?	Ponderación	Resultados
Solo se lo pega	4	
Se limpia con un trapo húmedo	3	
Cambia la ropa	2	
Se lava las manos	1	
¿Cuándo amamanta usted utiliza?	Ponderación	Resultados
Solo un pecho	3	
Ambos pechos	2	
Se alterna los pechos	1	

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 27. Resultados de la encuesta de las prácticas: Le dio lactancia materna a su bebé dentro de la primera hora de nacido

<b>Le dio lactancia materna a su bebé dentro de la primera hora de nacido</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	97	0,81	80,83
No	23	0,19	19,17
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 28. Resultados de la encuesta de las prácticas: Ha alimentado a su bebé con formulas

<b>Ha alimentado a su bebé con formulas</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	105	0,88	87,50
No	15	0,13	12,50
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 29. Resultados de la encuesta de las prácticas: Actualmente le está dando lactancia materna a su bebé

<b>Actualmente le está dando lactancia materna a su bebé</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	105	0,88	87,50
No	15	0,13	12,50
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 30. Resultados de la encuesta de las prácticas: ¿Qué posiciones utiliza para amamantar a su bebé?

<b>¿Qué posiciones utiliza para amamantar a su bebé?</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Porcentaje</b>
Posición de cuna	92	0,77	76,67
Posición de balón	9	0,08	7,50
Posición de caballito	13	0,11	10,83
Posición cruzada	6	0,05	5,00
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 31. Resultados de la encuesta de las prácticas: ¿Qué medidas toma antes de comenzar a dar de mamar?

<b>¿Qué medidas toma antes de comenzar a dar de mamar?</b>	<b>FA</b>	<b>FR</b>	<b>Porcentaje</b>
Solo se lo pega	88	0,73	73,33
Se limpia con un trapo húmedo	13	0,11	10,83
Cambia la ropa	12	0,10	10,00
Se lava las manos	7	0,06	5,83
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

Tabla 32. Resultados de la encuesta de las prácticas: ¿Cuándo amamanta usted utiliza?

¿Cuándo amamanta usted utiliza?	FA	FR	Porcentaje
Solo un pecho	16	0,13	13,33
Ambos pechos	95	0,79	79,17
Se alterna los pechos	9	0,08	7,50
Total	120	1,00	100,00

Elaborado por Ochoa, 2022

# UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

*¡Evolución académica!*

@UNEMIEcuador

