

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



“PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES ADOLESCENTES CON NIÑOS MENORES DE SEIS MESES, QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE RURRENABAQUE EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2022”

POSTULANTE: Lic. Gabriela Guerrero Alipaz

TUTOR: Lic. M.Sc. María Gladys Espejo Choquetarqui

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de
Especialista en Alimentación y Nutrición Clínica.**

La Paz - Bolivia
2023

DEDICATORIA

A quienes debo todo en la vida. Agradezco el cariño, la comprensión, la paciencia y el apoyo que me brindaron para culminar mi especialidad. Porque siempre he contado con ellos para todo. Gracias por la confianza que siempre me han tenido.

¡Gracias!

Abril y Julio Cesar.

Juan Carlos e Ilce.

AGRADECIMIENTO

A la vida, por permitirnos conocer y disfrutar de personas, momentos y experiencias que nos ayudan a crecer día a día con la esencia que perdura en el tiempo.

Al Departamento de Post grado de la Carrera de Nutrición y Dietética, por darnos la oportunidad a los profesionales que vivimos en ciudades alejadas de seguir creciendo académicamente, asimismo al coordinador de la especialidad M.Sc. Erik Omar Paye y al plantel docente calificado que me motivaron y guiaron en el transcurso de la Especialidad.

A mi tutora Lic. M.Sc. María Gladys Espejo Choquetarqui, por la motivación, guía constante a través de los conocimientos que me impartió a lo largo de la especialidad, además de la elaboración de esta tesis y ser un modelo de profesional a seguir.

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
3.1. Caracterización del problema.....	6
3.2. Delimitación del problema.....	7
3.3. Formulación del problema.....	7
IV. OBJETIVOS.....	8
4.1. Objetivo general.....	8
4.2. Objetivos específicos	8
V. MARCO TEÓRICO	9
5.1. Marco conceptual.....	9
5.2. Marco referencial	28
VI. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	33
6.1. Variables de estudio	33
6.2. Operacionalización de variables	34
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	39
7.1. Tipo de estudio	39
7.2. Área de estudio.....	39
7.3. Universo y muestra	39
7.4. Aspectos éticos.....	40
7.5. Métodos e instrumentos.....	41
7.6. Procedimientos para la recolección de datos	43
VIII. RESULTADOS.....	48
IX. DISCUSIÓN	62
X. CONCLUSIÓN	68
XI. RECOMENDACIÓN.....	69
XII. BIBLIOGRAFÍA	71
XIII. ANEXOS:.....	78

ÍNDICE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1. Edad de las madres adolescentes según su estado civil, con niños menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022	48
Gráfico 2. Ocupación según nivel de escolaridad de las madres adolescentes con niños menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022	50
Gráfico 3. Frecuencia de lactancia materna a libre demanda en menores de seis meses que recibieron lactancia materna exclusiva de madres adolescentes que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022	53
Gráfico 4. Alimentación según tiempo y número de tomas de lactancia materna exclusiva por las madres adolescentes a los menores de seis meses, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022	54
Gráfico 5. Nivel de conocimiento sobre el inicio de la alimentación complementaria de las madres adolescentes con niños menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022	57
Gráfico 6. Estado nutricional según los índices Peso /Longitud y Perímetro Braquial/Edad de los menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva por madres adolescentes, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022	58
Gráfico 7. Estado nutricional según Peso /Edad de los menores de 2 meses alimentados con lactancia materna exclusiva por madres adolescentes, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022	59

Gráfico 8. Estado nutricional según el índice L/E de los menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva por madres adolescentes, que acudieron a Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022 60

ÍNDICE DE CUADROS

Pág.

Cuadro 1. Sexo de los niños menores de seis meses según edad, alimentados con lactancia materna exclusiva por madres adolescentes, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.....	51
Cuadro 2. Inicio de la lactancia materna exclusiva en los menores de seis meses por madres adolescentes, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.....	52
Cuadro 3. Aplicación de las técnicas de amamantamiento en los menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva por madres adolescentes, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022	55
Cuadro 4. Estado nutricional según el índice Perímetro Cefálico/Edad de los menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva por madres adolescentes, que acudieron a Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022	61

ÍNDICE DE ANEXOS

Pág.

ANEXO 1: ÁREA DE ESTUDIO	78
ANEXO 2: SOLICITUD DE PERMISO	79
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	80
ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	81
ANEXO 5: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	85

ACRÓNIMOS Y SIGLAS

ENDSA: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

OR: Odds Ratio

AEIPI: Atención Integral de la Enfermedades Prevalentes de la Infancia

LME: Lactancia Materna exclusiva

LM: Lactancia Mixta

LMI: Lactancia Materna Inmediata

AC: Alimentación Complementaria

DE: Desvío estándar

P/E: Peso/Edad

P/L: Peso/Longitud

L/P: Longitud/Peso

PB/E: Perímetro Braquial / Edad

PC/E: Perímetro Cefálico/Edad

RCL: Retardo en el Crecimiento Leve

RCM: Retardo en el Crecimiento Moderado

RESUMEN

Objetivo: Determinar prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria en madres adolescentes con niños menores de seis meses, que acuden al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

Método: Estudio cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo en base a serie de casos realizado en 30 madres adolescentes y niños menores de seis meses.

Resultados: Frecuencia de edad de madres adolescentes entre 16 y 19 años con 67%, con estado civil conviviente 66,7%, con grado de escolaridad 73,3% a nivel secundaria, con mayor ocupación de estudiante 33% y labores de casa 27%. El sexo de los menores: 53,3% varones y 46,7% mujeres, donde 50% del total fluctuaron entre el segundo y tercer mes de edad. 80% inició LME durante la primera hora de vida y 20% después de la primera hora. Del 100%, el 87% recibió LME a libre demanda. 54% de madres observadas realiza una aplicación adecuada de técnica de amamantamiento y 33,3% inadecuada. El EN de menores según los índices P/L P/E y PB/E con promedio de normalidad 26,7% para mujeres y 40% para varones, índice L/E, la normalidad se representa con 53,4% para varones y 43,3% para mujeres. El EN según el índice PC/Edad proporciona datos de normalidad del 36,3% para mujeres y el 46,7% para varones. El nivel de conocimiento sobre AC, 47% es regular, 33% bueno y 20% malo.

Conclusiones: Se demostró que, a pesar de la edad, el nivel de instrucción y ocupación, las madres adolescentes tienen conocimientos adecuados sobre amamantamiento. De igual forma, el 54,6% aplican adecuadamente estas técnicas. El EN de los menores, de manera general, se encuentra en un rango de normalidad, en base a diagnóstico según índices de medición.

Palabras clave: Técnicas de amamantamiento, estado nutricional, alimentación complementaria, madres adolescentes.

ABSTRACT

Objective: To determine exclusive breastfeeding practices and knowledge about the start of complementary feeding in adolescent mothers with children under six months, who attend the Rurrenabaque Hospital in the second semester of 2022.

Method: Quantitative study, non-experimental, descriptive design based on a series of cases carried out in 30 adolescent mothers and children under six months of age.

Results: Age frequency of adolescent mothers between 16 and 19 years with 67%, with cohabiting marital status 66.7%, with schooling degree 73.3% at secondary level, with higher student occupation 33% and housework 27 %. The sex of the minors: 53.3% male and 46.7% female, where 50% of the total fluctuated between the second and third month of age. 80% started SCI during the first hour of life and 20% after the first hour. Of 100%, 87% received SCI on free demand. 54% of observed mothers perform an adequate application of the breastfeeding technique and 33.3% inadequate. The NE of minors according to the P/L P/E and PB/E indices with an average normality of 26.7% for women and 40% for men, L/E index, normality is represented with 53.4% for men and 43.3% for women. The EN according to the PC/Age index provides data of normality of 36.3% for women and 46.7% for men. The level of knowledge about CA, 47% is regular, 33% good and 20% bad.

Conclusions: It was shown that, despite age, educational level and occupation, adolescent mothers have adequate knowledge about breastfeeding. Similarly, 54.6% adequately apply these techniques. The NE of minors, in general, is in a normal range, based on diagnosis according to measurement indices.

Keywords: Breastfeeding techniques, nutritional status, complementary feeding, adolescent mothers.

I. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un tema de apasionantes discusiones en el sector salud, pues, se considera como el mejor regalo que puede dar la madre a su hijo recién nacido, así podrá garantizar la alimentación adecuada, la vida y la salud óptima del niño "...la lactancia materna proporciona a los recién nacidos ventajas inmunológicas, nutricionales y psicológicas" (1).

La alimentación complementaria según la Organización Mundial de la Salud (OMS) debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrada en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna, además recomienda que los lactantes reciban alimentos complementarios a partir de los seis meses de vida (2).

La desnutrición en lactantes y niños de corta edad, forma parte de los problemas más amplios de la pobreza, la carencia de recursos, la injusticia social y la degradación ecológica. La aplicación de una buena técnica, en el momento del amamantamiento es muy importante para el estado de nutrición del lactante, muchas veces el conocimiento de la madre es bueno, pero en el momento de dar de lactar al niño, no realizan una adecuada práctica.

Para ello, la educación a la madre es muy importante en temas de lactancia precoz, demostración sobre la técnica correcta, estímulo y apoyo de la familia; los profesionales de la salud cumplen un rol fundamental para ayudar a alcanzar el objetivo de aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva e inmediata después del nacimiento, sin dejar de lado después de los primeros seis meses, los conocimientos de las madres sobre el inicio de una alimentación complementaria adecuada.

En Bolivia la ley 3460 tiene como finalidad: “Promover, proteger y apoyar la práctica de la lactancia materna en forma exclusiva hasta los seis meses de edad; desde los seis meses hasta los dos años, la lactancia materna continuará con adición de la alimentación complementaria con aplicación en el área clínica y no solamente en el ámbito de salud comunitaria o pública” (3).

El presente estudio, pretende determinar las características de la implementación de la técnica de amamantamiento en las primeras horas de vida, la alimentación y el estado nutricional de los lactantes menores de seis meses, los conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria que tienen las madres adolescentes que asisten al Hospital de Rurrenabaque. Con la caracterización de estas variables se podrán ejecutar mejores estrategias para disminuir los indicadores de desnutrición en los menores de seis meses, promoviendo la lactancia materna exclusiva e induciendo conocimientos adecuados sobre el inicio de la alimentación complementaria.

Esta investigación es de corte cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo en base a serie de casos, en un universo constituido por 30 madres adolescentes, con niños menores de seis meses al segundo semestre del año 2022. El mencionado estudio incorporó la observación participante como método, a través de datos primarios como fuente de recolección, toda vez que se utilizó una entrevista estructurada como instrumento, para la recolección de datos.

El universo y la muestra estudiada, tuvo lugar en el Hospital de Rurrenabaque, del municipio homónimo, del departamento del Beni, durante el segundo semestre del año 2022.

El Hospital de Rurrenabaque es considerado un centro de segundo nivel, cuenta con medicina general, pediatría, cirugía, ginecología, traumatología, medicina interna, nutrición clínica y odontología como especialidades, de la misma manera presta los servicios de laboratorio, ecografía y rayos x. El personal que trabaja en este nosocomio procede generalmente de tres fuentes: el municipio, Ministerio

de Salud y el SEDES, haciendo un total de 83 funcionarios, entre personal médico, de enfermería, de nutrición, de servicios y administrativo.

II. JUSTIFICACIÓN

Según el Servicio Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, muestra que en el 2021 se registraron 39.747 embarazos en niñas y adolescentes, lo que significa que existieron en promedio 109 embarazos al día de niñas y adolescentes, entre 10 y 19 años. En 2022, hasta el 30 de junio, los embarazos adolescentes sumaron 16.752, lo que representa un total de 91 embarazos al día (4).

Si tomamos en cuenta el Modelo Causal de Desnutrición propuesto por la UNICEF, la ingesta adecuada de nutrientes y entre ellos los micronutrientes, cumplen un rol importante en los primeros meses de vida del lactante, asimismo, el inicio de la alimentación complementaria.

La OMS, afirma que el éxito de la lactancia materna depende en gran medida de la técnica de amamantamiento. Muchas veces las madres adolescentes primerizas tienen adecuados conocimientos sobre estas habilidades, pero al momento de dar de lactar al recién nacido, no los aplican, donde interviene la inexperiencia y el miedo de no hacerlo bien.

En América Latina, solo el 38% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. Bolivia es el segundo país en América Latina, después del Perú, que reporta un mayor número de madres que dan de lactar a sus bebés (60 de cada 100 madres). Sin embargo, se necesita seguir trabajando para aumentar ese porcentaje, tomando en cuenta la técnica de la lactancia materna para que esta sea más beneficiosa para los infantes (5).

En Bolivia el 27% de los niños y niñas menores de 5 años padecen de desnutrición crónica y el 8% de ellos presenta desnutrición crónica severa. Los

niveles de desnutrición aguda y global son del 1 y 4% de la población menor de 5 años (5).

La necesidad de determinar el estado nutricional de los niños y las prácticas de la técnica de la lactancia materna es de vital importancia para que en un futuro se puedan tomar estrategias más factibles para mejorar la promoción de la lactancia materna y el inicio de la alimentación complementaria.

Al establecer la influencia de la lactancia materna y los conocimientos del inicio de la alimentación complementaria en menores de seis años podremos empezar a corregir la deficiencia y la mala alimentación durante la infancia, ya que esto influye directamente en el desarrollo del niño.

Los beneficios que generará esta investigación, apuntan a la institución que acoge dicho estudio; las autoridades municipales e institucionales, quienes podrán planificar, prevenir y actuar en base a los resultados; por otro lado, las madres participantes, quienes podrán identificar las fallas cometidas, en beneficio de sus hijos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1. Caracterización del problema

La prevalencia de desnutrición infantil en Bolivia se ha reducido considerablemente en los últimos años, aun así, el problema continúa, siendo la causa fundamental la inadecuada ingesta calórica proteica.

La mala nutrición durante las primeras etapas del ciclo de vida, puede conducir a daños extensos e irreversibles en el crecimiento físico y el desarrollo del cerebro. En cambio, la buena nutrición tiene un efecto positivo.

La lactancia materna es la forma óptima de alimentar a los bebés, ofreciéndoles los nutrientes que necesitan en el equilibrio adecuado, brindando protección contra las enfermedades (6).

Según el nuevo estándar de la OMS, el 27% de los niños y niñas menores de cinco años en Bolivia, padece desnutrición crónica y el 8% presenta retraso en el crecimiento en condición severa (5).

Según la ENDSA, existe una reducción de la Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses del 60.4% (2008) a 58.3% (2016); siendo mayor la diferencia entre el área Rural (70.9%) en comparación al área urbana donde solo se llega al 52.4% de lactancia materna exclusiva al 6to mes (5).

En los primeros seis meses de vida la lactancia materna es vital por ser el único alimento que debe recibir el niño, la cantidad y calidad depende de las condiciones de reserva de masa grasa de parte de la madre. aun así, si la técnica de la lactancia materna es inadecuada, el niño no recibe la cantidad de secreción láctea necesaria para cumplir las funciones vitales y mantenerse en buen estado de nutrición óptimo. La lactancia frecuente con una buena técnica conducirá a una lactancia materna exitosa.

Es recomendable no indicar a las madres un tiempo establecido de dos a tres horas, puesto que induce al establecimiento de un horario fijo y no proporcionaríamos lactancia materna a libre demanda (7).

Por otra parte, el inicio de la alimentación complementaria tiene una tendencia general a postergarse hacia edades más tardías. El porcentaje de niños y niñas del área urbana y -sobre todo- del área rural que recibe alimentación complementaria, es mayor en el subgrupo de 9 a 11 meses que en el de 6 a 8 meses (5).

3.2. Delimitación del problema

Se investigó a madres adolescentes que estuvieron dando lactancia materna exclusiva a menores de seis meses y asistieron a su control de crecimiento y desarrollo al Hospital de Rurrenabaque, en el segundo semestre del año 2022.

3.3. Formulación del problema

¿Cuáles son las prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria, en madres adolescentes con niños menores de seis meses, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022?

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Determinar las prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria en madres adolescentes con niños menores de seis meses, que acuden al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

4.2. Objetivos específicos

- a) Determinar las características sociodemográficas de las madres adolescentes.
- b) Caracterizar las prácticas de lactancia materna en: la técnica, inicio, frecuencia y duración de las tomas durante 24 horas en el menor de seis meses.
- c) Evaluar el nivel de conocimiento de la madre adolescente sobre las características del inicio de la alimentación complementaria.
- d) Identificar el estado nutricional de los niños menores de seis meses según los índices de peso/longitud, peso/edad y longitud/edad, perímetro braquial/edad y cefálico/edad.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. Marco conceptual

5.1.1. Adolescencia: se define la adolescencia como la segunda década de la vida, desde los 10 a los 19 años. Es un período de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera socio-cultural, psicológica y morfo-fisiológica. Se estima que existen cerca de 1600 millones de adolescentes a nivel mundial. En Sudamérica y el Caribe alcanzan los 148 millones, lo que equivale a un 30 por ciento de la población total de la región (8).

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud, en base al Censo de Población y Vivienda del 2012, en Bolivia, la población adolescente asciende a un total de 2.229.156, representando el 20% de la población.

5.1.2. Lactancia materna: la lactancia materna es la acción natural de alimentar al bebé con el alimento producido por la madre, conocido como leche materna, o en su defecto por una madre sustituta que asuma ese papel. Se considera el método de alimentación infantil más sencillo, sin costo y sano, al contener los minerales y nutrientes para los seis primeros meses de vida (9).

Lactar no solo significa alimentar para satisfacer el apetito, sino en gran medida, significa también proteger contra infecciones y algunas otras enfermedades. Por lo tanto, es bueno recordar que la pediatría recomienda seis meses de lactancia materna exclusiva. Después con la introducción de otros alimentos se puede continuar lactando hasta que el binomio madre e hijo lo deseen (10).

5.1.2.1. Lactancia Materna Precoz: La lactancia materna es el acto de alimentar al recién nacido a través de la madre inmediatamente después del parto, mediante el estímulo de la glándula mamaria que produce leche humana, contiene todos los macros y micro nutrientes esenciales para cubrir los

requerimientos energéticos óptimos para el inicio del desarrollo y crecimiento del niño. La primera succión de calostro del RN al momento de nacer posee un beneficio único sobre la nutrición y vitalidad del niño por “el alto contenido de proteínas y de vitaminas solubles en grasa y por sus propiedades anti infecciosas constituye la primera inmunización del niño” (11).

5.1.3. Lactancia Materna Exclusiva: Lactancia materna en forma exclusiva significa dar leche materna como único alimento y bebida del niño sin introducir aguas, mates, infusiones y otras leches. Debe darse exclusivamente hasta los 6 meses. Es importante indicar la frecuencia de las lactadas que debe ser como mínimo de 8 a 10 veces al día, y dar de lactar los dos pechos, reforzando la lactancia de día y de noche (12)

La leche materna provee al niño de todas las sustancias nutritivas que necesita para crecer y desarrollarse, satisface la sed del niño y protege de muchas enfermedades (13)

5.1.4. Leche materna: “un alimento “vivo” que contiene células vivas, hormonas, enzimas activas, anticuerpos y al menos 400 otros componentes únicos. Es una sustancia dinámica, la composición cambia desde el principio hasta el final de la toma y de acuerdo con la edad y los requerimientos nutricionales a medida que el bebé crece y se desarrolla.” (OPS, 2010) (14).

La leche materna ha sido denominada como la sangre blanca, compensa las necesidades inmunológicas y nutricias del RN, se adecua a las cualidades físicas del tracto digestivo; la estructura de la leche natural es inestable dependiendo del periodo en el que se encuentre: calostro, leche de transición y leche madura. El calostro, es la segregación láctea inicial originada por las glándulas mamarias, se adapta exactamente a las carencias de un RN, momento en el que el aparato intestinal del bebé no está completamente desarrollado como para aceptar un distinto componente lácteo, este líquido inicial abarca proteínas, minerales, inmunoglobulinas (IgA, IgM, IgG e IgD), lactoferrina y leucocitos que favorecen la

proliferación de lactobacillus bifidus en el aparato digestivo, lo que ayuda a la eliminación del meconio en el RN gracias al efecto laxante, además coopera al recubrimiento interno prematuro del sistema digestivo, evitando la unión de bacterias, virus y otros patógenos (11).

5.1.5. Fisiología de la Leche materna

Producción de la leche humana: La secreción láctea se lleva a cabo en las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria. En éstas existen células madre que son estimuladas por la hormona del crecimiento y la insulina; y las células alveolares secretoras, son estimuladas por la prolactina.

Elaboración celular de la leche: La leche humana se sintetiza en las células mamarias y algunos compuestos se transportan desde el plasma hasta esas células. En el núcleo de la célula secretora tiene lugar la síntesis del ADN y ARN, encargados de regular el metabolismo celular y el perfil enzimático. En el citoplasma se lleva a cabo la oxidación de la glucosa, la síntesis de los ácidos grasos y la activación de los aminoácidos para la síntesis de proteínas. Las mitocondrias obtienen energía (ATP) y son precursoras de los aminoácidos no esenciales y de los ácidos grasos. En el aparato de Golgi se agrupan aminoácidos, glucosa y ácidos grasos en los principios inmediatos (proteínas, grasas y carbohidratos), los cuales intervienen en la síntesis de lactosa. En el retículo endoplásmico se lleva a cabo la síntesis de las proteínas, los triglicéridos y los fosfolípidos, así como la saturación de los ácidos grasos (15)

Mecanismos de la secreción celular: Los constituyentes de la leche son entregados por la célula mamaria hacia el lumen alveolar por diversos mecanismos

a). Difusión: Las membranas de las células alveolares difunden hacia el lumen alveolar iones monovalentes como Na⁺, K⁺, Cl⁻ y agua.

b). Exocitosis: Son secretados por este mecanismo proteínas y algunos carbohidratos en pequeñas vesículas, que al contacto con la membrana celular se libera a la luz alveolar.

c). Secreción apócrina: La célula cede una parte de su membrana y su citoplasma al secretar partículas grasas.

d). Pinocitosis: Se transportan inmunoglobulinas mediante receptores transcelulares, la más importante es la Ig A que se sintetiza en la célula plasmática de la propia glándula mamaria.

e). Vía paracelular: A través de soluciones de continuidad intercelulares se eliminan abundantes células en el calostro y en menor cantidad en la leche madura (15).

5.1.6. Componentes de la leche materna

- Células inmunológicas, inmunoglobulinas, ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, citoquinas, nucleótidos, hormonas y péptidos bioactivos, los cuales juegan un rol vital al reforzar el sistema inmunológico del recién nacido.
- Glicanos, los cuales trabajan como agentes anti infecciosos.
- Oligosacáridos, que retardan el crecimiento de patógenos entéricos.
- Anticuerpos IgAs ofrecen protección contra infecciones gastrointestinales.
- Lactoferrina la cual promueve el crecimiento epitelial protegiendo al bebé contra hongos y bacterias.
- Xantina, atrapa patógenos alejando así a las bacterias de su objetivo.
- Células diferenciadas del epitelio y supuestas células madre.
- Factor de crecimiento epidérmico, las vitaminas, los minerales, los péptidos, y nucleótidos proveen tolerancia óptima a la alimentación del recién nacido.

- La cisteína, la taurina, la lipasa, PSTI, ácidos poliinsaturados de cadena larga, nucleótidos, y glangliósidos todos ellos proveen integridad gástrica, vaciamiento gástrico rápido, y tolerancia aumentada de las tomas en el periodo inmediato después del nacimiento (16).

5.1.7. Lactante: “es alimentado solo con leche materna (incluyendo leche materna extraída o de nodriza (17).

5.1.8. Importancia de lactancia materna inmediata y lactancia materna exclusiva: A través de la historia de la humanidad, en diferentes grupos étnicos, el parto se ha caracterizado por ser un evento privado en el que la mujer se ha alejado o aislado de su medio para parir, dando oportunidad para que las funciones fisiológicas del parto fluyan naturalmente, así como para que la intimidad y la cercanía entre ella y el recién nacido se procure en las primeras horas de vida.

Un par de minutos después del parto, el recién nacido comienza un estado instintivo de alerta tranquila receptiva y activa que durará alrededor de 60 minutos; al término de este, se presentará un sueño profundo que durará horas. Dicho periodo de alerta se ha denominado *periodo sensitivo* y se considera que es el más prolongado durante el primer mes de edad. Esta fase es muy significativa, debido a que aquí comienza una etapa muy importante del apego que se seguirá desarrollando potencialmente día a día hasta establecer el fuerte lazo afectivo, resultado del intercambio de caricias, miradas, sonidos, olores y temperaturas entre madre e hijo (18).

Otro de los resultados trascendentales de dicho apego es que a este le acompaña la producción de hormonas que estimularán la lactancia, de tal manera que posibilitará que el recién nacido busque el pecho de su madre. Sin embargo, si se retira al niño de su madre, como suele hacerse en el ámbito Hospitalario, se

priva a ambos de esta experiencia, provocando que la calidad e intensidad del apego disminuya y, en consecuencia, no se obtengan los beneficios que brinda para la continuidad de la lactancia materna y para la salud integral.

El momento del nacimiento es de suma transformación, puesto que el recién nacido cambia totalmente su hábitat. De un medio con predominio acuático, con temperatura estable y estímulos ópticos, acústicos y táctiles menores, pasa a un medio aéreo-terrestre en el cual debe usar los pulmones para oxigenarse, con variaciones de temperaturas y múltiples y fuertes estímulos sensoriales. Por ello es necesario que se encuentre en compañía de la madre, para que la adaptación sea saludable. Aunado a esto, numerosos estudios han mostrado que, tras el parto, el contacto precoz, ininterrumpido y prolongado piel con piel provocan que el metabolismo y la termorregulación mejoren, que se favorezca el inicio de la succión al seno materno y que el cuerpo del recién nacido (estéril) se colonice por microorganismos que estimulen al sistema inmunológico (18).

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en busca de que los servicios de salud donde se atienden los partos lleven a cabo prácticas que estimulen la lactancia materna exclusiva (LME) desde el nacimiento. Dentro de esta iniciativa, se considera brindar las facilidades para que se instaure la lactancia dentro de los 30 minutos posteriores al parto, para lo cual es indispensable el contacto piel con piel de la madre y el neonato de tal forma que se dé un apego precoz. Los servicios de salud deben acompañar a las madres en este proceso brindando apoyo cuando lo requieran. Aunque la estimulación para la lactancia materna deba hacerse durante la media hora posterior al nacimiento, se considera como lactancia materna inmediata (LMI) si se realiza durante la primera hora después del mismo.

La importancia de la LMI recae en los beneficios que brinda a la salud del binomio madre/hijo, pues los recién nacidos son altamente vulnerables a enfermedades infecciosas durante las primeras horas/días de edad, la primera leche de la madre (calostro) posee elevadas cantidades de anticuerpos y nutrientes que protegen al niño durante esta etapa crítica. Por su parte, los beneficios de la LME para la salud infantil se extienden por mucho más tiempo, protegiendo de múltiples infecciones.

La LMI beneficia la práctica de la LME debido a la influencia en la instauración satisfactoria de la misma. Del apego precoz depende que la estimulación y consecuentemente la producción de leche sea pronta y la madre se sienta satisfecha y segura física y psicológicamente para comenzar a lactar y continuar haciéndolo. De lo contrario, si la estimulación y producción de leche se retardan, la madre o el personal de salud introducen en la alimentación del niño, otras bebidas y alimentos diferentes a la leche materna con el objetivo de "satisfacer" las necesidades alimentarias de los recién nacidos, se provoca que el niño pueda rechazar el pecho cuando la madre lo vuelva a ofrecer y, en consecuencia, que no se instaure la lactancia materna (18).

5.1.9. Reflejos del niño importante para la lactancia materna: El Recién Nacido tiene tres reflejos que le ayudan a alimentarse:

Reflejo de búsqueda: Es el que ayuda al niño a encontrar el pezón. Se estimula al tocar con el pezón la mejilla del niño.

Reflejo de succión: Cuando se estimulan sus labios, el lactante inicia movimientos de succión. Este reflejo es necesario para una alimentación adecuada y suele acompañarse del reflejo de deglución. El lactante succiona con un patrón más o menos regular de arranques y pausas, se llama, también de arraigamiento y se halla presente en el prematuro.

Reflejo de deglución: Es el paso de la leche hacia el estómago por medio de movimientos voluntarios e involuntarios que se suceden automáticamente en un conjunto único de movimientos (17).

5.1.10. Procedimiento para amamantar

- Soporte el seno con la mano en forma de "C", colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los labios del niño con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada.
- Recuerde a la madre que debe acercar el niño al seno y no el seno al niño, previniendo así dolores de espalda y tracción del pezón.
- Estimule el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, introduzca el pezón y la areola. Si se resiste, hale suavemente hacia abajo su barbilla para lograr una correcta succión.
- Los labios del niño deben estar totalmente separados, sin repliegues y predisposición a la formación de fisuras que dificultan la Lactancia Materna. Si adopta la posición incorrecta se debe retirar del seno e intentar de nuevo.
- Es importante que los labios permanezcan revertidos (boca de pescado).
- Permita al recién nacido la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto (17).

5.1.11. Evaluación de la técnica de lactancia materna: La lactancia materna incluye la evaluación de la posición y el agarre del bebé al seno materno. Muchos problemas de la lactancia pueden ser prevenidos e incluso tratados, enseñando a la madre cómo colocarlo/a al seno materno en una buena posición y cómo lograr un buen agarre (19).

5.1.11.1. Posición: Si la madre está sentada, debe mantener la columna recta y las rodillas ligeramente elevadas, colocando a la o el bebé en la curva de su codo, frente a ella y en lo posible sostener las nalgas, la oreja, hombro y cadera de la o el bebé en línea. La o el bebé debe estar girado hacia la mamá, con el cuerpo y cabeza en línea recta (20).

5.1.11.2. Agarre: La madre puede sostener el pecho con los dedos a 3-4 cm detrás del pezón (con su mano en forma de "C") y acercar a la o el bebé a su pecho con la cara de éste mirando al pecho y la nariz frente al pezón, roce el pezón, roce con el labio superior de la o el bebé para estimularlo y espere abra bien su boca y agarre una buena parte del pecho hasta la aréola. (20).

La Importancia del agarre está íntimamente vinculado a los senos lactíferos que son bolsitas llenas de leche que deben quedar dentro de la boca del recién nacido pues, de lo contrario, no logra obtener suficiente leche materna, entonces llora, se muestra insatisfecho, no aumenta de peso, tiene orinas escasas, y ello es, por un deficiente agarre (20).

Un buen agarre es esencial para conseguir vaciar el pecho de leche y evitar la aparición de grietas y lesiones en el pezón. Para saber que un bebé está bien agarrado debemos tener presente los siguientes puntos: la madre no tiene dolor, el mentón y nariz deben estar tocando al pecho, los labios del bebé evertidos hacia afuera, las mejillas se redondean al mamar, más areola visible por la parte superior de la boca que por la parte inferior, tiene el cuello extendido y el pezón sale de la boca alargado. Aspectos a tomar en cuenta en el agarre durante la lactancia materna (19).

Cuando hay un mal agarre es casi seguro que haya dolor, amamantar no duele. Además, es posible que pase lo siguiente: que el bebé no consiga una buena transferencia de leche, lo que se traduce en un escaso o nulo aumento de peso, necesite estar mamando constantemente y no se suelte nunca por sí solo, mame

hundiendo las mejillas y que el pezón salga de su boca deformado o pinzado como la punta de un pintalabios (20) (19).

Un agarre es correcto cuando su boca está bien abierta, su labio inferior está hacia afuera, el mentón de la o el bebé toca el pecho y se ve más areola por arriba que por debajo de la boca. Si succiona débilmente, probablemente tiene todavía los efectos de medicamentos y se duerme antes de mamar lo suficiente. Recomiende desabrigarlo y ponerlo sobre el pecho de su madre piel a piel, estimularlo con masajes suaves en la espalda de abajo hacia arriba, dejar que explore los pechos, usualmente aprenden a succionar por su propia cuenta, no se debe ofrecer biberón. Esperar con paciencia que manifieste su deseo de mamar. En caso de pezón plano o invertido, ayude a la madre a destacar el pezón, usualmente basta con dar masajes en el pezón, la succión de su propia pareja (20).

5.1.11.3. Succión: Succión del bebe para amamantar es un proceso aprendido dentro del útero materno, es decir, cuando los bebés nacen ya saben mamar. En torno a las 16 semanas de embarazo, el feto deglute el líquido amniótico y en la semana 20 aparece el reflejo de succión; pero no se llegan a coordinar ambos reflejos hasta la semana 32 de gestación. Y precisamente, es por este motivo por el que los bebés prematuros que nacen antes de estas semanas no son capaces de alimentarse por sí mismos. Hablamos de una succión correcta, cuando ésta permite al bebé alimentarse sin producir molestias o dolor a la madre; mientras que una succión es incorrecta cuando como consecuencia de la misma se presenta grietas en los pezones, dolor, poca ganancia de peso, irritabilidad.

Esto logra que la leche, almacenada en el alvéolo, fluya a través de los conductos pequeños hacia los conductos mayores que se encuentran por debajo de la areola. Aquí la leche es almacenada temporalmente durante la mamada. Este es

el reflejo de la oxitocina, también conocido como reflejo de la eyección láctea o el reflejo de “bajada de la leche (17).

5.1.11.3.1. Signos de una buena succión: en un principio, la succión es rápida y superficial, lo que estimula el reflejo de eyección de la leche materna. Después de alrededor de un minuto cambia a succiones lentas y profundas, con pausas intermedias. El ritmo normal de la succión de un recién nacido es de ciclos encadenados de 10 a 30 succiones, en los que el bebé respira con normalidad sin necesidad de interrumpir la succión. Lo normal es que, si hay silencio ambiental, puedas escuchar como traga durante unos minutos en cada toma, mientras observa un movimiento mandibular amplio. La madre que está dando el pecho a su bebé podrá ver que la lengua del bebé está debajo de la areola, un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula, las mejillas no se hundan, sino que se ven redondas y llenas (19) (20).

Debemos de recordar que si el (la) niño (a) es amamantado correctamente: la glándula mamaria produce leche a través del estímulo de la succión. Extrae suficiente leche, en calidad y cantidad, para satisfacer su hambre y su necesidad de chupar. Satisface todas sus necesidades nutricionales con mínimo desgaste metabólico. No provoca molestias en la madre y ella siente verdadero placer de amamantar a su hijo (a) y satisface psico-emocionalmente tanto a la madre como al niño (a) (9).

5.1.11.3.2. Duración y frecuencia de las mamadas: Debe ser a libre demanda, de día y de noche 8 a 12 veces en 24 horas, lactar por la noche incrementa la producción de leche, no hay un patrón de alimentación para la o el bebé, en algunos les puede bastar 10 minutos por lactada y a otros 30 minutos o más. La mayoría de mujeres producen más leche de lo que su bebé pueda tomar, una madre de gemelos producirá más leche para satisfacer la necesidad de ambos bebés. Las señales de hambre en la o el bebé se puede identificarse si mueve su cabeza buscando el pecho, abre su boca, saca la lengua, succiona sus

manos, esta intranquilo, emite quejidos y cuando hay llanto es un signo tardío de hambre (20,21).

5.1.12. Beneficios de otorgar lactancia materna inmediata y hasta los seis meses de manera exclusiva: Inmediatamente después del nacimiento y de haberse brindado los cuidados iniciales al recién nacido, este debe ser colocado junto a su madre, sobre su abdomen y pecho, piel con piel. Se ha observado que los bebés en estas circunstancias demuestran capacidades notables: están alertas, pueden reptar y alcanzar los pechos de sus madres. El contacto con las manos o bocas de sus hijos estimula la secreción de oxitocina, con lo cual se inicia el flujo de leche materna. El recién nacido huele y lame el pezón materno, inicia la succión y se alimenta (17).

El contacto precoz y el amamantamiento en la primera hora permite que las madres amamenten por tiempos más prolongados.

Existe suficiente evidencia que apoya la importancia de este contacto inicial piel-piel y el amamantamiento durante la primera hora. Se sabe que garantiza la temperatura del bebé, lo tranquiliza, le permite una respiración más regular y ofrece la posibilidad de que las bacterias maternas colonicen su piel e intestinos sin causar enfermedad, pues al iniciar el amamantamiento la leche de la madre les ofrece elementos protectores frente a estas bacterias (18).

Estudios indican que algunos factores en la leche humana pueden inducir a que el sistema inmune del bebé madure más rápido que si fuese alimentado en forma artificial. Por ejemplo, niñas y niños amamantados producen más altos niveles de anticuerpos en respuesta a las inmunizaciones. También ciertas hormonas de la leche materna (cortisol) y proteínas pequeñas (incluyendo factor de crecimiento epidérmico), factor de crecimiento nervioso, factor de crecimiento parecido a la insulina y somatomedina, actúan sellando las cubiertas de mucosas del recién

nacido, haciéndolas impermeables a la acción de patógenos y otros agentes potencialmente dañinos.

Si el bebé presenta un trastorno diarreico no debe suspenderse la lactancia materna, por el contrario, debe aumentarse el número de mamadas, para garantizar una adecuada ingesta calórica y de nutrientes.

Diferentes estudios prospectivos de cohortes han demostrado el efecto protector de la lactancia materna en enfermedades diarreicas, incluso en poblaciones cuya exposición a microorganismos patógenos entéricos es relativamente baja (17,18).

Es importante enfatizar que los múltiples beneficios que ofrece la lactancia materna en la prevención de enfermedades diarreicas, son mayores si el amamantamiento es exclusivo y a libre demanda en los primeros seis meses de vida, para ser complementada luego por alimentos adecuados a los requerimientos calóricos y nutricionales del niño o niña.

La lactancia materna limita la exposición del lactante a agentes patógenos ambientales que pueden introducirse a través de alimentos, líquidos o dispositivos para alimentación contaminados. Por esto, promoverla reduce el riesgo de que la diarrea se agrave o se prolongue, al mismo tiempo que puede prevenirla (22).

Otra ventaja de mantener al lactante alimentado sólo con pecho materno durante los primeros seis meses de edad, está dada especialmente por una menor prevalencia de alergias alimentarias, así como brindar al recién nacido una alimentación completa y rica en macro, micronutrientes, oligoelementos, factores de crecimiento e inmunoglobulinas. Asimismo, el contenido de ácidos grasos poliinsaturados en la leche humana es esencial para el desarrollo del cerebro y de la retina sobre todo en niños prematuros. Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, mejor capacidad de

aprendizaje y menos trastornos del lenguaje que los alimentados con fórmulas artificiales.

Además, se han estudiado las ventajas afectivas que significa para el niño el contacto temprano con la madre y el acercamiento piel a piel cada vez que mama (23).

5.2. Alimentación complementaria: proporción de lactantes de 6 - 24 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos y suaves (21).

El patrón de alimentación del menor de un año comprende dos etapas: la primera corresponde al periodo en el que se le alimenta con lactancia materna exclusiva y la segunda inicia con la alimentación complementaria (AC), lo anterior, debido a que la maduración neuromuscular del lactante no le permite pasar directamente del pecho a los alimentos de la mesa familiar. Por ello, son necesarios alimentos de “transición” especialmente adaptados para esta etapa, hasta que el niño cumpla aproximadamente el año y sea capaz de alimentarse en la mesa familiar con alimentos de consistencia no muy dura. Así mismo, se debe considerar que, desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida, el lactante se puede alimentar exclusivamente con leche materna, y sus necesidades nutricionales estarán cubiertas en su totalidad. A partir de los 6 meses, la leche materna no es suficiente para satisfacer los requerimientos nutricionales, por tanto, como recomendación general se deben dar aportes nutricionales con otros alimentos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la AC se define como el proceso que inicia cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para cubrir los requerimientos nutrimentales de los lactantes y por tanto, se necesita la introducción de otros alimentos. La transición de la lactancia materna exclusiva a los alimentos familiares, lo que se denomina AC, normalmente abarca el período que va de los 6 a los 24 meses de edad (24).

5.2.1. Aspectos prácticos sobre la alimentación complementaria: La introducción de nuevos alimentos a la dieta de la niña o niño a partir del sexto mes de vida, debe ser realizada en forma gradual, alimento por alimento, para que la niña o niño se acostumbren y conozcan poco a poco los distintos sabores de los alimentos. Los alimentos proporcionados a la niña o niño deben ser de consistencia semisólida (papillas o purés) y posteriormente sólida (comidas de la olla familiar) (25).

La preparación de alimentos en forma de papillas semisólidas puede ser realizada con cereales, verduras, tubérculos o frutas, considerando la higiene en la preparación de los mismos y de los utensilios donde se preparan y sirven las comidas.

Es importante que cuando se proporcione la alimentación a la niña o niño, se coloque la cucharilla con la papilla en la parte media de la lengua, porque si se coloca en la punta, la niña o niño tiende a devolver el alimento, lo cual muchas veces es interpretado por la madre y familia como que no le gusta el alimento. También se debe recomendar a la madre que tenga paciencia para alimentar a su niña o niño (26).

Las recomendaciones generales para el inicio de la alimentación complementaria según el cuaderno de procedimientos de Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida son las siguientes:

- Continuar con la lactancia materna las veces que el niño o niña quiera (de día y de noche)
- Debe empezar a comer en su propio plato.
- Los alimentos se deben preparar en forma de papilla o puré espeso, no deben ser ralos.
- No se debe añadir azúcar ni sal “extras” a ningún alimento o bebida.

- No se debe dar a los niños o niñas gaseosas ni bebidas azucaradas (por ejemplo, néctar).
- Dar papa o yuca aplastados y mezclados con leche materna.
- Dar alimentos aplastados (papa, arroz, vegetales, alimentos de origen animal como pollo, pescado, huevo o carne, hígado, se puede mezclar en caso necesario con leche materna, aumentando gradualmente un alimento a la vez cada 1-2 días).
- Se le debe alimentar por lo menos 2 veces al día, 3 cucharas rasas, en cada comida.
- Cuando el niño o niña empieza a comer puede parecer que escupe la comida, no se desanime y siga dándole (esto es normal cuando comienza a alimentarse con la cuchara) (25).

5.2.2. Importancia de la alimentación complementaria: Por un lado, “los objetivos de la alimentación complementaria son: aportar energía y nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo sin destetar al niño, crear hábitos de alimentación correctos, estimular el desarrollo psico-emocional y sensorial, e integrarlo a la dieta familiar” (24).

Así mismo, también permite:

- Prevenir deficiencias de energía y proteínas debidas a una disociación entre su disponibilidad en la leche humana y los requerimientos del niño resultantes de su crecimiento.
- Prevenir la deficiencia de nutrimentos con énfasis en el hierro, zinc y vitamina D.
- Fomentar el gusto por los distintos sabores y texturas de los alimentos.
- Promover hábitos alimentarios correctos que serán la base de futuros patrones de alimentación.

- Desarrollar habilidades que permitan una transición fluida entre la dependencia total del niño con los padres para alimentarse a hacerlo por sí mismo.
- Fomentar la capacidad innata del niño para autorregular la cantidad de alimentos que consume.
- Ofrecer una alimentación libre de microorganismos patógenos como lo que ofrece la lactancia humana exclusiva (24).

5.3. Estado Nutricional: El estado nutricional es la situación en la que se encuentra un individuo resultante del balance entre la necesidad y el gasto de energía.

Para determinar la situación en la que se encuentran los niños y adolescentes será necesario realizar la Evaluación del Estado nutricional, el cual es definido como: “la acción de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halla un individuo; mediante la interpretación de la información obtenida de los estudios antropométricos” (19).

5.3.1. Puntuación z: La puntuación z (z score), se define como la diferencia entre el valor individual y el valor medio de la población de referencia, para la misma edad o talla, dividido entre la desviación estándar de la población de referencia. Es decir, identifica cuán lejos de la media (de la población de referencia) se encuentra el valor individual obtenido.

La puntuación z es usada ampliamente, debido a que ofrece las siguientes ventajas:

- Permite identificar un punto fijo, en las distribuciones de los diferentes indicadores y a través de diferentes edades, el 2.28 % de la población, con una distribución normal, cae por debajo de la - 2 puntuaciones Z.

- Es útil para consolidar estadísticas ya que permite que la mediana y sus desviaciones estándar sean calculadas para un grupo poblacional. Es la manera más sencilla de describir la población de referencia y realizar comparaciones con ella (19).

5.3.2. Puntos de corte (valores límite): Los puntos de corte permiten mejorar la capacidad para identificar a los niños que sufren o están en riesgo de padecer algún problema nutricional.

El punto de corte más usado es el de - 2 de puntuación Z, para cualquier tipo de indicador empleado. Esto significa que si un niño tiene un valor que cae por debajo de - 2 de puntuación Z, tiene baja talla, bajo peso o desnutrición aguda, ya sea moderada o severa. Generalmente no se emplea el corte - 1 debido a que un gran porcentaje de la población normal cae por debajo de este corte (27).

5.3.2.1. Utilidad de los Nuevos Estándares de Crecimiento: Estas curvas y tablas de crecimiento y las ventanas de desarrollo motor, se convierten en los patrones de referencia para monitorear el crecimiento y desarrollo de niñas y niños menores de 5 años.

El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, ha seleccionado diez curvas de crecimiento para niños y niñas menores de 5 años expresados en valores o puntuaciones z, incorporándolas como criterios diagnósticos del estado nutricional en la estrategia AEIPI Nut, convirtiéndose en uno de los primeros países que operativizar en su marco normativo los nuevos patrones de crecimiento (19).

5.3.3. Los indicadores antropométricos

a) Indicador peso/edad: El peso para la edad refleja la masa corporal en relación a la edad cronológica. Este indicador no discrimina si la desnutrición del

niño es aguda o crónica y es considerado como un indicador global del crecimiento o desnutrición.

b) Indicador peso/longitud: El peso para la talla refleja el peso corporal en relación con la talla. Si el peso es bajo para la talla, indica que existe un proceso agudo de desnutrición. Es decir que recientemente se ha producido una pérdida considerable de peso, por ejemplo, como supresión aguda y crítica de nutrientes, y/o enfermedad aguda.

c) Indicador longitud/edad: La longitud para la edad, refleja el crecimiento lineal alcanzado por el niño o niña de acuerdo a su edad.

Refleja la historia de la alimentación y sus deficiencias o problemas crónicos de salud. Es un indicador que mide la desnutrición crónica y su manifestación más evidente es la talla baja (27).

d) Perímetro cefálico: Se mide con una cinta métrica metálica de 6 mm de ancho por ser la más flexible y fácil de utilizar. Puede utilizarse también una cinta métrica de fibra de vidrio. Se aplica firmemente alrededor de la cabeza en la región supraciliar que corra por la parte más prominente del frontal y la protuberancia occipital. Aunque la medición del incremento del perímetro cefálico es más útil para detectar anomalías del sistema nervioso central, durante los primeros tres años de la vida se considera un buen indicador del crecimiento y el estado de nutrición. En lactantes sanos y desnutridos el incremento en el perímetro cefálico se relaciona estrechamente con incremento en la longitud (28).

e) Perímetro braquial: El perímetro braquial, medido en el punto medio de la parte proximal del brazo, se ha usado durante muchos años como índice del estado nutricional en situaciones como hambrunas o crisis de refugiados en las que es difícil determinar la altura y el peso, perímetro braquial también se ha usado en situaciones normales como instrumento adicional de tamizaje, por su poder para predecir la mortalidad infantil.

Durante los últimos 30 años se utilizó para detectar malnutridos entre los menores de 5 años un único punto de corte, generalmente 12,5 o 13,0 cm de perímetro braquial. Este límite se obtuvo en los años sesenta a partir de observaciones de

niños polacos normales, bien nutridos. Sin embargo, recientemente se ha puesto en tela de juicio la idea de que el perímetro braquial es independiente de la edad y el sexo y se ha sugerido utilizar valores z de perímetro braquial, ajustados respecto a edad y sexo, como mejor indicador del estado nutricional. Un Comité de Expertos de la OMS ha recomendado usar en niños de 6 a 60 meses nuevos valores de referencia de perímetro braquial según la edad (29).

5.2. Marco referencial

Para evaluar los conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres adolescentes que asisten al Centro de Salud de Bagua en la investigación de Bautista y Díaz en el año 2017, determinaron el nivel de conocimientos y prácticas en lactancia materna de las madres adolescentes la investigación fue de tipo descriptiva, de diseño transversal. La muestra estuvo conformada por 88 madres adolescentes con niños menores de seis meses de edad. Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario y una guía de observación. Los conocimientos se clasificaron en nivel alto (14 – 20 puntos), medio (7 a 13 puntos) y bajo (0-6 puntos); Referente a la práctica de lactancia materna se midió bajo los términos adecuado e inadecuado, como resultado se obtuvieron un nivel de conocimientos en lactancia materna es bajo (37%) y la práctica de la lactancia es inadecuada (71%), Las madres adolescentes tienen en promedio un hijo, son estudiantes y la mayoría vive con sus padres. El mayor porcentaje de madres adolescentes tienen un nivel bajo de conocimientos y realizan una práctica inadecuada de lactancia materna resultados que corroboran la hipótesis (30).

El estudio Conocimiento sobre lactancia materna de mujeres puérperas que acuden al primer nivel de atención, realizado por Téllez Pérez, Romero Quechol y Galván Flores en la ciudad de México, identificó el nivel de conocimiento que tiene la mujer en etapa de puerperio sobre lactancia materna en el primer nivel de atención. Estudio descriptivo con 100 mujeres puérperas, de julio a diciembre

del 2016. El instrumento fue validado por expertos. El conocimiento se calificó: Alto de 37 a 53 puntos, Medio de 18 a 36 y Bajo de 0 a 17. Se utilizó estadística descriptiva y Chi cuadrada. Aquellas con escolaridad medio superior, el nivel de conocimientos fue Medio (69%), al realizar los cruces de conocimiento en edad, estado civil y escolaridad fueron significativos con $p < 0.005$ y 0.000 . conclusión: el nivel de conocimiento que se encontró fue Medio, por lo que se detectaron áreas de oportunidad para elevar el conocimiento de las mujeres puérperas (31).

El objetivo del estudio de Manotas Pretel fue determinar la relación entre lactancia materna y estado nutricional en niños de 0 a 6 meses atendidos en la Empresa Social del Estado Hospital de Malambo, Colombia es un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, con una muestra conformada por 160 niños y sus cuidadores, seleccionados por muestreo no probabilístico de tipo intencional. Se encontró que el 90,6% de las madres encuestadas continuaban amamantando y el 9,4% de las madres dejaron de amamantar a sus niños desde los 0 meses de edad (46,7%). La lactancia materna exclusiva no se ha hallado satisfactoria en los pares maternos estudiados, ya que solo el 33,1% realiza esta práctica. El 57,5% de las madres incluyó en la dieta del niño, otras bebidas. Se demostró que hay relación entre la lactancia materna y el estado nutricional, corroborado por correlación de Spearman con un valor de 0,020 y un coeficiente de -0,184, lo cual indica que hay una correlación negativa muy baja. Del total de niños pertenecientes a la muestra el 41,9% fue clasificado con un peso adecuado para la talla, el 31,2% se encontró en riesgo, el 26,8% presentó algún tipo de alteración con relación al estado nutricional. Se observó que existe una diferencia significativa entre géneros, siendo mayor la prevalencia de desnutrición aguda severa, riesgo de peso bajo para la talla y sobrepeso en niños que en niñas (32).

La investigación de Mamani Ortiz, Olivera Quiroga y colaboradores evaluaron los conocimientos y las prácticas sobre lactancia materna y su relación con factores sociodemográficos en el departamento de Cochabamba, Bolivia. Se realizó un estudio poblacional, observacional, descriptivo de corte transversal, mediante

encuestas cara a cara con 3.515 cuidadores principales de niños y niñas menores de 2 años en 45/47 municipios de Cochabamba, seleccionadas en base a la estrategia del LQAS del Sistema de Vigilancia Nutricional Comunitario. Se utilizaron métodos de estadística descriptiva; así como la regresión logística bivariada para el cálculo de Odds Ratio (OR) crudos y la regresión logística multivariada para la obtención del OR ajustado para analizar el nivel de riesgo de las variables sociodemográficas evaluadas. Resultados: 98,95% de los niños menores de 2 años lactaron; 85,6% de los niños menores de 6 meses cumplen con la lactancia materna exclusiva y solo el 14,74% de los niños mayores de 6 meses no cumplieron con el tiempo mínimo de Lactancia materna exclusiva. Los factores asociados a una inadecuada practica de lactancia materna detectados fueron: la escolaridad (OR=1,54) y el vivir en la región Metropolitana (OR=5,25) o el Trópico de Cochabamba (OR=4,56). Conclusiones: en Cochabamba Bolivia se cuenta con índices elevados de Lactancia Materna Exclusiva (86,09%) y Lactancia Materna Total (96,87%); estos indicadores se ven asociados a factores sociodemográficos como la edad, escolaridad y región de residencia Palabras claves: lactancia materna, conocimientos, prácticas (33).

Según Romero, Salvent y Almarales, determinaron el estado nutricional de una población de lactantes y su relación con la lactancia materna donde se realizó un estudio descriptivo y transversal en el Hospital Básico de Baños, provincia Tungurahua en Ecuador. La muestra quedó conformada por 23 madres de 23 lactantes, en edades comprendidas entre 0 y 6 meses, nacidos desde diciembre de 2016 hasta mayo de 2017, que acudieron al Departamento de Vacunación de esa institución. Las técnicas empleadas fueron la observación, la medición y la encuesta, como resultados el 52,17 % de los niños eran varones; 86,96 % de la muestra estaba desnutrida; 86,96 % presentaba alguna enfermedad concomitante al momento del estudio a predominio de las infecciones; 39,13 % de las madres eran menores de 20 años; 78,26 % refirió brindar lactancia materna exclusiva; 78,26 % era nulípara; 43,48 % era soltera y 82,61 % no tenía vínculo

laboral. Conclusiones: La mayoría de las madres no cumplía con las actitudes y técnicas (34).

Se realizó un estudio transversal, comparativo, descriptivo comandado por Paula del Coral Solano Silva. en el centro materno infantil Santa Lucía de Moche durante el periodo. Se trabajó con 150 niños de 6 meses de edad, los cuales cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. 75 niños formaron el grupo de Lactancia Materna exclusiva (LME) y 75 el de Lactancia Mixta (LM), se tomaron los datos de peso y talla del 1°, 3° y 6° mes del registro de datos del consultorio de Crecimiento y desarrollo del niño y se calcularon los índices Peso/Edad (P/E), Talla/Edad (T/E) y Peso/Talla (P/T) los cuales fueron comparados con el puntaje estándar de evaluación nutricional de la Organización Mundial de la Salud para determinar el estado nutricional. Resultados: el grupo de LME presenta una mayor frecuencia de valores normales en todos los índices (T/E, P/E y P/T). En el grupo de LM el índice T/E se encuentra un 13.3% con valores $>+2DE$ al 6° mes; por P/T el 46.7% de niños tienen sobrepeso y un 12% son obesos al 6° mes. Existe una relación significativa para el índice P/T entre la lactancia materna y el estado nutricional según la prueba de chi-cuadrado. Se evidencio que existe una relación significativa entre el tipo de la lactancia y el estado nutricional para el índice P/T. Los niños que recibieron LM presentaron mayor frecuencia de obesidad y sobrepeso a comparación a os que recibieron LME (35).

La investigación de Calderón Calderón, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento en madres de niños menores de 1 año sobre la alimentación complementaria en el Centro de Salud Huariaca 2020. Investigación de nivel básico, descriptivo, prospectivo de corte transversal, la muestra constituido por 60 madres seleccionadas azar, la técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento o el cuestionario, validado por Juicio de expertos y prueba de confiabilidad Kuder Richarson, el análisis estadístico invariado utilizando el programa SPSS V.23 Los resultados fueron, los factores generales de las madres; el 26% tiene 25 a 29 años, el 91% de zonas urbanas, el 63%

cursaron secundaria completa y el 38% empleadas; los factores generales de los niños; el 85% tienen 5 a 6 meses, el 60% femeninos, el 68% diagnóstico nutricional normal y el 91% de 0 a 2 dientes; el 56% presentó un nivel de conocimiento inadecuado del inicio de la alimentación complementaria, un 66% un conocimiento adecuado frente la consistencia de la alimentación complementaria, un 76% conocimiento adecuado sobre la frecuencia de la alimentación, 73% conocimiento adecuado sobre la cantidad (36).

VI. VARIABLES

Variables de estudio

- ✓ Edad de madre adolescente y del menor de seis meses.
- ✓ Estado civil.
- ✓ Escolaridad alcanzada.
- ✓ Ocupación actual.
- ✓ Prácticas de amamantamiento.
- ✓ Conocimientos de las madres adolescentes sobre el inicio de la alimentación complementaria.
- ✓ Estado Nutricional de los niños menores de seis meses.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes.	Edad (madre y menor)	Porcentaje según grupos de edad de los menores de seis meses y de las madres adolescentes.	Variable continua- razón NIÑO/NIÑA: 1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses MADRE : 13 años, 14 años, 15 años, 16 años, 17 años, 18 años, 19 años
		Estado civil (madre)	Porcentaje de madres adolescentes según estado civil	Variable nominal 1= Soltera 2= Casada 3= Conviviente 4= Separada/Divorciada 5= Viuda
		Nivel de escolaridad (madre)	Porcentaje de madres adolescente según nivel de escolaridad	Variable ordinal 1= Ninguna 2= Primaria 3= Secundaria 4= Universitaria
		Ocupación (madre)	Porcentaje de madres adolescentes según ocupación	Variable ordinal 1= Estudiante 2= Labores de casa 3= Desempleada 4= Empleada 5= Trabajadora por cuenta propia 6= Otro.
		Sexo (menor se seis meses)	Porcentaje de menores de seis meses según sexo.	Variable nominal dicotómica 1= Femenino 2= Masculino
PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	Alimentación del bebe con leche materna durante el periodo de amamantamiento	Inicio de la lactancia materna exclusiva	Porcentaje de madres adolescentes que iniciaron la lactancia materna en la primera hora de vida del menor de seis meses.	Variable nominal dicotómica 1= Inició de la lactancia materna en la primera hora de vida. 2= No inició la lactancia materna durante la primera hora de vida.

con prácticas adecuadas de la frecuencia, tiempo, posición, agarre, succión que debe aplicar la madre en el momento de dar una lactancia materna adecuada o exitosa.		Porcentaje de madres que dieron lactancia materna exclusiva a libre demanda después del nacimiento al menor de seis meses.	Variable nominal dicotómica 1= Recibió lactancia materna exclusiva a libre demanda cada vez que el niño pedía. 2= No recibió lactancia materna exclusiva a libre demanda cada vez que el niño pedía.
	Alimentación del menor de seis meses con lactancia materna	Porcentaje de madres adolescentes que dieron lactancia materna al menor de seis meses en frecuencia adecuada de tomas en 24 horas.	Variable nominal 1= Adecuado: igual o mayor a 10 tomas diarias 2= Inadecuado: menos de 10 tomas diarias.
		Porcentaje de madres adolescentes que dieron lactancia materna al menor de seis meses el tiempo adecuado por tomas de leche materna en 24 horas.	Variable nominal 1= Adecuado: más de 15 minutos en cada pecho por toma. 2= Inadecuado: menos de 15 minutos en cada pecho por toma.
	Técnica de amamantamiento	Porcentaje de madres adolescentes que aplican posturas de amamantamiento adecuadas.	Variable nominal 1= Adecuada: cumple con todos los criterios según Manual para la implementación de la "Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez" 2= Inadecuado: no cumple con uno o con más de los criterios según Manual para la implementación de la "Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez"
		Porcentaje de madres adolescentes que aplican en momento del amamantamiento una posición adecuada en el menor de seis meses.	Variable nominal 1= Adecuada: cumple con todos los criterios según Manual para la implementación de la "Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez" 2= Inadecuado: no cumple con uno o con más de los criterios según Manual para la implementación de la "Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez"

			<p>Porcentaje de madres adolescentes que aplican en momento del amamantamiento técnicas adecuadas para facilitar un buen agarre en el menor de seis meses.</p>	<p>Variable nominal 1= Adecuada: cumple con todos los criterios según Manual para la implementación de la “Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez” 2= Inadecuado: no cumple con uno o con más de los criterios según Manual para la implementación de la “Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez”</p>
			<p>Porcentaje de menores de seis meses que cumplen con un adecuado agarre en el momento del amamantamiento.</p>	<p>Variable nominal 1= Adecuada: cumple con todos los criterios según Manual para la implementación de la “Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez” 2= Inadecuado: no cumple con uno o con más de los criterios según Manual para la implementación de la “Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez”</p>
			<p>Porcentaje de menores de seis meses que cumplen con una adecuada succión en el momento del amamantamiento.</p>	<p>Variable nominal 1= Adecuada: cumple con todos los criterios según Manual para la implementación de la “Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez” 2= Inadecuado: no cumple con uno o con más de los criterios según Manual para la implementación de la “Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez”</p> <p>Fuente: Manual para la implementación de la “Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez”</p>

<p style="text-align: center;">CONOCIMIENTO DE LA MADRE ADOLESCENTE SOBRE EL INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.</p>	<p>La alimentación complementaria se considera un proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos semisólidos distintos de la leche materna como complemento y no como sustitución de esta.</p>	<p>Conocimientos de las madres adolescentes sobre el inicio de la alimentación complementaria.</p>	<p>Porcentaje de madres adolescentes según nivel de conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria</p>	<p>Variable nominal 1= Nivel de conocimiento MALO: Calificación < a 1.5 puntos. 2= Nivel de conocimiento REGULAR: Calificación de 2.0 a 3.5 puntos. 3= Nivel de conocimiento BUENO: Calificación de 4.0 a 5.0 puntos.</p> <p>Fuente: Lineamientos de AIEPI</p>
<p style="text-align: center;">ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE SEIS MESES</p>	<p>Es el resultado de la combinación de los datos antropométricos de los niños, comparados con los parámetros de la OMS*</p>	<p>Tamaño corporal</p>	<p>Porcentaje de niños menores de seis meses según estado nutricional según el índice P/L, P/E, L/E, Perímetro cefálico y Perímetro Braquial</p>	<p>Variable ordinal politómica: Índice Peso / Longitud 1= Obesidad $\geq +3$ DE. 2= Sobrepeso +2 a +2.99 DE. 3= Riesgo a sobrepeso + 1 DE a + 1,99 DE 4= Normal +1 DE a -0,99 DE 5= Desnutrición Leve -1 De a -1,99 DE. 6= Desnutrición Moderada -2 A 2,99 DE. 7= Desnutrición severa ≤ 3 DE. Fuente: Choque A. Evaluación Nutricional Antropométrica Pediatría 2021. Cátedra Evaluación Nutricional.</p> <p>Índice Perímetro Braquial/Edad 1= Normal: + 2 DE a -2 DE 2= Delgado: -2.1 DE a -3 DE 3= Desnutrido: < 3 DE 4= Sobrepeso: +2.1 DE a +3 DE 5= Obeso: > 3 DE Fuente: Estándares OMS</p>

				<p>Índice Peso/Edad</p> <p>1= Peso Excesivo para la edad.>+ 2 DE. 2= Peso Adecuado para la edad. + 2 .1 DE a – 2 DE. 3= Peso bajo para la edad-2 DE a -3 DE. 4= Peso bajo severo para la edad <-3 DE</p> <p>Fuente: Choque A. Evaluación Nutricional Antropométrica Pediatría 2021. Cátedra Evaluación Nutricional.</p>
				<p>Índice Longitud edad</p> <p>1= Crecimiento lineal mayor a lo normal > +2 DE. 2= Crecimiento lineal normal +2 DE a -2.1 DE. 3= Desnutrición crónica moderada -2 A -3 DE. 4= Desnutrición crónica Retardo severa.> -3 DE:</p> <p>Fuente: Choque A. Evaluación Nutricional Antropométrica Pediatría 2021. Cátedra Evaluación Nutricional</p>
				<p>Índice Perímetro cefálico</p> <p>1= Riesgo microcefalia < P 3 2= Normal P 3 a P 97 3= Riesgo macrocefalia >P97 Fuente: Estándares OMS</p>

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de estudio

El presente estudio fue descriptivo, de serie de casos.

7.2. Área de estudio

Esta investigación se llevó a cabo en el departamento del Beni, en la ciudad de Rurrenabaque. La población se encuentra a unos 430 km por carretera al norte de La Paz, en un punto donde se unen el río Beni, las laderas tropicales de la Cordillera de los Andes y la selva amazónica, se recolectaron los datos en el Hospital de Rurrenabaque, ubicado en la zona sur de la ciudad, en la calle Guachalla sin número. (ver anexo N° 1)

7.3. Universo y muestra

El universo estuvo constituido por todas madres adolescentes con niños y niñas menores de seis meses que se alimentaron con lactancia materna exclusiva y asistieron a control de crecimiento y desarrollo en el segundo semestre del año 2022 en el Hospital de Rurrenabaque.

La muestra del presente trabajo de investigación estuvo constituida por las 30 madres adolescentes con niños y niñas menores de seis meses, que fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

7.3.1. Unidad de observación y análisis

Madres adolescentes con niños menores de seis meses y su niño o niña lactante, donde se observará y analizará el:

- Cumplimiento de las prácticas de amamantamiento de las madres que dan lactancia materna exclusiva.

- Estado nutricional de los niños menores de seis meses que reciben lactancia materna exclusiva.
- Conocimiento de las madres sobre el inicio de la alimentación complementaria.

7.3.2. Unidad de información

La información obtenida es de fuente primaria por las madres adolescentes con hijos menores de seis meses que recibieron lactancia materna exclusiva, que asistieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

7.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

7.3.3.1. Criterios de inclusión

- ✓ Madres adolescentes entre los 10 a 19 años sin antecedentes patológicos personales.
- ✓ Niños menores de seis meses que recibieron lactancia materna exclusiva.

7.3.3.2. Criterios de exclusión

- ✓ Madres con alguna patología personal previa al embarazo.
- ✓ Madres que no quisieron participar del presente estudio.
- ✓ Registro inadecuado de las entrevistas.
- ✓ Niños menores de seis meses con alguna patología de nacimiento.

7.4. Aspectos éticos

Se realizó la solicitud escrita a la Dirección del Hospital de Rurrenabaque, para la recolección de datos en el segundo semestre del año 2022.

Se respetó los cuatro pilares de la bioética, la autonomía de los participantes en el estudio, con la solicitud de su consentimiento informado para aplicarles los instrumentos.

La beneficencia y no maleficencia, ya que el objetivo es buscar el beneficio de la población de estudio.

Justicia, ya que se atendió a los participantes de forma igual sin hacer discriminaciones de ninguna particularidad.

La información obtenida se trató con confidencialidad, solo con fines de investigación.

Asimismo, cada individuo contó con el derecho de retirarse de la investigación cuando lo desee. (ver anexo N° 2).

7.5. Métodos e instrumentos

Método. Fue de observación participante, la fuente de recolección de datos fue primaria, información obtenida directamente de las madres adolescentes y los niños menores de seis meses.

Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos e información se utilizó una entrevista estructurada con preguntas abiertas, cerradas (ver Anexo N°3) se recolectaron los siguientes datos:

a) Datos personales.

b) Prácticas de lactancia materna exclusiva.

3.1. Inicio de lactancia materna

3.2. Alimentación con lactancia materna del menor de seis meses.

3.3. Conocimientos de las madres adolescentes sobre el inicio de la alimentación complementaria.

c) Datos antropométricos y evaluación del estado nutricional del menor de seis meses

En la primera sección se recolectaron los datos sociodemográficos de las madres adolescentes, para caracterizar las variables: edad, estado civil, escolaridad y ocupación actual.

Para indagar sobre las prácticas de lactancia materna exclusiva en las madres adolescentes, se categorizó la sección en: inicio de la lactancia materna; alimentación con lactancia materna del menor de seis meses, donde se procedió a realizar un recordatorio de 24 horas y se aplicó la guía de observación de la técnica de lactancia materna, donde se caracterizó la posición (madre/ niño), agarre, y succión del menor de seis meses en el momento del amamantamiento, categorizando en adecuado e inadecuado.

En la última sección se recolectaron datos antropométricos y se realizó la evaluación del estado nutricional de los niños menores de seis meses que recibieron lactancia materna exclusiva.

La validación de los instrumentos fue a través de especialistas del área. También, se realizó una prueba piloto en 10 madres y 5 funcionarios de salud del Hospital de Rurrenabaque.

Equipos usados

Balanza Pediátrica seca 354: Una báscula pediátrica. Dispositivo de pesaje pensado y desarrollado específicamente para pesar bebés, a través de una bandeja grande y cómoda donde acomodar a la criatura.

Capacidad: 20 kg, 44 lb.

División (g): 5 g < 10 kg > 10 g

División (lb): 0,2 oz < 22 lb > 0,5 oz

Peso neto: 2,3kg, 5 lb

Cinta métrica seca 212: Es una banda para medición de la circunferencia de la cabeza para bebés y niños pequeños, fabricada en teflón indeformable. También mide simetría de la cabeza y perímetro braquial.

Rango de medición en cm: 0 – 59 cm

Rango de medición en inch: 0 – 23

División: 1 mm / 1/16 inch.

Infantómetro de madera: Instrumento que se emplea para medir la longitud de niñas y niños menores de dos años. Tiene tres partes: base, tablero y tope móvil. Puede ser fijo cuando su diseño es para uso en establecimiento de salud y es móvil cuando su diseño permite su transporte a campo.

Precisión de 1mm, capacidad de 110 a 120 cm.

7.6. Procedimientos para la recolección de datos

Fase I: Solicitud de Permiso a la Institución

Actividad 1.1: A través de una nota al director del Hospital de Rurrenabaque, se solicitó permiso para realizar la investigación, explicando sobre la importancia del estudio y los objetivos a alcanzar.

Fase II: Consentimiento Informado

Actividad 2.1: Firma del consentimiento informado.

Fase IV: Aplicación de la entrevista

Actividad 4.1: Se aplicó el formulario sesión I, II, III.

Actividad 4.2. Se caracterizó la posición (madre/ niño), agarre, y succión del menor de seis meses en el momento del amamantamiento.

Actividad 5.2 Identificación de los conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria.

Fase III: Evaluación Nutricional del menor de seis meses

Actividad 3.1: Toma de medidas antropométricas

Actividad 3.2: Medición de la longitud, medición del peso, perímetro braquial y cefálico.

Actividad 3.3: Descuento de peso de la ropa en caso de que se reúsen a quitar la ropa.

Actividad 3.4: Cálculo de los indicadores antropométricos.

7.6.1. Procesos

a) Medición del peso del niño y niña menor de 2 años de edad

Pasos introductorios para la medición del peso

- Explíquelo a la madre que usted pesará al niño(a).
- Solicite su colaboración, es decir, su apoyo para desvestirlo y pesarlo.
- Tanto el peso como la longitud y la talla, necesitan de un ambiente con temperatura agradable.
- Ubique la balanza en una superficie plana y lisa.
- Antes de pesar al niño o niña, la balanza debe marcar “0” para cada medición.
- Para tomar el peso usted debe estar siempre de frente a la balanza.
- Lea el resultado de la medición en voz alta
- Tenga los formularios cerca de usted
- Antes de pesar al niño/a verifique si presenta edemas, presionando el dorso de ambos pies. La presencia de edemas modifica el peso real del niño/a.

Técnica de medición del peso en balanza de Bandeja (Pediátrica)

Pasos a seguir

1. Pida a la madre que desvista al niño(a), lo deje sin ropa y sin pañal. El niño(a) debe quedar totalmente desnudo para la medición del peso.

2. La lectura se realiza cuando el niño(a) se queda inmóvil por un momento.
3. Registre el valor obtenido en el formulario, manteniendo un solo decimal, antes de retirarlo(a) de la balanza.

b) Medición de la longitud

Pasos Introdutorios.

- Explique a la madre que medirá a su niño (a).
- Para la medición de la longitud, coloque el infantómetro en posición horizontal, en una mesa o superficie plana y rígida.
- Verifique que el niño (a), esté sin medias y sin zapatos y que en la cabeza no tenga gorras, adornos del cabello (moñás, winchas, lentes u otros adornos) y si tuviera cabello largo debe soltárselo.
- Quite el pañal (de usarlo).
- La ropa debe ser ligera (no gruesa).
- Lea en voz alta el valor obtenido de la medición.

c) Medición de la longitud del niño y niña menor de 2 años de edad:

Pasos a seguir.

1. Explique a la madre que necesita de su colaboración para que su hijo(a) se sienta tranquilo, a su vez pídale su ayuda para colocar al niño(a) correctamente y mantenerlo en posición adecuada. En ningún momento debe quedar solo el niño(a) en el Infantómetro.
2. Solicite a la madre, que coloque al niño o niña contra el tope fijo “boca arriba” sobre el cuerpo del Infantómetro con la cabeza apoyada en la plataforma fija y que lo recueste suavemente.
3. Ponga en posición al niño(a), ubicándolo al centro del infantómetro.
4. Solicite a la madre que se coloque detrás de la plataforma fija del infantómetro.
5. Fije usted el 1 Plano de Frankfurt.

6. Con el Plano de Frankfurt determinado, pida a la madre que agarre la cabeza del niño(a) colocándolas a cada lado de la misma, de tal manera que los ojos del niño(a) miren hacia arriba en contacto con la mirada de la madre. Las manos de la madre no deben ejercer presión, pero sí, seguridad.
7. Vigile que los 5 puntos de apoyo: nuca, hombros, nalgas, pantorrillas y talones, estén en contacto con el infantómetro.
8. Aplique una presión suave pero firme en ambas rodillas del niño(a) con la mano izquierda hacia abajo para ponerlas en posición recta. Con la mano derecha realice un “masaje” rápido en las plantas de los pies que permitirá ponerlos en posición correcta cuando se deslice el tope móvil 9. Corra el tope móvil rápidamente hasta tocar las plantas de los pies para evitar que el niño o niña cambie de posición.
9. Los pies deben estar juntos en el momento de la medición.
10. El antropometrista debe estar ubicado de frente a la cinta de medición.
11. Registre en el formulario la longitud hasta el último 0.1 cm completado.

Recomendaciones:

- El tope móvil se sujeta del centro de la escuadra (asideros).
- Realice la lectura en voz alta.
- Registre antes de retirar el niño(a) del instrumento de medición
- Evite que el niño(a) llore en el momento de la medición, ya que puede dar un error de hasta medio centímetro.
- En algunas situaciones, el niño(a) empuja con los pies el tope móvil justo en el momento de la lectura, evite presionando el tope móvil hacia abajo (21).

d) Técnica para la medición de perímetro cefálico

- Colocar la cinta métrica a lo largo de la cabeza del niño (modelo) utilizando el diámetro mayor e iniciando por el lado lateral.

- Pase la cinta exactamente sobre la región supraciliar pasando por arriba de las orejas y la parte más prominente del occipucio
- Lea el dato obtenido.
- Registre el resultado (31).

e) Técnica para la medición de perímetro braquial

El procedimiento para medir el perímetro braquial se debe realizar de la siguiente manera

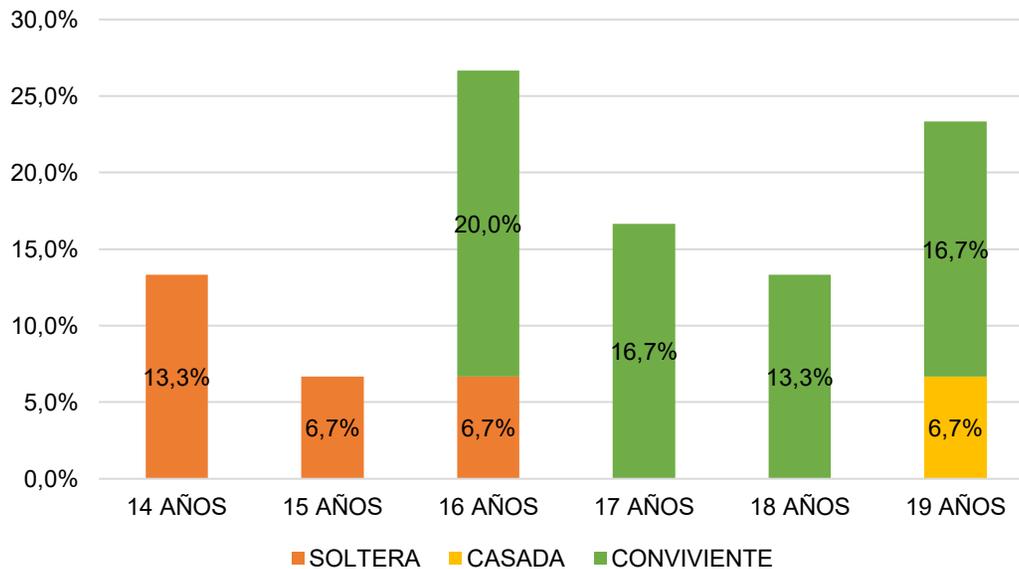
1. Utilizar una cinta métrica inelástica de acero o fibra de vidrio. La lectura de la cinta ha de ajustarse al mm más próximo.
2. El brazo debe estar relajado, estirado a lo largo del costado.
3. Medir la distancia entre el olecranon (apéndice de la clavícula) y el olecranon (apéndice del húmero). Marcar el punto medio entre ambos.
4. Medir la circunferencia del brazo a la altura del punto medio colocando la cinta alrededor del brazo, con firmeza, pero sin comprimir el tejido blando.
5. El valor obtenido es la circunferencia braquial.

7.6.2. Plan de tabulación y análisis de datos

La tabulación de los resultados se realizó de manera bi variada, para realizar el diagnostico nutricional se utilizó el software de WHO Anthro 3.1. Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v 11,5 aplicando estadística descriptiva, para variables cualitativas frecuencia y porcentaje. Los gráficos de salida se presentan a través del programa Excel v.2019.

VIII. RESULTADOS

Gráfico 1. Edad de las madres adolescentes según su estado civil, con niños menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022



Fuente: Encuesta sobre prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria, Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

El rango de edad de las madres adolescentes del presente estudio fluctúa entre los 14 y 19 años, teniendo mayor representatividad las madres de 16 y 19 años, con el 26,7% tienen 16 años, donde el 20% tiene un estado civil conviviente y el 6,7% son madres solteras.

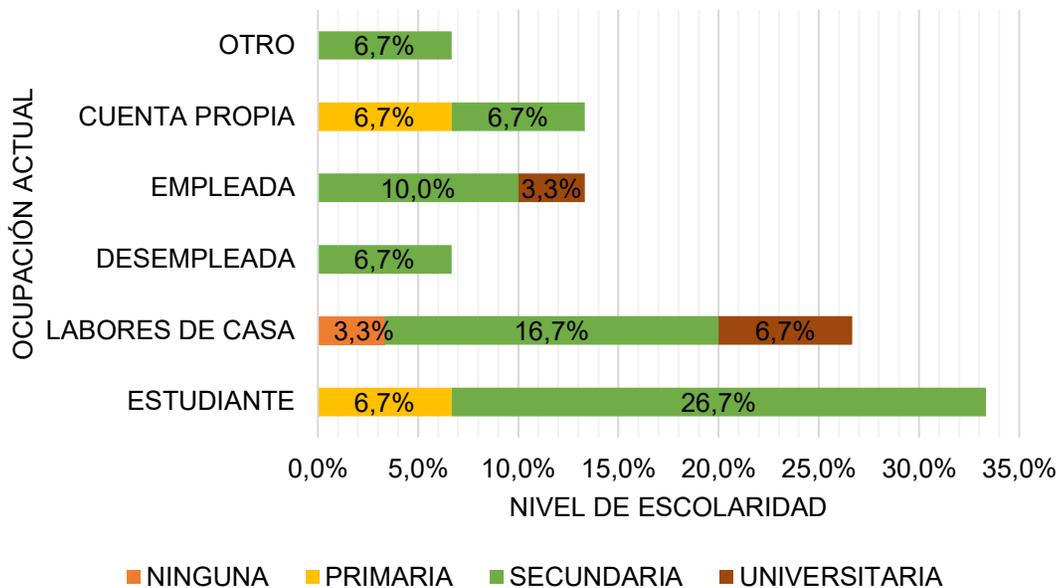
El 23,4 % de las madres tiene una edad de 19 años donde el 16,7 % son convivientes y el 6,7% casadas, seguidos de madres de 17 años con el 16,7 % que tienen un estado civil conviviente. El menor porcentaje 6,7 %, tienen una edad de 15 años.

En el gráfico se muestra un porcentaje alto de madres adolescentes convivientes, con el 66,7% entre los 16 y 19 años, en tanto que las madres adolescentes

solteras ascienden a un 26,7% y en menor porcentaje las madres adolescentes casadas, con el 6,7%.

En cambio, para la edad de 14 años, todas son solteras, lo mismo que para madres de 15 años.

Gráfico 2. Ocupación según nivel de escolaridad de las madres adolescentes con niños menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022



Fuente: Encuesta sobre prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria, Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

Se observa que el mayor porcentaje corresponde a madres adolescentes que están cursando la educación escolar en su nivel secundario, con un 73,5%, el 13,4% aún cursan el nivel primario de educación escolar, el 10% accedieron a educación superior universitaria, en contraste al 3,30% que no accedieron a ningún nivel de educación formal.

En mayor porcentaje, el 33,4 % de las madres adolescentes, continúan estudiando en algún nivel de escolaridad, el 6,7 % trabajaban, pero actualmente se encuentran sin una fuente laboral, las madres que actualmente trabajan de empleadas o por cuenta propia son el 13,3 % respectivamente para cada ocupación, el 26,7 % de las madres se dedican a las labores de casa.

Cuadro 1. Sexo de los niños menores de seis meses según edad, alimentados con lactancia materna exclusiva por madres adolescentes, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022

EDAD	UN MES		DOS MESES		TRES MESES		CUATRO MESES		CINCO MESES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
FEMENINO	1	3,3	4	13,3	3	10,0	2	6,7	4	13,3	14	46,7
MASCULINO	3	10,0	2	6,7	6	20,0	2	6,7	3	10,0	16	53,3
TOTAL	4	13,3	6	20,0	9	30,0	6	13,3	7	23,3	100	100

Fuente: Encuesta sobre prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria, Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

El 46,7 % de los menores de seis meses son de sexo femenino y el 53,3 de sexo masculino.

Según la edad por mes, el 13,3% corresponde a niños de un mes, el 20% a niños de dos meses, el 30% a niños de tres meses, el 13,3% a niños de cuatro meses y el 23,3% a niños de 5 meses.

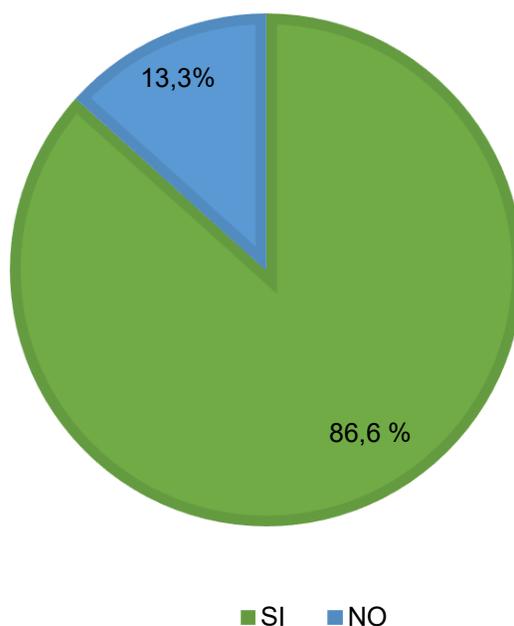
Cuadro 2. Inicio de la lactancia materna exclusiva en los menores de seis meses por madres adolescentes, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022

INICIO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	N°	%
En la primera hora de vida	24	80,0
Después de la primera hora de vida	6	20,0
TOTAL	30	100

Fuente: Encuesta sobre prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria, Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

Se puede evidenciar que el 80% de los niños en estudio han iniciado la lactancia materna precoz en la primera hora de vida. El 20% después de la primera hora.

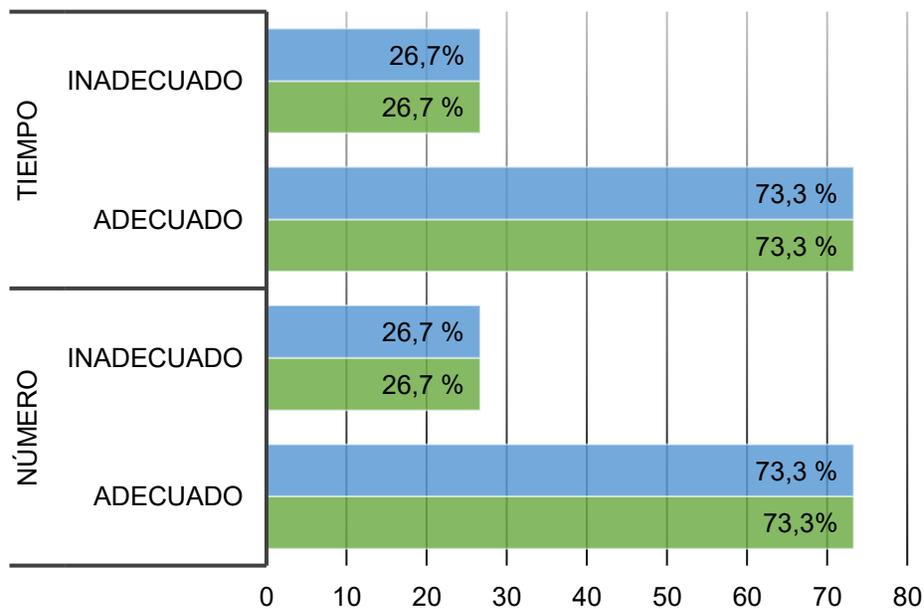
Gráfico 3. Frecuencia de lactancia materna a libre demanda en menores de seis meses que recibieron lactancia materna exclusiva de madres adolescentes que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022



Fuente: Encuesta sobre prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria, Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

El 86.6 % de los menores en estudio recibieron lactancia materna a libre demanda y el 13,3 % no recibió lactancia materna a libre demanda.

Gráfico 4. Alimentación según tiempo y número de tomas de lactancia materna exclusiva por las madres adolescentes a los menores de seis meses, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022



Fuente: Encuesta sobre prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria, Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

Haciendo referencia al menor de seis meses que es alimentado por una madre adolescente con lactancia materna exclusiva a libre demanda, se observó adecuadas prácticas en número de tomas en 24 horas y tiempo que la mamá da de lactar en cada toma, con un 73,3 % para cada indicador, teniendo como prácticas inadecuadas el 26,7% para tiempo y número de tomas en 24 horas. (adecuado el 73,3 % e inadecuadas el 26,7%).

Cuadro 3. Aplicación de las técnicas de amamantamiento en los menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva por madres adolescentes, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022

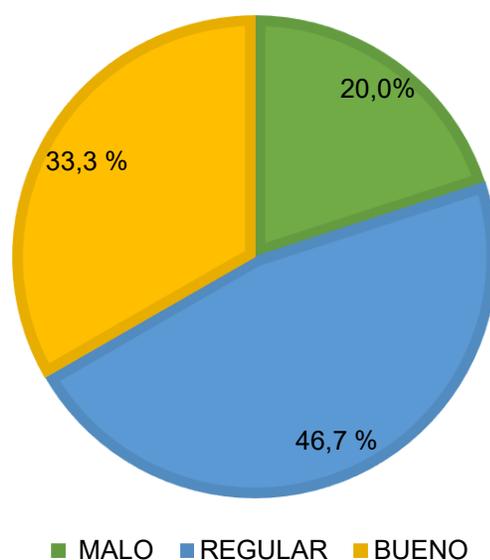
TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO	N°	%	
POSTURA DE LA MAMÁ	Adecuada	20	66.6
	Inadecuada	10	33.3
	TOTAL	30	100,0
POSTURA DEL MENOR DE SEIS MESES	Adecuada	20	66,7
	Inadecuada	10	33,3
	TOTAL	30	100,0
TÉCNICAS DE LA MADRE QUE FACILITAN EL BUEN AGARRE	Adecuada	18	60
	Inadecuada	12	40
	TOTAL	30	100.0
SIGNOS DE BUEN AGARRE DEL MENOR DE SEIS MESES	Adecuada	20	66,7
	Inadecuada	10	33,3
	TOTAL	30	100,0
SIGNO DE SUCCIÓN	Adecuada	22	73,3
	Inadecuada	8	26,7
	TOTAL	30	100,0

Fuente: Encuesta sobre prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria, Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

El porcentaje sobre la técnica de lactancia materna no es tan variable según los indicadores observados en el momento que madres adolescentes alimentan con leche materna al menor de seis meses, tomando en cuenta: una adecuada postura de la madre adolescente y del menor de seis meses, técnicas de las

madres adolescentes que facilitan un buen agarre, signos de buen agarre del menor y signos de succión, obteniendo una media de 66,6 % para una adecuada aplicación de la técnica de amamantamiento, en contraste al 33,3% para una inadecuada aplicación de la técnica.

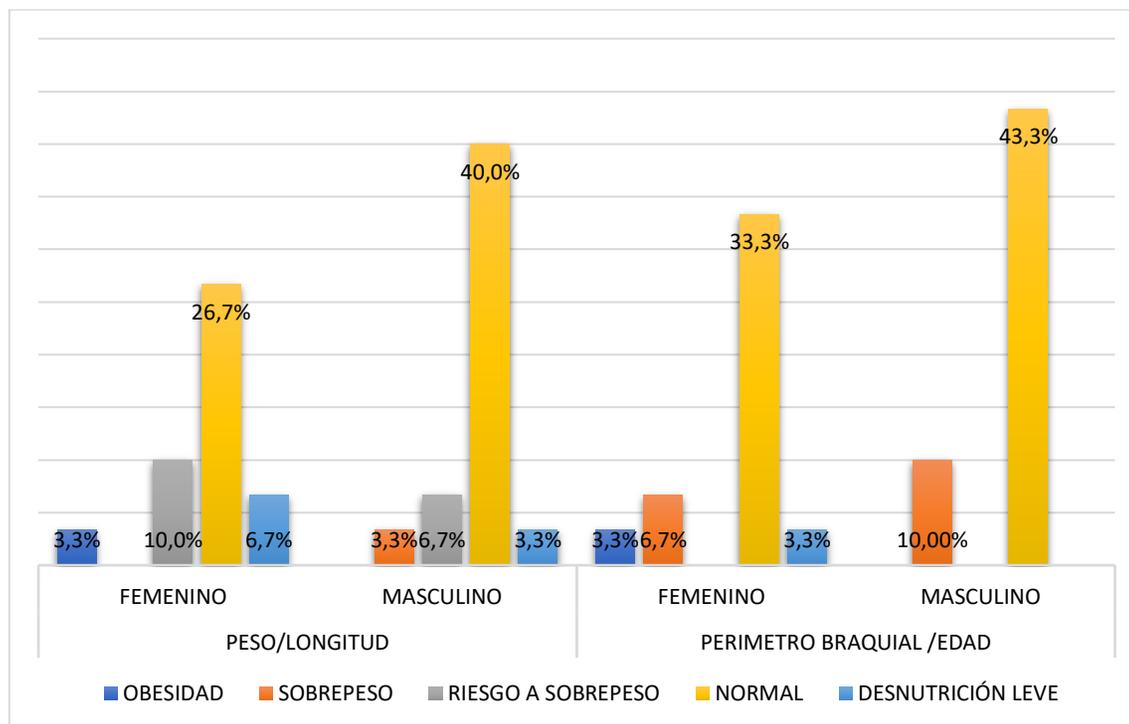
Gráfico 5. Nivel de conocimiento sobre el inicio de la alimentación complementaria de las madres adolescentes con niños menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022



Fuente: Encuesta sobre prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria, Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

Los resultados del nivel de conocimiento sobre el inicio de la alimentación complementaria fueron los siguientes: el 46,7% de las madres adolescentes tienen un nivel de conocimiento regular, el 33,3 % bueno y el 20% malo.

Gráfico 6. Estado nutricional según los índices Peso /Longitud y Perímetro Braquial/Edad de los menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva por madres adolescentes, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022



Fuente: Encuesta sobre prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria, Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

Según el índice de P/L el 40,0 % de los menores de seis meses se sexo masculino y el 26,7 % de sexo femenino presentan un estado nutricional normal, el 6,7% de sexo masculino presenta riesgo a sobrepeso, el 3,3% desnutrición leve y obesidad, en contraste a niñas donde, un 10% presenta riesgo a sobrepeso y un 3,3% desnutrición leve y obesidad.

Se observa, según el índice PB/E, que el 33,3 % del sexo femenino y el 43,3% de sexo masculino tienen un estado nutricional normal. El 10% de niños y 6,7% de niñas presentan sobrepeso y el 3,3 % del sexo femenino presentan obesidad y desnutrición leve, respectivamente.

Gráfico 7. Estado nutricional según Peso /Edad de los menores de 2 meses alimentados con lactancia materna exclusiva por madres adolescentes, que acudieron al Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022

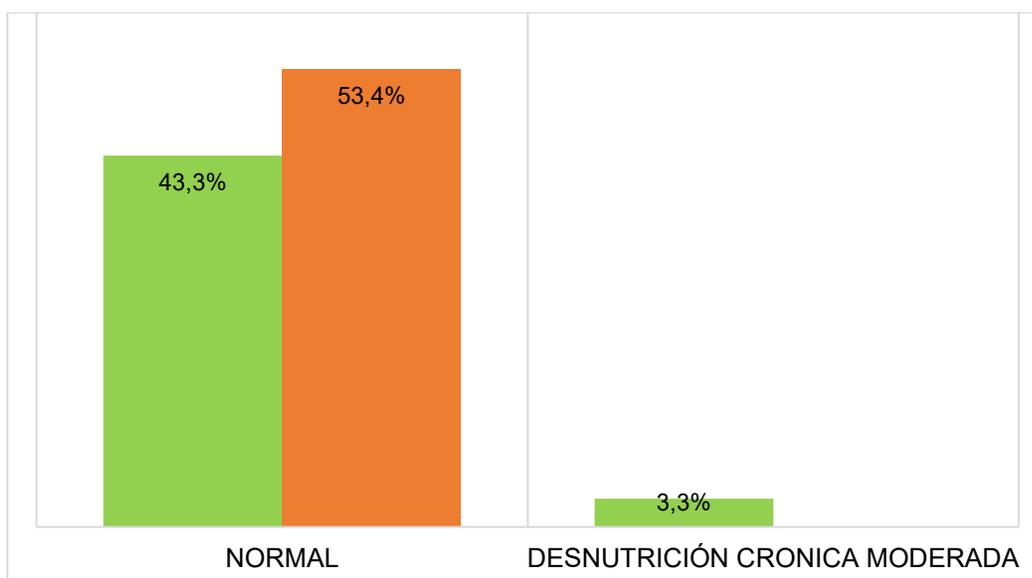


Fuente: Encuesta sobre prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria, Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

En cuanto al estado nutricional según el índice P/E de 100% de los menores de 2 meses de la muestra, el 20 % respectivamente en el grupo etario de dos meses para el sexo masculino y femenino tiene un estado nutricional normal.

En el grupo etario de 1 mes el 20% de sexo masculino presenta un estado nutricional normal y un 10% con bajo peso. En el caso de niñas, los datos se invierten, presentando un 20% de niñas con bajo peso y un 10% con estado nutricional normal.

Gráfico 8. Estado nutricional según el índice L/E de los menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva por madres adolescentes, que acudieron a Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022



Fuente: Encuesta sobre prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria, Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

El estado nutricional según el indicador L/E, el 3,3 % de sexo femenino muestra una desnutrición crónica moderada, en cambio, el 43,3 % de sexo femenino y el 53,4 de sexo masculino, presentan un crecimiento lineal normal.

Cuadro 4. Estado nutricional según el índice Perímetro Cefálico/Edad de los menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva por madres adolescentes, que acudieron a Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022

PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Riesgo a macrocefalia	1	3,3	1	3,3	2	6,7
Riesgo a microcefalia	2	6,7	1	3,3	3	10,0
Normal	11	36,7	14	46,7	25	83,3
TOTAL	14	46,7	16	53,3	30	100

Fuente: Encuesta sobre prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria, Hospital de Rurrenabaque en el segundo semestre del año 2022.

Se puede observar que según el índice PC/EDAD, con referencia a los menores de seis meses de sexo femenino que reciben lactancia materna exclusiva por sus madres adolescentes, el 3,3 % tiene riesgo a presentar macrocefalia, el 6,7 % microcefalia y el 36,3 % presenta una condición normal. Los menores de seis meses de sexo masculino 3, 3% tiene riesgo a presentar macrocefalia, 3,3 % microcefalia y el 46,7 % presenta una condición normal.

IX. DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos de la población en estudio, constituida por 30 madres adolescentes y sus respectivos hijos que acudieron al control de crecimiento y desarrollo, se puede inferir lo siguiente:

En relación a la edad de la población en estudio, se tiene que la mayoría de las madres adolescentes se encuentran en el rango de 16 a 19 años, con menor presencia de madres entre los 14 y 15 años. Coherentemente, en base a la realidad cultural de la región, se tiene un porcentaje alto de convivientes y solteras, 46,7% y 26,7%, respectivamente, en relación al porcentaje de casadas 6,7%. De la misma manera, es coherente la relación de la edad de las entrevistadas con el nivel de escolaridad, observando que el 10% alcanza un nivel universitario, lo que significa que 3 madres adolescentes de 8 que tienen 19 años, se encuentran cursando una carrera universitaria. Siguiendo con la relación, 21 de las madres adolescentes 73,3%, continúan el nivel secundario de educación formal, entre los 15 y 18 años, en contraste y preocupación a que 13,3% de las madres encuestadas cursan el nivel primario y 3,33 % no accedió a educación formal. En cuanto a la ocupación, solo el 33% se dedica exclusivamente a estudiar, compartiendo las labores de casa con el estudio en un 27% de las entrevistadas, haciendo un total de 26% entre empleadas y trabajadoras por cuenta propia, compartiendo en algunos casos el estudio en el nivel secundario como universitario, en tanto que el 7% se encuentra desocupada y el otro 7% se dedica a otra actividad fuera de los estudios.

Delgado y Nombera encontraron resultados sociodemográficos similares a los hallados en el presente estudio, donde el 58% de las madres corresponde a edades entre 15 a 17 años y el 19% entre 18 y 19 años; sin embargo, respecto al nivel de instrucción, el 68% contaban con estudios secundarios y 4% con estudios universitarios; ocupación de las madres, el 53,2% se dedicaban a su

hogar y 4% a su hogar y estudios, según la edad de los niños: el 46,8% oscilaban entre uno a dos meses, y el 10,5% recién nacidos (37).

Sin embargo, los datos, de manera general, se asemejan en relación al nivel de estudio, estado civil y ocupación de las madres en edad equivalente a la adolescencia, tal como muestra la tesis realizada por Manotas Pretel, donde se presentan cifras coincidentes, en relación y contraste a la etapa y edades asumidas en ambos estudios. A saber: el 79,4% corresponde a madres que viven en unión libre con sus parejas, por otra parte, solo el 10,6% y el 10% son solteras y casadas respectivamente. De acuerdo con la categoría ocupación de la madre se observa que el porcentaje más alto con un 89,4% corresponde a amas de casa, seguido de las estudiantes con un 3,1%, secretarias con un 1,3%, solo 4 de las encuestadas obtuvo un título profesional, entre ellas docentes con un 1,3%, financiera y administradora ambas con el porcentaje más bajo con un 0,6%. (32)

Resultados diferentes se mostraron en la investigación de Pinilla, Domínguez y García, la edad promedio de las madres adolescentes fue de 17,9 años, con nivel de escolaridad secundaria en un 82,8% y dedicadas al hogar el 62%, respecto al estado civil el 65,8% de madres en unión libre; la pareja comprometida otorga estabilidad emocional, afectiva y económica, aspecto relevante en la crianza, desarrollo y crecimiento del niño (38).

Del total de niños observados, 24 iniciaron la lactancia materna exclusiva a la primera hora de nacidos (80%), en tanto que 6 de los niños iniciaron la lactancia después de la primera hora de nacidos (20%). Por otro lado, 26 niños de los 30 en estudio recibe lactancia materna a libre demanda, donde se tiene que 19 niños (73,3%) recibe leche materna adecuada en tiempo y número de tomas, en contraste a 7 niños (26,7%) que tanto en tiempo y número de tomas es inadecuado por parte de la madre.

El estudio departamental en Cochabamba realizado por Ortiz, Quiroga y López, en relación con los conocimientos sobre lactancia materna manifiesta que el 85,92% de los entrevistados conocen que el inicio adecuado de lactancia materna es de manera inmediata durante la 1ra hora de haber nacido, y el 12,69% que debe ser posterior a la primera hora, pero durante el primer día de nacido. Cifras que se asemejan a los datos obtenidos en el presente estudio, manifestando que, pese al grado de instrucción de las madres adolescentes, cuentan con conocimientos adecuados sobre lactancia materna (33).

Los datos presentados en la investigación de Delgado y Nombera son parecidos a los de la presente investigación, donde, el 87.1% respondieron inmediatamente al nacer, y 1.6% respondieron que brindaron la lactancia materna a las 48 horas del nacimiento. Este resultado se compara con otro trabajo de investigación, citado en éste mismo, dónde 52% de las madres comenzaron a brindar la lactancia materna dentro de la primera hora del nacimiento, y 15% luego de las ocho horas (37).

Al comparar ambos resultados, las investigadoras afirman que las madres adolescentes brindaron la lactancia materna durante la primera hora de vida, la cual es un benéfico para el recién nacido, debido a que esta primera leche llamada calostro contiene todos los componentes que el bebé necesita.

En cuanto a la aplicación de técnicas de amamantamiento, el 54,66% de madres adolescentes entrevistadas aplican adecuadamente estas técnicas, en relación al 33,32% que no hacen una buena aplicación de lo mencionado. Lo que demuestra que la aplicación de técnicas de amamantamiento es adecuada en un porcentaje superior al 50% para la edad y nivel de instrucción de las madres adolescentes y niños observados.

Los resultados de la presente investigación concuerdan a los datos presentados por Bautista y Días, donde se observa que ésta técnica es inadecuada en los diferentes indicadores: un 74% de las madres adolescentes realizan una

inadecuada posición del cuerpo (nalgas del bebé apoyadas), un 75% de los bebés realiza inadecuadas respuestas (el bebé busca el pecho, signos de eyección de la leche), un 88% realiza un inadecuado vínculo afectivo con su hijo (la madre mira y acaricia al bebé), un 75% realiza una inadecuada anatomía (pechos blandos después de la mamada), un 75% de los niños realiza una inadecuada succión (más areola sobre la boca del bebé, boca bien abierta) y un 76% realiza un inadecuado tiempo de amamantamiento (el bebé suelta espontáneamente el pecho) (30).

De la misma manera, el estudio realizado por Vásquez concluye que las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, tienen prácticas adecuadas en la técnica de amamantamiento (60%) se acomodan adecuadamente en la silla, permiten al bebé la succión a libre demanda aproximadamente 10 a 15 minutos y al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente y un 38,3% de madres realizan la práctica inadecuada de amamantamiento (39).

Los datos mencionados en los dos párrafos anteriores, coinciden con los resultados presentados en la presente investigación, en los que se pueden observar un porcentaje alto de prácticas adecuadas en las técnicas de amamantamiento.

Estudios parecidos, como el de Manotas Pretel, presentan datos contrarios a los obtenidos en la presente investigación, teniendo en cuenta que se encontró una significativa prevalencia de desnutrición aguda severa y riesgo de peso bajo para la talla y sobrepeso, tanto en niños como en niñas (32).

Otras investigaciones, como la de Coronado y Vásquez, en relación a la dimensión Posición, mencionan que la mayoría de madres adolescentes presenta una incorrecta manera de dar de lactar, lo que puede inducir al abandono de la lactancia materna por incomodidad en el bebé, preferencia del niño al biberón, grietas en los pezones y bajo peso (40).

La misma investigación, contrariamente a los resultados obtenidos en el actual estudio, sugiere que “Al finalizar la lactancia materna, la madre no coloca al bebé en posición decúbito lateral izquierdo dando como resultado el 96,3%, la madre no se coloca en posición correcta para dar de lactar el 92,5%, no sostienen las mamas con los dedos en forma de letra C el 87,9%, La madre no sostiene la cabeza del niño sobre el ángulo de su codo sobre el cuerpo alineado el 86%, datos que coinciden con lo reportado por Delgado y Nombera , en el año 2012, donde el 62,9% no posicionan adecuadamente al bebé y el 75,8% no muestra adecuada postura.

Los datos nos muestran que las madres adolescentes estudiadas, en un porcentaje alto, realizan una aplicación adecuada de las técnicas de amamantamiento, que se traduce en un estado nutricional normal, con variaciones y excepciones en menores de seis meses.

Al respecto, Mejía y otros encontraron resultados similares a los de la presente investigación en relación a las actitudes y técnicas a cumplir durante la lactancia materna. Los autores concluyeron que el aumento de la edad era un factor asociado al mayor número de respuestas correctas, resultados coincidentes con investigaciones demostrativas de un incremento del conocimiento al aumentar la edad de la gestante, tal es el caso de lo reportado por Gorrita y Linares en Cuba, donde las mujeres mayores de 35 años tenían mejores conocimientos sobre lactancia materna; aproximadamente 6 de cada 10 madres adolescentes tuvieron conocimientos insuficientes sobre lactancia materna, en una cuarta parte fueron suficientes y menos de la quinta parte mostró amplios conocimientos. (34)

Lo mencionado en el párrafo anterior no coincide con los datos obtenidos en la presente investigación, ya que, a pesar de la edad y el nivel de instrucción, las madres adolescentes que formaron parte del estudio y los datos obtenidos a través de la observación y diagnóstico nutricional, conciben en un trabajo adecuado del personal de salud del nosocomio y las madres adolescentes que

asisten al mismo, en cuanto a la transmisión de conocimientos de técnicas de amamantamiento y su práctica adecuada.

Los resultados presentados en esta investigación coinciden en líneas generales con otros trabajos publicados en torno al mismo tema, pero la comparación con otras investigaciones tiene limitaciones importantes por diferencias en la composición social de los sujetos en estudio, las edades que se abarcaron, las variables incluidas en el análisis y otras que en el presente trabajo no fueron tomadas en cuenta, por la naturaleza del mismo.

X. CONCLUSIÓN

A partir de todo lo mencionado, se llega a las siguientes conclusiones:

Este estudio ha demostrado que la frecuencia de madres adolescentes entrevistadas, fluctúa entre los 14 y 19 años, con un porcentaje considerable de entre los 16 y 19 años.

En relación al estado civil de la población objetivo, en cuanto a la muestra, un porcentaje alto de madres adolescentes son convivientes, en contraste a porcentajes menores de madres solteras y casadas.

Se demostró que, a pesar de la edad, el nivel de instrucción y la ocupación, las madres adolescentes tienen conocimientos adecuados sobre amamantamiento. De la misma manera, el 54,66% de las madres entrevistadas aplican adecuadamente estas técnicas. Se infiere que las madres adolescentes que formaron parte de esta investigación presentan porcentajes aceptables en cuanto a nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria, después de los seis meses, donde el 46,7% tiene un nivel de conocimiento regular, el 33,3% bueno y el 20% malo.

Por otro lado, la aplicación adecuada de las técnicas de amamantamiento, se traduce en porcentajes altos de normalidad en los menores de seis meses, hijos de las madres, en porcentajes aceptables, positivos y alentadores.

El estado nutricional de los menores de seis meses alimentados con lactancia materna exclusiva por madres adolescentes, según índices de Peso/Longitud, Pecos/Edad y Perímetro Braquial/Edad, en su mayoría, tanto para niñas como para niños, es normal.

XI. RECOMENDACIÓN

Se recomienda realizar otras investigaciones en esta población objetivo, a través de un estudio descriptivo o analítico de corte transversal (dependiendo del objetivo de investigación, sin embargo que se asemeje al propuesto en este trabajo) con el propósito de evaluar el conocimiento y las prácticas de las técnicas de amamantamiento, como el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria, información que puede ser recolectada por medio de instrumentos adecuados que proporcionen información para planificar institucionalmente acciones de prevención y acción en cuanto a la problemática estudiada. También se puede ampliar el rango de edad, para planificar acciones de manera integral.

Se recomienda realizar investigaciones descriptivas que permitan determinar el perfil antropométrico en función del estado nutricional en niños y niñas de 0 a 6 meses atendidos en las instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Rurrenabaque, ya sean públicas o privadas, determinar además que otros factores pueden estar influyendo en el estado nutricional del menor de seis meses ya sean sociodemográficos o económicos, y así obtener datos estadísticos actuales y reales de la situación encontrada en el municipio, para tomar decisiones en base a los resultados.

Se recomienda que los datos obtenidos y el análisis realizado en la discusión, y conclusiones, sean tomados en cuenta por el personal administrativo, directivo y ejecutivo del Hospital de Rurrenabaque, para la toma de decisiones frente a la necesidad de intervenciones para mejorar el conocimiento de las madres con relación a la lactancia materna y su importancia a fin de mejorar tales prácticas. Las acciones que se sugieren, para la mejora de las prácticas en lactancia materna pasan por jornadas de socialización, capacitación interdisciplinaria, visita a hogares, talleres para madres y personal involucrado en salud, a través de un protocolo en base normativa nacional, departamental y municipal.

Se recomienda gestionar un departamento institucional de investigación sostenible, con el fin de ejecutar investigaciones innovadoras en relación al estado nutricional de los menores de seis meses, hasta los dos años, práctica de técnicas de amamantamiento, conocimiento y prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria, a través de estudios multicéntricos que apoyen medidas que prevengan problemas de salud, para obtener una mejor base para la generalización de los hallazgos. Reclutar sujetos de una población más numerosa, obteniendo así una situación que es más representativa para su uso futuro y toma de decisiones institucionales.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcon P, Cindy E. Beneficios de la lactancia materna en el desarrollo integral de los niños menores de 2 años [Tesis] , editor. [Perú]: Universidad Nacional de Trujillo; 2019.
2. Chaguay Muñoz CA. Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en lactantes de 6 a 24 meses en un centro de salud Daule años 2021 [Tesis] , editor. [Guayaquil]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2022.
3. Ley de fomento a la lactancia materna y comercialización de sucedáneos. Documento de Política de la dirección general de promoción de la Salud. La Paz- Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Alimentación y Nutrición; 2013. Report No.: Publicación 17.
4. Defensoría del Pueblo, Estado Plurinacional de Bolivia. Defensoría del Pueblo insta a las instancias estatales a tomar medidas programáticas en la disminución de los altos índices de embarazos adolescentes. [Online].; 2022 [cited 2023 Enero 02. Available from: defensoria.gob.bo/noticias/defensoria-del-pueblo-insta-a-las-instancias-estatales-a-tomar-medidas-programaticas-en-la-disminucion-de-los-altos-indices-de-embarazo-adolescente-en-el-pais.
5. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Demografía y Salud EDSA 2016. Indicadores Priorizados. La Paz-Bolivia.; 2019.
6. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Lactancia materna y alimentación complementaria. [Online]. [cited 2022 Septiembre 12. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>.

7. Manual para la implementación de la Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez, establecimientos de primer nivel de atención. Documentos técnicos normativos. La Paz- Bolivia: Ministerio de Salud y deportes, Unidad de Alimentación y Nutrición; 2017. Report No.: Publicación 416.
8. Sena Barrios A, Rivera Rivadulla R, Diaz Guzman E, Hernández Domínguez B, Armas Ramos N. Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. Rev Ciencias Médicas. 2014; 18(4).
9. Peri Guity M, Medina Gonzalez X. Conocimientos, Actitudes y Prácticas, sobre Lactancia Materna exclusiva en puérperas de puerperio normal del bloque Materno Infantil del Hospital Escuela Universitario, del 01 de Agosto al 31 de Diciembre 2018 [Tesis] , editor. [Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2019.
10. Miranda Perez R, Hernandez Perez MB, Cruz Morales Y. Lactancia Materna. Generalidades y Aplicación, Material de apoyo de docencia [Habana]: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2011.
11. Cahueñas Durán J, Escobar Naranjo FJ. Cumplimiento del apego precoz y alojamiento conjunto , en base a los conocimientos y criterios de las madres sobre la importancia de la lactancia materna establecidos en el paso número 35 del componente normativo neonatal del MSP 2008 [Tesis] , editor. [Quito]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.
12. Sevilla Ruiz MR. Influencia de la lactancia materna y su relación con la desnutrición infantil en los niños menores de 2 años en el Centro de Salud Enrique Ponce Luque, Babahoyo,2015 [Tesis] , editor. [Ecuador]: Universidad Técnica Estatal de Qenevo; 2015.

13. Creed H, Penny M, Liria R. Lactancia materna y Alimentación Complementaria [PCMI] , editor. [Perú]: Instituto de Investigación Nutricional; 2017.
14. Gutiérrez Obregón Y, Marín Arias L. Significado de lactancia materna y leche materna para las madres de una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica. 2017; 14(1).
15. San Miguel Simbrión JL. Volumen de consumo y aporte calórico de leche humana, en menores de dos años, relacionados al estado nutricional de madres y lactantes, mediante óxido [Tesis] , editor. [La Paz]: Universidad Mayor de San Andres; 2017.
16. Acosta Villegas JL. Razones de los altos porcentajes de Lactancia materna en Bolivia [Tesis] , editor. [La Paz]: Universidad Andina Simón Bolívar; 2022.
17. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño [Washington]; 2011.
18. Patiño Suárez T, Campos Uscanga Y. Las semanas de gestación como factor asociado a la práctica de la lactancia materna inmediata. Scielo. 2018 Agosto; 36(2).
19. Cordero Valdivia D, Meji Soto M, Mansilla G, Mejia Salas H. AIEPI NUT-CLINICO Versión actualizada [Técnicos] , editor. [La Paz]: Ministerio de Salud y Deportes; 2009.
20. Becerra Arevala G, Taipe Ayala LC. Efectividad del programa educativo sobre la técnica de lactancia materna en madres primíparas en el hospital San Juan de Lurigancho 2018 [Tesis] , editor. [Perú]: Universidad Maria Auxiliadora; 2019.

21. Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. Arch. Venezolanos de Puericultura y Pediatría. 2013; 76(3): p. 126-135.
22. Salazar S, Chavez M, Delgado X. Lactancia Materna. Arch Venez Puer Ped. 2009 Diciembre; 72(4).
23. Sanabria M, Coronel J, Diaz C, Salinas C, Sartori J. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. Rev. Bol. Ped. 2005 Junio; 44(2).
24. Meneces Corona A. Alimentación Complementaria. Salud y Administración. 2016; 4(9).
25. Ministerio de Salud y Deportes. Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida [Bolivia]: Cuadernos de procedimientos para el primer nivel de atención; 2021.
26. Ministerio de Salud y Deportes. Normas Nacionales de Atención Clínica [Bolivia]: Documentos Técnicos normativos; 2012.
27. Mancilla C G. Los Nuevos Patrones de Crecimiento de la OMS. Rev. Act. Clin. Me. 2011 Mayo; 8.
28. Vasquez Garibay E, Romero Velarde E. Valoración de estado de nutrición del niño en Mexico, Parte I. Avances de Pediatría. 2001 Mayo 3; 58.
29. Mei Z, Grummer Strawn I. El desarrollo de valores de referencia para el perímetro braquial según la estatura y su composición con otros indicadores utilizados para el tamizaje del estado nutricional. Revista Panamericana de la Salud. 1998 Septiembre; 75(4).

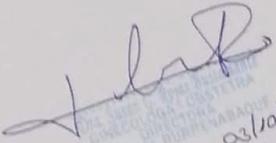
30. Bautista Hualpa YR, Diaz Rivadeneira IR. Conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres adolescentes que asisten al Centro de Salud de Bagua. *Rev. enferm Herediana*. 2017; 10(1).
31. Tellez Perez E, Romero Quechol GM, Galván Flores GM. Conocimiento sobre lactancia materna de mujeres puérperas que acuden al primer nivel de atención. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2019; 27(4): p. 196-205.
32. Manotas Pretel KM. Lactancia materna y estado nutricional en niños de 0 a 6 meses atendidos en la empresa social del estado (ESE) Hospital Local de Malambo - Atlántico, Colombia, 2015-2016. *Ciencias de la salud*. 2018.
33. Mamani Ortiz Y, Olivera Quiroga V, Luizaga Lopez M, Illanes Velarde DE. Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en Cochabamba-Bolivia: un estudio departamental. *Gaceta Médica Boliviana*. 2017; 40(2): p. 12-21.
34. Romero Viamonte K, Salvant Tames A, Almarales Romero MA. Lactancia materna y desnutrición en niños de 0 a 6 meses. *Rev. Cubana de Medicina Militar*. 2018; 47(4).
35. Solano Silva P. Relación entre la lactancia materna exclusiva y mixta, y el estado nutricional en niños de 1,3 y 6 meses [Tesis] , editor. [Perú]: Universidad Nacional de Trujillo; 2016.
36. Calderon Calderon YM. Nivel de conocimientos en madres sobre la alimentación complementaria en niños menores de 1 año en el centro de Salud-Huarica 2022 [Tesis] , editor. [Perú]: Universidad Peruana del Centro; 2020.

37. Delgado Marrufo J, Mombera Puelles M. Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva HRDLM-Chiclayo, 2012 [Tesis] , editor. [Perú]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
38. Pinilla Gómez E, Dominguez Nariño CC, Garcia Rueda A. Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. Enfermería global. 2014 Enero; 13(33): p. 59-70.
39. Vasquez Delgado RdP. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2009 [Pública] [EeEeS, editor. [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
40. Coronado López NE, Vásquez Manuelo YR. Conocimiento sobre lactancia materna y prácticas de amamantamiento en Madres Puérperas Adolescentes [Tesis] , editor. [Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2015.
41. Martinez Machicado , Espiniza Kerdy RL. Maternidad temprana pobreza y violencia en Pando. Pando Cobija: Ministro de Autonomías, Dirección Departamental del Ministerio de Autonomías – Pando; 2016.
42. Sena Barrios A, Rivera Rivadulla R, Diaz Guzman E. Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. Rev Ciencias Médicas. 2014; 18(4).
43. Del Carpio I. Estandarización en técnicas básicas de antropometría para niños y niñas menores de 5 años de edad y toma de muestra en sangre capilar [La Paz]: Ministerio de Salud y Deportes; 2009.

44. Galindo Bazalar A. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud, Nueva Esperanza [Tesis] , editor. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

ANEXO 2: SOLICITUD DE PERMISO

Rurrenabaque, 3 de octubre del 2022.


Dra. SUSANA GABRIELA ROJAS BUSTAMANTE
LINEA COORDINADORA DE NUTRICION
HOSPITAL RURRENABAQUE
Recibido 03/10/22
A Hrs 8:00Am

Señora:
Dra. Susana Gabriela Rojas Bustamante
DIRECTORA DEL HOSPITAL RURRENABAQUE

Presente. –

Ref.: Solicito permiso para implementar instrumento de investigación de tesis de especialización en alimentación y nutrición clínica

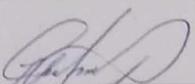
De mi mayor consideración.

Por medio de la presente hago llegar a su autoridad mis saludos más cordiales por la importante labor que desempeña por el bien de la sociedad.

Me dirijo a su autoridad para informar que mi persona culminó la malla curricular de la especialidad en alimentación y nutrición clínica de la Universidad Mayor de San Andrés, actualmente me encuentro en la fase de investigación y elaboración de tesis de grado, por lo cual, me permito solicitar a su autoridad me otorgue el **permiso para recabar información a través del instrumento que implementaré como parte del proceso de levantamiento de datos, teniendo en cuenta que el objetivo de mi tesis y la población a estudiar revelan como foco de investigación al Hospital que usted regenta: "Prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria en madres adolescentes con niños menores de seis meses que acuden al hospital municipal de Rurrenabaque- Beni, en el último semestre del año 2022"**.

Dicha actividad contemplada en mi cronograma de investigación prevé realizarse durante el último trimestre de la presente gestión.

Con tal propósito, adjunto copia del instrumento de investigación de tesis. Sin otro particular, segura de contar con su atención y con su anuencia, me despido reiterando mis saludos.


Gabriela Guerrero Alipaz
Nutricionista Dietista
C.I. 4195835
Reg, Univ. 1806685

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS FACULTAD DE
MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO



NOTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

Código:..... Fecha:.....

Investigación: “PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y CONOCIMIENTOS SOBRE EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES ADOLESCENTES CON NIÑOS MENORES DE SEIS MESES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MUNICIPAL DE RURRENABAQUE- BENI, EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL AÑO 2022”

Buen día señora, Mi Nombre es Gabriela Guerrero Alipaz ,soy nutricionista , en coordinación con la directora del Hospital municipal de Rurrenabaque, se está llevando a cabo una investigación con el objetivo de determinar las **prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria en madres adolescentes**, Con la finalidad de contribuir en la atención en salud y nutrición, como también en consejería alimentaria nutricional en estos grupos etarios. La información que se obtendrá será de carácter anónimo, necesito su colaboración y mayor sinceridad posible.

Yo, (nombre y apellidos del representante legal) En calidad de madre (relación con el paciente) Del niño/niña menor de edad (nombre del paciente), Autorizo a la investigadora de estudio para que obtenga y analice la información obtenida:

Con este instrumento se recolectarán los siguientes datos: **I. DATOS PERSONALES. II. PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. III. CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE EL INICO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL MENOR DE SEIS MESES.**

Como evidencia de autorización firmo el siguiente documento después de haber leído y haber tenido la oportunidad de preguntar y comprender en que consiste el estudio, comprende que mi participación es voluntaria. Por lo tanto, autorizo mi participación y la de mi hijo/a en el estudio.

Sujeto de estudio	Responsable a Cargo
Nombre:	Nombre:
Teléfono:	Teléfono:

Rurrenabaque, 2022

ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS FACULTAD DE
MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO



OBJETIVO DE LA ENTREVISTA: Contar con una herramienta para plasmar “Prácticas de lactancia materna exclusiva y conocimientos sobre el inicio de la alimentación complementaria en madres adolescentes con niños menores de seis meses que acuden al hospital municipal de Rurrenabaque- Beni, en el último semestre del año 2022”

Con este instrumento se recolectarán los siguientes datos: I. **DATOS PERSONALES. II. PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. III. CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES ADOLESCENTES SOBRE EL INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL MENOR DE SEIS MESES.**

Indicaciones para el entrevistador: Salude a la madre, explique el objetivo de la entrevista menciónele que es de carácter confidencial y cree un ambiente de confianza.

I. DATOS PERSONALES							
Marque con un círculo la respuesta que usted considere adecuada.							
1	Fecha actual:		2	Edad del niño o fecha de nacimiento			
3	¿Cuál es la edad de la madre?	(escriba la edad en años cumplidos)					
4	¿Cuál es su estado civil?	1) Soltera	2) Casada	3) Conviviente	4) Separada/ Divorciada	5) Viuda	
5	Escolaridad alcanzada	1) Ninguna	2) Primaria	3) Secundaria	4) Universitaria		
6	Ocupación actual	1) Estudiante	2) Labores de casa	3) Desempleada	4) Empleada		
		5) Trabajadora por cuenta propia	6) Otro				

II. PRÁCTICAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA								
2.1 INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA						SI	NO	
7	¿Su niño recibió leche materna inmediatamente después de nacer (dentro de la primera hora)?							
8	Si la respuesta es NO ¿cuánto tiempo pasó después del parto para que reciba seno materno?							
9	¿Su niño recibió lactancia materna a libre demanda? (las veces que el niño quiso más de diez veces al día)							
2.2. ALIMENTACIÓN CON LACTANCIA MATERNA DEL MENOR DE SEIS MESES								
10	¿Usted le da pecho a su niño cada vez que le pide?				1) Si	2) No		
11	Si es NO	1)	Porque razón _____					

12	Si es SI	2)	¿En qué horario le da su pecho? Registre en el siguiente cuadro.														
FECHA DEL DIA ANTERIOR A LA ENTREVISTA:																	
13 -14		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL
DIA	Hora																
	1 o ambos Minutos																
NOCHE	Hora																
	1 o ambos Minutos																
1) Adecuada		2) Inadecuada															

2.3 DE OBSERVACIÓN DE LA TÉCNICA DE LACTANCIA MATERNA			
Marque con una x la respuesta que usted considere adecuada, elija solo una opción para cada pregunta y no deje ninguna pregunta sin responder.		1= Adecuada	2= Inadecuada
15	La postura de la madre es: La madre debe encontrarse tranquila.		
	Sentada: con la espalda recta y apoyada		
	Acostada: lateralizada con la espalda apoyada		
16	La Postura del bebé es:		
	La cabeza de él o la recién nacido(a) se apoya en el ángulo del codo de la madre.		
	La madre sujeta las nalgas del bebé con la palma de la mano.		
17	Él o la recién nacido(a) yace en el trayecto del brazo de la madre, con la oreja, el hombro y la cabeza en una misma línea.		
	Técnicas de la madre que facilitan un adecuado agarre del pecho del menor de seis meses.		
	La madre sujeta el pecho con la mano en forma de "C".		
	Estimula la mejilla del bebe con el pezón para que abra la boca. La madre lleva al bebé al pecho		
18	Se introduce el pecho hasta la areola en la boca de él o la recién nacido(a), lo cual garantiza un buen agarre		
	Signos de buen agarre del bebé		
	La boca está completamente abierta		
	Labio inferior volteado hacia afuera.		
	Se ve más areola por encima que por debajo.		
19	El mentón de él o la recién nacido(a) toca la parte posterior del pecho de la madre		
	La nariz toca la parte superior del pecho de la madre		
	Signos de buena succión		
	Succiones lentas, profundas y pausadas.		
	Las mejillas están redondeadas		
	Se retira del pecho cuando ha acabado		
	La madre nota signos del reflejo de oxitocina.		

III. CONOCIMIENTOS DE LA MADRE ADOLESCENTE SOBRE EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Marque con un círculo la respuesta que la encuestada considere adecuada, de modo que elija solo una opción para cada pregunta y no deje ninguna pregunta sin responder.

20	La Alimentación complementaria es:						
a)	Inicio de alimentos sólidos y líquidos diferentes a la leche materna.	b)	Inicio de alimentos semisólidos solamente.	c)	Inicio de la dieta familiar	d)	No sabe
21	¿A qué edad el niño debe comenzar a recibir alimentación complementaria?						
a)	Antes de los seis meses.	b)	A partir de los seis meses.	c)	A partir de los 8 meses	d)	No sabe
22	Los utensilios adecuados para dar alimentación complementaria son:						
a)	Con mamadera o biberón.	b)	Vaso con sorbete.	c)	Cuchara, taza o plato.	d)	No sabe
23	¿Cuántas tiempos de comida (distintos a la leche materna) debe recibir el niño cuando inicia la alimentación complementaria?						
a)	1 vez al día.	b)	2 a 3 veces a día.	c)	4 a 5 veces a día.	d)	No sabe.
24	¿Con qué grupos de alimentos se debe iniciar la alimentación complementaria?						
a)	Solamente frutas y vegetales.	b)	Vegetales, frutas y leche de vaca.	c)	Vegetales, cereales, frutas, huevo y carne.	d)	No sabe.
25	La consistencia ideal que deben tener las comidas al inicio de la alimentación complementaria, es:						
a)	Sopas y líquidos.	b)	Purés y papillas.	c)	Picados en trozos.	d)	No sabe.
26	¿Qué cantidad de alimentos le debe dar al niño en la primera semana? Especificar en cucharas.						
a)	3 cucharas rasas	b)	8 cucharas rasas	c)	12 cucharas rasas	d)	No sabe
27	La forma correcta de dar los alimentos complementarios es:						
a)	Darle todos los alimentos de forma asistida.	b)	Permitirle que coma solo y experimente texturas y combinación de sabores.	c)	Darle premios y juegos para que coma.	d)	No sabe.
28	Con que se aconseja mezclar los alimentos complementarios para que tengan una consistencia adecuada.						
a)	Agua	b)	Caldos	c)	Leche materna y aceite	d)	No sabe.
29	El lugar donde debe dar la alimentación complementaria al niño es:						
a)	Comedor o mesa.	b)	Cama	c)	Cuando el niño está jugando.	d)	No sabe
<p>f)</p> <p>1= Nivel de conocimiento MALO: Calificación < a 1.5 puntos. 2= Nivel de conocimiento REGULAR: Calificación de 2.0 a 3.5puntos. 3= Nivel de conocimiento BUENO: Calificación de 4.0 a 5.0 puntos.</p> <p>TOTAL DE PUNTAJE: () Nivel de conocimiento: _____</p>							

HOJA DE RESPUESTAS Y SISTEMA DE CALIFICACIÓN					
20	B	23	B	26	A
21	B	24	C	27	B
22	C	25	B	28	C
				29	A
MALO	1-3	REGULAR	4-7	BUENO	8-10
Calificación	<1.5	Calificación	2.0 a 3.5	Calificación	4.0 a 5.0
PUNTAJE Y CALIFICACIÓN					
Respuestas basadas según lineamientos de AIEPI actual y revisión de literatura.					
Cada pregunta tiene un valor de 0,5 para la calificación final.					
Calificación mediante sistema decimal de 0 a 5.					

1= Nivel de conocimiento MALO: Calificación < a 1.5 puntos

2= Nivel de conocimiento REGULAR: Calificación de 2.0 a 3.5 puntos

3= Nivel de conocimiento BUENO: Calificación de 4.0 a 5.0 puntos

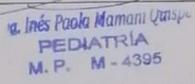
IV. DATOS ANTROPOMÉTRICOS - EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL MENOR DE SEIS MESES.						
Edad en meses ()		30	Sexo	1) Femenino	2) Masculino	
Peso (kg)			Talla (cm)			
Perímetro cefálico (cm)			Perímetro braquial (cm)			
31	Índice Peso / Longitud	1= Obesidad $\geq +3$ DE. 2= Sobrepeso $+2$ a $+2.99$ DE. 3= Riesgo a sobrepeso $+1$ DE a $+1.99$ DE 4= Normal $+1$ DE a -0.99 DE 5= Desnutrición Leve -1 DE a -1.99 DE. 6= Desnutrición Moderada -2 A 2.99 DE. 7= Desnutrición severa ≤ 3 DE.		32	Índice Perímetro Braquial/Edad	1= Normal: $+2$ DE a -2 DE 2= Delgado: -2.1 DE a -3 DE 3= Desnutrido: < 3 DE 4= Sobrepeso: $+2.1$ DE a $+3$ DE 5= Obeso: > 3 DE
33	Índice Peso/Edad	1= Peso Excesivo para la edad. $> +2$ DE. 2= Peso Adecuado para la edad. $+2.1$ DE a -2 DE. 3= Peso bajo para la edad -2 DE a -3 DE. 4= Peso bajo severo para la edad < -3 DE				
34	Índice Peso/Edad	1= Peso Excesivo para la edad. $> +2$ DE. 2= Peso Adecuado para la edad. $+2.1$ DE a -2 DE. 3= Peso bajo para la edad -2 DE a -3 DE. 4= Peso bajo s		35	Índice Perímetro cefálico	1= Riesgo microcefalia $< P3$ 2= Normal $P3$ a $P97$ 3= Riesgo macrocefalia $> P97$

¡Gracias por su colaboración

ANEXO 5: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

FORMULARIO PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ITEM	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)
	1. Claridad de la redacción		2. Son precisas las preguntas		3. Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4. Mide lo que pretende		5. Induce a la respuesta		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	X		X		X		X			X	
2	X		X		X		X			X	
3	X		X		X		X			X	
4	X		X		X		X			X	
5	X		X		X		X			X	
6	X		X		X		X			X	
7	X		X		X		X			X	
8	X		X		X		X			X	
9	X		X		X		X			X	
10	X		X		X		X			X	
11	X		X		X		X			X	
12	X		X		X		X			X	
13	X		X		X		X			X	
14	X		X		X		X			X	
15	X		X		X		X			X	
16	X		X		X		X			X	
17	X		X		X		X			X	
18	X		X		X		X			X	
19	X		X		X		X			X	
20	X		X		X		X			X	
21	X		X		X		X			X	
22	X		X		X		X			X	
23	X		X		X		X			X	
24	X		X		X		X			X	
25	X		X		X		X			X	
26	X		X		X		X			X	
27	X		X		X		X			X	
28	X		X		X		X			X	
29	X		X		X		X			X	
30	X		X		X		X			X	
31	X		X		X		X			X	
32	X		X		X		X			X	
33	X		X		X		X			X	
ASPECTOS GENERALES										SI	NO
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.										X	
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										X	
Se especifica y caracteriza la población d estudio del cual se realiza el trabajo										X	
Los ítems están distribuidos de forma lógica y secuencial										X	
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										X	
VALIDEZ											
APLICABLE			X			NO APLICABLE					
APLICABLE ATENDIO A LAS OBSERVACIONES											
VALIDADO POR: <i>DIEGO JAVIER FUENTES SAPIENCIA</i>						C.I.: 5964160 LP.			FECHA: 14/11/2022		
FIRMA: <i>[Firma]</i>						CELULAR: 70682954			EMAIL: djfuentes@hormis.com		
SELLO: M.Sc. Diego J. Fuentes Sapiencia NUTRICIÓN Y DIETÉTICA MP. F-40 CNDR. F-840						INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: UMSA - CARRERA DE NUTRICIÓN					

ITEM	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un item)
	1. Claridad de la redacción		2. Es preciso las preguntas		3. Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4. Mide lo que pretende		5. Induce a la respuesta		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	✓		✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓		✓		✓		✓		
6	✓		✓		✓		✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓		✓		✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓		✓		✓		✓		
16	✓		✓		✓		✓		✓		
17	✓		✓		✓		✓		✓		
18	✓		✓		✓		✓		✓		
19	✓		✓		✓		✓		✓		
20	✓		✓		✓		✓		✓		
21	✓		✓		✓		✓		✓		
22	✓		✓		✓		✓		✓		
23	✓		✓		✓		✓		✓		
24	✓		✓		✓		✓		✓		
25	✓		✓		✓		✓		✓		
26	✓		✓		✓		✓		✓		
27	✓		✓		✓		✓		✓		
28	✓		✓		✓		✓		✓		
29	✓		✓		✓		✓		✓		
30	✓		✓		✓		✓		✓		
31	✓		✓		✓		✓		✓		
32	✓		✓		✓		✓		✓		
33	✓		✓		✓		✓		✓		
34	✓		✓		✓		✓		✓		
35	✓		✓		✓		✓		✓		
ASPECTOS GENERALES											
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.									SI	NO	*****+
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.									✓		
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo.									✓		
Los ítems están distribuidos de forma lógica y secuencial.									✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.									✓		
VALIDEZ											
APLICABLE				✓				NO APLICABLE			
APLICABLE ATENDIO A LAS OBSERVACIONES											
VALIDADO POR: Inés Paola Mamani Quispe						C.I.: 7629164 80			FECHA: 03/10/22		
FIRMA: 						CELULAR: 71817755			EMAIL: inesm2m2ni@gmail.com		
SELLO: 						INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA: Hospital Rurrenabegque					