

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“INFLUENCIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO. ENERO-MARZO 2017”**

INTEGRANTES:

MENDOZA HUAMAN, Edith Yovani

QUISPE CABEZAS, Herlinda

ASESORA:

Dra. RAMÍREZ QUIJADA, Brígida Piedad

AYACUCHO- PERÚ

2017

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

R. D. N° 220 – 2017 – FCSA – UNSCH

A los veintidós días del mes de setiembre del año dos mil diecisiete en el ambiente del auditorio de la escuela profesional de obstetricia en la ciudad universitaria (módulos) se reunieron los miembros del jurado calificador presidido por la Mg. Noemí Quispe Cadenas (presidente), Martha Calderón Franco y Roaldo Pino Anaya y como asesora a la Dra. Brígida Ramírez Quijada, estando como secretario el Mg. Pavel Alarcón Vila, para recepcionar la sustentación del trabajo de tesis “CAPACITACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PUERPERAS HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENERO - MARZO 2017”, que fue modificado por el jurado como “INFLUENCIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – MARZO 2017” presentado por las bachilleres: Edith Yovani Mendoza Huamán Y Herlinda Quispe Cabezas.

Luego de la lectura de la resolución decanal N° 220 – 2017 – FCSA – UNSCH se dio inicio a la sustentación; iniciando la bachiller Edith Yovani Mendoza Huamán, quien expuso la introducción, planteamiento del problema, variables, método de estudio, procesamiento, luego da inicio a la exposición la bachiller Herlinda Quispe Cabezas, quien expone los resultados, discusiones y conclusiones.

Luego la Mg. Noemí Quispe Cadenas Decana (e) da lugar al Mg. Roaldo Pino Anaya para las preguntas o aclaraciones del trabajo sustentado, para luego continuar con la Mg. Martha Calderón Franco continuando con la Mg. Noemí Quispe Cadenas seguidamente se da lugar a la Dra. Brígida Ramírez Quijada para aclarar algunas observaciones en su condición de asesora.

Luego la Mg. Noemí Quispe Cadenas pide a las sustentantes y al público asistente a abandonar momentáneamente el auditorio para la deliberación y calificación por parte del jurado calificador.

RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LAS BACHILLERES:

BACHILLER EDITH YOVANI MENDOZA HUAMAN

	TEXTO	EXPOSICIÓN	RESPUESTAS	P. FINAL
Mg. NOEMI QUISPE CADENAS	17	17	17	17
Mg. MARTHA CALDERON FRANCO	16	17	17	17
Mg. ROALDO PINO ANAYA	16	17	17	17

PROMEDIO FINAL: 17

BACHILLER HERLINDA QUISPE CABEZAS

	TEXTO	EXPOSICIÓN	RESPUESTAS	P. FINAL
Mg. NOEMI QUISPE CADENAS	17	17	17	17
Mg. MARTHA CALDERON FRANCO	16	17	17	17
Mg. ROALDO PINO ANAYA	16	17	17	17

PROMEDIO FINAL: 17

De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador la bachiller Edith Yovani Mendoza Huamán obtuvo la nota de: Diecisiete (17); y la bachiller Herlinda Quispe Cabezas obtuvo la nota de: Diecisiete (17); por lo cual firman al pie de la presente para dejar constancia del acto de sustentación de tesis.

Siendo las 9:05 pm se da por finalizado el acto sustentatorio.

Mg. NOEMÍ QUISPE CADENAS
DECANA (e)

Mg. MARTHA CALDERÓN FRANCO
JURADO (1)

Mg. ROALDO PINO ANAYA
JURADO (2)

Dra. BRIGIDA RAMIREZ QUIJADA
ASESORA

Mg. PAVEL ALARCÓN VILA
SECRETARIO DOCENTE

DEDICATORIA

A DIOS:

Quien supo guiarme por el buen camino, por estar conmigo en cada paso que doy, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante mi permanencia en la universidad.

A MIS PADRES:

Por haberme brindado todo su apoyo incondicional, por sus consejos, sus valores que me ha permitido ser una persona de bien pero sobre todo por su amor infinito.

A MIS HERMANOS:

Gracias por que siempre estuvieron dispuestos en cada momento para brindarme todo su apoyo, por su comprensión y sobre todo por su confianza en mí.

Edith Yovani, M. H

DEDICATORIA

A DIOS:

Por su infinita bendición y guiarme paso paso brindándome amor, sabiduría y fortaleza para superar cada obstáculo.

A MIS PADRES:

AUDEMIO Y FLORENTINA

Seres maravillosos, por su amor infinito, confianza y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida.

A MIS HERMANOS:

RONAL, MAURICIO, NORMA, ROLANDO,

WILDER Y LUCY

Mis cómplices, Sustento de afecto, apoyo y confianza.

A MIS AMORES:

MATTHEW Y ALEXANDER

Por ser mi razón de vivir, esperanza del mañana por su amor, paciencia y comprensión.

Herlinda Q.C

AGRADECIMIENTO

A la Universidad nacional de san Cristóbal de Huamanga, nuestra alma mater forjadora de profesionales competentes.

Gracias a la Escuela Profesional de Obstetricia, a su plana de docentes por habernos acompañado en nuestra trayectoria como estudiantes, brindándonos sus enseñanzas y orientaciones durante nuestra formación profesional.

A nuestra asesora Dra. Brígida Ramírez Quijada, por su apoyo, dedicación, sugerencias durante el desarrollo y la realización de este trabajo de investigación.

A nuestros jurados: Mg. Martha Calderón Franco, Mg. Roaldo Pino Anaya Mg. Magna Meneses Callirgos, quienes contribuyeron en la elaboración del presente trabajo.

Gracias a todas las personas que de una otra forma fueron claves en la ejecución de nuestro trabajo de investigación.

INDICE

CAPITULO I	11
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
CAPITULO II	16
MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:.....	16
2.2. BASE TEÓRICO - CIENTÍFICA.....	24
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS.	47
2.4. HIPÓTESIS:	50
2.5. VARIABLES DEL ESTUDIO	50
CAPITULO III	52
DISEÑO METODOLÓGICO.....	52
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:	52
3.2. MÉTODO DE ESTUDIO	52
3.3. POBLACION Y MUESTRA.....	52
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	53
3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS	56
CAPITULO IV	57
RESULTADOS Y DISCUSION	57
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES.....	81
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	82
ANEXOS	89

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar la influencia de un programa educativo en el nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva en puérperas del Hospital Regional de Ayacucho. Enero – Marzo 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio descriptivo, analítico, correlacional, prospectivo, longitudinal. La población estuvo conformada por todas las puérperas de parto eutócico, atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo enero-marzo 2017. La muestra estuvo conformada por 50 puérperas de parto eutócico atendidas en el servicio de Gineco obstetricia que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se realizó un análisis estadístico unidimensional mediante la prueba estadística Chi cuadrado, el nivel de significación utilizada en las pruebas estadísticas fue de ($p < 0,05$)

RESULTADOS: del 100% (50) puérperas en estudio, 72% (36) de madres con conocimiento deficiente antes de la aplicación del programa educativo, cambio positivamente, ya que este porcentaje disminuyó al 2% (1); por otro lado, antes del programa educativo no hubo mujeres con buen nivel de conocimiento, luego se tuvo que el 76% (38) del grupo evaluado adquirió un buen conocimiento sobre lactancia materna. La práctica de lactancia materna observada directamente a la madre es correcta en el 80% de las madres e incorrecta para el 20%.

CONCLUSIONES: se incrementó el nivel de conocimiento de las madres después de la aplicación del programa educativo, demostrando su influencia; se observa que un porcentaje considerable de madres tienen

prácticas adecuadas en lactancia materna. Los factores como la edad materna, paridad, ocupación, nivel de instrucción, apoyo de la pareja, contacto precoz y psicoprofilaxis obstétrica no tienen asociación significativa ($p > 0,05$) con el nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva.

INTRODUCCION

La lactancia materna exclusiva es un acto fisiológico, instintivo, herencia natural adaptativa de los mamíferos de cada especie.¹

La leche de la madre es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida y se adapta en cada momento a sus necesidades. Proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo adaptándose, perfectamente a su función digestiva.²

En la madre disminuye el riesgo a desarrollar cáncer de mama, contribuye a la rápida involución del útero en el puerperio e interviene en el espaciamiento del embarazo.

Actualmente el gobierno nacional mediante sus políticas públicas y diversas instituciones del sector salud promueve su práctica a través de actividades y programas como: cursos talleres, pasacalles, etc., buscando concientizar la importancia de dicha práctica a las puérperas y la población en general.

En el departamento de Ayacucho la mayoría de las mujeres en edad fértil son de condición socioeconómica baja llegando en algunos casos a la extrema pobreza; cumplen diversas labores cuidando simultáneamente a su bebé, otras se ven obligadas a trabajar y no brindan el tiempo necesario a la alimentación correcta y exclusiva de sus hijos.

Por tal motivo realizamos el presente estudio de investigación, el cual es de mucha importancia para determinar a partir del nivel de conocimiento, un programa educativo y evaluar tanto los conocimientos como la práctica de lactancia materna exclusiva a los 30 días durante las visitas domiciliarias; a fin de contribuir con la aplicación de estrategias que mejoren la información, educación y comunicación sobre lactancia materna exclusiva. La investigación fue aplicada, descriptiva, longitudinal y prospectiva, con una muestra constituida por 56 puérperas de parto eutócico del Hospital Regional de Ayacucho, sin embargo, durante el seguimiento no pudimos contactar a 6 madres de familia por motivos de viaje materno y cambio domiciliario, por lo cual trabajamos con 50 puérperas. Encontrándose como principales resultados que el 72% (36) de madres tuvo nivel de conocimiento deficiente antes del programa educativo y esto cambió positivamente, ya que el porcentaje disminuyó al 2% (1) después del programa educativo. La práctica de lactancia materna exclusiva observada directamente a la madre es correcta en el 80% de las madres e incorrecta para el 20%.

El 54% de madres fueron primíparas y obtuvieron buen nivel de conocimiento después del programa educativo. El 74% de la muestra estaba conformada por madres amas de casa, de los cuales el 54% con conocimiento deficiente.

Del 80% que sí tuvieron contacto precoz, se observa que; el 62% tuvieron un buen nivel de conocimiento luego de la aplicación del programa educativo.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La leche materna es el primer alimento natural de los niños(as), proporciona todos los nutrientes, vitaminas y minerales que un bebé necesita durante sus primeros seis meses de vida, continúa aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.³

La lactancia materna crea un vínculo especial de interacción entre la madre y el niño(a) lo cual tiene repercusiones positivas en la estimulación, conducta, habla, sensación de bienestar, seguridad y la forma en que se relacionará con otras personas en el futuro. Los estudios han demostrado que los bebés alimentados con leche materna obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia y comportamiento en la edad adulta que los bebés alimentados con fórmula.³

La leche materna al contener anticuerpos y células vivas reduce el riesgo de padecer enfermedades crónicas a lo largo de su vida tales como la obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, colesterol alto, asma y las leucemias infantiles.⁴

Se recomienda mayor compromiso político e inversión en la lactancia materna como un medio para promover la salud y el desarrollo infantil.⁴

La lactancia materna aporta a los niños(as) el mejor comienzo en la vida, ya que la leche materna proporciona protección inmunológica y nutriente esencial para el desarrollo cerebral. Estos beneficios son válidos para todos los niños(as), tanto si nacen en países de altos o de bajos ingresos, en familias ricas o pobres, promover la lactancia materna es del interés de todos: bebés, madres y toda la sociedad.⁵

Existen evidencias de estudios, donde se demuestra los efectos positivos de la consejería y el apoyo permanente a través de visitas domiciliarias, esto quiere decir que se puede aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva, ello depende de la capacitación y del apoyo permanente, para conocer la problemática de cada mujer. Depende también de un trabajo conjunto y muy interesado de todo el personal de salud involucrado directa o indirectamente con la atención de la madre y del niño.⁶

La capacitación y el apoyo permanente a las madres lactantes, aumentan los porcentajes de niños alimentados exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida.⁷

Así lo demuestra un experimento realizado en Dacca-Bangladesh, país en vías de desarrollo con características similares al nuestro, en el que hallaron que la orientación y las visitas domiciliarias tuvieron efectos muy positivos en el logro de la lactancia materna exclusiva.

Estudios realizados en Brasil, Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán confirman que los niños nacidos en cualquier parte del mundo y que disfrutaran de un óptimo comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos, es decir, que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años depende más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.³

Resultados evidencian que a nivel nacional la proporción de menores de seis meses de edad con lactancia materna exclusiva durante los años 2011 -2015 fueron: 70.6%, 67.6%,72.3%,68.4% y 65.2 respectivamente, el año 2013 ocupó el primer lugar de América Latina y el Caribe (72.3%), sin embargo, el año 2015, la proporción de niños(as) menores de seis meses con lactancia exclusiva alcanzó un porcentaje de 65.2%, resultado inferior en 3.2 puntos porcentuales comparado con el año 2014.⁸

En la región Ayacucho los niños(as) menores de seis meses de edad alimentados con lactancia materna exclusiva en el año 2012 fue de 84.6% y en el año 2015 86.4%.⁸

El Ministerio de Salud en el Perú ha acogido también esta iniciativa, es por ello que el 02 de abril del 2014 mediante una Resolución Ministerial

publicada aprobó la “Guía Técnica para la Implementación de Grupos de Apoyo Comunal para promover y proteger la Lactancia Materna Exitosa”, documento que busca contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil a través de la implementación de grupos de apoyo comunal que promuevan que las madres brinden ese importante alimento a sus hijos. La guía es parte del “Plan Nacional para contribuir con la reducción de desnutrición crónica infantil y prevención de anemia en menores de 3 años en el país. Ello, a su vez, significa el progreso económico y social de todos los peruanos, con inclusión y equidad social, a lo que se contribuye con la reducción de la desnutrición crónica infantil con metas al 10 por ciento y la anemia en menores de 3 años al 20 por ciento, en el 2016.”⁹

El Hospital Regional de Ayacucho, mediante el Seguro Integral de Salud (SIS), aseguramiento universal en salud (AUS), atiende a numerosas mujeres, encontrándose varios determinantes que influyen en el logro de la alimentación exclusiva con lactancia materna tales como: edad materna, paridad, ocupación, nivel de instrucción, apoyo de la pareja, contacto precoz, psicoprofilaxis obstétrica, que identifica a cada puérpera.

Por lo que la pregunta de la investigación planteada es:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la influencia del programa educativo en el nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva en puérperas del Hospital Regional de Ayacucho. Enero-Marzo 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la influencia del programa educativo en el nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva en puérperas del Hospital Regional de Ayacucho. Enero – Marzo 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva antes y después del programa educativo sobre lactancia materna exclusiva.
- Determinar la práctica de lactancia materna exclusiva a los 30 días después del programa educativo durante la visita domiciliaria.
- Relacionar el nivel de conocimiento antes y después del programa educativo sobre lactancia materna exclusiva con factores como: edad materna, paridad, ocupación, nivel de instrucción, apoyo de la pareja, contacto precoz y psicoprofilaxis obstétrica a las puérperas en estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:

Melo RC, Silva E, Souza P, et al. (Brasil: 2015) “Estudio experimental de una intervención educativa para promover la autoeficacia materna en el amamantamiento. Hospital Materno Infantil Fortaleza-Ceará. Octubre de 2010 - mayo 2011” **Objetivos:** construir, validar y evaluar una intervención educativa, utilizando el flip-chart (rotafolio) intitulado “Yo puedo amamantar a mi hijo. **Materiales y métodos:** estudio experimental utilizando pre prueba, intervención y prueba posterior. Las madres fueron atribuidas a los grupos de intervención (100 mujeres) o de control (101 mujeres), según la duración de la internación. **Resultados:** la intervención fue benéfica, ya que las madres del grupo de intervención tuvieron puntajes altos de autoeficacia, más madres continuaron a amamantar y mantuvieron un periodo mayor de amamantamiento exclusivo, tanto cuando fueron dadas de alta como dos meses después del parto,

presentando asociaciones estadísticamente significativas. **Conclusiones:** la estrategia educacional influyó en el aumento de la autoeficacia y de la duración del amamantamiento.¹⁰

García MR, Fernández C, Díaz J, et al (Cuba: 2013): “Intervención educativa para la promoción de la lactancia materna” **Objetivos:** evaluar el efecto de un programa de intervención educativa en el conocimiento sobre lactancia materna que tienen las embarazadas que residen en el área del policlínico universitario Marta Martínez del municipio de Güines. julio-diciembre. **Materiales y métodos:** estudio cuasi experimental, en 84 gestantes que se encontraban en el tercer trimestre de embarazo. **Resultados:** demuestran que antes de la intervención a pesar de existir información, hay desconocimiento en temas relacionados con la lactancia materna. Las acciones educativas en el nivel de conocimiento sobre lactancia materna reflejaron que el 70% de las embarazadas presentaron conocimientos superiores, demostrándose la efectividad de las técnicas educativas.¹¹

González M. (Ecuador: 2012): “Conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna que tienen las embarazadas primigestas del Hospital Liborio Panchana Sotomayor 2011-2012” **Objetivos:** determinar los conocimientos que poseen las mujeres embarazadas primigestas **Materiales y métodos:** estudio de tipo cuantitativo, explicativo en 80 pacientes que acudieron al control prenatal. **Resultados** el 41% respondió que si conoce de la importancia de la lactancia materna, el 59% no conoce las ventajas que, esta actividad produce. **Conclusión:** Es

necesario ahondar en el tema y dar a conocer todos los beneficios que reciben los bebés en el momento de lactar desde el primer día de su nacimiento hasta los seis meses de edad, y posteriormente prolongar con alimentación complementaria hasta los dos años.¹²

Zimmerman CR, Medina S, Ortiz AV, et al (Argentina: 2010) “Conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de la ciudad de Resistencia -Chaco. Febrero- julio 2010” **Objetivos:** evaluar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna de las puérperas antes de su egreso hospitalario, relacionándolo con el grado de escolarización, edad y paridad. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo y transversal, población conformada por 364 madres. Se incluyó mujeres en puerperio inmediato entre 15 y 40 años. Se recogieron datos mediante encuestas. **Resultados:** Conocimientos deficientes: solteras 36,4%; casadas 9%; concubinato 54,6%. Conocimiento Regular: solteras 34,4%; casadas 9,4%; 56,2% concubinato. Conocimiento Bueno: 25% solteras, 25% casadas; 50% unión libre. Número de gestaciones, en nivel deficiente: 91% primíparas, 9% multíparas; en nivel regular 51,6% primíparas, 48,4% multíparas; en nivel bueno 25% primíparas, 75% multíparas. Nivel deficiente: el 100% educación primaria incompleta; de nivel regular completaron primaria 42,2%; secundaria 48,5%; terciaria 3% y 6,3% sin nivel educacional. De buen conocimiento 68,7% completó primaria, 18,8% secundaria y el 12,5% terciaria. **Conclusiones:** la mayor edad, nivel de escolarización y paridad se asocia con conocimientos más extensos y seguros acerca de lactancia materna.¹³

Márquez F, Vargas N, Chunga J, et al. (Trujillo: 2013): “Efectividad del programa educativo amamántame mamita y nivel de conocimiento sobre

lactancia materna exclusiva. Moche 2013” **Objetivos:** determinar la efectividad del programa educativo “amamántame mamita” en el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva. **Material y métodos:** cuantitativa, aplicada pre experimental con pre y post evaluación con un universo muestral de 55 madres. **Resultados:** el 96.4% de las madres con niños y niñas menores de 6 meses obtuvieron un nivel medio en conocimientos sobre lactancia materna antes de su participación en el programa educativo y el 3.6% mostró alto nivel de conocimiento. Después de la participación de las madres en dicho programa educativo el 100% obtuvieron un nivel alto en conocimiento sobre lactancia materna. **Conclusiones:** el programa educativo fue altamente significativa.¹⁴

Vásquez RP. (Perú: 2012): “Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al centro de salud San Luis”.

Objetivos: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis.

Materiales y métodos: Estudio aplicativo conformado por 60 madres de niños menores de 6 meses que acuden a al servicio de CRED.

Resultados: reportaron que del 100% (60) ,40%(24) tienen conocimiento medio, 16.7%(10) bajo y 43.3% (26) alto, en cuanto en lactancia materna después de una consejería el 63.3% (38) es adecuada y 36.7% (22) inadecuada. **Conclusión:** Un porcentaje considerable de madres tiene un conocimiento medio respecto a la lactancia materna relacionado a que no conoce cómo debe ser la alimentación de la madre que da de lactar, así

como la utilización de la extracción de leche en situaciones de ausencia de la madre.¹⁵

Guardia E. (Perú-2013): “Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre lactancia materna exclusiva en el conocimiento y prácticas de madres primíparas del hospital III emergencias Grau Lima – Perú. 2013”.

Objetivos: determinar la efectividad de la intervención educativa de enfermería en el conocimiento y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas del Hospital III emergencias Grau Lima –Perú 2013.

Materiales y métodos: estudio pre-experimental, prospectivo, conformada por 30 madres primíparas a quienes se les aplicó un pre test, seguido de 3 sesiones educativas y posteriormente luego de 7 días se tomó un post test. **Resultados:** hubo diferencia significativa a nivel general en el pre-test de 63% al post test 100%, con respecto a la variable práctica demostraron técnica de amamantamiento adecuada 63% y después de la intervención educativa adecuada al 93%, práctica de extracción de leche materna inadecuada al 70% y después de la intervención adecuada al 100%. **Conclusión:** la educación de enfermería tuvo efecto porque incrementó el nivel de conocimientos y prácticas de lactancia materna, así mismo, contribuye a la salud comunitaria y a la protección de la salud del niño y de la madre.¹⁶

Palacios EL. (Áncash: 2012) “Conocimientos y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al centro de salud Coishco –Áncash. 2012” **Objetivos:** determinar el nivel de conocimientos

en relación con el nivel de prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al centro de salud de Coishco.

Materiales y métodos: el tipo de investigación fue cuantitativo, de nivel descriptivo y correlacional de corte transversal, se utilizó como técnica la entrevista y la observación aplicando dos instrumentos: un cuestionario de nivel de conocimiento y otro de nivel de práctica sobre lactancia materna exclusiva en una muestra de 64 madres primíparas. **Resultados y conclusiones:** los resultados se presentaron en tablas simples y gráficas y se concluyó que el mayor porcentaje de nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las madres primíparas fue regular y las prácticas fueron adecuadas. Aplicando la prueba estadística Chi cuadrado, se demostró una alta significancia estadística $p < 0,05$ y relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica de lactancia materna exclusiva en las madres primíparas que acuden al centro de salud de Coishco.¹⁷

Roca SM. y Suarez C. (Ayacucho-2015): "Nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas. Hospital II-ESSALUD. Setiembre-noviembre 2015". **Objetivos:** Conocer el nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas. **Materiales y métodos:** transversal, prospectivo, descriptivo y aplicativo, en una muestra constituida por 70 pacientes puérperas primíparas. **Resultados:** el 100.0% (70) puérperas en estudio, el 50% (35) tuvieron nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna exclusiva, seguido del 28,6% (20) con nivel de conocimiento bueno y el 21

,4% (15) deficiente nivel de conocimiento, el 90%(63) hacen uso adecuado de la lactancia materna y el 10% (07) hacen uso inadecuado de la lactancia materna exclusiva.¹⁸

Palomino YJ. y Chilingano A. (Ayacucho: 2015) Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Setiembre-noviembre 2015. **Objetivos:** Conocer los factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses. **Materiales y métodos:** Cuantitativa, Transversal, retrospectivo, analítico de caso control. Constituida por 150 madres de niños menores de 6 meses, con una muestra de 112 madres de niños menores de 6 meses con abandono de la lactancia materna exclusiva, se usó como Técnicas la entrevista. **Resultados:** Del (100%) (112) madres abandonaron la lactancia materna exclusiva; de las cuales 59,8%(67) tuvieron edades entre 20 a 24 años, el 41 ,9%(47) fueron amas de casa, asimismo 60, 7%(68) procedieron de la zona urbana, el 40,2%(45) fueron solteras y convivientes en ambos casos, finalmente 43,8%(49) tuvieron grado de instrucción superior y 55,4%(62) fueron primíparas. **Conclusiones:** concluyen que las características socio demográficas de las madres de niños menores de 6 meses con abandono de la lactancia materna exclusiva se presenta en jóvenes, amas de casa, que viven en la zona urbana, con grado de instrucción superior, primíparas, solteras y convivientes y que los factores de riesgo (OR >1) asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva son: paridad, ambiente familiar

inadecuado, leche insuficiente, el dolor al amamantar, las enfermedades intercurrentes en el lactante, rechazo de amamantamiento.¹⁹

Huayhua Ñ. y Morales Y. (Ayacucho: 2010) Factores sociodemográficos asociados a la lactancia materna exclusiva en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo San Francisco –VRAEM. Abril - Junio 2010 .**Objetivos:** Determinar la influencia de los factores sociodemográficos asociados a la lactancia materna en puérperas adolescentes del hospital apoyo de san francisco. **Materiales y métodos:** El tipo de investigación fue descriptiva, correlacional, la población estuvo constituida por 63 puérperas adolescentes primíparas, aplicando el muestreo no probabilístico. La técnica que se utilizó fue la encuesta. **Resultados:** del 100% de puérperas adolescentes en estudio el 84.1% no practicaban la lactancia materna exclusiva y solo el 15.9% sí .**Conclusiones:** concluyen que existe un elevado porcentaje (84.1 %) de puérperas adolescentes que no practicaron lactancia materna exclusiva, las razones por las que no lo realizan, es debido al desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, desconocimiento de los procedimientos adecuados, ocupación laboral, entre otras causas.²⁰

2. 2. BASE TEÓRICO - CIENTÍFICA

2.2.1. PROGRAMA

El concepto de programa (término derivado del latín programa que, a su vez, tiene su origen en un vocablo griego) posee múltiples acepciones. Puede ser entendido como el anticipo de lo que se planea realizar en algún ámbito o circunstancia; el temario que se ofrece para un discurso; la presentación y organización de las materias de un cierto curso o asignatura; y la descripción de las características o etapas en que se organizan determinados actos o espectáculos artísticos.²¹

2.2.1.1. PROGRAMA EDUCATIVO

Un programa educativo es un documento que permite organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación con respecto a los contenidos que se debe impartir, la forma en que se tiene que desarrollar la actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir.²¹

2.2.1.2 PROGRAMA DE SALUD

Un programa de salud es un conjunto de acciones implementadas con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. De esta forma, las autoridades promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención. Por lo general, un programa de salud consta de diversas partes. En principio, se plantea una introducción, con los antecedentes y la misión que cumplirá el programa. Después se realiza un diagnóstico de la situación actual, que

puede incluir una síntesis de evaluación de planes similares que se hayan desarrollado con anterioridad.

Tras el diagnóstico, se presenta el plan (con la programación de actividades) y, en ocasiones, también se detallan las conclusiones respecto a los resultados que se esperan.²¹

2.2.1.3. OBJETIVOS DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

- Proporcionar información actualizada, verdadera y completa sobre lactancia materna exclusiva, importancia, beneficios, técnicas, etc. utilizando un lenguaje adecuado para el interlocutor.
- Identificar y conversar sobre las preocupaciones y temores que cada persona puede tener y ayudar a decidirse por la mejor alternativa.
- Lograr la adaptación de las madres para el ejercicio de la práctica exclusiva de lactancia.
- Promover un ambiente de mayor seguridad.
- Proporcionar recursos humanos altamente calificados en términos de conocimiento, habilidades y actitudes para el eficiente desempeño.
- Lograr cambios en el comportamiento de los agentes de salud y madres con el propósito de mejorar las relaciones interpersonales.²²

2.2.1.4. PASOS A SEGUIR EN LA CONSEJERIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Cuando se trata de impartir consejería en lactancia materna es de suma importancia tener en cuenta el nivel de conocimiento, actitudes y práctica (CAP) de la población, lo cual nos permite definir el nivel de entrada, con lo que podemos explorar un poco lo que nuestra audiencia cree, sabe, siente y hace en relación al tema que vamos a tratar.

La consejería sobre lactancia materna debe ser personalizada, dirigida a la madre y en lo posible a su pareja; sin embargo, podemos trabajar con grupos que permitan participar al entorno familiar inmediato (madre, suegra, hermanas (nos), cuñadas (dos), entre otros).

- Paso I: captar la atención.
- Paso II: generar el interés
- Paso III: facilitar el aprendizaje
- Paso IV: promover su aceptación
- Paso V: selección del medio

Por todo ello, el entrenamiento en consejería sobre lactancia materna es de suma importancia debido a que el personal de salud es el encargado de entrenar a las madres a fin de que, en primer lugar, todos los bebés reciban lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, continuando, hasta un mínimo de un año, y si es posible hasta los dos años de edad o más; y segundo, que todos reciban una ablactancia adecuada comenzando a los seis meses de edad.²³

2.2.1.5. TÉCNICAS, HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y DE APOYO DURANTE EL PROGRAMA EDUCATIVO

El personal de salud debe tener la habilidad de escuchar a la madre, hacerla sentir segura y tener confianza en sí misma. Esto puede ayudarla a tener éxito en la práctica de lactancia materna exclusiva.

La buena comunicación significa que se respetan los sentimientos, pensamientos, creencias y cultura propios de cada mujer.

Durante la consejería se debe emplear ciertas habilidades para:

- Escuchar y aprender.
- Usar comunicación no verbal útil.
- Hacer preguntas abiertas.
- Demostrar interés y devolver el comentario.
- Dar muestras de empatía.
- Evitar palabras que puedan sonar enjuiciadoras.
- Reforzar la confianza y dar apoyo.
- Aceptar lo que la madre piensa y siente.
- Reconocer y elogiar lo que está bien, dar ayuda práctica.
- Proporcionar información pertinente usando lenguaje apropiado.
- Seguimiento y apoyo continuo.²⁴

2.2.2. CONOCIMIENTO

El conocimiento se define como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos o inexactos; en base a ello tipifica conocimiento científico, ordinario y vulgar.²⁵

Es así que el conocimiento es la suma de hechos y principios que adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de la persona. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a menudo que aumenten los conocimientos aunada con la importancia que se le dé a lo aprendido y se lleve a cabo básicamente a través de dos formas.

2.2.2.1 Conocimiento Ordinario o Informal:

Son los conocimientos adquiridos en la vida cotidiana, a través de la experiencia que tiene una persona al realizarse con el mundo durante toda su vida social y que son captados por los sentidos. Este conocimiento se manifiesta a través de un lenguaje simple y natural. Es por este sistema que las personas aprenden sobre su proceso salud – enfermedad y suelen complementarlo a su vez con otros medios como periódicos, volantes relatos y revistas de publicaciones en general.²⁵

2.2.2.2. Conocimiento Científico o Formal:

Son aquellas representaciones verdaderas que pueden ser probadas y contrastadas científicamente por tener una base teórica en libros ya existentes dentro de nuestra vida social. Se manifiesta a través de un lenguaje más complejo. Estos conocimientos son brindados por los centros educacionales donde se organiza como conocimiento científico por tener un plan curricular. Estos conocimientos son a su vez dentro de

su programación, programas de carácter cultural o científico brindados por profesionales o especialistas en un tema específico.²⁵

2.2.2.3 CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA LACTANCIA MATERNA

El desarrollo de estrategias que contribuyan a una adecuada salud y nutrición infantil necesitan identificar los conocimientos y creencias que posee la población sobre la lactancia materna. Es así que uno de los factores que contribuye al éxito de la lactancia materna es la información que la madre recibe sobre sus beneficios y técnicas, lo cual propicia la confianza y seguridad de las mujeres para amamantar a sus hijos. El conocimiento de los beneficios de la lactancia materna, está asociado con la iniciación temprana y la duración de la lactancia materna y la iniciación tardía de fórmulas lácteas.²⁶

2.2.3. PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA

La práctica es definida como la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad o destreza. La práctica es el comportamiento, conducta procedimientos, reacciones, es decir todo lo que acontece al individuo y de lo que el participa.³⁴

El amamantamiento tiene un componente instintivo en relación con el recién nacido, pero también necesita de un aprendizaje de la técnica correcta. Una madre que practica una adecuada técnica de amamantamiento permitirá que tenga buena cantidad de leche y por lo tanto facilitará una adecuada lactancia materna.³⁹

2.2.4. LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la práctica alimentaria que conlleva enormes beneficios para el niño, además de las ventajas nutricionales y económicas, favorece aspectos psico-afectivos, la prevención de enfermedades y otros que contribuyen a mejorar el desarrollo integral, se torna vital para el crecimiento y desarrollo, pues a través de esta acción se les brinda los nutrientes adecuados que sirven de inmunización para un gran número de enfermedades comunes en la infancia. De la misma manera, contribuye de modo importante en la reducción de la desnutrición crónica en los seis primeros meses de vida.²⁶⁻²⁷

Es un proceso interactivo bidireccional entre la madre y su hijo con efecto en ambos, el éxito de esta depende de la conducta del lactante combinado con la conducta materna, estimulada con apoyo social y guiado por el apoyo emocional, conocimiento e información de la madre.²⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría y otras entidades de prestigio recomiendan comenzar a amamantar al recién nacido/a lo más pronto posible en forma exclusiva con leche materna hasta los 6 meses y después complementarla progresivamente con otros alimentos hasta los 2 años o más.²⁷ La Organización Mundial de la Salud ha definido los tipos de lactancia en:

- **Lactancia materna exclusiva:** Ningún otro alimento o bebida es ofrecido al lactante, por lo menos los primeros seis meses de vida.

Se permite que el lactante reciba gotas de hierro, vitaminas u otro medicamento necesario.

- **Lactancia materna predominante:** Significa que la fuente principal de nutrimentos es la leche materna pero el lactante ha recibido bebidas tés infusiones, jugos de frutas o electrolitos orales.
- **Lactancia materna parcial:** Se ofrece al menos un biberón con algún sucedáneo de la leche materna.
- **Lactancia materna simbólica:** Usada como consuelo o confort, son periodos cortos y ocasionales de menos de 15 minutos al día.²⁹

2.2.5. ANATOMÍA Y FISILOGIA DE LA GLANDULA MAMARIA³⁰

La glándula mamaria está constituida por 10 o 15 lóbulos, cada uno de los cuales desemboca independientemente en el pezón por medio de un conducto propio. Este conducto recibe la secreción láctea a través de un sistema tubular ramificado. Debido a esta glándula mamaria es clasificada histológicamente como un conjunto glandular túbulo-alveolar, estos lóbulos están separados por tejido adiposo.

El volumen de este último es el que determina el tamaño de las mamas, lo que no guarda relación con el volumen de leche producida. Cada lóbulo está dividido por varios lobulillos y constituido por tejido conectivo en el que se encuentra incluidas las células secretoras de leche o alveolos. Los alveolos presentan una disposición a la que se le ha comparado con un gran racimo de uvas muy pequeñas y en conducto lactífero alveolar que a su vez convergen en 12 a 20 conductos lactíferos (conductos excretores). Estos últimos convergen hacia el pezón a manera de rayos de una rueda

y antes de llegar al pezón presentan una dilatación conocida como seno lactífero (ampolla lactífera) que son pequeños “reservorios” donde suele acumularse la leche. Cada uno de estos conductos principales termina en pequeños orificios en la superficie del pezón.

El desarrollo de las mamas comienza antes del desarrollo de la pubertad. Los componentes de los conductos son controlados por la hormona ovárica (estrógenos) y los acinos son estructuras secretoras semejantes a las uvas, por la hormona ovárica (progesterona).

La principal fase del desarrollo de la glándula mamaria ocurre durante la gestación, pero casi al final de la gestación las glándulas mamarias son independientes de la función ovárica y durante el puerperio la función hipofisaria es necesario para la lactancia.

En la lactancia materna pueden definirse cuatro etapas:

2.2.5.1. MAMOGÉNESIS O CRECIMIENTO Y DESARROLLO MAMARIO

Esta etapa es medida por los estrógenos y progesterona.

Desde el nacimiento en adelante hasta el periodo prepuberal, el crecimiento de la mama en la niña es activo y constante, en esta se produce el desarrollo, y constitución de la glándula mamaria como órgano capaz de función, los estrógenos actúan favoreciendo la proliferación de los conductos galactóforos y la progesterona y los estrógenos unidos favorecen la proliferación de los alveolos glandulares y del epitelio formador de la leche.

El desarrollo post puberal de la glándula mamaria ha sido dividido en cuatro etapas funcionales:

- Inactiva, en mujeres no embarazadas, no lactante.
- Activa o proliferativa, que ocurre durante el embarazo.
- Secretora, durante la producción de leche.
- Regresión o atrofia que ocurre tanto después de la lactancia como de la menopausia.

Durante la lactancia la glándula mamaria se prepara para su función, es decir, para la producción de leche y precisamente por las mismas hormonas esteroideas que ahora, en cantidades mucho mayores son producidas por el cuerpo amarillo verdadero y más tarde por la placenta, los cuales por separados no actúan con eficacia, sino que se necesita de su actuación en forma conjunta al igual que de la progesterona y estrógenos.

2.2.5.2. LACTOGÉNESIS O INICIO DE SECRECIÓN LÁCTEA

Se inicia generalmente después del alumbramiento, se produce a través de las células glandulares. Con la expulsión de la placenta, cesa inmediatamente la producción de hormonas esteroideas que se han ido formando durante el embarazo, por lo tanto se produce una caída brutal del nivel de los estrógenos y la progesterona. Los estrógenos descienden a un nivel inferior para luego estimular la secreción de la prolactina producida en el lóbulo anterior de la hipófisis; esta hormona desencadena la secreción láctea en el epitelio glandular plenamente desarrollado.

2.2.5.3. GALACTOPOYESIS O MANTENIMIENTO DE LA SECRECIÓN LÁCTEA

La lactogénesis se encuentra gobernada por un complejo hormonal, mientras que la galactopoyesis tiene influencias mecánicas y nerviosas como la succión y otras.

Las acciones combinadas de la somatotrofina, la tiroxina y las hormonas cortico suprarrenales participan en su regulación siendo la prolactina la hormona principal que interviene en este proceso secretorio.

La succión del pezón por el recién nacido mantiene un reflejo neurohormonal que actúa sobre la hipófisis (reflejo de succión), y tiene como efecto mantener la producción de la prolactina y aumentar la producción de oxitocina del lóbulo posterior de hipófisis. El estímulo de la succión hace que el epitelio glandular continúe segregando leche.

2.2.5.4. GALACTOCINESIS

Es la evacuación de la leche, desencadenado por el “efecto eyector de leche”, es decir como la leche es expulsada hacia afuera por efecto de la contracción muscular; la oxitocina estimula la contracción de los epitelios musculares en la pared del alveolo así como las miofibrillas de los conductos galactóforos.³⁰

2.2.6. ANATOMÍA DE LA MAMA DURANTE LA LACTANCIA ⁴⁰

Diversas investigaciones han dado como resultado algunos descubrimientos revolucionarios que han invalidado la mayoría de

conocimientos que se tenían sobre la anatomía de la mama durante la lactancia.

Los principales descubrimientos fueron los siguientes:

- La cantidad de orificios ductales es de entre 4 y 18 (anteriormente, entre 15 y 20)
- La ramificación de la red ductal compleja no siempre está dispuesta en un patrón radial o simétrico
- No existen los senos galactóforos tradicionalmente descritos
- Los conductos pueden encontrarse cerca de la superficie de la piel, lo que hace que sean fácilmente comprimibles
- La mayor parte del tejido glandular (65%) se encuentra en los 30 mm en torno a la base del pezón

2.6.1. IMPORTANCIA PARA LA PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Existen consideraciones importantes en relación con la práctica de la lactancia

- **Primera eyección de leche:** una primera eyección rápida y eficaz de la leche favorece más eyecciones de leche posteriores. En los conductos no se almacenan volúmenes grandes de leche, ya que no se observan senos galactóforos.
- **Posición de la mano:** es importante considerar la posición de las manos y los dedos durante el amamantamiento o la extracción de leche, puesto que el 65 % del tejido glandular se sitúa en los

primeros 30 mm del pezón y los conductos son bastante superficiales, la presión sobre los conductos y el tejido puede impedir que la leche fluya libremente lo que puede producir bloqueos y congestión ocasionando la reducción de la producción de leche.

Cuando no se extrae la leche del pecho se produce una proteína denominada inhibidor por retroalimentación de la lactancia (FIL). Cuando la cantidad de FIL aumenta, se envía una señal al hipotálamo para reducir la prolactina y, en consecuencia, se reduce la producción de leche.⁴⁰

2.2.7. COMPOSICIÓN DE LA LECHE MATERNA DURANTE EL PERIODO DE LACTANCIA³¹

La leche materna varía de una mujer a otra en su contenido nutricional, e incluso hay variaciones según la etapa de la lactancia; es así que tenemos:

- **El calostro:** Es una secreción amarillenta por su alto contenido de carotenos. Está presente en los primeros cinco a siete días post-parto, y se caracteriza por una mayor cantidad de proteínas presentes como: inmunoglobulinas, lactoferrina, factor de crecimiento lactobacilos bifidus, etc. que forman parte de los aspectos inmunológicos de la leche humana. Su volumen puede variar entre 2 y 20 ml en los tres primeros días hasta 580 ml para el sexto día.

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

2.2.8. INMUNOLOGÍA DE LA LECHE MATERNA ³²

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

- **Inhibidores del metabolismo de microorganismos patógenos:** La lactoferrina, la proteína que enlaza la vit. B12 y las que fijan el folato impiden el crecimiento de gérmenes in vitro probablemente negando a los agentes infecciosos nutrimentos esenciales para su crecimiento. Se le han encontrado propiedades bactericida, antiviral y moduladora de citosinas, además inhibe la adherencia de E. coli, entero-toxigénica, la capacidad invasiva de Shigella y estimula la proliferación de Bifidubacterium.
- **Enzimas:** La lisozima y una mieloperoxidasa catabolizan la oxidación de iones con actividad bacteriostática con capacidad de “lisar” las uniones entre glucoproteínas de las paredes bacterianas de una gran parte de bacterias gram positivas y de algunas gram negativas.
- **Inmunoglobulinas:** La concentración de éstas en el calostro es mayor que en la leche madura, todas están presentes pero es la IgA la que tiene mayor concentración ejerciendo una protección específica contra gérmenes del tracto gastrointestinal.
- **Lípidos:** Los lípidos de la leche humana pueden inactivar virus encapsulados como el Herpes Simple tipo I, sarampión, etc.
- **Factor anti-estafilococos:** Inhibe la proliferación de estafilococos en infecciones por este germen.
- **Complemento (C3 y C1):** Promueve el proceso de opsonización de las bacterias.
- **Interferón:** Inhibe la replicación intracelular de los virus

2.2.9. DURACIÓN Y FRECUENCIA ENTRE LAS TOMAS ³³

El tiempo que cada bebé necesita para completar una toma es diferente para cada bebé y cada madre y también varía según la edad del bebé y de una toma a otra. Además, la composición de la leche no es igual al principio y al final de la toma, ni en los primeros días de vida o cuando el bebé tiene 6 meses. La leche del principio es más aguada, pero contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares; la leche del final de la toma es menos abundante pero tiene más calorías (el contenido en grasa y vitaminas es mayor). Tanto el número de tomas que el niño realiza al día, como el tiempo que invierte en cada una, es muy variable por tanto no hay que establecer reglas fijas. Es mejor ofrecer el pecho a demanda.

Un niño puede desear mamar a los 15 minutos de haber realizado una toma o por el contrario tardar más de 4 horas en pedir la siguiente, aunque al principio, durante los primeros 15 o 20 días de vida, es conveniente intentar que el niño haga al menos unas 8 a 12 tomas en 24 horas. Tampoco es aconsejable que la madre o quienes la acompañan limiten la duración de cada toma, el bebé es el único que sabe cuándo se ha quedado satisfecho y para ello es importante que haya tomado la leche del final de la toma.³¹

Algunos niños obtienen cuanto necesitan de un solo pecho y otros toman de ambos. En este último caso, es posible que el niño no vacíe completamente el último, por lo que la toma siguiente deberá iniciarse en éste. Lo importante no es que el niño mame de los dos pechos sino que se vacíe completa y alternativamente cada uno de ellos, para evitar que el

acúmulo de leche pueda ocasionar el desarrollo de una mastitis y para que el cuerpo de la madre acople la producción de leche a las necesidades de su hijo. Por ello, se recomienda permitir al niño terminar con un pecho antes de ofrecer el otro.³²

2.2.10. BENEFICIOS Y VENTAJAS DE LA LECHE MATERNA ²⁻⁶

- **PARA LA MADRE:** Favorece la involución uterina por acción de la oxitocina, previniendo la hemorragia post parto, ayuda a la recuperación de la figura corporal, presenta menor incidencia de cáncer mamario, ovárico y uterino, favorece el esparcimiento de las gestaciones hasta el 98% de protección de un nuevo embarazo durante los primeros cuatro meses del puerperio, favorece la relación madre-hijo, ayudando a establecer un estrecho vínculo afectivo, afianza los sentimientos de plenitud y su realización como madre. Desde el punto de vista psicológico se culmina el "ciclo sexual", iniciado con el desarrollo y maduración de los órganos sexuales y la menarquia.
- **PARA EL NIÑO:** Favorece la liberación de la hormona de crecimiento y un óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico, protege frente a gran número de enfermedades, diarreas, infecciones respiratorias, (catarros, bronquiolitis, bronquitis, neumonía, otitis, etc.). La leche materna tapiza el intestino del bebé protegiéndolo frente a los patógenos, disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunológico: alergias (dermatitis atópica, asma), leucemia, enfermedades crónicas intestinales,

previene enfermedades en la edad adulta: diabetes, hipercolesterolemia, coronariopatías, cáncer, se relaciona con la inteligencia cognitiva y emocional, transmite al bebé seguridad afectiva y esto repercute en su autoestima y en su empatía hacia las necesidades de las demás personas en el futuro, disminuye el riesgo de muerte súbita, de sobrepeso y obesidad, de enfermedad celíaca (intolerancia al gluten), de los efectos nocivos de los contaminantes ambientales. La leche materna está siempre preparada y a la temperatura adecuada, presentando en todo momento perfectas condiciones higiénicas. Estos beneficios son aún más importantes en el caso de bebés que nazcan prematuros o afectados de algún problema (S. de Down, fenilcetonuria, malformaciones, etc.).

- **PARA LA FAMILIA Y SOCIEDAD:** Ahorro económico en el presupuesto familiar, no sólo derivado del precio que no se habrá de pagar por la leche artificial y accesorios como biberones, sino también del menor consumo en consultas médicas, ingresos hospitalarios y medicamentos que se ha demostrado en los bebés alimentados con leche materna, está siempre lista, no requiere preparación, siempre a la temperatura ideal, es estéril por lo que no hay peligro de contaminación, favorece la alimentación nocturna, contribuye al cuidado del planeta disminuyendo la huella ecológica, no genera residuos y es sostenible.

2.2.11. TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO

El éxito de la lactancia materna depende principalmente de una correcta técnica de amamantamiento. La buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar; se logra si el equipo de salud demuestra interés, promueve, apoya y facilita la práctica de la lactancia materna como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al niño o niña.

2.2.11.1. POSICIONES PARA AMAMANTAR ⁶⁻²⁵

- **BIOLÓGICA O NATURAL:** Las últimas investigaciones indican esta postura como la más favorable, tanto para el inicio de la lactancia en la cama del hospital y en casa; sobre todo en las primeras semanas, hasta que se instaura la lactancia

Es una postura instintiva para madre y recién nacido/a, en la que el bebé puede utilizar sus reflejos neonatales primitivos para agarrarse al pecho por sí mismo/a. se ubica recostada boca arriba en la cama, sofá o sillón y coloca el bebé sobre el pecho, en contacto piel con piel únicamente rodeado con el brazo para que no caiga.

- **POSICION SENTADA O DE CUNA:** Se coloca almohadas en los antebrazos de las sillas, se indica a la madre que el bebé debe tener la cabeza en el ángulo interno de su codo, formando una línea recta con la espalda y cadera. Tomarlo con el brazo y acercarlo contra el pecho materno en un abrazo estrecho. Mantenerlo próximo a su cuerpo y en contacto su abdomen con el niño.

- POSICION SEMISENTADA: **Se** coloca la cama en posición semifowler, sostener la espalda con una o dos almohadas con el fin de que esta quede recta y las piernas ligeramente dobladas, el bebé estará sobre el tórax de la madre. Se utiliza cuando hay heridas abdominales (cesárea).
- POSICION ACOSTADA: la madre se acuesta en decúbito lateral, se puede utilizar almohadas que le den apoyo a la espalda, disminuyendo así las tensiones que puedan afectar la lactancia, también colocar almohadas entre las rodillas o cobijas para elevar el cuerpo del bebé.

2.2.11.2. PROCEDIMIENTO PARA AMAMANTAR

Colocar la mano en forma de "C", 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.

Recordar 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.

Estimular el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, introducir el pezón y la areola. Si se resiste, bajar 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; importante que los labios permanezcan evertidos (boca de pescado). Permitir al recién nacido la succión a libre demanda y el alojamiento conjunto; el amamantamiento nocturno aumenta la producción de leche.³¹⁻³⁵

2.2.12. EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE, CONSERVACIÓN Y UTILIZACIÓN

2.2.12.1. TÉCNICA DE EXTRACCIÓN

- Escoger un lugar tranquilo, tener pensamientos gratos en relación a su bebe (la capacidad de relajación favorece el reflejo de eyección)
- Lavado de manos por bioseguridad
- Masajear la mama en forma circular, seguido de otro desde arriba hacia la areola, estimulando suavemente la areola y los pezones para desencadenar el reflejo eyecto lácteo antes de extraer la leche
- Extraer la leche hacia un envase limpio de vidrio
- Colocar el pulgar en el borde superior de la areola y el dedo índice en el borde inferior, mantenerlos fijos y no deslizarlos sobre la piel
- Realizar una compresión rítmica hacia las costillas con los dedos abiertos y juntándolos luego hacia el pezón, con la frecuencia del niño al mamar. Al principio saldrán gotas y luego saldrán chorros de leche.
- Rotar los dedos alrededor de la areola para vaciar todas las áreas
- Alternar la mama cuando disminuya el flujo de leche y repetir el masaje y el ciclo varias veces

- El procedimiento total durara 20 a 30 minutos y puede realizarse cada 4 horas
- Cerrar y rotular el recipiente con la fecha y la hora, para ser guardada en el refrigerador
- La extracción de la leche también puede efectuarse con bombas manuales o eléctricas. Estos artefactos requieren de un manejo riguroso de la higiene para evitar la contaminación de la leche .³¹⁻³⁵

2.2.12.2. CONSERVACIÓN DE LA LECHE

La leche extraída se refrigera fundamentalmente para evitar la contaminación bacteriana y así mantener su seguridad. La leche materna no es un fluido estéril, no solo se encuentran las bifidobacterias y lactobacilos con función probiótica, sino que con mucha frecuencia aparecen otros gérmenes que colonizan la piel materna y también la parte distal de los conductos galactóforos. Si la leche no se refrigera las bacterias se incrementan de manera exponencial y en muy poco tiempo pasa a tener un alto grado de contaminación. Cuando la leche está a 4° se frena el crecimiento bacteriano de la mayoría de las especies. Es muy importante que la temperatura del refrigerador sea de 4° porque con 5 y 6° son muchas las bacterias que pueden reproducirse.⁴¹

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

- Temperatura ambiente 4 - 6 horas (incluso algunos autores refieren 8 horas)
- Refrigeración en la nevera colocar el frasco bien tapado y rotulado durante 12 horas.

- Congelación hasta por 15 días ⁴³

2.12.12.3. RECIPIENTES DE CONSERVACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

El material idóneo es el vidrio. Tiene la ventaja de que es reutilizable y el inconveniente de que es más caro. Los recipientes de plástico tienen que tener el símbolo que los autoriza para uso alimentario. Tienen la ventaja de que son más baratos. El calor al que debe someterse el recipiente para la limpieza (aunque no sea esterilización) puede alterar la estructura del plástico y liberar sustancias de riesgo para la salud. Por otro lado, los materiales plásticos tienden a fijar la grasa de la leche de tal manera que, si no se homogeniza adecuadamente antes de su administración, lo que quede en el fondo será fundamentalmente grasa y habrá una pérdida calórica significativa.

Con respecto a cómo se debe administrar la leche extraída la recomendación depende de en qué fase se encuentre la lactancia. En fases iniciales es preferible administrarla con vasito, cuchara o jeringa adecuada para administración oral. Cuando las lactancias están bien establecidas se puede usar el biberón.⁴¹

2.12.2.3. UTILIZACIÓN DE LA LECHE

Para utilizar la leche congelada esta debe ser descongelada gradualmente cambiándola del congelador al refrigerador la noche anterior. Después de descongelarla debe ser usada dentro de las próximas 24 horas.

La leche materna se debe entibiar sumergiendo el recipiente en una fuente con agua caliente, no hirviendo y agitando ya que al hervirlo o esterilizarlo

el calor excesivo destruye las enzimas y proteínas; al usar microondas para calentar, se corre el riesgo de quemar al niño ya que no se calienta en forma homogénea.⁴¹

2.2.13. CONTRAINDICACIONES DEFINITIVAS PARA LACTANCIA MATERNA

Situaciones relacionadas con el estilo de vida (consumo de tabaco, drogas, alcohol, cafeína en cantidades elevadas o algunos fármacos), diagnóstico de infección frente a VHB, VHC, VIH, HTLV, sífilis o chagas o pertenecer a un grupo de riesgo de adquirir enfermedades graves transmisibles por sangre o vía sexual.

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERATIVOS.

Programa educativo: Es la construcción educativa que nace de un diagnóstico mediante el cual se desarrolla las habilidades y destrezas, en este caso, a un grupo máximo de tres puérperas en cada ambiente lo cual le permite tomar decisiones o hacer una elección informada para un mejor desempeño y satisfacción en sus labores habituales.

Influencia: Poder de una persona o cosa para determinar o alterar la forma de pensar o de actuar de alguien.

Conocimiento. Es el acúmulo de hechos, principios, ideas, conceptos, que tienen las personas sobre un determinado tema, el cual se puede determinar o medir mediante métodos de evaluación.

Práctica: Es la acción o ejercicio que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos, también es la habilidad o experiencia que consigue una persona con la realización continuada de una actividad.

Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva: Es el nivel de entendimiento, conjunto de saberes sobre lactancia materna que tienen las puérperas.

Conocimiento bueno: Cuando una puérpera alcanza o logra un puntaje de 16- 20

Conocimiento regular: Cuando una puérpera logra un puntaje de 11- 15

Conocimiento deficiente: Cuando una puérpera logra un puntaje de 0- 10

Práctica de lactancia materna exclusiva: Es la alimentación del bebe únicamente con lactancia materna exclusiva y uso de la técnica correcta de amamantamiento a la observación directa a la madre, cuya valoración fue correcto e incorrecto.

Programa Educativo: Es la sesión educativa que la puérpera recibe durante su estancia en el hospital.

Influencia en nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva: Se denomina cuando la madre alcanza o logra un puntaje sobre 11 en conocimiento y pone en práctica la alimentación del bebé con lactancia materna exclusiva usando las técnicas correctas de amamantamiento.

Puerperio: Es la etapa siguiente al alumbramiento. Tiene una duración de 45 días o seis semanas, en esta etapa los órganos y sistemas de la mujer retornan al estado previo de la gestación.

Puérpera: Mujeres que se encuentran en la etapa siguiente al alumbramiento

Lactancia materna: Es la forma ideal de aportar los nutrientes que necesitan los niños para un crecimiento y desarrollo saludables.

Lactancia materna exclusiva: (LME): Es el acto de alimentar a un recién nacido sólo con la leche materna hasta los 6 meses de edad.

Edad materna: Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento de las puérperas hasta la actualidad. Según la organización mundial de la salud (OMS) se divide en:

Adolescente: 10-19

Adulta joven: 20 -34

Adulta mayor: 35 a más

Paridad: Se refiere al número de partos de una mujer con niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 20 semanas de edad gestacional y con un peso mayor a 500gr.

Primípara: Mujer que pare por primera vez

Múltipara: mujer que pare de dos a cinco veces

Gran múltipara: mujer que pare más de 6 veces

Ocupación: Es el oficio, actividad o profesión que realiza la puérpera, ya sea remunerada o no.

Nivel de instrucción: Grado de escolaridad que cursa o cursó la puérpera al momento del estudio.

Apoyo de la pareja: Es aquel apoyo relacionado con los sentimientos y emociones de la pareja frente a la puérpera.

Contacto precoz: Es el contacto inmediato piel a piel entre la puérpera y su recién nacido con intervalo de 30 minutos después del parto

Psicoprofilaxis obstétrica: Es la preparación integral (teórica, práctica, física y psicológica) que recibe la gestante antes del parto y puerperio.

2.4. HIPÓTESIS:

El programa educativo sobre lactancia materna exclusiva incrementa el nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva y está relacionado con factores como: edad materna, paridad, ocupación, nivel de instrucción, apoyo de la pareja, contacto precoz y psicoprofilaxis obstétrica a las puérperas del Hospital Regional de Ayacucho.

2.5. VARIABLES DEL ESTUDIO

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Programa Educativo

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Influencia en:

Nivel de conocimiento

- Buena:16-20
- Regular:11-15
- Deficiente:0-10

Práctica de lactancia materna exclusiva

- Correcta: 10-12
- Incorrecta: 0-8

2.5.3. VARIABLES INTERVINIENTES:

- edad materna
- paridad
- ocupación
- nivel de instrucción
- apoyo de la pareja
- contacto precoz
- psicoprofilaxis obstétrica

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Aplicada, cuantitativa

3.2. MÉTODO DE ESTUDIO

Descriptivo, analítico, correlacional, prospectivo, longitudinal

3.3. POBLACION Y MUESTRA

3.3.1. POBLACIÓN

Estuvo conformada por todas las puérperas de parto eutócico, atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo enero-marzo 2017.

3.3.2. MUESTRA

Estuvo conformada por 50 puérperas de parto eutócico del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Ayacucho durante el periodo enero-marzo 2017.

3.3.3 TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{N \times q \times p \times z_{\alpha}^2}{i^2(N-1) + q \times p \times z_{\alpha}^2}$$

$$n = \frac{130 \times 0.3 \times 0.7 \times 1.96^2}{0.1^2 (130-1) + 0.3 \times 0.7 \times 1.96^2}$$

$$n = \frac{104.87568}{2.096736}$$

$$n = 50.02$$

$$n = 50$$

Donde:

n : Es el tamaño de la muestra que se calculará.

N : Es el tamaño de la población

Z : Valor correspondiente a la distribución de gauss, $Z_{\alpha=0.05}=1.96$ $Z_{\alpha=0.01}=2.58$

p y q : Prevalencia esperada del parámetro a evaluar, si p=70%, q=30%

I : Es el error que se prevé cometer si es del 10%, i= 0.1

3.3.4. TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo es probabilístico al azar aleatorio simple.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Puérperas de partos eutócicos atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho en el periodo enero –marzo 2017.
- Recién nacidos a término (cuya edad gestacional está comprendida entre la 37 y 41 semanas por examen físico de Capurro) y cuyos pesos son considerados adecuados para su edad gestacional.

3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Puérperas con alguna patología o que reciban tratamiento farmacológico.
- Puérperas con dependencia alcohólica o que fumen.
- Puérperas que se encuentran ocasionalmente en esta ciudad o que no cuentan con domicilio propio.
- Puérperas que no desean participar en el estudio.

3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. TÉCNICAS:

Entrevista directa a las puérperas.

Evaluación previa (Pre Test).

Aplicación del programa educativo.

Evaluación Final (Post Test).

3.5.2. INSTRUMENTOS:

Ficha de Datos

Cuestionario pre-test y post-test.

Programa educativo sobre lactancia materna exclusiva.

Lista de cotejo: visita domiciliaria.

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- A través del decano de la Facultad de Ciencias de la Salud se solicitó la autorización a la dirección del Hospital Regional de Ayacucho para la ejecución del presente trabajo de investigación.

Una vez conseguida la autorización se procedió con la recolección de datos en el servicio de Gineco Obstetricia.

- Se procedió a identificar a las puérperas hospitalizadas del servicio de Gineco obstetricia de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, para posteriormente aplicarles los instrumentos respectivos.
- Se aplicó el cuestionario pre test a las puérperas que cumplían con los criterios de inclusión para conocer el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva antes de la aplicación del programa educativo (Ver anexo)
- Se aplicó el programa educativo sobre lactancia materna exclusiva a las puérperas hospitalizadas que recibieron el cuestionario pre test. (ver anexo)
- Se realizó la visita domiciliaria a las 50 puérperas intervenidas a los 30 días después del programa educativo. En esta visita se aplicó el cuestionario post test a las puérperas, para conocer el nivel de conocimiento y la lista de cotejo para evaluar la práctica de lactancia materna exclusiva. (ver anexo)
- Concluida la fase de recolección de datos se procedió a codificar cada instrumento de recolección de datos y se creó una base de datos en la hoja de cálculo Excel.

3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos codificados fueron digitalizados en una hoja de cálculo Excel para hacer el procesamiento informático empleando el paquete estadístico SPSS versión 22. El análisis estadístico se realizó teniendo en cuenta los objetivos y las variables en estudio.

Se realizó un análisis estadístico unidimensional mediante tablas estadísticas, medidas descriptivas (media, desviación estándar), análisis bidimensional a través de tablas bidimensionales, prueba estadística Chi cuadrado a través del método asintótico y el método de prueba exacta cuando la tabla de contingencia no cumplía con los requisitos, como el tener frecuencias esperadas menores de 5 y algunas casillas sin valor.

Se utilizó la prueba de diferencia para muestras emparejadas con el estadístico de prueba Z distribución normal debido a que el tamaño de muestra es mayor a 30, y la variable de las diferencias entre las calificaciones antes y después seguía una distribución normal. El nivel de significación utilizada en las pruebas estadísticas fue de 0,05.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

TABLA Nº 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – MARZO 2017.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ANTES		DESPUÉS	
	Nº	%	Nº	%
DEFICIENTE	36	72	1	2
REGULAR	14	28	11	22
BUENO			38	76
TOTAL	50	100	50	100

Fuente: Cuestionario administrado

En la tabla 01 se observa que en la evaluación pre test aplicado antes del programa educativo a un total de (50) puérperas en estudio (100%), el 72,0% (36) obtienen nivel de conocimiento Deficiente y el 28.0% (14) nivel de conocimiento Regular. En tanto que, en la evaluación post test aplicado después del programa educativo el 76% (38) obtienen nivel conocimiento Bueno, el 22 % (11) Regular y el 2% (1) Deficiente.

Del análisis de la tabla se deduce que comparado el nivel de conocimiento antes del desarrollo del programa educativo con el conocimiento adquirido posteriormente, se observa que este ha cambiado positivamente, puesto que, del 72% (36) de madres con conocimiento Deficiente antes del programa educativo este porcentaje disminuyó al 2%(1). Por otro lado, antes del desarrollo del programa educativo no hubo mujeres con Buen nivel de conocimiento, para luego representar un 76% (38) del grupo evaluado.

Los resultados muestran que el programa educativo fue bastante efectivo, en tanto los niveles de conocimiento Deficientes fueron reemplazados por el nivel de conocimiento Bueno.

Ello obedece a que la intervención educativa al ser personalizada y en pequeños grupos, permitió interactuar, además de conocer sus preocupaciones, temores, dudas etc. Que consideramos influyeron en los buenos resultados.

Los resultados del pre test nos permiten confirmar que aún cuando se ha desplegado una intensa labor de promoción de la lactancia materna, desde la implantación de los hospitales amigos del niño-madre, y habiéndose realizado cambios muy favorables para las madres, la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes no se cumple satisfactoriamente, pues todas las madres que forman parte de esta investigación tienen algún conocimiento sobre lactancia materna exclusiva pero no lo suficiente, lo cual se pone en manifiesto con los resultados obtenidos en este estudio.

La educación impartida por los servicios de salud u otros efectores no es efectiva, debido a muchos factores como el tiempo dedicado a la educación, el ambiente poco apropiado, el uso de ayudas tradicionales o la técnica utilizada (Charla); lo cual no permite que las madres adquieran el conocimiento suficiente para garantizar la lactancia materna exclusiva al niño o niña y que pone en riesgo su salud.

Si se educa y capacita a las futuras madres sobre lactancia materna antes de la concepción, incluso desde edades tempranas de la vida, y se mantiene durante el embarazo, para alcanzar una lactancia feliz al menos hasta el sexto mes, estos resultados pueden mejorar y con ello, la calidad de vida de los niños y sus madres.³²

Nuestros resultados se asemejan a los encontrados por **Márquez F., Vargas N, Chunga J, García V. (Trujillo: 2013)** en su trabajo de investigación titulado “Efectividad del programa educativo amamántame mamita y nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva. Moche.2013” encontraron que antes de la aplicación del programa educativo el 93.4 % de las madres encuestadas obtuvieron un nivel de conocimiento medio sobre lactancia materna y el 6.6 % bajo nivel de conocimiento. No se obtuvieron resultados respecto al nivel de conocimiento alto.¹⁴

Así mismo, **García MR., Fernández C, Díaz J y Díaz M. (Cuba: 2013)** reportan que después de las acciones educativas sobre lactancia materna se observa que el 70% de las embarazadas presentaron conocimientos superiores, demostrándose la efectividad de las técnicas educativas .¹¹

TABLA Nº 02

**PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DESPUÉS DEL
PROGRAMA EDUCATIVO. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO.
ENERO – MARZO 2017.**

PRÁCTICA	NRO. MADRES	PORCENTAJE DE MADRES
INCORRECTA	10	20,0
CORRECTA	40	80,0
TOTAL	50	100,0

Fuente: observación

En la tabla 02 se muestra que en la práctica de lactancia materna exclusiva observada directamente a la madre después de la aplicación del programa educativo; referente a aspectos como la postura tanto de la madre como del bebé, agarre del pezón – areola por parte del lactante, duración de amamantamiento de ambas mamas, interrupción de la succión por parte de la madre, el 80% (40) muestra una práctica correcta y el 20% (10) incorrecta.

Del análisis de la tabla se concluye que después del programa educativo se evidencia mayor porcentaje de madres con práctica de lactancia materna exclusiva correcta 80%(40) a diferencia de las madres con práctica incorrecta.

Según el marco teórico revisado, una buena técnica para amamantar estimula una adecuada producción de leche, evita la aparición de grietas y favorece una lactancia materna. Para una adecuada técnica de amamantamiento se recomienda que la madre adopte una buena postura

que sea cómoda y relajada para ella, evitando posiciones que generen tensión en los músculos. La posición de la madre debe permitir que la cabeza del bebe descansa sobre la flexión del codo. La madre deberá colocar el pezón rozando el labio inferior para que él bebe abra bien la boca, acercando el cuerpo del bebe hacia su cuerpo asegurando que la boca del bebe cubra la mayor parte de la areola con el labio inferior evertido con la nariz y barbilla tocando su pecho.¹³

La información que brinda el personal de salud es uno de los factores que contribuyen al éxito de la lactancia materna exclusiva ya que la madre obtiene conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna así como de la técnica correcta, el cual propicia la confianza y seguridad en ellas para amamantar a sus hijos, de tal manera que al brindar la lactancia materna de manera exclusiva lo realice adecuadamente.

Estos resultados coinciden con **Vásquez RP. (Peru-2012)**. En su tesis “Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al centro de salud San Luis”, quien concluye que en cuanto a las prácticas en lactancia materna después de una consejería el 63.3% (38) es adecuada y 36.7% (22) inadecuado.¹⁵

Igualmente, **Guardia E. (Perú-2013)**: En su investigación manifiesta que con respecto a la variable práctica demostraron que el 93% obtiene técnica de amamantamiento adecuada después de la intervención educativa.¹⁶

TABLA Nº 03

NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, POR GRUPOS DE EDAD HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – MARZO 2017.

EDAD (AÑOS)	NIVEL DE CONOCIMIENTO										TOTAL	
	ANTES				DESPUÉS							
	DEFICIENTE		REGULAR		DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
16 – 19	13	26,0			1	2,0	3	6,0	9	18,0	13	26,0
20 – 34	17	34,0	12	24,0			7	14,0	22	44,0	29	58,0
35 – 41	6	12,0	2	4,0			1	2,0	7	14,0	8	16,0
TOTAL	36	72,0	14	28,0	1	2,0	11	22,0	38	76,0	50	100,0

Prueba estadística $\chi^2=8,367$ $p<0,05$

$\chi^2=3,267$ $p>0,05$

Fuente: Cuestionario administrado

En la tabla 03 se aprecia que del 100.0%(50) de púerperas en estudio, el 58,0%(29) tenían de 20 a 34 años, el 26%(13) de 16 a 19 años y un 16%(8) por madres de 35 a 41 años de edad.

La tabla muestra que en el grupo de madres adolescentes el 26%(13) tenían un nivel de conocimiento Deficiente antes del programa educativo, posterior a este evento el 18%(9) cambio su nivel de conocimiento a Bueno, un 6%(3) a Regular y finalmente 2%(1) a Deficiente.

En el grupo de madres adultas jóvenes (24 a 34 años) antes del programa educativo hubo un 34%(17) con nivel de conocimiento Deficiente y 24%(12) con nivel de conocimiento Regular, variando este

porcentaje al recibir el programa educativo, predominando el nivel de conocimiento Bueno en el 44%(22), seguido del 14%(7) con conocimiento Regular.

En el grupo de madres adultas mayores (35-41 años), empezaron el programa educativo con nivel de conocimiento Deficiente en un 12%(6) y conocimiento Regular 4% (2), cambiando después de recibir el programa educativo a nivel de conocimiento Bueno en un 14%(7) y un nivel de conocimiento Regular en un 2%(1).

Del análisis de la tabla se concluye que antes del programa educativo el 72%(36) de las madres de diferentes edades obtuvieron un nivel de conocimiento Deficiente, posterior a este evento el 76% (38) obtuvieron nivel de conocimiento Bueno.

La aplicación de la prueba estadística Chi cuadrado para verificar la independencia entre el nivel de conocimiento y la edad de la puérperas en este caso se encuentra restringida por existir casillas con frecuencias menores que 5 por lo que se utilizó el método de la prueba exacta cuyo valor antes de aplicar el programa educativo fue de 8,367 con p-valor de 0,013, indicando la dependencia entre el nivel de conocimiento con la edad de la madre antes del programa educativo con un nivel de asociación moderado ($C=0,365$), sin embargo, el valor de la Chi Cuadrado luego de recibir el programa educativo fue de 3,267 con p-valor de 0,598, ($P>0.05$) por lo que no existe suficiente evidencia para indicar que existe dependencia entre el nivel de conocimiento y la edad después de recibir el programa educativo.

Al respecto **Sandoval M. (Mexico-2012)** refiere que los jóvenes de hoy aprenden porque tiene experiencias diferentes y por consiguiente han desarrollado habilidades intelectuales más que la gente nacida en una generación anterior también menciona que la gente joven aprende a través de la educación globalizada cultural. ³⁶

La edad es un factor muy importante en el comportamiento de las mujeres, las madres de menor edad generalmente tienen embarazos no planificados y muchas veces no deseados. En algunas oportunidades no tienen apoyo paterno ni familiar, además de encontrarse en una etapa de cambios psicológicos y sociales en su vida, por lo que representan el grupo más vulnerable y el que mayor apoyo requiere a nivel familiar y de parte de los profesionales de la salud. Por otra parte las mujeres adultas tienen mayor madurez y preparación psicológica, así como el deseo de tener un hijo.

Nuestros resultados son similares a lo determinado por **Roca SM. y Suarez C. (Ayacucho-2015)**, en su trabajo de investigación titulado "Nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas. Hospital II-ESSALUD", quienes concluyen que el mayor porcentaje de puérperas primíparas (31,4%) fueron adultas jóvenes con edades comprendidas entre 20 a 34 años, son madres con regular nivel de conocimiento, uso adecuado de la lactancia materna exclusiva y han recibido educación sobre lactancia materna. ¹⁸

TABLA N° 04

NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, SEGÚN PARIDAD. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – MARZO 2017.

PARIDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO										TOTAL	
	ANTES				DESPUÉS							
	DEFICIENTE		REGULAR		DEFICIENTE		REGULAR		BUENO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRIMÍPARA	19	38,0	8	16,0	1	2,0	8	16,0	18	36,0	27	54,0
MULTÍPARA	14	28,0	6	12,0			3	6,0	17	34,0	20	40,0
GRAN MULTÍPARA	3	6,0							3	6,0	3	6,0
TOTAL	36	72,0	14	28,0	1	2,0	11	22,0	38	76,0	50	100,0

Prueba $\chi^2_2 = 0,826$ $p > 0,05$ $\chi^2_4 = 3,915$ $p > 0,05$

estadística

Fuente: Cuestionario administrado

En la tabla 04 se observa que del 100.0%(50), el 54,0%(27) de madres fueron primíparas, el 40%(20) multíparas y 6%(3) gran multíparas. Así mismo, se observa un alto porcentaje de mujeres con nivel de conocimiento Deficiente 72%(36), en las diferentes paridades, prevaleciendo en las primíparas con el 38% (19) antes del programa educativo. Este porcentaje cambió al término del programa educativo, en el que las primíparas obtuvieron un 36% (18) de nivel de conocimiento Bueno; seguido por las multíparas con un 34% (17), finalmente el 100% (3) de madres gran multíparas.

Del análisis de la tabla se concluye que el 76,0% de madres de diferentes paridades lograron un buen nivel de conocimiento después de recibir el programa educativo.

Para evaluar la dependencia entre la paridad y el nivel de conocimiento se utilizó la prueba Chi Cuadrado por el método de prueba exacta cuya estadística dio el valor de 0,826 (antes del programa educativo) y 3,915 (después del programa educativo) con p-valor $> 0,05$ en ambos casos, lo que permite indicar que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna es independiente de la paridad.

Se debe destacar que en la práctica de lactancia materna exclusiva las madres primerizas presentan inseguridad frente a la lactancia materna, y esto, debido a su falta de experiencia previa en el amamantamiento.

El número de hijos previos pudiera ser de gran ayuda dependiendo del éxito o fracaso obtenido durante el amamantamiento.⁴⁴

Resultados similares encontraron **Zimmerman CR, Medina S, Ortiz AV, et al (Argentina-2010)** en su tesis “Conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de la ciudad de Resistencia -Chaco. Febrero- julio 2010”; quienes reportaron que las mujeres que son madres por primera vez, tienen el mayor porcentaje en nivel de conocimiento deficiente (91%) a comparación de las multíparas (9%).¹³

TABLA Nº 05
NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA
EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, POR
OCUPACIÓN. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO –
MARZO 2017.

OCUPACIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO										TOTAL	
	ANTES				DESPUÉS							
	DEFICIENTE		REGULAR		DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
INDEPENDIENTE			2	4,0					2	4,0	2	4,0
EMPLEADO PÚBLICO	3	6,0	1	2,0			1	2,0	3	6,0	4	8,0
AMA DE CASA	27	54,0	10	20,0	1	2,0	7	14,0	29	58,0	37	74,0
ESTUDIANTE	6	12,0	1	2,0			3	6,0	4	8,0	7	14,0
TOTAL	36	72,0	14	28,0	1	2,0	11	22,0	38	76,0	50	100,0

Prueba estadística $\chi^2 = 4,699$ $p > 0,05$ $\chi^2 = 5,66$ $p > 0,05$

Fuente: Cuestionario administrado

En la tabla 05 se observa que del 100.0%(50) de la muestra, el 74%(37) estaba conformada por madres amas de casa, 14%(7) estudiantes, 8%(4) trabajadoras del sector público, entre otras ocupaciones. Según se observa hubo dos casos de madres con ocupación independiente y que tenían conocimiento Regular al inicio del programa educativo sobre lactancia materna, en las otras ocupaciones se observa que el nivel de conocimiento que predominó fue Deficiente.

Del análisis de la tabla se concluye que en general se puede observar la mejora en el conocimiento de las madres luego de recibir el programa educativo sobre lactancia materna exclusiva.

La prueba Chi cuadrado mediante el método de prueba exacta, en ambos casos antes y después de recibir el programa educativo sobre lactancia materna indica que no existe dependencia entre el nivel de conocimiento y la ocupación de la madre ($p\text{-valor}>0,05$).

Como se observa en los resultados hallados en esta investigación, la ocupación no es un factor influyente en el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva, en estos casos la actitud es determinante para que la puérpera busque o solicite información de cómo debe realizar adecuadamente la lactancia materna.¹⁸

Nuestra sociedad está cambiando positivamente de actitud ante la lactancia materna, de nuevo empieza a ser una imagen socialmente aceptada y reconocida, dar pecho en público es un derecho de la madre y él bebe, ninguna ley lo prohíbe, incluso hay formas de hacerlo discretamente y en ambientes adecuados como lactarios. Así se puede mantener y compatibilizar con las actividades cotidianas. Dar de mamar no implica prescindir de las relaciones sociales y familiares.

Roca SM. Y Suarez C. (Ayacucho-2015). Concluyen que el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva no son dependientes de la ocupación de las puérperas primíparas.¹⁸

TABLA Nº 06

NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – MARZO 2017.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO										TOTAL	
	ANTES				DESPUÉS							
	DEFICIENTE		REGULAR		DEFICIENTE		REGULAR		BUENO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRIMARIA	12	24,0	1	2,0	1	2,0	3	6,0	9	18,0	13	26,0
SECUNDARIA	19	38,0	7	14,0			6	12,0	20	40,0	26	52,0
SUPERIOR	5	10,0	6	12,0			2	4,0	9	18,0	11	22,0
TOTAL	36	72,0	14	28,0	1	2,0	11	22,0	38	76,0	50	100,0

Prueba estadística

$$\chi^2_2 = 6,158 \quad p < 0,05$$

$$\chi^2_4 = 2,822 \quad p > 0,05$$

Fuente: Cuestionario administrado

En la tabla 06 se observa que del 100.0%(50), el 52%(26) está conformada por puérperas con estudios secundarios, 26%(13) con primaria y 22% (11) con estudios superiores.

Al iniciar el programa educativo el 24%(12) de madres tenían conocimiento Deficiente y nivel de instrucción primaria, este porcentaje disminuyó luego del programa educativo quedando en este grupo el 2% (1 caso), el resto paso a tener conocimiento Bueno 18%(9) y el 6%(3) nivel de conocimiento Regular.

En las madres con nivel secundario, de un 38%(19) con nivel de conocimiento Deficiente, después del programa educativo obtuvieron nivel de conocimiento Bueno 40%(20).

Las madres con nivel superior, de un 10%(5) de nivel de conocimiento Deficiente, se ubicaron en el nivel de conocimiento Bueno 18%(9).

Del análisis de la tabla se deduce la falta de dependencia entre el nivel de conocimiento y el nivel de instrucción de las puérperas después del programa educativo.

La prueba estadística Chi Cuadrado con el método de la prueba exacta de Fisher dio como resultado una estadística de prueba de 6,158 con p-valor = 0,039<0,05, lo cual indica que existe dependencia entre el nivel de conocimiento antes del programa educativo con el nivel de instrucción de la madre. En cambio, luego de recibir programa educativo esta estadística de prueba vale 2,822 con un p valor de 0,737 ($p > 0,05$) indica la falta de dependencia entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción de las puérperas, los coeficientes de asociación (de Somers =0,086, $p=0,419$) confirman este resultado.

El nivel de instrucción o grado de escolaridad es importante tomarlo en cuenta cuando se está educando a la madre sobre la lactancia; porque a mayor escolaridad tendrá mayor ventaja de entender las recomendaciones dadas sobre el tema por eso es que una de las estrategias básicas para motivar y lograr que las madres alimenten a sus hijos a pecho es la educación. De ahí que la orientación y educación que la madre reciba en la atención prenatal, sala de parto, puerperio o consultas de niños sanos sobre la lactancia materna será determinante para el amamantamiento exclusivo.

Roca SM. Y Suarez C. (Ayacucho-2015).concluyen que el nivel de conocimiento y uso de la lactancia materna exclusiva no son dependientes del nivel de instrucción de las puérperas primíparas.¹⁸

Sin embargo, **Zimmerman CR, Medina S, Ortiz AV, et al (Argentina-2010)** en su investigación manifiestan que el nivel de escolarización y paridad se asocia con conocimientos más extensos y seguros acerca de la lactancia materna.¹³

TABLA Nº 07
NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA
EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, SEGÚN
APOYO RECIBIDO DE LA PAREJA. HOSPITAL REGIONAL DE
AYACUCHO. ENERO – MARZO 2017.

APOYO DE LA PAREJA	NIVEL DE CONOCIMIENTO										TOTAL	
	ANTES				DESPUÉS							
	DEFICIENTE		REGULAR		DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
NO	6	12,0					2	4,0	4	8,0	6	12,0
A VECES	2	4,0			1	2,0			1	2,0	2	4,0
SÍ	28	56,0	14	28,0			9	18,0	33	66,0	42	84,0
TOTAL	36	72,0	14	28,0	1	2,0	11	22,0	38	76,0	50	100,0

Prueba

estadística

$$\chi^2_2 = 2,969 \quad p > 0,05$$

$$\chi^2_4 = 8,81 \quad p > 0,05$$

Fuente: Cuestionario administrado

En la tabla 07 se observa que del 100.0% (50), el 84%(42) de madres sí reciben apoyo su pareja, un 12%(6) no recibe apoyo de su pareja y un 4%(2) recibe apoyo a veces.

Se observa un buen cambio en el nivel de conocimiento sobre lactancia materna al final del programa educativo; del 12%(6) de madres con nivel de conocimiento Deficiente y que no reciben apoyo de su pareja pasaron a tener conocimiento Bueno 8%(4) y conocimiento Regular 4%(2). Así también el 56%(28) de madres que sí reciben apoyo por parte de su pareja y que tenía conocimiento Deficiente pasaron a tener conocimiento Bueno 66,0%(33) y Regular 18%(9) de los casos.

Del análisis de la tabla se deduce que el nivel de conocimientos no está relacionado con el apoyo que recibe la madre por parte de su pareja.

La estadística de la prueba Chi cuadrado con el método de prueba exacta es de 2,969 (antes del programa educativo) con p valor $>0,05$ por lo que no se puede afirmar que exista dependencia entre el nivel de conocimiento que tenía la madre antes del programa educativo y el apoyo recibido por parte de su pareja. El valor de la Chi Cuadrado es de 8,810 con p valor $=0,049 >0,05$ estando en el límite de la significación, calculamos los coeficientes de asociación por lo cual no se puede afirmar que el nivel de conocimiento después del programa educativo sea dependiente del apoyo de la pareja; el coeficiente de asociación *d de Somers* en ambas direcciones reporta un p valor $= 0,188 >0,05$, por lo que se puede afirmar que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna no está asociado con el apoyo de la pareja. En ambos casos el nivel de conocimientos no está relacionado con el apoyo que recibe la madre por parte de su pareja.

El papel y actitud de la pareja y de la familia son fundamentales para el éxito de la lactancia.

Es importante la participación del padre en todas las etapas del embarazo, parto, puerperio, crianza y las actividades del hogar. Si hay ausencia de la pareja, la familia es el principal soporte para la madre

Al respecto **Mendoza KM. (Peru-2002)**. En su tesis “Capacitación y seguimiento domiciliario sobre lactancia materna a puérperas del Hospital Santa Rosa”, tanto en el grupo de estudio, como en el control las madres mayoritariamente refirieron tener el apoyo de la pareja. En el grupo de

estudio las madres que refirieron esta situación, responden positivamente en 90.7%.³⁷

De igual manera **Palomino YJ. y Chilingano A. (Ayacucho: 2015)** concluyen que las características socio demográficas de las madres de niños menores de 6 meses con abandono de la lactancia materna exclusiva se presenta en jóvenes, solteras y convivientes.¹⁹

TABLA Nº 08

NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, SEGÚN CONTACTO PRECOZ. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – MARZO 2017.

CONTACTO PRECOZ	NIVEL DE CONOCIMIENTO										TOTAL	
	ANTES				DESPUÉS							
	DEFICIENTE		REGULAR		DEFICIENTE		REGULAR		BUENO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	27	54,0	13	26,0	1	2,0	8	16,0	31	62,0	40	80,0
No	9	18,0	1	2,0			3	6,0	7	14,0	10	20,0
Total	36	72,0	14	28,0	1	2,0	11	22,0	38	76,0	50	100,0

Prueba

estadística

$$\chi^2_2 = 1,048 \quad p > 0,05$$

$$\chi^2_4 = 1,058 \quad p > 0,05$$

Fuente: Cuestionario administrado

En la tabla 08 se observa que del 100.0% (50), el 80%(40) sí tuvieron contacto precoz, el 20% (10) no tuvieron contacto precoz .El 54% (27) de las madres que tuvieron contacto precoz tuvieron conocimiento Deficiente antes del programa educativo y 26% (13) conocimiento Regular ; luego de recibir el programa educativo, el 62% (31) se ubicaron en un Buen nivel de conocimiento, seguido del 16%(8) con conocimiento Regular; en tanto que, de las madres que no tuvieron contacto precoz, de un 18%(9) de nivel de conocimiento Deficiente incrementaron su nivel de conocimiento al Bueno en un 14%(7) seguido del 6% (3) con un nivel de conocimiento Regular.

Del análisis de la tabla se deduce que el conocimiento sobre lactancia materna no está asociado con el contacto precoz de la madre con su bebé.

La prueba Chi cuadrado con el método de prueba exacta proporciona un valor de la estadística de 1,048 y un p valor = 0,306 > 0,05 indicando que no existe dependencia entre el nivel de conocimiento antes del programa educativo y el contacto precoz. Lo mismo ocurre luego de recibir el programa educativo (Chi Cuadrado=1,058, p=0,738 > 0,05), lo cual permite afirmar que el conocimiento sobre lactancia materna no está asociado con el contacto precoz de la madre con su bebé.

El colocar al bebé sobre el pecho materno inmediatamente al nacer, favorece la vinculación y el inicio de la lactancia; el contacto piel con piel permite que el bebé manifieste signos de interés por el pecho, esto facilita las contracciones del útero para la expulsión de la placenta disminuyendo la intensidad de la hemorragia tras el parto y contribuye a establecer en el bebé un buen reflejo de búsqueda y de succión para estimular mayor producción de leche , así evitar falsas ayudas con sueros o leches artificiales

Nuestros resultados son similares a lo descrito por, Mendoza **KM. (Peru-2002)**, quien determinó que las madres que no tuvieron contacto precoz, el 88.9% practicaron lactancia materna exclusiva, respecto al 84.2% que sí tuvieron.³⁷

TABLA N° 09

NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, SEGÚN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA. HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO – MARZO 2017.

PSICOPROFILAXIS	NIVEL DE CONOCIMIENTO										TOTAL	
	ANTES				DESPUÉS							
	DEFICIENTE		REGULAR		DEFICIENTE		REGULAR		BUENO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Sí	10	20,0	6	12,0			2	4,0	14	28,0	16	32,0
No	26	52,0	8	16,0	1	2,0	9	18,0	24	48,0	34	68,0
Total	36	72,0	14	28,0	1	2,0	11	22,0	38	76,0	50	100,0

Prueba estadística $\chi^2_2 = 0,474$ $p > 0,05$ $\chi^2_4 = 1,702$ $p > 0,05$

Fuente: Cuestionario administrado

En la tabla 09 se observa que del 100.0% (50), un alto porcentaje no realiza psicoprofilaxis obstétrica 68% (34), en este mismo grupo se observa que antes de iniciar con el programa educativo el 52% (26) tenían conocimiento Deficiente, en tanto que, en el grupo de madres que sí realizaron psicoprofilaxis obstétrica este porcentaje fue menor 20% (10).

Al concluir programa educativo, en las madres que no recibieron psicoprofilaxis obstétrica predominó el Buen nivel de conocimiento 48% (24), seguido del 18%(9) con un nivel de conocimiento Regular; respecto a las madres que si recibieron psicoprofilaxis obstétrica de un 20% de un nivel de conocimiento Deficiente pasaron al 28%(14) de nivel de conocimiento Buena seguido del Regular 4%(2).

Del análisis de la tabla se evidencia la mejora en el nivel de conocimiento en madres independientemente de haber realizado psicoprofilaxis.

La prueba Chi cuadrado con el método de prueba exacta proporcionó valores de $p > 0,05$ lo que permite afirmar que el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la psicoprofilaxis obstétrica son independientes. A través de la psicoprofilaxis obstétrica se brinda una preparación integral al incluir información, entrenamiento físico y soporte psico-afectivo, la gestante puede lograr motivación, tranquilidad y expectativas positivas, despejando una serie de interrogantes, inquietudes y temores respecto a la llegada de su bebé.

Como se observa en los resultados hallados en esta investigación, la psicoprofilaxis obstétrica no es un factor influyente en el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva, esto demuestra la efectividad del programa educativo y que además las madres están en constante aprendizaje por lo que se debe aprovechar los diferentes momentos en que el personal de salud esté en contacto con ellas como espacios privilegiados para impartir conocimientos y despejar dudas.

Así mismo **Yábar M. (Lima-2014)**. En su estudio “psicoprofilaxis obstétrica en gestantes adolescentes características y beneficios generales”, encontró que el 92.11% de gestantes adolescentes que reciben psicoprofilaxis incrementa su nivel de conocimiento y opta por la lactancia materna exclusiva, lográndose una actitud positiva ante la llegada del bebé en el 100%.³⁸

CONCLUSIONES

1. Del 100% (50) de puérperas en estudio, el 72% (36) tuvo nivel de conocimiento Deficiente antes del programa educativo, revirtiéndose esta cifra a un 76% de Buen nivel de conocimiento.
2. Antes del programa educativo no hubo mujeres con Buen nivel de conocimiento, luego del cual se tuvo que el 76% (38) del grupo evaluado, adquirió un Buen nivel de conocimiento sobre lactancia materna.
3. La práctica de lactancia materna exclusiva observada directamente a las madres es correcta en el 80% e incorrecta para el 20%.
4. Los factores asociados a las puérperas como: la edad y nivel de instrucción están relacionados con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva antes de recibir el programa educativo
5. Los factores asociados a las puérperas como: la edad, paridad, ocupación, nivel de instrucción, apoyo de la pareja, contacto precoz y psicofilaxis obstétrica no están relacionados con el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva después de recibir el programa educativo.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere que se implemente un programa educativo de capacitación u orientación sobre la práctica de lactancia materna exclusiva en el servicio de Gineco Obstetricia para todas las madres que ingresan al servicio con diversos niveles de conocimiento.
- Se sugiere que todos los servicios de salud y en la práctica comunitaria se promueva actividades educativas en controles prenatales y psicoprofilaxis obstétrica donde se desarrolle el programa educativo de manera continua con materiales y medios adecuados, con la inclusión de su lengua materna a fin de lograr un mejor aprendizaje, reforzar el conocimiento previo con el que ingresan de manera que las madres inicien y continúen amamantando correctamente fomentando la práctica de lactancia materna exclusiva.
- Se ha observado el fomento rutinario del uso de fórmulas infantiles en las primeras horas de vida por parte de personal de salud (enfermeras, pediatras, etc.), cuando ésta, se debería limitar a casos extremadamente necesarios, ya que en las primeras horas de vida, es vital el consumo de calostro por las propiedades ya mencionadas.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. González I. y Pileta B, revista cubana de enfermería sobre lactancia materna .2002 [citado 29 de septiembre del 2002]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol18_01_02/enf03102.htm
2. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Ed. Panamericano. España. 2009.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Lactancia materna Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial [página principal en internet]. [Acceso 26 de agosto del 2016]. disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
4. Organización mundial de la salud. Departamento de Nutrición .Patrón Internacional de Crecimiento Infantil 2006. [página principal en internet]. [acceso 28 de agosto del 2016]. disponible en :
<http://www.who.int/childgrowth/mgrs/es/>
5. Organización panamericana de salud. Oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Semana Mundial de la Lactancia Materna. Washington. 2016 [página principal en internet].[acceso 09 de septiembre del 2016].disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12343%3Abreastfed-infants-have-healthier-futures-&Itemid=1926&lang=es.
6. Alba lactancia materna [Homepage en internet]. Barcelona;2013-2017[actualizada el 11 de julio 2017;citado 14 de julio 2017].disponible en:
<http://albalactanciamaterna.org/la-asociacion/que-es-alba/>
7. Gro N. Maternidad desde el nacimiento hasta los seis meses .Ed español .Septiembre. 2015 editorial planeta.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Niñas y niños menores de seis meses de edad con

lactancia exclusiva, 2011-2015 [actualizada 18 de marzo 2015 ;acceso 30 de diciembre 2016].disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/presentacion_ppr.pdf

9. Ministerio de salud. Guía técnica de implementación de grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa. MINSA.2015 [guía en internet]2015[citado 13 de agosto 2015].disponible en :

http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/Nutriwawa/directivas/004GT_Implementacion.pdf.

- 10.Melo RC, Silva E, Souza P, et al. Estudio experimental de una intervención educativa para promover la autoeficacia materna en el amamantamiento. Hospital materno infantil Fortaleza-Ceará. Octubre de 2010 - mayo 2011. [Tesis doctoral]. Fortaleza. Universidad federal de Ceará. Brasil: enfermagen; 2010. Disponible en:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es_0104-1169-rlae-23-04-00725.pdf

11. García MR., Fernández C, Díaz J, et al. Intervención educativa para la promoción de la lactancia materna. revista de ciencias médicas. Habana-cuba [internet]. 2013[citado 2012 julio]; 19(3). fecha de acceso [01 de junio 2017]. disponible en

[:http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemehab/cmh-2013/cmh133e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemehab/cmh-2013/cmh133e.pdf)

- 12.González M. “Conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna que tienen las embarazadas primigestas del hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor 2011 – 2012”. [Tesis para optar título de licenciatura en enfermería]. La Libertad-Ecuador: Universidad estatal Península de Santa Elena; 2012. [Citada 2017 Febrero 12]; Disponible en:

http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/ferro_sm/pdf/ferro_sm-TH.1.pdf

13. Zimmermann CR, Medina S, Ortiz AV, et al. Conocimiento sobre lactancia materna en puérperas de la ciudad de Resistencia .Chaco. Febrero- julio 2010. [Tesis]. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Nordeste. Argentina .2010. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista207/1_207.pdf
14. Márquez Vargas N, Chunga J, et al. Efectividad del programa educativo “amamántame mamita” y nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva-Moche 2013. Recibido 15 de noviembre 2014; aceptado el 10 de diciembre de 2014. Facultad de enfermería universidad nacional de Trujillo Perú. Revista peruana de enfermería investigación y desarrollo [internet]. 2013[citado 2014 julio];19(3).fecha de acceso[01 de junio 2017]disponible en <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf/issue/download/153/190>
15. Vásquez RP. conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al centro de salud san Luis. Lima-peru.2012 [tesis online]. acceso 10 de mayo del 2017.disponible en : http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2477/1/Vasquez_Delgado_Rocio_del_Pilar_2012.pdf
16. Guardia E. Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre lactancia materna exclusiva en el conocimiento y prácticas de madres primíparas del hospital III emergencias Grau Lima –Perú. 2013 [tesis online]. Universidad Ricardo palma; Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza.2014. Acceso 24 de agosto del 2015.disponible en:
URL:http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/341/1/Guardia_e.pdf
17. Palacios EL. Conocimientos y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al centro de salud Coishco – Áncash. 2012. [Tesis]. Escuela profesional de Enfermería. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Áncash .peru.2012. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendosalud/article/download/1029/78>

18. Roca SM. Y Suarez C. nivel de conocimiento y uso sobre lactancia materna exclusiva en puérperas primíparas. Hospital, II-ESSALUD.setiembre-noviembre.2015. [tesis online]. acceso 14 de abril del 2017.disponible en:
http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/handle/UNSCH/1020/Tesis%20O752_Roc.pdf?sequence=1
19. Palomino YJ y Chilingano A. factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses atendidas en el Hospital Regional de Ayacucho. Setiembre-noviembre 2015. [Tesis]. Universidad Nacional De San Cristóbal De Huamanga. Facultad de obstetricia ayacucho.2015. Disponible en:
<http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1016>
20. Huayhua Ñ. y Morales Y. Factores sociodemográficos asociados a la lactancia materna exclusiva en puérperas adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo San Francisco –VRAEM. Abril - Junio 2010. [Tesis]. Universidad Nacional De San Cristóbal De Huamanga. Facultad de obstetricia .ayacucho.2010
21. Pérez J. y Merino. Programa educativo. Publicado: 2013. Actualizado: 2015.de (<http://definicion.de/programa-educativo/>)
22. Martínez MJ. [Página principal en internet].Perú: jimdo; c2009 [actualizado 20 de diciembre 2015;citado 25 de setiembre 2016].P.e.;[aprox 2 pantallas].disponible en:
<http://nolycarrillo.jimdo.com/unidad-1/objetivos-y-funciones-de-la-capacitaci%C3%B3n/>.
23. Ramírez B, Zorrilla V. Guía práctica de lactancia materna [tesis]. Ayacucho. Perú: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga .Facultad de Obstetricia. 2005.
24. Comisión Nacional de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria. Guía de consejería integral sobre lactancia materna y alimentación complementaria para la comunidad. CONALMA.

Honduras [guía en internet] [citado el 13 de julio 2015]6-27.disponible en:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_trainers_guide_es.pdf.

25. Bunge M. La ciencia, su método y filosofía. Buenos Aires. Editorial Siglo XX. 1988. Pg35.
26. Cabrera M. de la lactancia exclusiva en Cali- Colombia. 2003. Colomb. Med. 2004; 35 (3):132-138
27. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Informe anual de Lactarios 2012;[sitio en internet]. [citado 03 de agosto 2011]. Disponible en [URL:http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=2733&Itemid=4455](http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=2733&Itemid=4455).
28. Helsin E, Savage King F. Guía práctica para una buena lactancia. México: Pax México; cuarta reimpresión, 1983.
29. Organización mundial de la salud .La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Ginebra suiza: OMS.2009 [guía en internet] 2009[citado 10 de agosto 2016]. disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/La-alimentacion-del-lactante--capitulo-modelo-para-libros-de-texto.pdf>.
30. Tortora JG, Derrickson B. Anatomía y fisiología de la glándula mamaria .En: Principios de Anatomía y Fisiología.11^{ava} ed. México: Medica panamericana S.A; 2006 .p.1141-1143.
31. Juez GG, Niño MR, Ortega WR, Mena NP, Santander RS; Gonzales OM, et. al. Editores. Manual de lactancia materna. 2^{da} ed. ministerio de salud chile. Gobierno de chile.2010 [manual en internet]. [Fecha de consulta 23 de setiembre del 2016].disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl/wpcontent/uploads/2009/11/manual_lactancia_materna.pdf

32. Guía infantil .com [Homepage en internet]. España: Polegar Medios S.L.;c2000-2013[actualizada el 11 de julio 2013;citado 25 de setiembre 2016].disponible en
[: http://www.guiainfantil.com/salud/alimentacion/darpecho.htm](http://www.guiainfantil.com/salud/alimentacion/darpecho.htm)
33. Trujillo.AM. Consejos y orientaciones para una infancia feliz [libro electrónico]. España; lulu.com; 2009 [actualizado el 4 de agosto 2009; citado El 26 de septiembre del 2016] .disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?id=dYrXAQAAQBAJ&pg=PA71&lpq=PA71&dq>
34. Pérez J .y Gardey A. Definición de práctica .Publicado: 2010. Actualizado: 2010. Disponible en :
[\(http://definicion.de/practica/\)](http://definicion.de/practica/)
35. Ossandón M, Ilabaca M, Gajardo O, Castillo B Y Namur R. Fomento de la lactancia materna programa iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre. Hospital Barros Luco Trudeau. Revista Chilena de Pediatría [Internet]. 2015 Mar [Citado 13/12/2012]; 71(2): 98-106. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370.41062000000200004
36. Sandoval MA. Editor. Psicología del desarrollo humano [libro electrónico]. 2da ed. Sinaloa; 2012.Dirección general de escuelas preparatorias. Universidad Autónoma de Sinaloa. disponible en
[:https://holismoplanetario.files.wordpress.com/2015/01/psicologia_del_desarrollo_humano_ii.pdf](https://holismoplanetario.files.wordpress.com/2015/01/psicologia_del_desarrollo_humano_ii.pdf)
37. Mendoza, KM. Capacitación y seguimiento domiciliario sobre lactancia materna a puérperas del hospital santa rosa .septiembre – noviembre. Lima. 2002. [Tesis en línea] Universidad Nacional Mayor de San Marcos .facultad de medicina humana, escuela de formación profesional de obstetricia. [Acceso el 22 de marzo del 2015].Disponible en URL:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3005/1/Mendoza_c_k.pd

38. Yábar M. “psicoprofilaxis obstétrica en gestantes adolescentes características y beneficios generales”. Lima .2014. disponible en :
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727558X2014000200008&scrypt=sci_arttet
39. Navarro, Estrella, y col. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. Salud publica Méx 2003; 45(4): 276 – 284.
40. Ramsay DT, Kent JC, Hartmann RA y Hartmann PE. Anatomía de la mama humana lactante redefinido con imágenes de ultrasonido .Journal of Anatomy. Universidad de Western Australia (2005) pg. 206: 525-534
41. Pallás Alonso CR, Soriano Faura J. Secretos de la leche materna: herramientas para la consulta diaria. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 287-93.
42. Vázquez S, Bustos G, López M, Rodríguez J, Orbea C, Samaniego M, et al. Impacto en la práctica clínica de la apertura de un banco de leche en una unidad neonatal. An Pediatr (Barc). 2014; 81:155-60.
43. Ministerio de salud. Semana de la Lactancia Materna [Página en internet]. 201[citado 5 de julio 2017].
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/conservacionlechematerna.aspx>
44. Ferros MM. y Flores H. nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socioculturales en puérperas del INMP.2005 [tesis online]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Acceso 20 de diciembre del 2016. disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2975/1/Ferro_sm.pdf

ANEXOS

FICHA DE DATOS



INFLUENCIA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PUÉRPERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. ENERO-MARZO 2017

FECHA.....HORA:

LUGAR.....

Señora madre de familia, tenemos el agrado de dirigirnos a usted para solicitar la participación de su persona en el proyecto de investigación ya señalado, con el fin de contribuir en la reducción de las enfermedades infantiles prevenibles en nuestra zona. Se agradece por anticipado su gentil participación.

Datos generales de la madre y del niño:

1. Nombre y apellidos:

Número de celular:

2. Dirección actual:

3. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

4. ¿Hasta qué grado estudió usted?

5. ¿Qué ocupación tiene usted actualmente?

6. Considera Ud. que su ocupación dificultará en la práctica de lactancia materna exclusiva

- a) SI
- b) NO
- c) PUEDE SER

7. ¿Cuántos hijos tiene usted?

8. En general, ¿recibe apoyo afectivo-emocional por parte de su pareja? Marque la respuesta con un aspa “X” en el paréntesis ()

a) SI ()

b) NO ()

c) A VECES ()

9. ¿Inmediatamente después del parto, su bebe fue puesto al pecho materno?

SI () NO ()

a) Aproximadamente antes de la media hora SI () NO ()

b) Aproximadamente después de la media hora NO () NO ()

10. ¿Usted recibió sesiones de psicoprofilaxis obstétrica? Marque la respuesta con un aspa “X” en el paréntesis ()

a) SI ()

b) NO ()

c) A VECES ()

11. Si usted recibió sesiones de psicoprofilaxis para la preparación del parto ¿cuántas sesiones recibió?

.....

CUESTIONARIO PRE TEST Y POST TEST

Marque con un aspa “X” en el paréntesis () a cada una de las preguntas

1. ¿Para usted, la lactancia materna exclusiva es?

- a) Amamantar al bebé únicamente con leche materna
- b) Amamantar al bebé con leche materna más agüita de anís, leche de vaca, leche en polvo y otras sustancias
- c) Desconoce

2. Durante los primeros 6 meses de vida de su bebe Ud. debe alimentarlo con:

- a) Leche materna más agüita de anís
- b) Solamente con leche materna
- c) Leche materna más leche artificial
- d) Desconoce

3. ¿Por qué cree que es bueno el calostro?

- a) Porque es rico en vitaminas, minerales y tiene defensas
- b) Porque es espeso
- c) Porque es la primera leche
- d) Desconoce

4. ¿Hasta qué edad se le debe dar lactancia materna exclusiva al bebe?

- a) Hasta los 2 años
- b) Hasta los 6 meses
- c) Hasta los 12 meses
- d) Desconoce

5. ¿Cuándo debe iniciar la lactancia materna su bebe?

- a) A las 4 horas de nacido
- b) Inmediatamente después del parto
- c) A las 24 horas de nacido
- d) Cuando él bebe llore de hambre por primera vez

6. ¿Cada qué tiempo debe darle de lactar a su bebe?

- a) Cada vez que el niño llore
- b) A libre demanda y cada vez que él bebe quiera
- c) Cada 6 horas
- d) Desconoce

7. Si su bebe duerme por más de dos horas, ¿qué haría Usted?

- a) Dejo que siga durmiendo

- b) Lo despierto y le doy biberón
- c) Lo despierto y le doy pecho
- d) Solo lo despierto

8. Si su bebe llora de hambre o de sed durante el día o la noche, ¿Qué haría Usted?

- a) Le daría leche artificial o leche en polvo
- b) Le daría solo leche materna
- c) Le daría leche materna más agüitas
- d) Desconoce

9. Si Usted trabajara o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar al bebe?

- a) Tendría que darle leche artificial
- b) Le daría leche materna mientras esté con mi bebe y leche artificial cuando me separe de él
- c) Tendría que darle leche materna extraída manualmente y dejar en un recipiente de vidrio
- d) Desconoce

10. ¿Cómo le daría la leche materna extraída manualmente a su bebe?

- a) en biberón
- b) en una taza con cucharita o gotero
- c) en un plato
- d) Desconoce

11. ¿Cuántas horas dura la leche materna guardada a temperatura ambiente?

- a) Hasta 1 hora
- b) Hasta 4 a 6 horas
- c) Hasta 9 horas
- d) Desconoce

12. ¿Qué haría si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea?

- a) Le suspende la lactancia materna
- b) Le da panetela y otras agüitas
- c) Le da lactancia materna más suero oral
- d) Le daría pecho con mayor frecuencia

13. ¿Qué madres no deben de dar de lactar a su bebe?

- a) Madres que tienen tos
- b) Madres infectadas con SIDA o HEPATITIS
- c) Madres que lavan mucha ropa

d) Desconoce

14. Marque la gráfica correcta en que se muestra la posición en cómo debe de dar de lactar a su bebe:

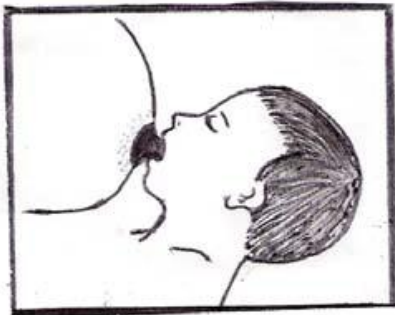


()

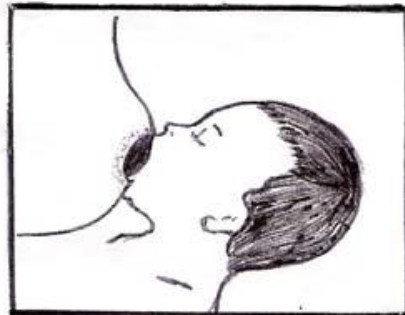


()

15. -Marque la gráfica correcta de cómo debe colocar la boca de su bebe al pecho para brindarle la lactancia:



()



()

16. La técnica correcta para brindar lactancia es:

- a) De ambos pechos
- b) De uno de ellos
- c) Desconoce

17. ¿Por cuál de las mamas empieza nuevamente a darle de lactar al bebe?

- a) Empezará dar de lactar por cualquier mama
- b) Iniciará por la mama que no estuvo lactando anteriormente
- c) Iniciará por la mama que estuvo lactando por última vez
- d) Desconoce

18. ¿Cuánto tiempo debe durar cada lactada que le brinda a su bebe?

- a) 5 minutos en cada pecho
- b) 40 minutos en cada pecho

- c) 15 a 30 minutos en cada pecho
- d) Desconoce

19. Cuando su bebe haya terminado de lactar durante el tiempo necesario pero todavía sostiene el pezón ¿Qué hace para interrumpir la succión?

- a) Jala el pezón para que su bebe suelte
- b) Jala hacia atrás la cabeza de su bebe
- c) Introduce un dedo en el ángulo de su boquita para que suelte el pezón
- d) Desconoce

20. ¿Qué debe hacer usted, para evitar las grietas e infecciones en el pezón?

- a) Lavarse el pezón con jabón
- b) Lavarse el pezón con jabón y usar cremas
- c) Dejar las mamas al aire libre para dejarlo secar después de darle pecho
- d) Desconoce

LISTA DE COTEJO

VISITA DOMICILIARIA

1. Evaluar la práctica de lactancia materna exclusiva con la técnica correcta de amamantamiento mediante observación directa. Se anotará si la madre realizó los siguientes procedimientos.

CRITERIOS	SI	NO
1. La madre practica postura correcta al brindar lactancia materna (previo lavado de manos, sentada o echada; forma una “c” con el pulgar y los dos dedos siguientes índice y medio a 2.5 o 4 cm detrás del pezón)	2	0
2. La madre practica la postura correcta del bebe al brindar lactancia materna (él bebe está pegado a la madre cogiendo en línea recta a la axila)	2	0
3. Se evidencia signos de buen agarre del complejo pezón-areola por parte del lactante	2	0
4. Duración adecuada de tiempo de lactancia materna (15 a 30 min en cada pecho)	2	0
5. Amamanta alternando adecuadamente ambas mamas	2	0
6. La madre interrumpe la succión del bebé adecuadamente (introduce el dedo meñique como haciendo una palanca)	2	0

Interpretación:

Cada ítem correcto tiene una valoración de 2 puntos.

- Los ítems cuya respuesta es SI y están valorados con dos puntos son: 1, 2, 3, 4, 5 y 6. (Técnica)

Los ítems incorrectos tienen una valoración de 0 puntos.

Categorización:

Técnica: De 10 a 12 puntos = Técnica correcta

De 0 a 8 puntos = Técnica incorrecta



PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Duración: 30 minutos.

Objetivo Principal:

Informar a las madres sobre las bondades de la lactancia materna y dar consejos prácticos en preparación para una lactancia materna exclusiva exitosa.

Objetivo Secundario:

Contribuir en la reducción de las enfermedades infantiles prevenibles en nuestra zona.

Contribuir en la reducción de la desnutrición crónica infantil

Afianzar y mejorar el lazo afectivo entre la madre y el niño

Tema:

Influencia de un programa educativo en el nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva en puérperas del Hospital Regional de Ayacucho.
Enero-Marzo 2017

1) PRESENTACIÓN

Presentarse a la paciente con amabilidad y simpatía

2) FELICITACIONES

Felicitar a la madre por el nacimiento de su hijo/a.

3) EVALUACIÓN PREVIA: APLICACIÓN DEL PRE TEST

Las puérperas reciben una evaluación previa para conocer el nivel de conocimiento y su práctica sobre lactancia materna.

Tiempo de duración: 7 minutos.

4. MOTIVACIÓN:

Mostrar una imagen acerca de una madre con su niño

Mostrar un video de (máximo) sobre lactancia materna de 1:09 minutos de duración propuesto por la UNICEF.

Somos mamíferos, animales que alimentan a sus crías con su leche.

Cada mamífero ha desarrollado por milenios una leche única para sus necesidades.

Hasta que en el siglo XX se inicia el mayor experimento nutricional a gran escala sin control previo. La alimentación del lactante con sucedáneos de leche materna elaborados industrialmente a partir de leche de vaca.

Tiempo de duración: 5 minutos.

5. DESARROLLO

Metodología:

Expositivo – participativo: Durante las exposiciones se tiene que evitar la comunicación de tipo unidireccional, fomentamos la participación mediante programas aleatorios sobre el tema que se aborde.

MENSAJE BÁSICO 1

Lactancia materna exclusiva

a) La leche materna constituye por sí sola el mejor alimento la mejor bebida que puede darse a un niño durante los seis primeros meses de vida.

- Protege contra las infecciones, disminuye las alergias, promueve lazos afectivos entre la madre y el niño
- Por más caluroso o seco sea el clima, el agua contenida en la leche materna es suficiente para satisfacer las necesidades de líquido de un lactante no es necesario agua o bebida azucarada

❖ Imagen para explicar que la lactancia materna exclusiva es brindar únicamente leche materna

b) los recién nacidos deben iniciar la lactancia materna lo más pronto posible después del parto, dentro de los 30 minutos para cumplir con el contacto precoz

- Porque iniciar la lactancia inmediatamente después del parto estimula la producción de leche de la madre.
- La primera leche o calostro es un excelente alimento que defiende a los bebés de infecciones
- Las madres producen leche suficiente si el lactante toma el pecho en una posición adecuada, si el bebé toma con tanta frecuencia como lo desee incluso durante la noche.

❖ Imagen de contacto precoz
❖ Imagen de calostro
❖ Imagen de bebé lactando de noche

MENSAJE BÁSICO 2

Anatomía de la mama

c) conocer su cuerpo, la preparación del pezón y entender como ocurre la producción de leche.

- ❖ imágenes de la mama, complejo pezón areola y hablar con palabras simples sobre la composición de la mama.

MENSAJE BÁSICO 3

d) la succión frecuente estimula la producción de leche materna en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del lactante

- La succión eficiente es necesaria para estimular una producción abundante de leche
 - La succión frecuente ayuda a evitar el hinchazón y el dolor en los pechos
 - La lactancia materna con leche en polvo más leche de vaca más agua u otros líquidos reduce la cantidad de leche materna que toma el lactante por lo tanto disminuye la producción de leche
 - El empleo de un biberón para dar otros líquidos al lactante puede inducirle a abandonar la lactancia materna
 - La acción de succionar un biberón es muy distinta de la que exige la lactancia materna, ya que preferirá el biberón por que refiere menor esfuerzo
-
- ❖ Imagen de que la succión evita la turgencia e hinchazón de mamas
 - ❖ Imagen de leche materna más agua
 - ❖ Imagen de un bebe con biberón

MENSAJE BASICO 4

e) la alimentación con biberón puede ser causa de enfermedades graves o de la muerte del niño

- La leche de vaca, los preparados de leche en polvo para lactantes la papilla y otros alimentos administrados con biberón no proporcionan al lactante ninguna protección especial contra las diarreas, tos, catarros y otras enfermedades
- La alimentación con biberón puede ser causa de enfermedades como la diarrea si no se esteriliza el biberón y chupete con agua hervida antes de cada toma hay mayor frecuencia de enfermedades y por lo tanto de desnutrición
- El mejor alimento para un recién nacido que por cualquier motivo no sea amamantado, el mejor alimento es la leche extraída manualmente del pecho materno y se debe conservar en un taza limpia esterilizada

con agua hirviendo hasta 8 horas en temperatura ambiente y hasta 48 horas en refrigeradora y se brinda con cucharita o gotero .a comparación de la leche en polvo o de vaca se daña rápidamente en temperatura ambiente así sea refrigerada.

- es importante sacar la leche manualmente para evitar la congestión de mamas.
 - ❖ Imagen de que la leche en polvo y otros no protegen de la tos e infecciones

MENSAJE BASICO 5

f) la lactancia materna debe continuar hasta entrado los 2 años de vida y prolongarse si es posible

La leche materna constituye una importante fuente de energía y de proteína contribuye a proteger al niño contra las enfermedades durante el segundo año

Los niños empiezan a enfermarse al gatear, caminar y jugar. Un niño enfermo necesita tomar leche materna la cual proporciona alimento nutritivo y fácilmente digerible en un momento en que perdió el apetito por otro alimento.

- ❖ Imagen de un bebe gateado y jugando y de un bebe enfermo recibiendo lactancia materna exclusiva

TECNICAS DE AMAMANTAMIENTO

Posición de la madre

1. La madre deberá adoptar la posición más cómoda para ella. Su confort físico puede ayudarla en el reflejo de eyección cuando la lactancia está bien establecida, la madre puede aprender a amamantar mientras camina y/o desarrolla otras tareas de la casa, pero al inicio es preferible una posición sentada o acostada.
2. Se debe colocar al bebe en los brazos de la madre si ella está sentada (sobre el brazo del lado de la mama que se le ofrece) o a su lado si esta acostada en posición sentada, la cabeza del bebe deberá descansar en el pliegue de su brazo ya sea sentada o echada, se debe usar una almohada o toalla enrollada para sostener al bebe en una posición lo más cómoda posible esto evita que la madre se canse es recomendable que la espalda de la madre está apoyada.
3. Se debe colocar al bebe de tal forma que sus brazos no interfieran el contacto de la boca con el pecho.
4. La posición correcta para lactar al bebe es " frente a frente "
 - ❖ Imagen de signos de buena posición
 - ❖ Imágenes de Signos y síntomas de posición inadecuada
5. La madre debe coger el pecho con cuatro dedos debajo del pezón y el pulgar encima la posición correcta de la mano favorece el reflejo de búsqueda y permite al bebe el fácil acceso al pezón el reflejo de búsqueda es una reacción relacionada al hambre y al tacto.
 - ❖ Imagen de coger el pecho con dedos
6. La madre debe tocar el labio inferior del bebe con el pezón hasta que el niño abra la boca.
7. Cuando él bebe abre la boca con la lengua deprimida, la madre lo guiara hacia su seno sosteniéndole la cabeza con su mano.
8. Si él bebe es reacio a abrir la boca adecuadamente, la madre deberá jalar suavemente hacia abajo, la barbilla para animarlo a abrirla.
9. La madre no necesita deprimir su pecho para ayudar a respirar al bebe la naturaleza les brinda fosas nasales lo suficientemente anchas para que puedan respirar al mismo tiempo que maman.
10. El seno deberá sostenerse entre los dedos índices y pulgar, unos 2 a 4 centímetros atrás de la areola (piel oscura alrededor del de pezón) para ayudar al bebe a introducir la mayor parte de la areola en su boca si él bebe solamente succiona el pezón, seria doloroso para la madre, puede producir grietas en el pezón, e inclusive puede inhibir el flujo de leche si la posición es incorrecta, la madre debe retirar al niño del pecho insertando

un dedo en el ángulo de la boca del bebe para interrumpir la succión y empezar de nuevo.

❖ Signos de buen agarre consecuencias de mal agarre

11. Cuando él bebe haya acabado de alimentarse, pero todavía sostenga el pezón, y la madre desee cambiar de lado o necesite retirar al bebe del seno por alguna otra razón, deberá insertar el dedo en el ángulo de la boca del bebe entre las encías para romper la succión esto evitara lesiones en el pezón.

❖ Imagen de lesiones en pezón

12. Se debe alternar los senos en cada mamada después de 15 a 30 minutos que el niño succiona un seno se debe cambiar al otro lado, es necesario permitir suficiente tiempo de lactancia después del reflejo de eyección en cada uno de los lados puede tomar unos 15 minutos para vaciar la leche; amamantar por corto tiempo no logra vaciar los senos y podría causar problemas de congestión y reducir la cantidad de leche los periodos de lactancia muy cortos pueden inclusive ocasionar inflamación del pezón debido a que él bebe hambriento succiona muy vigorosamente durante las primeras semanas de lactancia esta puede tener una duración de hasta 40 minutos repartidos en 5.
13. Cuando le toque la próxima mamada, la madre deberá comenzar con el seno que uso por última vez en la mamada anterior puede colocar una señal como una cinta o un prendedor en el sostén o blusa para identificar el seno con el cual acabo de lactar.
14. Los pezones deben secarse al aire después de cada mamada esto disminuye la humedad y el riesgo de infecciones o agrietamiento.
15. Después de lactar él bebe puede quedarse dormido, entonces se debe colocar al niño de costado o boca abajo algunos bebes amamantados no parecen necesitar eructar, porque no ingieren mucho aire mientras maman.

Tiempo de duración: 10 minutos

Retroalimentación:

Evaluar el entendimiento y reforzar algunas dudas o inquietudes

Tiempo de duración: 5 minutos

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DESCRIPCIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable independiente					
Programa Educativo	Es el programa educativo que la puérpera recibe durante su estancia en el Hospital.	capacitación	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-test • Aplicación del programa educativo • Post -test 	cualitativo	nominal
Variable dependiente					
Influencia en nivel de conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva	Se denomina cuando la madre alcanza o logra un puntaje sobre 11 en conocimiento y pone en práctica L.M.E.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimient o - práctica 	Buena:16-20 Regular:11-15 Deficiente:0-10 Correcta: 10-12 Incorrecta: 0-8	Cualitativo	nominal
Variable interviniente					

Edad materna	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de las puérperas hasta la actualidad. Según la OMS	Edad de las pacientes	Adolescente:10-19 Adulta joven:20-34 Adulta mayor: mayor de 35	cuantitativo	de razón
Paridad	Número de partos de una mujer con niños nacidos vivos o muertos con más de 20 semanas de edad gestacional y con un peso mayor a 500gr	Número de hijos	Primípara Multípara Gran multípara	cuantitativo	ordinal
Ocupación	Oficio, actividad o profesión que realiza la puérpera ,ya sea remunerada o no	Empleo	Independiente Empleada publica Ama de casa Estudiante	cualitativo	nominal
Nivel de instrucción	Grado de escolaridad que cursa la puérpera al momento del estudio	Grado de instrucción	Sin estudios Primaria Secundaria Superior	cualitativo	ordinal
Apoyo de la pareja	Es el apoyo relacionado con los sentimientos y emociones	Apoyo	SI		

	de la pareja frente a la puérpera.		NO A VECES	cualitativo	nominal
Contacto precoz	Es el contacto inmediato piel a piel entre la puérpera y su recién nacido con intervalo de 30 minutos después del parto	Contacto piel a piel entre madre e hijo	Antes de la ½ hora Después de la ½ hora	cualitativo	nominal
Psicoprofilaxis obstétrica	Es la preparación integral (teórico, práctico, físico y psicológico) que recibe la gestante antes del parto y puerperio	Sesiones de psicoprofilaxis	N° de sesiones 1-3 4-6 + de 6 No	cualitativo	nominal