FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

CONOCIMIENTO Y ÉXITO EN INICIO DE LACTANCIA MATERNA, EN MADRES PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD, PUNCHANA 2016

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORES

Bach. Enf. VILLACORTA RÍOS, Cynthia Karola

Bach. Enf. VARGAS MACEDO, Lucía Roxana Josefa

ASESORES

Dra. Marina GUERRA VASQUEZ

Mgr. Eliseo ZAPATA VASQUEZ

IQUITOS, PERÚ

2017

Conocimientos y éxito en inicio de lactancia materna, en madres puérperas atendidas en el Hospital III Essalud, Punchana 2016

AUTORES

Lucía Roxana Josefa Vargas-Macedo, Cynthia Karola Villacorta-Ríos

RESUMEN

La lactancia materna es una de las formas más eficaces para proporcionar los nutrientes necesarios para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes, con repercusiones beneficiosas también en la salud de la madre y en la familia. En este contexto se realizó la investigación con el objetivo de determinar la asociación que existe entre conocimiento sobre lactancia materna y éxito en el inicio de la lactancia materna, en madres en etapa de puerperio inmediato, atendidas en el servicio de ginecoobstetrcia del hospital III Essalud, Puchana 2016. Se empleó el método cuantitativo, el diseño no experimental, descriptivo, correlacional, transversal. La población fue de 150 madres y la muestra de 80, aplicando dos instrumentos para la recolección de datos, el Cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna, con una validez de 89,48% y confiabilidad de 86% y la Ficha de registro del inicio de lactancia materna con validez de 98,21% y confiabilidad de 81,9%. El programa estadístico fue el SPSS, versión 22 para Windows XP, con nivel de confianza de 95% y nivel de significancia de 0,05 ($p<0,05$) para aceptar la hipótesis planteada. Se utilizó la prueba no paramétrica de libre distribución Chi cuadrado (X^2), obteniendo como resultados: en conocimiento sobre lactancia materna de las madres puérperas: 46,2% presentaron conocimiento alto, 40,0% conocimiento medio y 13,8% bajo; en éxito en el inicio de la lactancia materna en las madres fue del 61,2% (el recién nacido lactó en la primera hora o dentro de las primeras 24 horas) y 38,8% no iniciaron lactancia materna incluso dentro de las primeras 24 horas. Al asociar ambas variables, se obtuvo asociación estadística significativa entre conocimiento y éxito en el inicio de la lactancia materna ($p=0,007$; $p<0,05$).

Palabras clave: conocimientos, lactancia materna, madres, puérperas.

Knowledge and success in the initiation of breastfeeding, in mothers after delivery attended in the Hospital III Essalud, Punchana 2016

AUTHORS

Lucia Roxana Josefa Vargas-Macedo, Cynthia Karola Villacorta-Ríos

ABSTRACT

Breastfeeding is one of the most effective ways to provide the nutrients needed for the healthy growth and development of infants, with beneficial effects on the health of the mother and the family as well. In this context, the research was carried out with the objective of determining the association between the knowledge about breastfeeding and success at the beginning of breastfeeding, in mothers in the immediate postpartum period, attended at the hospital gynecological obstetrics service III Essalud, Puchana 2016. The quantitative method, non-experimental, descriptive, correlational, transverse design was used. The population was 150 mothers and the sample of 80, applying two instruments for the collection of data, the Knowledge Questionnaire on breastfeeding, with a validity of 89,48% and reliability of 86% and the record of the beginning of Breastfeeding with validity of 98,21% and reliability of 81,9%. The statistical program was SPSS, version 22 for Windows XP, with a 95% confidence level and significance level of 0,05 ($p < 0,05$) to accept the hypothesis. The non-parametric free Chi square test (X2) was used, obtaining as a result: at knowledge level on breastfeeding of mothers after delivery: 46,2% had high knowledge, 40,0% average knowledge and 13, 8% low; In success at initiation of breastfeeding in the mothers was 61,2% (the newborn breastfed in the first hour or within the first 24 hours) and 38,8% did not initiate breastfeeding even within the first 24 hours. When associating both variables, a statistically significant association was obtained between the knowledge level and success at the onset of breastfeeding ($p = 0,007$, $p < 0,05$).

Key words: knowledge, breastfeeding, mothers, puerperal.

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA, EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA, EL DÍA 21 DEL MES DE ABRIL DEL AÑO 2017, POR EL JURADO CALIFICADOR CONFORMADO POR:

.....

Dra. ANGELA RODRIGUEZ GOMEZ

PRESIDENTA

.....

Dra. LUZ AVELINA CUBAS PEREZ DE PACHECO

MIEMBRO

.....

Dra. MARINA GUERRA VÁSQUEZ

MIEMBRO – ASESORA METODOLÓGICA

.....

Mgr. ELISEO ZAPATA VASQUEZ

ASESOR ESTADÍSTICO

DEDICATORIA

A **Dios** por guiarme y darme fuerzas para no desfallecer en el camino y seguir adelante formándome profesionalmente en mi carrera y sacar adelante a mi familia.

A mis amados padres: **Alfonso** y **Martha**, así como a mi hermano **Paul**, las personas que más quiero y son la razón de mi lucha y superación en la vida.

A todas las docentes de la facultad que cumplieron un rol de guía en mi formación para ser una profesional con valores y convertirme en autora de mi propia historia en esta noble profesión de Enfermería.

Cynthia Karola

DEDICATORIA

A **Dios** por darme la vida, por bendecirme día a día y ayudarme a ser fuerte frente a las adversidades de la vida, sobre todo por ser la luz y guía en mí caminar.

En especial a mí amada madre **Lucia** por su amor y paciencia en todo momento, por confiar en mí como persona, hija y sobretodo como profesional. A mis queridos tíos, por el apoyo incondicional que me brindaron durante mis años de estudio.

A mi señor padre, por los buenos consejos brindados para seguir adelante y ser perseverante en lo que más anhelo en esta vida y sobre todo a mi sobrinita hermosa **María Irene** por ser el motor y motivo para luchar por mis metas.

Lucía Roxana Josefa

RECONOCIMIENTO

Queremos reconocer de manera muy especial a todas las instituciones y personas que de una forma u otra contribuyeron en el desarrollo de la presente investigación, la misma que fue realizada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, por su disposición de brindarnos todas las facilidades administrativas, para cumplir con los requisitos pertinentes en el desarrollo de la tesis.

A las autoridades del Hospital III EsSalud de Iquitos, por la autorización y todas las facilidades que nos han brindado para la recolección de los datos.

A los Miembros del Jurado Calificador, conformado por la Dra. Angela Rodríguez Gómez como Presidenta, Dra, Luz Avelina Cubas Pérez De Pacheco como Miembro y Dra. Marina Guerra Vásquez como Miembro; asimismo a la Dra. Elva Lorena Reátegui del Castillo quien formó parte del jurado en las primeras etapas de desarrollo de la tesis, por sus valiosos aportes en el desarrollo de la tesis que contribuyeron con su adecuada culminación.

A la Dra. Marina Guerra Vásquez, nuestra asesora por brindarnos su constante apoyo durante la realización de nuestra tesis, motivándonos constantemente.

Al Mgr. Eliseo Zapata Vásquez, por la asesoría estadística brindada durante el desarrollo de la tesis.

A cada uno de nuestros docentes de la facultad, por las enseñanzas brindadas a lo largo de nuestra formación profesional universitaria.

A todo el personal administrativo de la Facultad de Enfermería, por brindarnos su apoyo y todas las facilidades de acuerdo a nuestros requerimientos.

INDICE DE CONTENIDO

Página

CAPÍTULO I: INTRODUCCION Y OBJETIVOS

1. Introducción ……... 01
2. Planteamiento del Problema...…… 04
3. Objetivos……..... 05

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

1. Marco Teórico…… 06
2. Definiciones operacionales…… 31
3. Hipótesis……. 32

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

1. Método de investigación…….……. 33
2. Población y muestra ……... 34
3. Técnicas e instrumentos……. 35
4. Procedimiento de recolección de datos……. 36
5. Análisis de datos……. 37
6. Limitaciones…… 37
7. Protección de los derechos humanos……. 38

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

1. Resultados ……. 39
2. Discusión……..... 46
3. Conclusiones……... 48
4. Recomendaciones……... 49
5. Referencias bibliográficas…….. 50

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

N°	TÍTULO	PAG.
1	CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA DE LAS MADRES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD, PUNCHANA 2016.	39
2	ÉXITO EN EL INICIO DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD, PUNCHANA 2016.	40
3	RESPUESTAS CORRECTAS EN LOS ÍTEMS DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD, PUNCHANA 2016.	41
4	REGISTRO DE LA FRECUENCIA DEL ÉXITO EN INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD, PUNCHANA 2016.	42
5	CONOCIMIENTO Y ÉXITO EN EL INICIO DE LACTANCIA MATERNA, EN MADRES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD, PUNCHANA 2016.	43

CAPITULO I

INTRODUCCION

Las bases para el crecimiento y desarrollo de las potencialidades del ser humano se asientan antes del nacimiento, por ello la futura madre debe tener las mejores condiciones físicas y emocionales antes del embarazo, realizar el control prenatal una vez embarazada, que el parto se realice en las condiciones apropiadas de higiene, seguridad y que sea educada sobre lactancia materna como la fuente que ofrece la nutrición perfecta para el bebé, provee protección inmunológica contra algunas enfermedades (infecciones respiratorias, alergias, enfermedades del intestino, meningitis, síndrome de muerte súbita del lactante, diarrea y neumonía) y mejora el vínculo madre-hijo; asimismo, el amamantamiento beneficia a la madre aumentando su autoestima como mujer y madre, reduce riesgos de fracturas, osteoporosis, cáncer de mama, endometrio y ovario, evita el embarazo de forma natural, asegurando que el cuerpo de la madre se recupere y prepare lo suficiente para los nacimientos futuros. [1]

A nivel mundial, algunos países europeos muestran altas tasas de lactancia materna, como Noruega con un 98% de niños que lactan el primer mes de vida, 82% hasta 6 meses y 46% hasta 12 meses, debido a las políticas e iniciativas promovidas por el gobierno que facilita la lactancia materna mediante permisos de maternidad y paternidad prolongados, trabajos a tiempo parcial para la mujer con hijos pequeños, pausas en la jornada laboral para amamantar, alto nivel de formación en lactancia materna del profesional de salud y hospitales con la acreditación Iniciativa Hospital Amigo de los Niños; pero, otros están por debajo de las recomendaciones de los organismos internacionales, como España donde 64,8% niños lactan durante el primer mes de vida, pero desciende a 24,8% a los 6 meses y a 7,2% a los 12 meses, porque el cuidado de los niños queda a cargo de niñeras, sus abuelos o en guarderías. El adecuado conocimiento materno sobre la lactancia materna se asocia de forma positiva con el inicio y duración de la lactancia materna, y es responsabilidad de los profesionales de la salud con alto nivel de formación en lactancia materna. [2]

Al respecto, en América Latina y el Caribe, a pesar de que se reconocen los beneficios del inicio de la lactancia materna en la primera hora de vida para reducir la mortalidad neonatal, solo 50% de recién nacidos reciben este beneficio, incluso en tasas de tan solo 26,4% muy diferente a las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la OMS. Así el año 2013, los países con niveles más altos de lactancia materna fueron: Perú con 71%, Uruguay con 65% y Bolivia con 60%, e incluso algunos países aún se resisten al cambio, como México con 19%, Paraguay con 24%, Honduras y El Salvador con 31%, Haití con 40%, Brasil con 41% y Colombia con 43%. [3]

Por otro lado, en el Perú la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES, 2015), reporta 36,655 mujeres en edad fértil (15 a 49 años), 99% de niños de ambos sexos que han lactado alguna vez, 99,2% del sexo masculino y 98,9% femenino, 99,3% en el área rural y 98,9% en la urbana, es decir que la lactancia materna sigue siendo una práctica generalizada con muy alta prevalencia en el país. En cuanto al inicio de la lactancia materna, 54,3% empezó a lactar dentro de la primera hora de nacido y 92,6% dentro del primer día, es decir hay un inicio adecuado de lactancia materna (primera hora de nacido), 77,3% madres fueron atendidas en casa, 65,2% de niños tuvieron lactancia materna exclusiva, 6,3% niños entre seis a nueve meses continuaban con lactancia materna exclusiva; y referente a la educación, 75,5% fueron niños de mujeres sin educación y 39,4% de madres con educación superior. [4]

Por otro lado, el abandono de la lactancia materna durante las tres primeras semanas posparto, aumenta a los 45 días postparto coincidiendo con el término del periodo de licencia laboral posnatal, afectando su continuidad. La consejería nutricional que incluye a la lactancia materna es parte del paquete de atención integral de salud de la gestante y de su niño por nacer durante el control prenatal y en el puerperio inmediato; por tanto, es importante realizar una real y correcta evaluación del resultado de las intervenciones educativas sobre lactancia materna que realizan los profesionales en el conocimiento y las dificultades que tienen las madres para no dar lactancia materna a sus bebés aún dentro de la primera hora del nacimiento y en el

primer día de nacido, cuyos beneficios son óptimos para el niño y la madre, para lo cual se necesita aplicar estrategias e intervenciones que promocionen la lactancia materna y realizar una evaluación periódica de los resultados obtenidos orientados hacia el éxito de la lactancia materna con acciones coordinadas entre sí, donde los establecimientos de salud y los profesionales trabajen en la misma dirección. [4]

En cuanto a la región Loreto, se registraron 657 niños en general y de ellos 99,3% lactó alguna vez; de los últimos nacidos vivos que lactaron alguna vez, 71,7% empezó la lactancia inicial dentro de la primera hora de nacido, 97,2% durante el primer día de nacido y 16,3% recibió algún alimento antes de empezar a lactar, siendo la duración promedio de la lactancia materna exclusiva de cinco meses y medio. Esta realidad sobre la práctica de la lactancia materna podría estar relacionada con la falta o deficiente consejería, pero también con el conocimiento deficiente sobre lactancia materna de las madres sea durante el embarazo o durante el puerperio restando efectividad en el inicio, duración y exclusividad. [4]

Los resultados obtenidos, constituyen aportes valiosos en primer lugar para los profesionales de la salud de la Empresa Social de Salud (Essalud) que atienden a la mujer gestante y su niño por nacer para fortalecer la consejería sobre lactancia materna y contribuir a su éxito con el incremento de la lactancia materna; a la facultad de enfermería para aplicarlos en la formación profesional; y a los investigadores para que lo utilicen como marco de referencia y antecedentes para otras investigaciones. Por lo expuesto, nos motivamos a plantear la siguiente interrogante: ¿Existe asociación entre conocimiento y éxito en inicio de la lactancia materna, en madres en etapa de puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital III Essalud, Punchana 2016?

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre conocimiento y éxito en inicio de la lactancia materna, en madres en etapa de puerperio inmediato, atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital III Essalud, Punchana 2016?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación que existe entre el conocimiento sobre lactancia materna y el éxito en el inicio de lactancia materna, en madres en etapa de puerperio inmediato, atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital III Essalud, Iquitos 2016.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el conocimiento sobre lactancia materna, que tienen las madres en etapa de puerperio inmediato, atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital III Essalud, Iquitos 2016.

2. Identificar el éxito en inicio de la lactancia materna de las madres en etapa de puerperio inmediato, atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital III Essalud, Iquitos 2016.

3. Asociar el conocimiento sobre la lactancia materna y el éxito en inicio de la lactancia materna, en las madres en etapa de puerperio inmediato, atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital III Essalud, Iquitos 2016.

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES

Entre algunas investigaciones revisadas que guardan relación con las variables del estudio, encontramos a:

Galindo LF. (Guatemala, 2013), quien en su estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en el inicio, duración, intensidad y tipo de lactancia materna, en una muestra de 78 madres, encontró que: en cuanto a conocimientos, 100% de madres coinciden en que la lactancia materna es el mejor alimento para sus hijos, de ellas 41,03% cree que es importante dar de lactar de forma exclusiva por seis meses y 13% considera que no hay diferencia entre utilizar leche materna o sucedáneos; concluyendo que los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres influyen en el inicio, duración, intensidad y tipo de lactancia materna. [5]

Por otro lado, Guerrero JL, Vera JE. (Ecuador, 2013), en su estudio sobre nivel de conocimientos en lactancia materna en madres adolescentes, en una muestra de 100 adolescentes, obtuvieron que: respecto al nivel de conocimientos sobre lactancia materna, 55% obtuvo nivel de conocimientos 1 o malo, 19% nivel 2 o regular, 21% nivel 3 o bueno y 5% nivel 4 o excelente. [6]

Navarro C. (España, 2013), en su estudio sobre prevalencia de lactancia materna exclusiva y su abandono a los dos meses en puérperas pertenecientes a las comarcas de La Jacetania y Alto Gállego, en una muestra de 19 mujeres, a quienes aplicó tres encuestas (al alta hospitalaria, al mes y a los dos meses), obtuvo que: 89,5% (17) de madres puérperas iniciaron lactancia materna exclusiva alta y 10,5% (2) lactancia artificial; la prevalencia de las que iniciaron lactancia materna exclusiva al mes fue de 82,4% y a los dos meses 73,7%;

concluyendo que, los resultados obtenidos se encuentran en la línea de los objetivos que marca la OMS de dar lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida. [7]

Martínez JM. (España, 2013), en su estudio sobre impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido, entre enero 2011 a enero 2012 en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, Complejo Hospitalario Universitario de Jaén, Hospital de El Poniente en El Ejido y Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda, en una muestra de 507 mujeres primíparas, obtuvo que: 68,65% acudieron al programa de educación maternal y 5% de mujeres que participaron en el estudio dejaron de asistir; que existe asociación positiva entre la educación maternal con un profesional diferente a la matrona y un menor inicio precoz de la lactancia materna, entre la educación maternal y el inicio precoz de la lactancia materna y el mantenimiento de esta a los dos meses de vida del bebe; concluyendo que, la falta de oferta del programa de educación maternal dentro del centro sanitario fue el principal motivo para que las mujeres no lo realizaran, que las madres que realizaron la educación maternal iniciaron con mayor frecuencia la lactancia materna de forma precoz y mantuvieron la lactancia materna exclusiva en mayor proporción hasta los dos meses de vida del recién nacido. [8]

Aznar FE, Salazar S, Delgado X, Cani T, Cluet I. (Venezuela, 2012), en su estudio sobre evaluación del conocimiento de las madres sobre lactancia materna en las áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo, en una muestra de 502 madres, obteniendo como resultados que: en cuanto a la lactancia materna, 90,64% de las madres amamantaron a sus hijos y 9,36% no lo hizo; respecto al inicio de la lactancia materna, 5,93% inició la lactancia materna en la primera hora del postparto y 94,07% lo inició en el primer día o en las primeras 24 horas; concluyendo que la proporción de madres que practican la lactancia materna es alta. [9]

Por su parte, el Ministerio de Salud de la Nación / UNICEF. (Argentina, 2011) en un estudio realizado sobre lactancia materna y su importancia en la iniciativa maternidades seguras y centradas en la familia (MSCF), en una muestra conformada por 38 maternidades, encontró que: 95% de recién nacidos inició lactancia materna al nacimiento y 5% no inició el amamantamiento por motivos que no están medicamente contraindicadas con la lactancia; de los que iniciaron lactancia materna, 57% inició el amamantamiento en la primera hora después del nacimiento y 87% inició durante el primer día de vida. [10]

Cardoso I, Toso P, Valdés V, Cerda J, Manríquez V, Paiva G. (Chile, 2010), en su estudio de cohorte concurrente, sobre introducción precoz de sustitutos de lactancia materna e incidencia de lactancia materna exclusiva al mes de vida, en una muestra de 211 madres y sus niños recién nacidos a término, conformada por dos cohortes por conveniencia (una de recién nacidos no-suplementados y otra de recién nacidos suplementados sea con fórmula láctea o suero glucosado al 5%, administrados por mamadera e indicados por el equipo de salud tratante), obtuvieron como resultados que: 51,18% de recién nacidos iniciaron lactancia materna (no-suplementados) y 48,81% no iniciaron y fueron suplementados; al primer mes de vida, 40,0% de recién nacidos suplementados y 25,7% recién nacidos no-suplementados habían dejado de recibir lactancia materna exclusiva; concluyendo que la suplementación precoz de recién nacidos sanos se asocia a un mayor riesgo de cese de la lactancia materna exclusiva al mes de vida y los recién nacidos suplementados presentaron 55% más riesgo de cese de lactancia materna exclusiva en comparación a los no-suplementados. [11]

Por su parte, García LA. (Perú, 2015), en un estudio descriptivo sobre nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva, en el Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo Bajo, Independencia, en una muestra de 60 madres, obtuvo como resultados que: 51,7% tenía nivel de conocimiento medio, 41,7% conocimiento bajo y 6,7% conocimiento alto; concluyendo que un alto porcentaje de madres presentó un nivel bajo de conocimientos acerca de la lactancia materna

exclusiva, por tanto, se necesita el desarrollo y establecimiento de programas que permitan educar a esta población y a las futuras madres lactantes. [12]

También, Palacios EL. (Perú, 2015), en su estudio sobre conocimientos y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que se atendieron en el Centro de Salud Coishco, Áncash. 2012, en una muestra de 64 madres primíparas, encontró que: respecto al nivel de conocimientos, 29,5% de las madres primíparas presentó nivel de conocimiento bueno sobre lactancia materna exclusiva, 45,3% conocimiento regular y 25% nivel de conocimiento deficiente. [13]

Coronado NE, Vásquez YR. (Perú, 2015), en su estudio sobre conocimiento sobre lactancia materna y prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes, en una muestra de 107 madres puérperas, encontraron que: 54,21% presentaron nivel medio de conocimientos, 25,23% nivel alto y 20,56% nivel bajo; concluyendo que el nivel de conocimientos de las madres puérperas fue el nivel medio. [14]

Márquez F, Vargas N, Chunga J, García V. (Perú, 2014), en su estudio sobre efectividad del programa educativo “amamántame mamita” y nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva-Moche 2013, en una muestra de 55 madres, encontraron que: 96,4% de las madres obtuvieron un nivel medio en conocimientos sobre lactancia materna, el 3,6% mostró nivel bajo de conocimientos y 0,0% nivel de conocimientos alto. [15]

Delgado LJ, Nombera FM. (Perú, 2013), en su estudio sobre nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva, Chiclayo, 2012, en una muestra de 124 madres, encontraron que: 48,4% de madres presentaron un nivel medio de conocimientos, 41,1% nivel de conocimientos bajo y 10,5% de madres tuvo nivel de conocimientos alto. [16]

En cuanto a Vásquez R. (Perú, 2012), en su estudio sobre conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luís, en una muestra conformada por 60 madres de niños menores de 6 meses, obtuvo como resultados que: 40% tenía conocimiento medio, 16,7% conocimiento bajo y 43,3% tenía conocimiento alto. [17]

Basadre C, Bello H, Benavides JI, Bravo M, Carranza E. (Perú, 2010), en su estudio sobre lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora, en una muestra de 100 puérperas, encontraron que: 72% de madres mostraron un elevado nivel de autoeficacia para la lactancia materna, 26% un nivel medio y 2% un nivel bajo; hubo asociación estadísticamente significativa entre el control prenatal y el puntaje de autoeficacia para la lactancia materna ($p < 0.05$); concluyendo que, los niveles alcanzados por la población estudiada fueron altos, ser menor de 20 años, soltera, primípara y menor número de control prenatal, aumentan el riesgo para que la lactancia no sea exitosa. [18]

Por otro lado, no tuvimos acceso a antecedentes de investigaciones realizadas a nivel regional o local, en consecuencia los resultados que obtengamos en la presente investigación quedan como estos antecedentes.

1.2. BASES TEORICAS

A. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

Generalidades

A fines del siglo XIX, la industrialización de los alimentos buscaba un producto para sustituir o reemplazar a la lactancia materna porque la mujer empezó a incorporarse al trabajo remunerado, el surgimiento de cambios en el patrón de la alimentación infantil por las industrias de alimentos infantiles, el parto institucionalizado, la adopción de prácticas y rutinas inadecuadas en los

servicios de maternidad que separaban a la madre e hijo postparto; que han llevado a la disminución del inicio de lactancia materna y a la pérdida de enseñanza de la lactancia de una generación a otra, con mujeres que daban a luz sin tener las habilidades ni la confianza para amamantar a sus bebés por no haberlo visto en otras mujeres, causando aumentó de las infecciones, desnutrición y muerte, sumándose a ello, la falta de información a las madres por parte del personal de salud sobre la lactancia, la publicidad y la promoción indiscriminada de los sucedáneos de la leche materna en los servicios de salud; por ello, la 27ª y la 31ª Asamblea Mundial de Salud (1974 y 1978) recomendó a los estados miembros a adoptar medidas correctivas de regulación de la promoción de esos productos. [17]

En 1981 la OMS/UNICEF aprobó el Código Internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna, que el Perú adoptó en 1982 como primer país de Latinoamérica, con fuerza de ley en el primer Reglamento de Alimentación Infantil (DS N° 020-82). En 1989, la OMS/UNICEF suscriben la declaración conjunta sobre "Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna", instando a todos los sectores de la sociedad, especialmente a los servicios de salud, dar acceso a la educación de los padres sobre lactancia materna y apoyar su práctica. En 1990, en Florencia, 32 países firman la Declaración de Innocenti, que insta a los gobiernos a adoptar el Código internacional, a dar leyes y medidas para proteger la maternidad y los derechos de las madres trabajadoras, para que en 1995 todas las maternidades del mundo cumplan los Diez Pasos hacia la Lactancia Exitosa. [18]

Asimismo, el año 2002 la Asamblea Mundial de la Salud y UNICEF respaldan la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño con el objetivo de mejorar el estado nutricional, el crecimiento y desarrollo, la salud y la supervivencia de los lactantes y niños pequeños, la lactancia materna exclusiva por 6 meses, seguida de alimentación complementaria oportuna, adecuada, segura y apropiada, mientras continúa el amamantamiento por dos años y más. [19]

Definición de Conocimiento

El conocimiento, es la facultad del ser humano que consiste en obtener o conseguir un conjunto de información, datos o una noticia acerca de algo o de un objeto, para comprender por medio de la razón, la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. La información es almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori) o a través de la introspección (a priori). El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo). La ciencia considera que para alcanzar el conocimiento, es necesario seguir un método. El conocimiento científico no sólo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, sino que también debe ser probado mediante el método científico o experimental. [20]

Asimismo, el conocimiento, se origina de tres doctrinas epistemológicas, que son:

- El Racionalismo: que sostiene que la causa principal del conocimiento reside en el pensamiento, en la razón. Afirma que un conocimiento solo es realmente tal, cuando posee necesidad lógica y validez universal. Es guiado por la idea determinada, por el conocimiento ideal.
- El empirismo: que aparece en oposición al racionalismo, afirmando que la única causa del conocimiento humano es la experiencia, que la conciencia cognoscente no obtiene sus conceptos de la razón, sino exclusivamente de la experiencia, pues el espíritu humano por naturaleza, está desprovisto de todo conocimiento. Se origina en los hechos concretos.
- Apriorismo: que surge como un esfuerzo de intermediación entre el racionalismo y el empirismo, afirmando que la razón y la experiencia se deben al conocimiento, establece que el factor cognoscitivo procede de la razón y no de la experiencia. [20]

Por su parte, el ser humano puede captar o conocer un objeto en tres niveles diferentes que son:

- Conocimiento Sensible: que consiste en captar un objeto o imágenes por medio de los sentidos y almacenarlo en nuestra mente con color, figura y dimensiones, siendo los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. El conocimiento sensible es singular.

- Conocimiento Conceptual: que consiste en representaciones invisibles, inmateriales (no hay colores, dimensiones ni estructuras universales), pero universales y esenciales. El conocimiento conceptual es universal.

- Conocimiento Holístico: también llamado intuitivo, porque intuye a un objeto, que significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (holos significa totalidad en griego). La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en las estructuras. El primero carece de estructuras, o por lo menos, tiende a prescindir de ellas. El concepto, en cambio, es un conocimiento estructurado. Debido a esto, lo percibido a nivel intuitivo no se puede definir o delimitar, se capta como un elemento de una totalidad, se tiene una vivencia de una presencia, pero sin poder expresarla adecuadamente. [20]

Es decir, que el intercambio de información entre el prestador de un servicio y el usuario, proporciona conocimientos, despeja dudas o ideas equivocadas y contribuye al mejoramiento de la salud del usuario. Por tanto, la capacidad de comprensión del usuario que inquiere información y la capacidad de la persona que brinda esta orientación o información, así como la empatía entre ambos, es determinante para garantizar la idoneidad del procedimiento de comunicación interpersonal y la satisfacción de los usuarios/as, porque se brinda la información necesaria a las personas, además de brindarle apoyo para el análisis

de sus circunstancias individuales y así logre tomar o confirmar sus decisiones voluntarias e informadas de forma satisfactoria. [20]

La educación, es un proceso sociocultural permanente por el cual las personas se van desarrollando para beneficio de sí mismas y de la sociedad, mediante una intervención activa e intencionada en los aprendizajes, que se logran por interacción en ámbitos de educación formal e informal en la vida social, dentro de un proceso multidireccional de gran complejidad. Es en particular un proceso de formación que incluye la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades, intereses, actitudes y potencial para la acción en un contexto social, donde se amplía la conciencia crítica y se evidencian cambios de conducta. [20]

Lactancia Materna (LM)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la lactancia materna como una forma de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes, también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. La lactancia materna es a la vez un acto natural y un comportamiento que se aprende, por ello las madres u otras cuidadoras necesitan un apoyo activo para instaurar, ejercer y mantener un amamantamiento adecuado, porque la leche materna es el primer alimento natural de los niños. Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida;
- Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua;
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche;
- No utilizar biberones, tetinas o chupetes. [21]

Beneficios de la Lactancia Materna

La OMS afirma que los beneficios o las ventajas sanitarias de la lactancia materna, son entre otras:

- Proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante los primeros meses de vida y sigue aportando al menos la mitad de las necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.
- Reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad.
- Favorece la inmunidad, protegiendo al bebé de enfermedades infecciosas agudas y crónicas.
- Promueve un mejor desarrollo intelectual (sensorial y cognitivo)
- Menor riesgo de muerte súbita del lactante
- Favorece el vínculo madre-niño
- Contribuye a la salud y el bienestar de la madre, pues la lactancia materna aumenta el nivel de oxitocina lo que disminuye las hemorragias posparto y acelera la involución uterina; las madres recuperan con más rapidez el peso que tenían antes del embarazo; retrasa la reanudación de la ovulación con mayor distanciamiento entre los embarazos; mejora la remineralización ósea postparto; reduce el riesgo de cáncer ovárico y de mama premenopáusico; además incrementa el ahorro en gastos de alimentación del lactante durante el primer año de vida. [22]

Por ello, la OMS y el UNICEF elaboraron un curso de capacitación sobre consejería en lactancia materna y un curso integrado de asesoramiento sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños, con la finalidad de capacitar o impartir competencias a los profesionales de la salud para que sean capaces de prestar un apoyo competente a las madres que estén amamantando, ayudarlas a superar dificultades, fomentando la lactancia materna. [23]

Conocimiento sobre Lactancia Materna

El conocimiento sobre la lactancia materna, está referido a un conjunto de información o datos acerca de las ventajas o beneficios de la lactancia materna, posiciones correctas para amamantar al niño, experiencias de amamantamiento, la influencia positiva para el niño y la madre, entre otros detalles, para llegar a su entendimiento y formarse una idea correcta en el proceso de preparación que debe tener toda mujer embarazada para desempeñar esa importante función con sus futuros hijos. Un mejor conocimiento de los beneficios de la LM mediante la educación en salud, está asociado al inicio temprano y a una mayor duración de la misma. El espacio en donde se puede brindar conocimientos sobre la lactancia materna, puede ser el establecimiento de salud o el hogar y en cualquiera de los casos se deben identificar las necesidades de la gestante, puérpera o de la madre, teniendo en cuenta el contexto familiar y comunal, pues constituyen el entorno natural en el cual ella se desenvuelve. Por otro lado, el conocimiento sobre la lactancia materna proviene del proceso de consejería en lactancia materna. [24]

Por lo tanto, la consejería sobre lactancia materna, es un proceso educativo comunicacional realizado por el personal de los establecimientos de salud capacitados en consejería y en lactancia materna, que brinda información y apoyo oportuno a la gestante, puérpera y/o madre en relación a su lactancia, de acuerdo a sus necesidades, para que sea capaz de tomar su propia decisión acerca del amamantamiento de sus hijos. [25]

Asimismo, la consejería en lactancia materna es considerada como una intervención efectiva para la reducción de la Desnutrición Crónica Infantil (DCI), por parte del personal profesional de los establecimientos de salud; es una habilidad de comunicación que sirve para escuchar a la madre, hacerla sentir segura y tener confianza en sí misma; respetando sus sentimientos, pensamientos, creencias y cultura, sin decirle lo que debería hacer ni presionarla a realizar alguna acción en particular, ayudando a la madre a tomar conciencia de la responsabilidad de la crianza de un hijo porque puede ocasionar temor y

ansiedad en las madres, especialmente en las primíparas y puede perturbar la lactancia; pero, cualquiera que sea la condición de la mujer (primípara, experiencia anterior negativa, presencia o no de la pareja, disponibilidad o no de apoyo familiar, comunal, etc., el desafío del profesional de salud será contribuir a una lactancia materna exitosa mediante la continuidad y oportunidad en la consejería y a una experiencia gratificante para el desarrollo personal de la propia madre. [26]

Evaluación del Conocimiento sobre Lactancia Materna

El conocimiento de la madre sobre la lactancia materna, debe ser evaluado por el consultante y el consejero, para comprobar los logros obtenidos y se debe medir además su efectividad e impacto como acción en salud. Se debe tener en cuenta al evaluar el proceso de consejería, que el cambio es un proceso en pico, no lineal, por lo tanto se debe esperar avances, retrocesos y caídas. [26]

Así, Palacios EL. (Perú, 2015), en su estudio sobre conocimientos y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas, calificó al nivel de conocimientos sobre lactancia materna, como bueno, regular y deficiente. [13]

B. ÉXITO DE INCIO DE LA LACTANCIA MATERNA

Definición de Lactancia Materna

La lactancia materna en el marco de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño de la OMS, es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes. [27]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna como la ingesta de leche materna, lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno, es un acto fisiológico, instintivo, herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie. Es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que

necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, pues las propiedades que posee resultan indispensables para el desarrollo saludable, pasada dicha etapa la lactancia materna debe mantenerse, junto a la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros mediante la alimentación complementaria en forma progresiva, y debería mantenerse al menos hasta los 2 años de vida, incluso continuar sin límite de tiempo si la madre y el niño lo deciden, pues a partir del año la leche materna se vuelve más rica en grasas y otros nutrientes lo que permite complementar una dieta cada vez más diversificada de los niños a partir de dicha edad. [27]

Beneficios de la Lactancia Materna

La lactancia materna está ligada a la supervivencia de la especie humana, sus beneficios son múltiples, como los nutricionales porque está compuesta de nutrientes esenciales, factores de crecimiento, hormonas, enzimas; inmunitarios porque posee factores inmunitarios; intelectuales porque incrementa el coeficiente intelectual; psicológicos porque favorece el vínculo afectivo entre la madre e hijo que proporciona confianza y seguridad entre ambos; así como beneficios sociales, económicos y medioambientales, porque no supone un gasto económico que se añade a la familia ni contaminación del medio ambiente como cuando se usan biberones; es decir, es el alimento más completo y seguro, que se asocia a la disminución del riesgo de diarrea, infecciones respiratorias, otitis, muerte súbita del lactante y enfermedades crónicas como diabetes mellitus y obesidad, y para la madre, supone una reducción del riesgo de padecer cáncer de mama, de ovario, osteoporosis en edad avanzada, anemia, entre otros. Por ello, el fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) emite la recomendación internacional de promover y garantizar condiciones para una lactancia materna exclusiva desde el instante del nacimiento y hasta los seis meses de edad. [28]

Iniciativas Políticas de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna

Se han aprobado diversas iniciativas y estrategias a nivel mundial con el fin de proteger, promover y apoyar a la lactancia materna, que conforman la base de las intervenciones que se realizan respecto de la alimentación de los lactantes y constituyen un marco legal y de actuación para organismos internacionales, gobiernos, servicios de salud, profesionales de la salud y sociedad.

Así tenemos:

- El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna (1981): aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud, con el objetivo de proteger y fomentar la lactancia materna regulando la comercialización de productos sucedáneos de la leche materna como biberones, chupetes y tetinas. Impide la promoción y publicidad de sucedáneos, además de asegurar que las madres reciben una información adecuada de los productos de nutrición infantil.

- Por otro lado, la Declaración de Innocenti sobre la Protección Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna, promulgada en 1990) en reunión conjunta de la OMS y UNICEF sobre "La lactancia materna en el decenio 1990: una iniciativa a nivel mundial" en Florencia y ratificada el año 2005, para instar a los gobiernos de todo el mundo a adoptar las medidas necesarias para conseguir una "cultura de la lactancia materna". Se declara como meta de salud a nivel mundial la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

- Asimismo, la "Baby Friendly Hospital Iniciative (BFHI) (1991): elaborada conjuntamente por OMS/UNICEF, como respuesta a la Declaración de Innocenti y para dotar a los servicios materno infantiles de prácticas seguras basadas en la evidencia científica que posibiliten el derecho de las madres a decidir sobre la alimentación de sus hijos, con información y atención de máxima calidad.

- También, la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (2002): desarrollada por la OMS y UNICEF como guía para la adopción de las medidas necesarias para asegurar una correcta nutrición, como una obligación y responsabilidad de los gobiernos en su ejecución.

- Finalmente, la Iniciativa del Hospital Amigo de los Niños (BFHI): es un proyecto internacional impulsado por la OMS y UNICEF que brinda acreditación en la capacitación a los profesionales de la salud para apoyar y proporcionar información basada en la evidencia científica a todas las madres, para que tomen decisiones libremente en cuanto al cuidado y alimentación de sus hijos. Su objetivo es promocionar, proteger y apoyar la lactancia materna como la herramienta más eficaz para aumentar las tasas de inicio y duración de la lactancia materna. [29]

Definición de Éxito en el Inicio de la Lactancia Materna

El éxito en el inicio de la lactancia, es la decisión de la madre de dar el pecho o leche materna a su hijo/a desde el momento mismo del nacimiento o dentro de la primera hora o bien dentro del primer día de nacido, en base al conocimiento científico y práctico otorgado por los profesionales de la salud, que tiene un peso muy importante. Uno de los factores negativos más influyentes en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna es la escasa formación teórico-práctica de los profesionales de la salud complementada con la nula o escasa información que brindan durante la atención prenatal, durante el parto y puerperio y en la etapa posnatal. [30]

El éxito de la lactancia materna está condicionada por múltiples factores relacionados con la madre, el niño/a, el ambiente físico y el ambiente psicológico que rodean este importante proceso. La actitud positiva, el nivel de sensibilización y el conocimiento de los aspectos técnicos por parte de la madre que amamanta, pueden servir de ayuda y ser decisivos para ello desde el momento mismo del nacimiento. Es importante que la madre que amamanta

tenga una alimentación adecuada, ya que la lactancia es una etapa de la vida de la mujer en la cual sus necesidades nutricionales son superiores a las requeridas en otro momento de su ciclo vital y amerita reponer las sustancias nutritivas utilizadas en la producción de la leche; así como consumir de dos a tres litros de líquidos diariamente; para satisfacer las necesidades de calcio, debe consumir dos tazas de leche por día o sustituirla por algunos derivados como el yogurt, queso u otros. No debe ingerir café, alcohol, consumir drogas o fumar y si requiere de medicamentos, deben ser indicados por el médico. [30]

Desde las primeras horas de nacido, el bebé está listo para ser alimentado por primera vez, sea que la madre opte por amamantarlo o no. Amamantar puede ser lo más natural del mundo, aunque no siempre es sencillo, puede ser una tarea difícil al principio y tomar tiempo a la madre y al bebé acostumbrarse, porque es la primera vez para ambos, es una experiencia diferente para cada mamá e hijo. La leche materna que fluye por primera vez es una sustancia especial llamada calostro, es un fluido de color amarillento repleto de proteínas y anticuerpos que fomentan la inmunidad, y son lo mejor para el bebé. [31]

Inicio de la Lactancia Materna con Éxito

Para que la lactancia materna tenga un inicio con éxito, es necesario hacerlo de forma adecuada y tener en cuenta los siguientes aspectos:

a) Buena Información durante el Embarazo: es necesario contar con la asesoría o consejería del profesional de salud, para conocer todos los detalles sobre la lactancia, aprender y asegurar una buena técnica de amamantamiento y un buen acoplamiento boca-pezón-areola. Amamantar no debe doler, si es así corregir y al finalizar el pezón no debe estar deformado o aplastado, pues indicaría que no llega al paladar blando del recién nacido sino que está mal acoplado. Asimismo, conocer la experiencia de otras madres y asistir a talleres en los que se explique sobre las posturas y técnicas para dar el pecho, ayuda a la madre a estar más relajada sobre todo en los primeros días de la lactancia que en muchos casos son los más difíciles.

b) Practicar el contacto temprano piel a piel en la sala de partos: colocando al recién nacido sobre la madre el tiempo necesario para la primera interrelación del binomio madre-niño incluyendo el inicio de la lactancia materna en la primera hora después del parto que favorece la recuperación de la madre y del recién nacido. Si en el momento del nacimiento se coloca al recién nacido en el pecho de su madre piel con piel, este buscará de forma instintiva el pecho de su madre para alimentarse, lo que facilita que mame de la forma correcta, beneficiando a ambos.

c) Facilitar el alojamiento conjunto madre-niño: porque cada binomio tiene su propio tiempo, por ello al inicio la lactancia debe ser frecuente y sin horarios es decir a libre demanda, pues el bebé tiene diferentes necesidades a lo largo del día y después con el paso del tiempo, marca su propia pauta o ritmo de lactada. Pero, una lactancia de más de 20 minutos por lado indica que la mamada no está siendo efectiva.

d) Colocar y separar bien al Lactante al dar el pecho: conocer la técnica adecuada es muy importante. La mayoría de dificultades que se presentan durante la lactancia son a consecuencia de mala técnica y de mala sujeción del bebé, que puede ocasionar lesiones (grietas e irritaciones) originando mastitis por insuficiente succión del bebé y congestión del pecho. La manera correcta de colocar al bebé es que la boca cubra todo el pezón, la areola debe quedar centrada para que la succión sea uniforme y la nariz no separada más de un centímetro del pecho de la madre, y para separarlo del pecho una vez terminada la lactancia, no hacerlo directamente porque el vacío que genera al succionar puede lastimar la delicada piel del pezón, sino introducir el dedo meñique en la comisura de sus labios para que entre aire y el bebé se separe sin hacer presión.

e) Mantenerse bien Hidratada: esto es muy importante porque el 88% de la composición de la leche es agua, por ello la madre debe consumir alimentos

ricos en líquidos y beber al menos dos litros de agua al día para cubrir sus necesidades de hidratación. [32]

Importancia de la primera hora postparto para el éxito de la lactancia materna

El mejor lugar del mundo donde debe ser colocado un bebé recién nacido tras ser secado es sobre su madre, piel con piel, ninguna tela entre ambos, pero cubierto con una toalla. Los padres han esperado nueve meses por este momento tan importante en sus vidas, que nadie tiene derecho a interrumpirlo salvo que la vida de la madre o del bebé corra peligro. La madre embarazada adquiere una hiperosmia fisiológica (gran capacidad de oler) porque necesita oler a su bebé tras el parto y al hacerlo se incrementa la producción de oxitocina; asimismo, el elevado nivel de catecolaminas en un recién nacido de parto normal estimula el bulbo raquídeo y facilita la orientación olfatoria para iniciar la lactancia materna, mientras que los bebés nacidos por cesárea programada tienen bajos niveles de catecolaminas ocasionando mayor dificultad para oler y localizar el pecho, además de mayor riesgo de presentar distrés respiratorio; asimismo, el estar piel a piel sobre su madre mantiene la temperatura en mayor grado que los bebés colocados en incubadora o en cuna térmica, tienen la glicemia más alta, mejor saturación de oxígeno, ritmo cardíaco y respiratorio más estable, menos intensidad y duración del llanto. [33]

El paso de la cabeza del bebé por el canal del parto se acompaña de una liberación masiva de catecolaminas y noradrenalinas (las hormonas del estrés), que la madre desencadena en picos altos durante la fase de pujos haciéndole sentir desesperación (puede decir “no puedo”) y estrés que pasa por el cordón a la sangre del bebé haciéndole nacer en estado de alerta, con los ojos abiertos y todas sus capacidades en máxima funcionalidad, es decir que el bebé tiene un estrés del parto beneficioso que le dura un par de horas y que se resuelve con la estimulación vagal que causa el contacto piel con piel y la succión temprana. Asimismo, en el post nacimiento inmediato la madre tiene en su sangre las cifras

más altas de oxitocina y endorfinas y el bebé también porque estas sustancias pasan por el cordón umbilical durante el parto. Los dos se miran a los ojos, porque todos los bebés al nacer buscan contacto visual con su madre, aun si son colocados con la cabeza mirando hacia un lado, se mueven, cabecean y no paran hasta lograr ver el rostro de su madre y mirarla provocando apego intenso, dependencia y enamoramiento visceral mutuo de madre e hijo por el cóctel hormonal del amor conformado por la oxitocina y las endorfinas. [33]

Por otro lado, cuando el bebé es puesto sobre el abdomen de la madre primero permanece inmóvil por un rato y poco a poco va reptando hacia los pechos (mediante movimientos de flexión y extensión de las extremidades inferiores), toca el pezón, pone en marcha los reflejos de búsqueda, se dirige hacia la areola, que reconoce por su color oscuro y su olor, y tras varios intentos comienza a succionarla e iniciará la primera lactancia materna de forma instintiva, tarda un promedio de 40 minutos en hacerlo, algunos 15 minutos y otros a la hora y media. Los recién nacidos que pasan por este proceso o experiencia, tienen mayores probabilidades de éxito en la lactancia, en mamar correctamente, mayor duración de la misma, previniendo problemas de mal agarre o disfunciones orales, y las madres tienen menos problemas de grietas y mala posición. Esto es importante, porque lo primero que tiene un bebé en su boca crea impronta, por eso lo primero que debe tener en la boca es el pecho materno para no hacer esta impronta con un chupón o una tetina. [33]

Factores claves para el éxito de la experiencia lactante

Algunos factores claves para el éxito de la lactancia materna, son:

a) Armonía y dedicación las primeras seis semanas de vida del niño y posterior al parto de la madre: es clave para el éxito de la lactancia materna exclusiva porque biológicamente este es el período en que se establece el nivel de producción de la leche que el bebé requiere para su subsistencia y que será la misma que requerirá hasta los seis meses. Es hasta las seis semanas que las

hormonas de la madre lactante le permiten aumentar su producción. Ello requiere que la madre y el bebé tengan buena salud, descanso, suficiente tiempo juntos, que la madre se alimente bien y se encuentre lista para dar el pecho cada vez que el niño lo requiera, aceptar que el niño a veces quiere lactar no porque tiene hambre sino porque está aburrido, triste, cansado o sencillamente porque quiere sentir la cercanía del cuerpo de su madre o porque la acción de succionar le relaja. Estar dispuesta a ofrecer el pecho -incluso cuando la madre siente que ya no queda leche- permite estimular y establecer la producción necesaria para sostener la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

b) Información: Los bebés nacen sabiendo succionar o lactar, pero las madres no tienen ese mismo instinto. Aprender a dar de lactar desde el inicio requiere de información y del apoyo de profesionales que conocen las técnicas: posición cómoda para la madre y el niño; buen agarre del bebé al seno para evitar dolor a la madre; regular la producción de leche durante el día y la noche; establecer un ritmo de lactancia que permita a la madre e hijo obtener el descanso corporal requerido; reconocer una mastitis, entre otros.

c) Tecnología: la tecnología permite que otros miembros de la familia participen en la lactancia mediante el uso de extractores de leche para que otras personas puedan alimentar al niño mientras la madre descansa o hace otras tareas. La leche materna se conserva bien en la refrigeradora y puede durar mucho tiempo sin perder sus propiedades.

d) Apoyo Familiar: es la mejor red de apoyo donde otros miembros de la familia valoran y respetan el enorme esfuerzo de la madre. Asimismo, es clave contar con un lactario en el lugar de empleo para mantener la producción de leche. [34]

Papel del Profesional de Salud en el Éxito de la Lactancia Materna

El amamantamiento es un comportamiento que necesita ser aprendido a pesar de ser un acto natural, por ello es que se aúnan criterios mediante estrategias a nivel

mundial, con el fin de proteger, promocionar y promover la lactancia materna, ante cuyo éxito o fracaso los profesionales de la salud tienen un papel determinante. La necesidad de formación de profesionales de salud en general y de los que trabajan en el área materno infantil, es urgente porque es uno de los principales pilares del éxito de la lactancia, en primer lugar, concientizarlos sobre los beneficios de la lactancia materna, combinando conocimientos teóricos y prácticos, habilidades de comunicación con las madres durante el embarazo, parto y puerperio, que posibiliten la resolución de dificultades o problemas que surgen en el amamantamiento. [35]

Es necesario crear una red de profesionales especializados que formen a otros profesionales, con énfasis en aquellos que trabajan en el área de maternidad y pediatría; la creación de protocolos para realizar prácticas hospitalarias adecuadas con procedimientos correctos por parte de todos los profesionales para favorecer la instauración y mantenimiento de la lactancia materna. Ejemplo, no separar al recién nacido de su madre en cuanto nace, colocarlo en posición prono sobre el vientre materno sin ropa o piel con piel, cuidar las condiciones del ambiente, favoreciendo una atmósfera de silencio, tranquilidad e intimidad, que influyen en una mayor duración de la lactancia. Además, la explicación y apoyo de un profesional sanitario sobre la técnica de lactancia y la presencia del mismo durante la primera toma del bebé, se asocian con mayores tasas de éxito de la lactancia. [35]

El profesional de la salud, debe considerar que en el postparto la madre, puede:

1. Tener inseguridad o temor: a no tener leche suficiente, no saber amamantar, no saber identificar el llanto del bebé, pensar que se queda con hambre: Las acciones a realizar, son:
   a) Mantener a la madre y su bebé juntos día y noche hasta el alta (alojamiento conjunto).
   b) Brindar apoyo emocional, fortalecerá su seguridad y confianza en sí misma.

c) Involucrar la participación de la pareja o familiar de confianza de la madre.
d) Ayudarla a que se sientan bien en sus primeras experiencias con la lactancia, (darle apoyo positivo, no calificar a las mamas, pezones, ni al bebé).
e) Brindar explicación sencilla sobre las ventajas del calostro: es la primera vacuna (protege de gérmenes, alergias), su cantidad es suficiente para cubrir las necesidades del bebé y ayuda en la maduración del aparato digestivo.
f) No debe recibir suero glucosado ni fórmulas, excepto y únicamente por prescripción médica, registrada y sustentando en la historia clínica.
g) Comente con la madre y familiar cercano, los mitos y creencias relacionados a la lactancia materna, reforzando las positivas y corrigiendo las que no favorecen una lactancia exitosa.

2. Técnicas de Amamantamiento: Se consideran.

a) La Posición: incluye.
   - Observar la mamada y ofrecer apoyo.
   - Ayudarlos a estar cómodos y muy juntos “barriga con barriga”.
   - Madre sentada: columna recta, rodillas ligeramente elevadas, bebé colocado en la curva de su codo frente a ella, girado hacia la mamá, con el cuerpo y cabeza en línea recta.
b) Agarre:
   - Sostener el pecho con los dedos a 3-4 cm detrás del pezón con la mano en forma de “C”. Rozar el pezón con el labio superior, esperar que abra bien su boca y agarre el pecho hasta la areola.
   - El agarre es correcto si la boca está bien abierta, el labio inferior hacia afuera, el mentón del bebé toca el pecho y se ve más areola por arriba que por debajo de la boca del bebé.

- Si el pezón es plano o invertido, destacarlo dándole masajes, succión de la propia pareja o mediante una jeringa inmediatamente antes de la lactancia.

c) Duración y Frecuencia de las mamadas:

- Lactar a demanda de día y de noche (promedio de 8 a 12 veces en 24 horas), puede bastar de 10 a 30 minutos o más.
- Identificar las señales de hambre en el bebé: mueve la cabeza buscando el pecho, abre la boca, saca la lengua, succiona sus manos, intranquilo, emite quejidos. El llanto es un signo tardío de hambre.

d) Reconocer cuando la lactancia es adecuada: bebé queda tranquilo y satisfecho, tiene el peso adecuado, orina varias veces al día.

e) Prevención, reconocimiento y solución de la congestión de los pechos

- Revisar frecuentemente los pechos buscando signos de congestión
- Las madres que amamantan frecuentemente no tienen riesgo de congestión.
- Si hay congestión, no descansar los pechos. Extraer la leche y que siga succionando.
- Después de la mamada, poner compresas frías en el pecho congestionado.
- Si el diagnóstico es mastitis, continuar con la lactancia materna durante la terapia antibiótica, no supone riesgo para un lactante sano y a término.

f) Momento del Alta:

- Asegurarse que la madre conoce las ventajas de mantener la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y los riesgos de no hacerlo.
- Reconoce que tiene suficiente leche y hace un correcto amamantamiento.
- Entregarle las indicaciones por escrito.
- Reforzar conductas positivas y la confianza en su capacidad para alimentar a su bebé.
- Asegurarse que ha entendido claramente los riesgos del biberón, la alimentación con fórmulas y la succión de chupones.
- Prepare a la familia para brindar apoyo emocional si la madre se muestra triste, llorosa decaída durante las primeras semanas del postparto. [25]

C. TEORIAS RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA

Respecto a la investigación, se ha accedido a la siguiente teoría:

Teoría de Adopción del Rol Materno: propuesto por Ramona T. Mercer (2004), en base a lo planteado por Bronfrenbrenner y Rubin. Desarrolla su enfoque de la maternidad, considerando la adopción del rol materno como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel, experimentando placer y gratificación dentro del mismo; por ello, afirma que "el rol materno es algo que se debe aprender y que va a depender del entorno social, familiar y cultural". Es decir, que en la lactancia materna interviene el reflejo de búsqueda y succión del lactante y el componente cultural transmitido de generación en generación, de madres a hijas, acerca de la crianza del recién nacido. Por tanto, el amamantamiento debe ser aprendido y para ello es necesaria la educación y la consejería.

El término "adopción" según la Real Academia Española de la Lengua, es la acción de adoptar, adquirir y hacer propio a objetos, normas, métodos, seres vivos, configuraciones y otros. El rol materno es un papel que la madre adopta de forma dinámica y se desarrolla en la interacción con tres contextos/sistemas: a) Microsistema, basado en la relación madre-hijo, influenciado por la relación madre-padre, el estrés, apoyo social y el funcionamiento familiar, b) Mesosistema, o el entorno laboral de los padres, escuela y cuidado diario, c) Macrosistema, o influencias sociales, políticas y culturales, propone que la adopción del rol materno tiene 4 etapas: a) Compromiso y preparación: inicia con los primeros ajustes psicosociales ante el embarazo, la madre aprende las expectativas del rol y fantasea sobre él, b) Conocimiento, práctica y recuperación física: cuando el niño nace aprende el rol y su activación, dura dos semanas, c) Normalización: desde 15 días cuando la madre desarrolla formas de realizar su rol en base a experiencias pasadas y objetivos futuros, dura hasta 4 meses, d) Integración de la identidad maternal: la madre interioriza el rol, experimentando un sentimiento de armonía, confianza y competencia, dura aproximadamente cuatro meses. [36]

5. DEFINICIONES OPERACIONALES

5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA: definido como la información cognitiva específica que evidencia tener la mujer en etapa de puerperio inmediato, expresado mediante un conjunto de conceptos, ideas, creencias, sentimientos, entre otros, de tipo científico y práctico respecto a la lactancia materna. Fue medido mediante un Cuestionario de Conocimientos sobre Lactancia Materna, en base a los siguientes indicadores:

a) Conocimiento Bajo: cuando obtenga de 1 a 6 puntos
b) Conocimiento Medio: cuando obtenga de 7 a 10 puntos
c) Conocimiento Alto: cuando alcance de 11 a 14 puntos

5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

ÉXITO EN INICIO DE LACTANCIA MATERNA: definido como la evidencia objetiva o práctica de que el niño ha comenzado a recibir o no lactancia materna, a partir de su nacimiento hasta dentro de las primeras 24 horas, durante su estancia hospitalaria. Fue medido mediante la Ficha de Registro del Inicio de Lactancia Materna, como:

a) No Inicia: cuando contesta Si a alguno de los siguientes ítems: 1, 2, 3, 4
b) Éxito en Inicio: cuando contesta Si a alguno de los siguientes ítems: 5, 6, 7,

6. HIPÓTESIS

6.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe asociación estadística significativa, entre el conocimiento sobre lactancia materna y el éxito en inicio de la lactancia materna, en madres en etapa de puerperio inmediato, atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital III Essalud, Punchana 2016.

CAPITULO III

1. METODOLOGÍA

1.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

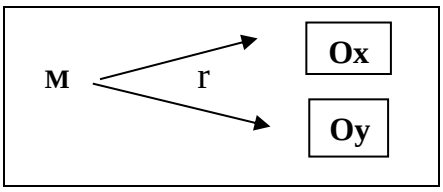
Método

El método de investigación fue el cuantitativo por ser el procedimiento de decisión para predecir la asociación entre las variables independiente y dependiente, y para comprobar las hipótesis planteadas.

Diseño

El diseño fue el no experimental, transversal, descriptivo, correlacional.

No Experimental, porque es una investigación sistemática, no empírica, donde las variables independientes no se manipularon para variar su comportamiento porque ya sucedieron, es decir que fueron estudiadas tal y como se encontraban en su contexto natural. Transversal, porque la información o los datos sobre las varibles en estudio, se recolectó en un solo momento, en un tiempo único. Descriptivo, porque se midieron las variables en los sujetos de estudio para proporcionar su descripción. Correlacional, porque se midió la asociación entre ambas variables en los sujetos de estudio y en un tiempo determinado. El diagrama del diseño es:



Especificaciones:

M : Muestra

Ox: Observaciones sobre conocimiento en lactancia materna

Oy: Observaciones del inicio (práctica) de lactancia materna

XY: Subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables)

r : Relación entre las variables de estudio

1.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población estuvo constituida por todas las madres en etapa del puerperio inmediato y sus hijos recién nacidos en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital III Essalud tomando como referencia el promedio de partos atendidos en un mes en la indicada institución, que equivale a un promedio total de 150 atenciones. [37]

Muestra

La muestra fue seleccionada de la población accesible, en base a lo siguiente:

a) Tamaño Muestral: la muestra estuvo conformada por las madres en etapa de puerperio inmediato y su hijo recién nacido, para ello se aplicó la fórmula estadística para una proporción en una población finita o conocida, quedando conformada por 80 madres, según se detalla a continuación:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^{2} * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^{2} * p * q}$$

Donde:

TAMAÑO DE LA POBLACIÓN	**N**	**150**
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	1-α	0.95
Z de (1-α)	Z (1-α)	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	p	0.50
Complemento de p	q	0.50
Precisión	E	0.05
Tamaño de la muestra	n	**80,00**

b) Tipo de Muestreo: Se empleó el tipo de muestreo aleatorio simple, porque todas las madres tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionadas para

participar según su accesibilidad, características y condiciones específicas, solicitando la participación voluntaria de todas las madres que hayan tenido un parto, hasta completar las 80 madres.

c) Selección de la Muestra

La muestra fue seleccionada según los criterios de inclusión, utilizando la información del servicio de ginecoobstericia del hospital III Essalud, según se iban presentando los casos hasta completar el número total de la muestra.

d) Criterios de Inclusión

- Madres en fase de puerperio inmediato
- De 14 años a más
- Ser atendida en el servicio de ginecoobstetricia del hospital III Essalud
- Participación voluntaria previa firma del consentimiento informado.

1.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se empleó la técnica de la entrevista estructurada establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a los ítems planteados y obtener datos para la variable independiente conocimientos sobre lactancia materna y la técnica de la observación directa estructurada sobre el inicio de la lactancia materna para obtener información para la variable dependiente éxito de inicio de la lactancia materna. Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos fueron:

a) Cuestionario de Conocimientos sobre Lactancia Materna: para recolectar datos de la variable independiente, elaborado por las investigadoras. Comprende 14 preguntas con cinco alternativas de respuesta cada una; se calificaron como: Conocimiento Bajo: cuando obtuvo de 1 a 6 puntos, Conocimiento Medio: cuando obtuvo de 7 a 10 puntos y Conocimiento Alto: cuando obtuvo de 11 a 15 puntos. Duración: 10 minutos. Se realizó la validación respectiva.

b) Ficha de Registro del Inicio de Lactancia Materna: fue un instrumento elaborado por las investigadores, con el fin de recopilar información respecto al inicio o no de la lactancia materna por parte del recién nacido, desde su nacimiento hasta el primer día de nacido (24 horas), conformado por 8 ítems con dos alternativas de respuestas cada uno, donde Si =1 y No = 0. Fue calificado como: a) No Inicia: cuando contestó Si a algunos o a todos los siguientes ítems: 1, 2, 3, 4, y b) Éxito en Inicio: cuando contestó Si a algunos de los siguientes ítems: 5, 6, 7, 8. Duración: 5 minutos. Se realizó la validación respectiva.

Validez y Confiabilidad

El análisis de validez se realizó para los dos instrumentos indicados, mediante el procedimiento del Método Delphi o juicio experto, con la opinión de profesionales especializados en el área de estudio, para verificar si los constructos operacionalizan adecuadamente a cada variable en estudio, el resultado fue de 89,48% para el cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna y de 98,21% para la ficha de registro del inicio de lactancia materna. La prueba de confiabilidad se realizó igualmente para los dos instrumentos, mediante la prueba del Coeficiente de Cronbach o prueba piloto, considerando un 10% de la muestra es decir con 8 madres puérperas del mismo hospital, las mismos que no formaron parte de la muestra de estudio, para analizar si las preguntas y enunciados utilizados en la elaboración de los constructos son correctos y que las respuestas obtenidas no induzcan a error o confusión en los sujetos de estudio para su corrección o afinamiento oportuno, el resultado fue de 86% para el cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna y de 81,9% para la ficha de registro del inicio de lactancia materna.

1.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

a) Se solicitó la autorización respectiva para la recolección de datos a través de la Decanatura de la facultad de enfermería de la UNAP a la Dirección del Hospital III Essalud.
b) Presentación de los investigadores ante la Dirección, para coordinar las actividades pertinentes al procedimiento de recolección de datos (fechas, horario de recolección de datos y otros).
c) Inicio de la recolección de datos previa firma del consentimiento informado, en el ambiente de hospitalización.
d) Aplicación de los instrumentos bajo responsabilidad exclusiva de las investigadoras, vistiendo el uniforme de salud pública, en el turno de mañana, tarde y noche, verificando el llenado completo de cada instrumento.
e) La aplicación de los instrumentos tuvo una duración promedio de 15 minutos, leyendo y aclarando los ítems para marcar la respuesta indicada.
f) La recolección de datos tuvo una duración de 20 días.

1.5. ANÁLISIS DE DATOS

El análisis e interpretación de los datos, se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22 en español, para un entorno virtual Windows XP. El análisis univariado se realizó utilizando la estadística descriptiva determinando por la distribución de frecuencias y porcentajes en tablas unidimensionales. El análisis bivariado, se realizó utilizando la estadística inferencial aplicando la prueba estadística no paramétrica de Chi Cuadrado, para determinar la asociación entre las variables. El nivel de confianza ha sido del 95%, el nivel de error de $\alpha = 0{,}05$ y la probabilidad de significancia menor de 0,05 ($p < 0{,}05$) para aceptar la hipótesis planteada.

1.6. LIMITACIONES

No tuvimos limitaciones durante el desarrollo de la investigación.

1.7. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, a través de su Comité de Ética en Investigación, conforme al Reglamento y Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación, revisó el proyecto y dio su aprobación una vez que comprobó que éste clasifica como una investigación sin riesgo o de riesgo mínimo, dado que no se realizaron procedimientos físicos invasivos, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información. Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos básicos, fueron resguardados en todo el proceso de la investigación:

1. Autonomía: la madre decidió su participación voluntaria, libre e independiente en el estudio, previo conocimiento de la investigación realizada mostrando su aceptación voluntaria para participar con la firma del consentimiento informado antes de responder a los instrumentos de recolección de datos.

2. Justicia: todas las madres tuvieron igual probabilidad de participar y las mismas garantías de protección de su dignidad e integridad durante la investigación.

3. Beneficencia: se garantizó la retroalimentación individual si la madre lo solicitara y la publicación de los hallazgos relevantes del estudio en pro del beneficio común. Los datos obtenidos pueden ser utilizados por instituciones para generar propuestas de promoción y prevención en lactancia materna.

4. No Maleficencia: la participación en el estudio no ocasionó ninguna amenaza a la integridad personal, pues los datos obtenidos se presentaron en forma agrupada sin singularizar a ningún sujeto, protegiendo la confidencialidad de la información que solo fue utilizada por las investigadoras para lograr los fines de la investigación destruyendolos posteriormente, para no dañar la integridad física, emocional o moral de los sujetos de estudio.

CAPITULO IV

1. RESULTADOS

1.1. ANÁLISIS UNIVARIADO

TABLA 1

CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD, PUNCHANA 2016

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	Nº	%
Conocimientos Bajo	11	13,8
Conocimientos Medio	32	40,0
Conocimientos Alto	37	46,2
TOTAL	**80**	**100,0**

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre lactancia materna, elaborado por las investigadoras.

$\bar{x} \pm s = 9{,}89 \pm 2{,}501$

La tabla 1, respecto al conocimientos sobre lactancia materna de las madres puérperas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital III EsSalud, Punchana 2016, muestra que, del 100% (80) de madres, 46,2% presentaron conocimiento alto, 40,0% conocimiento medio y 13,8% bajo; el puntaje promedio alcanzado por las madres de estudio fue de 9,89 puntos con desviación típica de ± 2,501 puntos; concluyendo que el conocimiento sobre lactancia materna de las madres puérperas es alto con escasa diferencia de madres con conocimientos medio.

TABLA 2

ÉXITO EN EL INICIO DE LACTANCIA MATERNA EN MADRES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III-ESSALUD, PUNCHANA 2016

INICIO DE LACTANCIA MATERNA	Nº	%
No inicia	31	38,8
Éxito en el inicio	49	61,2
TOTAL	**80**	**100,0**

Fuente: Ficha de registro de lactancia materna, elaborado por las investigadoras

La tabla 2, respecto al éxito en el inicio de la lactancia materna en las madres puérperas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del hospital III-EsSalud, Punchana 2016, muestra que, del 100% (80) de madres, 61,2% tuvieron éxito en el inicio de la lactancia materna (en la primera hora o dentro de las primeras 24 horas) y 38,8% no iniciaron la lactancia materna incluso dentro de las primeras 24 horas; concluyendo que la mayor proporción de madres lograron éxito en el inicio de la lactancia materna con sus hijo/as recién nacidos.

TABLA 3

RESPUESTAS CORRECTAS EN ÍTEMS DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III-ESSALUD, PUNCHANA 2016

N°	CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA	% DE RESPUESTAS CORRECTAS	
		Nº	%
01	¿Cómo se define a la lactancia materna?	77	96,3
02	¿Cuándo ha recibido orientación acerca de la lactancia materna?	52	65,0
03	¿Qué ventajas conoce usted que ofrece la lactancia materna?	76	95,0
04	¿Cómo se llama la primera leche que recibe el recién nacido en la primera lactada?	55	68,8
05	¿Qué beneficios proporciona el calostro al recién nacido?	6	7,5
06	¿Cómo puede estimular el inicio de la lactancia materna en su bebé?	67	83,8
07	Respecto a la técnica de amamantamiento ¿cómo se coloca la mano para dar el pecho al bebé?	50	62,5
08	¿Cómo se agarra al bebé para el amamantamiento?	42	52,5
09	Respecto a la frecuencia de mamada ¿Cada cuánto tiempo debe lactar un bebé recién nacido?	66	82,5
10	Respecto a la duración de amamantamiento ¿Cuánto tiempo debe lactar su bebé recién nacido?	55	68,8
11	¿Cómo se realiza la higiene de las mamas en el periodo de lactancia?	53	66,3
12	¿Por qué las mamas pueden presentar grietas/ heridas y estar dolorosas?	42	52,5
13	¿Qué se hace cuando las mamas, presentan signos de congestión (endurecidos, dolorosos, tensos, brillantes, enrojecidos, no sale leche)?	35	43,8
14	¿De qué depende la mayor producción de leche en las mamas?	3	3,8

Fuente: Cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna, elaborado por las investigadoras.

La tabla 3, respecto a las respuestas correctas emitidas por las madres puérperas atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital III EsSalud, Punchana 2016, según el cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna, muestra que, los ítems que alcanzaron más del 80% de respuestas correctas y que indican un conocimiento alto fueron cuatro, el ítem 1 referido a la definición de lactancia materna con 96,3%, el ítem 3 respecto a las ventajas que ofrece la lactancia materna con 95%, el ítem 6 sobre cómo estimular el inicio de la lactancia materna con 83,8% y el ítem 9 sobre cada cuánto tiempo debe lactar un bebé recién nacido con 82,5%; en cuanto a los ítems que alcanzaron entre 50% a 79% que indican un conocimiento medio fueron siete, el ítem 4 sobre el nombre de la primera leche que recibe el recién nacido y el ítem10 referido a cuánto tiempo debe lactar el bebé recién nacido con 68,8% respectivamente, el ítem 11 sobre cómo se realiza la higiene de las mamas en la lactancia con 66,3%, el ítem 2 sobre cuándo ha recibido orientación acerca de la lactancia materna con 65%, el ítem 7 sobre la técnica de amamantamiento en cuanto a cómo se coloca la mano para dar el pecho al bebé con 62,5%, el ítem 8 sobre cómo se agarra al bebe para el amamantamiento y el ítem12 referido a porque las mamas pueden presentar grietas/heridas y estar dolorosas con 52,5% respectivamente; finalmente los ítems que no alcanzaron el 50% de respuesta correctas por la cual fueron evaluados como conocimiento bajo fueron tres, el ítem13 referido a qué se hace cuando las mamas presentan signos de congestión (endurecidos, dolorosos, tensos, brillantes, enrojecidos, no sale leche) con el 43,8%, el ítem 5 respecto a los beneficios que proporciona el calostro al recién con solo 7,5% y el ítem14 respecto a de qué depende la mayor producción de leche en las mamas con solo el 3,8%; concluyendo que la mayor proporción de ítems muestran que las madres tienen conocimientos medio en cuanto a la lactancia materna.

TABLA 4

REGISTRO DE LA FRECUENCIA DEL ÉXITO EN INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III-ESSALUD, PUNCHANA 2016

ÍTEMS DEL ÉXITO EN INICIO DE LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA			
	SI	%	NO	%
1.El recién nacido recibe otros alimentos o bebidas provistos por el personal de salud, antes de iniciar el amamantamiento en la primera hora postparto.	31	38,8	49	61,2
2. El recién nacido inicia lactancia con sucedáneos de la leche, porque la madre no desea darle de lactar u otros motivos.	31	38,8	49	61,2
3.El recién nacido continúa la lactancia con sucedáneos de la leche desde el primer día hasta la salida del hospital.	31	38,8	49	61,2
4.El recién nacido no llega a lactar el seno materno durante la primera hora ni durante el primer día de la estancia hospitalaria.	31	38,8	49	61,2
5.El recién nacido, es colocado sobre la madre en cuanto nace (contacto piel con piel) y succiona el seno materno	49	61,2	31	38,8
6.El recién nacido inicia la lactancia en la primera hora después del parto, en el alojamiento conjunto con su madre.	49	61,2	31	38,8
7.El recién nacido vuelve a lactar una o más veces durante la primera hora de nacido, tomando el calostro como primer alimento.	49	61,2	31	38,8
8.El recién nacido recién empieza a lactar a partir de las dos horas en adelante dentro del primer día de nacido.	52	65,0	28	35

Fuente: Ficha de Registro del inicio de lactancia materna exclusiva, elaborada por las investigadoras.

La tabla 4, respecto al registro de la frecuencia del éxito en el inicio de la lactancia materna en puérperas atendidas en el Hospital III EsSalud, Punchana 2016, observada y/o referida por las madres según la ficha de registro del inicio de lactancia materna, muestra que se obtuvo éxito en el inicio de la lactancia materna en una mayor proporción de madres, porque el 61,2% presentaron respuestas afirmativas en los ítem 5 “el recién nacido, es colocado sobre la madre en cuanto nace (contacto piel con piel) y succiona el seno materno”, ítem 6 “el recién nacido inicia la lactancia en la primera hora después del parto, en el alojamiento conjunto con su madre” e ítem 7 “el recién nacido vuelve a lactar una o más veces durante la primera hora de nacido, tomando el calostro como primer alimento” y un 65% de respuestas afirmativas fueron para el ítem 8 “el recién nacido recién empieza a lactar a partir de las dos horas en adelante dentro del primer día de nacido”; mientras que un 38,8% de las madres contestaron sí a los ítems 1 “el recién nacido recibe otros alimentos o bebidas provistos por el personal de salud, antes de iniciar el amamantamiento en la primera hora postparto”, ítem 2 “el recién nacido inicia lactancia con sucedáneos de la leche, porque la madre no desea darle de lactar u otros motivos”, ítem 3 “el recién nacido continúa la lactancia con sucedáneos de la leche desde el primer día hasta la salida del hospital” e ítem 4 “El recién nacido no llega a lactar el seno materno durante la primera hora ni durante el primer día de la estancia hospitalaria”, referidos a la falta del inicio de la lactancia materna, utilizando más bien sucedáneos en sus hijos recién nacidos.

ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA 5

CONOCIMIENTO Y ÉXITO EN INICIO DE LACTANCIA MATERNA, EN MADRES PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD, PUNCHANA 2016

CONOCIMIENTO	ÉXITO EN INICIO DE LACTANCIA MATERNA					
	NO INICIA		ÉXITO EN INICIO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conocimientos Bajo	9	11,3	2	2,5	11	13,8
Conocimientos Medio	10	12,5	22	27,5	32	40,0
Conocimientos Alto	12	15,0	25	31,2	37	46,2
TOTAL	**31**	**38,8**	**49**	**61,2**	**80**	**100,0**

Fuente: Elaborado por las investigadoras. $X^2 = 9,977$; $p = 0,007$ ($< 0,05$)

En la tabla 5, al asociar conocimiento sobre lactancia materna y éxito en inicio de la lactancia materna en madres puérperas atendidas en el Hospital III- EsSalud, Punchana 2016, se aprecia que del 38,8% de madres que no iniciaron la lactancia materna, el 15,0% obtuvieron conocimiento alto sobre lactancia materna, 12,5% conocimiento medio y 11,3% bajo; mientras que del 61,2% de madres con éxito en el inicio de la lactancia materna, el 31,2% presentaron conocimiento alto sobre lactancia materna, 27,5% conocimiento medio y 2,5% bajo.

Para determinar si existe asociación entre conocimiento y éxito en inicio de lactancia materna, se aplicó la prueba estadística no paramétrica para variables categóricas **Chi-cuadrado de Pearson (X^2)**, con un nivel de confianza del 95% y nivel de error del 5%, con resultados de: $X^2_{calculado} = 9,977$, con valor de significación $p = 0,007$; **($p < 0,05$)**, que indica asociación estadística significativa entre ambas variables, expresado en que mientras mayor sean los conocimientos sobre lactancia materna de las madres el éxito del inicio de la lactancia materna está asegurado.

2. DISCUSIÓN

Se encontró asociación estadística entre:

Conocimiento y el éxito en el inicio de lactancia materna (p=0,007; p<0,05), pues del 38,8% de madres que no iniciaron la lactancia materna, 15,0% obtuvieron conocimiento alto sobre lactancia materna, 12,5% conocimiento medio y 11,3% bajo; mientras que del 61,2% de madres con éxito en el inicio de la lactancia materna, el 31,2% presentaron conocimiento alto sobre lactancia materna, 27,5% conocimiento medio y 2,5% bajo. Estos resultados no se pueden comparar con estudios similares, porque no accedimos a ellos, quedando como antecedentes para nuevas investigaciones. Sin embargo, hacemos alusión al estudio realizado por Martínez JM. (España, 2013), sobre el impacto de un programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido, quien concluye que, existe asociación positiva entre la educación maternal con un profesional diferente a la matrona y un menor inicio precoz de la lactancia materna, entre la educación maternal y el inicio precoz de la lactancia materna y el mantenimiento de esta a los dos meses de vida del bebe, es decir que resalta la importancia de los conocimientos previos de la madre para que inicie con éxito la lactancia materna. Los resultados obtenidos muestran una relación directa entre el nivel de conocimientos sobre lactancia materna de las madres puérperas y el éxito en el inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora o dentro de las 24 horas del niño recién nacido, es decir, que a mayor conocimiento mayor éxito de inicio de lactancia materna; ello nos lleva a afirmar que el profesional de enfermería como parte del equipo de salud, tiene un importante rol que cumplir no solo con el proceso educativo que va a influenciar en la decisión de la madre, sino en lograr que la madre comprenda el significado de la lactancia materna como parte de la atención y de los cuidados que realiza en la crianza de sus hijos, para garantizar una supervivencia y desarrollo saludable de sus hijos, considerando las dimensiones singulares de cada madre (biopsicosocial, roles, funciones y lugar que se le asigna) en la familia y en la sociedad, pero también la diversidad de su construcción sociocultural e histórica puesto que cada persona es producto de un medio y de la interacción con diversos actores sociales en el cual se desarrolla; entonces la

educación sobre la lactancia materna no debe ser impositiva, homogénea, sino contextualizada, sensibilizada, considerando las dimensiones humanas y experiencias vividas en la práctica de la misma

3. CONCLUSIONES

Las conclusiones según los objetivos planteados son los siguientes:

1. El conocimiento sobre lactancia materna de las madres puérperas es:, 46,2% presentaron conocimiento alto, 40,0% conocimiento medio y 13,8% bajo; el puntaje promedio alcanzado por las madres de estudio fue de 9,89 puntos con desviación típica de ± 2,501 puntos; concluyendo que el conocimiento sobre lactancia materna de las madres puérperas es alto con escasa diferencia de madres con conocimientos medio.

2. El éxito en el inicio de la lactancia materna en las madres fue del 61,2% (el recién nacido lactó en la primera hora o dentro de las primeras 24 horas) y 38,8% no iniciaron lactancia materna incluso dentro de las primeras 24 horas.

3. Al asociar el conocimiento sobre lactancia materna y el éxito en el inicio de la lactancia materna en las madres puérperas, se obtuvo que existe asociacion estadística significativa entre ambas variables, con una ($p = 0,007$; $p < 0,05$).

4. RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones del estudio de investigación, se plantean las siguientes conclusiones.

1. Al HOSPITAL ESSALUD III IQUITOS

Evaluar el conocimiento de las madres despues de impartir consejería para reforzar con la informacion necesaria a las madres puerperas sobre la importancia del inicio de la lactancia materna durante las primeras horas del recien nacido para incrementar el éxito de inicio de la lactancia materna, favoreciendo un desarrollo saludable tanto para el niño como para su madre.

Que se continue apoyando a los profesionales y alumnos en la investigacion de temas relacionados con la salud, tomen en cuenta los resultados obtenidos, a fin de mejorar su trabajo con los pacientes, para lograr el incremento de conocimientos en la poblacion.

2. PARA LOS INVESTIGADORES

Seguir involucrandose en el estudio sobre el exito e inicio en la lactancia materna en las primeras horas de vida del neonato, y al mismo tiempo seguir evaluando el nivel de conocimientos de las madres, con la finalidad de desarrollar practicas de lactancia materna exclusiva en las madres puerperas y la poblacion en general.

Realizar investigaciones de intervención educativa en base a los resultados obtenidos, para fortalecer éstos hallazgos a favor de la madre y el niño recién nacido.

3. A LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Valorar la nueva vida que trajeron al mundo y primordialmente su rol de madres, sin dejarse influenciar por los comentarios publicitarios sobre la alimentacion con sucedaneos en el recien nacido.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington DC, EE. UU. 2010.
2. Informe sobre el estado mundial de las madres. Madrid: Save the children; España. 2011.
3. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Situación actual y tendencias de la materna lactancia en América Latina y el Caribe: Implicaciones políticas programáticas. 2013.
4. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES). Cap. 10. Lactancia y nutrición de niñas, niños y madres. Lima, Perú. 2015. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/media_265 70.htm
5. Galindo LF. Conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en el inicio, duración, intensidad y tipo de lactancia materna, en infantes menores de 24 meses del departamento de Escuintla. Universidad San Carlos de Guatemala. Guatemala. 2013. Disponible en: https://www.academia.edu/6513272/CAP_ Lactancia Materna
6. Guerrero JL, Vera JE. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres adolescentes. Tesis para la obtención de Título de Médico. Universidad de Azuay. Cuenca, Ecuador. 2013.
7. Navarro C. Prevalencia de lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida, en las Comarcas de La Jacetania y Alto Gállego. Vol. 7, Nº 2, 2013. España. 2013. Disponible en: file:///D:/Documents/Downloads/Dialnet-PrevalenciaDeLactanciaMaternaExclusivaYCausasDeAba-4297710.pdf
8. Martínez JM. Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. España. 2013. Disponible en: http://digibug.ugr.es/handle/ 10481/23499#. WL-OSW81_IU
9. Aznar FE, Salazar S, Delgado X, Cani T, Cluet I. Evaluación del conocimiento de las madres sobre lactancia materna en las áreas metropolitanas de Caracas y Maracaibo. Arch Venez Puer Ped v.72 n.4. Caracas, Venezuela. 2012.

Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009 000400003

10. Ministerio de Salud de la Nación/UNICEF. Lactancia materna y su importancia en la iniciativa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF). Argentina. 2011. Disponible en: disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Informe_ Argentina.pdf
11. Cardoso I, Toso P, Valdés V, Cerda J, Manríquez V, Paiva G. Introducción precoz de sustitutos de lactancia materna e incidencia de lactancia materna exclusiva al mes de vida. Rev Chil Pediatr 2010; 81(4): 326-332. Chile. 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v81n4/art06.pdf
12. García LA. Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4029/1 Garcia_cl.pdf
13. Palacios EL. Conocimientos y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al centro de salud Coishco, Áncash. 2012. In Crescendo. Ciencias de la Salud. Perú, 2015; 2(2): 22-30.
14. Coronado NE, Vásquez YR. Conocimiento sobre lactancia materna y prácticas de amamantamiento en madres puérperas adolescentes. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú. 2015. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/392/1/Coronado_ne%3B%2BVasquez_yr.pdf
15. Márquez F, Vargas N, Chunga J, García V. Efectividad del programa educativo “amamántame mamita” y nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva-Moche 2013. Universidad Nacional de Trujillo. Rev. Enferm. investig. desarro. 2015, vol 13(1): 25-44. Perú. 2014.
16. Delgado LJ, Nombera FM. (Perú, 2013), en su estudio sobre nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva, Chiclayo, 2012. Tesis Licenciatura en Enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú. 2013

17 Vásquez R. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luís, 2009. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2012.

18. Basadre C, Bello H, Benavides JI, Bravo M, Carranza E. Lactancia materna exitosa en puérperas de menos de 48 horas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. Perú. 2010. Disponible en: http://www.horizontemedicina.usmp. edu.pe/index_ph p/horizontemed/article/view/72

19. Organización Mundial de la Salud (OMS)/Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF)/Organización Panamericana de la Salud (OPS). Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y el niño. Argentina. 2014. Disponible en: 2http://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_lactancia_2014.pdf

20. Pérez J. Definición de conocimiento. 2016. Disponible en: http://definicion. de/conocimiento//#ixzz 4G9wyZ3ki

21. MINSA. Manual de orientación y consejería. Lima, Perú. 2015. Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Manual-Orientacion-Consejeria.pdf

22. OMS. Lactancia materna. EE. UU. 2016. Disponible en: http://www. who.int/maternal_child_adolescent/topics/new born/nutrition/breastfeeding/es/

23. OMS. Lactancia materna exclusiva. EE. UU. 2016. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/

24. Dyson L, Renfrew MJ, McFadden A, McCormick F, Herbert G, Thomas J. Políticas y recomendaciones de salud pública para promover el inicio y la duración de la lactancia materna en entornos de países desarrollados. Rev. Nutr Salud Pública. 2010; 13: 137-44

25. Ministerio de Salud. Iniciativas para promover la lactancia materna. Lima, Perú. 2015. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/lactancia/index.asp?op=2

26. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna. RM 462-2015. 31 julio. Lima, Perú, 2015.

27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Lactancia materna. Ginebra. 2016. Disponible en: http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/

28. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Análisis del módulo de lactancia Materna. Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Instituto Nacional de Estadística y Censos. San José, Costa Rica. 2011.
29. Sacristán AM, Lozano JE, Gil M, Vega AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011; 13 (49): 33-46. España. 2011.
30. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. Venezuela. Disponible en: http://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf
31. Procter y Gamble. Alimentación del recién nacido: la primera vez. 2016. Disponible en: www.pamper.com.pe/recién-nacido/alimentación/articulo/alimentacion-del-recien-nacidola-primera-vez?
32. Madarnás MJ. Ser Padres. Cómo iniciar la lactancia materna con éxito. Madrid, España. 2014. Disponible en: http://www.serpadres.es/bebe/lactancia-alimentacion/articulo/como-iniciar-la-lactancia-materna-con-exito-501444294014
33. Marcos I. La importancia de la primera hora tras el parto para el éxito de la lactancia materna. Alba. Lactancia materna. España. 2015. Disponible en: http://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/la-importancia-de-la-primera-hora-para-el-exito-de-la-lactancia-materna/
34. Banco Interamericano de Desarrollo BID. Mejorando Vidas. Condiciones para el éxito de la lactancia exclusiva. EE.UU. 2016. Disponible en: http://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/2013/08/05/condiciones-para-el-exito-de-la-lactancia-exclusiva/
35. Gallardo R, Álvarez C. Efectividad de intervenciones educacionales postnatales en la duración de la lactancia materna. Red Latinoamericana de Organizaciones de la sociedad civil por la Educación - Reduca. Serie Matronas 2012; 4 (5): 174-209. 2012. Disponible en: http://www.reduca-al.net/nosotros
36. Osorio D. Adopción del rol materno-convertirse en madre. Lima, Perú. 2014. http://teoriasintermedias.blogspot.pe/2013/05/adopcion-del-rolmaterno-convertirs e-en.html
37. Essalud – Región Loreto. Datos estadísticos. Iquitos, Perú. 2016.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

FECHA: / / HORA: ……

Propósito:

Muy buenos/as días/tardes señora, somos las Bachilleres en Enfermería: VARGAS MACEDO Lucía Roxana Josefa y VILLACORTA RIOS Cynthia Karola, egresadas de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana y nos encontramos realizando la tesis titulada **Conocimiento y éxito en inicio de lactancia materna, en madres puérperas atendidas en el Hospital III Essalud, Punchana 2016**, con el objetivo de obtener información respecto a que si la información que tiene la madre sobre lactancia materna, influye en su inicio lo más pronto posible, pues ello redundará en grandes beneficios en todas las áreas de funcionamiento del recién nacido y de la madre; por otro lado, ésta investigación nos servirá para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Elección de participar en el estudio:

Con éste motivo solicitamos su valiosa colaboración, en el sentido de brindarnos su consentimiento o autorización voluntaria para participar en el estudio, con la certeza de que no se afectará en absoluto su integridad física, mental ni moral, pues toda la información obtenida será manejada de forma confidencial, anónima, respetando su privacidad, solo será de uso exclusivo por el/las investigador/as con fines del estudio y destruidas posteriormente. Usted puede hacer cualquier pregunta libremente al respecto, puede solicitar información de los hallazgos encontrados y si después de haber aceptado participar, usted desea retirar su aceptación en algún momento, lo puede hacer sin perjuicio su integridad física o moral, sin tener que dar explicaciones y sin ningún condicionamiento. La aplicación de los instrumentos tendrá un tiempo promedio de duración de 10 minutos.

Contacto con las Investigadoras:

Si usted acepta participar en el estudio y en algún momento considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos que por favor contacte con la Srta. Lucía Roxana Josefa VARGAS MACEDO, al teléfono N° 971423422. Si después de tener conocimiento de todo lo informado está de acuerdo en participar, sírvase firmar y colocar su huella digital al final de este formato, en señal de conformidad.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO:

He leído la información provista arriba, asimismo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas me han sido contestadas satisfactoriamente y/o no fue necesario hacer preguntas. Estoy de acuerdo en todos los puntos indicados en la copia del consentimiento que se me ha entregado y decido participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe, por lo cual firmo en señal de conformidad.

Iquitos, …….. de …… del 2016

.....

Firma de la Participante

Huella digital

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

I. PRESENTACION

El presente instrumento permitirá obtener información respecto al nivel de conocimientos sobre lactancia materna que tiene la mujer en etapa de puerperio inmediato, y que influiría en la toma de decisión de iniciar lo más pronto posible la lactancia materna, asegurando su continuidad por un mayor período en la etapa postnatal.

II. INSTRUCCIONES

Marque con un aspa una alternativa, la que considere correcta, de acuerdo a su conocimiento sobre lactancia materna. Duración: 10 minutos.

III. CONTENIDO

A. DATOS GENERALES

FECHA: / / CODIGO: ……

1. EDAD: …… 3. ESTADO CIVIL: S Cas/Conv Div/Sep

2. OCUPACION: 4. GRADO DE INSTRUCCIÓN: SI P S Sup.

5. N° DE HIJOS: ….. 5. TIPO PARTO: Eutócico ( ) Distócico ( ) Cesárea ( )

N°	B. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA	CODI
01	¿Cómo se define a la lactancia materna?	
	a) Ingesta de leche de la madre que aporta nutrientes al recién nacido	a = 1
	b) Ingesta de leche de fórmula que la madre proporciona al lactante	b = 2
	c) Consumo de cualquier alimento que contenga leche	c = 3
	d) Consumo de cualquier alimento no derivado del pecho materno	d = 4
	e) Desconozco	e = 5

N°	CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA	CODI
02	¿Cuándo ha recibido orientación acerca de la lactancia materna? a) Antes del embarazo b) Durante el embarazo c) Después del parto d) No recuerdo e) Nunca	 a = 1 b = 2 c = 3 d = 4 e = 5
03	¿Qué ventajas conoce usted que ofrece la lactancia materna? a) Es nutritiva, favorece el vínculo madre-niño y el buen crecimiento y desarrollo b) Aumenta el peso del niño, crece rápido y duerme mayor tiempo c) Ninguna ventaja, es igual que cualquier leche de fórmula d) Previene la malnutrición en el niño (desnutrición, obesidad) e) Desconozco	 a = 1 b = 2 c = 3 d = 4 e = 5
04	¿Cómo se llama la primera leche que recibe el recién nacido en la primera lactada? a) Agua b) Leche c) Calostro d) Sangre e) Desconozco	 a = 1 b = 2 c = 3 d = 4 e = 5
05	¿Qué beneficios proporciona el calostro al recién nacido? a) Es como una primera vacuna para el bebé b) Lo protege de gérmenes y alergias c) Ayuda en la maduración del aparato digestivo d) Todas las anteriores son correctas e) Desconozco	 a = 1 b = 2 c = 3 d = 4 e = 5
06	¿Cómo puede estimular el inicio de la lactancia materna en su bebé? a) Colocándolo siempre muy cerca de mí b) Dándole directamente el seno materno c) Dándole primero leche de fórmula d) Dejarlo que llore un buen rato antes e) Desconozco	 a = 1 b = 2 c = 3 d = 4 e = 5

07	Respecto a la técnica de amamantamiento ¿cómo se coloca la mano para dar el pecho al bebé? a) A 3 o 4 cm detrás del pezón con la mano en forma de C b) Colocando los dedos en forma de tijera para sujetar la mama c) Sin sujetar las mamas, solo colocando en la boca del bebé d) Cogiendo con los cinco dedos el pezón de las mamas e) Desconozco la forma correcta	a = 1 b = 2 c = 3 d = 4 e = 5
08	¿Cómo se agarra al bebé para el amamantamiento? a) La cabeza entre el codo, con la cara mirando al pecho y la nariz frente al pezón b) Haciendo rozar el labio superior para que abra bien la boca y agarre la areola c) Todas las anteriores son correctas d) De todas las formas posibles, lo importante es que amamante e) Desconozco	a = 1 b = 2 c = 3 d = 4 e = 5
09	Respecto a la frecuencia de mamada ¿Cada cuánto tiempo debe lactar un bebé recién nacido? a) Cada 2 horas b) Cada 3 horas c) Cada 4 horas d) Cada 6 horas e) Desconozco	a = 1 b = 2 c = 3 d = 4 e = 5
10	Respecto a la duración de amamantamiento ¿Cuánto tiempo debe lactar su bebé recién nacido? a) De 10 minutos a menos b) Por 30 minutos (15 minutos en cada mama) c) De 30 minutos a una hora d) Todo el tiempo que desea e) Desconozco	a = 1 b = 2 c = 3 d = 4 e = 5
11	¿Cómo se realiza la higiene de las mamas en el periodo de lactancia? a) Lavar los pezones con agua antes y después de amamantar b) Lavar los pezones con agua y jabón antes y después de cada mamada c) Limpiar las mamas con gotas de leche antes y después de amamantar d) Dejar las mamas al aire libre durante 5 minutos entre cada mamada	a = 1 b = 2 c = 3 d = 4

	e) Desconozco	e = 5
12	¿Por qué las mamas pueden presentar grietas/ heridas y estar dolorosas? a) Por mala posición y el agarre inadecuado del pezón b) Porque se da de lactar demasiado al recién nacido c) Debido a que la piel del pezón está muy sensible d) Porqué es la primera vez que se da de lactar e) Desconozco	 a = 1 b = 2 c = 3 d = 4 e = 5
13	¿Qué se hace cuando las mamas, presentan signos de congestión (endurecidos, dolorosos, tensos, brillantes, enrojecidos, no sale leche)? a) Detener la lactancia materna inmediatamente b) Extraer la leche y seguir con la lactancia materna c) Consultar con el médico lo más rápido posible d) Masajear los senos y eliminar la leche para evitar mastitis e) Desconozco	 a = 1 b = 2 c = 3 d = 4 e = 5
14	¿De qué depende la mayor producción de leche en las mamas? a) Del tamaño de las mamas b) Del tamaño de la areola y del pezón c) De las lactadas frecuentes del recién nacido d) De que no se deformen las mamas e) Desconozco	 a = 1 b = 2 c = 3 d = 4 e = 5
	TOTAL:	

OBSERVACIONES: ……..

…….

¡Muchas gracias por su atenta y valiosa colaboración!

CALIFICACION:

Total: 14 puntos, que equivale al 100%

a) CONOCIMIENTOS BAJO: cuando obtenga de 1 a 6 puntos

b) CONOCIMIENTOS MEDIO: cuando obtenga de 7 a 10 puntos

c) CONOCIMIENTOS ALTO: cuando alcance de 11 a 14 puntos

ANEXO 3

FICHA DE REGISTRO DEL INICIO DE LACTANCIA MATERNA

I. PRESENTACIÓN

La presente ficha está orientada a recopilar información respecto al inicio o no de la lactancia materna por parte del recién nacido, desde su nacimiento hasta el primer día de nacido (24 horas).

II. INSTRUCCIONES

Investigadora, marque con un aspa en los recuadros de Sí o No, según su observación respecto al inicio o no de la lactancia materna del recién nacido, y cuando sea necesario por información referida por la madre, familiar o personal de salud, durante el puerperio inmediato. Duración: 5 minutos.

III. CONTENIDO

N°	INICIO DE LACTANCIA MATERNA (primera hora / primer día de nacido)	SI	NO
01	El recién nacido recibe otros alimentos o bebidas provistos por el personal de salud, antes de iniciar el amamantamiento en la primera hora postparto.		
02	El recién nacido inicia lactancia con sucedáneos de la leche, porque la madre no desea darle de lactar u otros motivos.		
03	El recién nacido continúa la lactancia con sucedáneos de la leche desde el primer día hasta la salida del hospital.		
04	El recién nacido no llega a lactar el seno materno durante la primera hora ni durante el primer día de la estancia hospitalaria.		
05	El recién nacido, es colocado sobre la madre en cuanto nace (contacto piel con piel) y succiona el seno materno.		

N°	INICIO DE LACTANCIA MATERNA (primera hora / primer día de nacido)	SI	NO
06	El recién nacido inicia la lactancia en la primera hora después del parto, en el alojamiento conjunto con su madre.		
07	El recién nacido vuelve a lactar una o más veces durante la primera hora de nacido, tomando el calostro como primer alimento.		
08	El recién nacido recién empieza a lactar a partir de las dos horas en adelante dentro del primer día de nacido.		
	TOTAL:		

OBSERVACIONES: ……..
…….

¡Muchas gracias por su atenta y valiosa colaboración!

CALIFICACION:

a) No Inicia: cuando contesta Si a alguno o a todos de los siguientes ítems: 1, 2, 3, 4

b) Éxito en Inicio: cuando contesta Si a alguno o a todos de los siguientes ítems: 5, 6, 7, 8.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTA
VARIABLE INDEPEDIENTE: **CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA**	Definido como la información cognitiva específica que evidencia tener la mujer en etapa de puerperio inmediato, expresado mediante un conjunto de conceptos, ideas, creencias, sentimientos, entre otros, de tipo científico y práctico respecto a la lactancia materna. Fue medido mediante un Cuestionario de Conocimientos sobre Lactancia Materna, en base a los siguientes indicadores:	a) Conocimiento Bajo b) Conocimiento Medio c) Conocimiento Alto	- Cuando obtuvo de 1 a 6 puntos - Cuando obtuvo de 7 a 10 puntos - Cuando obtuvo de 11 a 14 puntos	Ordinal	Cuestionario de conocimientos sobre Lactancia Materna
VARIABLE DEPENDIENTE: **ÉXITO EN INICIO DE LACTANCIA MATERNA**	Definido como la evidencia objetiva o práctica de que el niño ha comenzado a recibir o no lactancia materna, a partir de su nacimiento hasta dentro de las primeras 24 horas, durante su estancia hospitalaria. Fue medido mediante la Ficha de Registro sobre inicio de la lactancia materna, como:	a) No Inicia b) Éxito en Inicio	- Cuando contestó Si a alguno o a todos de los siguientes ítems: 1, 2, 3, 4 - Cuando contestó Si a alguno o a todos de los siguientes ítems: 5, 6, 7, 8.	Nominal	Ficha de Registro sobre Inicio de lactancia materna