



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS  
INMEDIATAS QUE RECIBIERON Y NO RECIBIERON EDUCACION  
PRENATAL, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2016**

**TESIS PRESENTADO POR:**

**NATALI AURELIA HERRERA MARTINEZ**

**PARA OPTAR EL TITULO DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**Lima – Perú**

**2016**

## **DEDICATORIA**

A mis padres, pilares fundamentales en mi vida, su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general.

De manera particular agradezco a mi madre, una mujer luchadora, excelente esposa e intachable mujer, por su confianza y apoyo brindado, porque creyó en mí y me sacó adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos porque en gran parte gracias a ella hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvo impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, enseñándome a no desfallecer ni rendirme ante nada, fomentando en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfar en la vida.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis padres quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades.

A mis profesores académicos y prácticos a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su tiempo, paciencia y enseñanza.

Al personal obstetra del Hospital María Auxiliadora, lugar al que considere por ocho meses mi segundo hogar, por desarrollar una encomiable labor y así haber contribuido en mi desarrollo profesional.

A las madres del servicio de puerperio inmediato de la mencionada institución, quienes con su disponibilidad y participación hicieron posible esta investigación.

Finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió y abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

## RESUMEN

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar qué diferencias hay en el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la práctica de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal, atendidas en el hospital María Auxiliadora, 2016

**METODOLOGIA:** Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y comparativo, de nivel aplicativo y método cuantitativo. Se utilizó una muestra de 40 puérperas inmediatas con educación prenatal para el grupo de estudio y el grupo comparativo con 40 puérperas inmediatas sin educación prenatal, ambos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Las técnicas utilizadas fueron de observación y encuesta utilizando dos instrumentos para la recolección de datos, un cuestionario de nivel de conocimiento y una ficha de observación para la técnica de amamantamiento. **RESULTADOS:** En relación al nivel de conocimiento en lactancia materna, el 80% de las puérperas inmediatas con educación prenatal tienen un nivel de conocimiento alto, mientras que el 20% tienen un nivel mediano. Mientras en aquellas que no recibieron educación prenatal el 55% tienen un nivel de conocimiento mediano y el 45% un nivel alto. Sobre las técnicas de amamantamiento, el 65% de puérperas inmediatas con educación prenatal tienen una técnica adecuada y el 35% una técnica regular. Mientras en las puérperas que no recibieron educación prenatal el 60% tienen una técnica regular y el 40% una técnica adecuada. **CONCLUSION:** Las puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal tienen un nivel alto de conocimiento sobre lactancia materna y una técnica adecuada de amamantamiento en comparación con aquellas que no recibieron; evidenciándose asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la técnica de amamantamiento con la educación prenatal.

**Palabras claves:** nivel de conocimiento, técnica de amamantamiento, lactancia materna, educación prenatal

## ABSTRACT

**GENERAL OBJECTIVE:** To determine the differences in the level of knowledge about breastfeeding and the practice of the breastfeeding techniques in immediate postpartum women who received and did not receive prenatal education, attended at the Maria Auxiliadora Hospital, 2016

**METHODS:** An observational, prospective, cross - sectional and comparative study of the application level and quantitative method was performed. A sample of 40 immediate postpartum women with prenatal education was used for the study group and the comparative group with 40 immediate postpartum women without prenatal education, both of whom met the inclusion and exclusion criteria. The techniques used were observation and survey using two instruments for data collection, a knowledge level questionnaire and an observation sheet for the technique of breastfeeding. **RESULTS:** Regarding the level of knowledge in breastfeeding, 80% of the immediate postpartum women with prenatal education have a high level of knowledge, while 20% have a medium level. While in those who did not receive prenatal education, 55% had a medium level of knowledge and 45% had a high level of knowledge. Regarding breastfeeding techniques, 65% of women with immediate prenatal education have an adequate technique and 35% have a regular technique. In postpartum women who did not receive prenatal education, 60% have a regular technique and 40% have adequate technique. **CONCLUSION:** Immediate postpartum women who received prenatal education have a high level of knowledge about breastfeeding and an adequate breastfeeding technique compared to those who did not receive it; Evidencing a significant association between the level of knowledge and the technique of breastfeeding with prenatal education.

**Key words:** level of knowledge, breastfeeding technique, breastfeeding, prenatal education

## INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
INDICE.....	vi
INTRODUCCION.....	viii

### CAPITULO I

#### PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	10
1.2 Delimitación de la Investigación.....	14
1.2.1 Delimitación Social.....	14
1.2.2 Delimitación Temporal.....	14
1.2.3 Delimitación Espacial.....	15
1.3 Problemas de la Investigación (Formulación del Problema).....	16
1.3.1 Problema General.....	16
1.3.2 Problemas Específicos.....	16
1.4 Objetivos de la Investigación.....	16
1.4.1 Objetivo General.....	16
1.4.2 Objetivos Específicos.....	16
1.5 Hipótesis de la Investigación.....	16
1.5.1 Hipótesis General.....	16
1.5.2 Hipótesis Especificas.....	17
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores.....	17
1.6 Diseño de la Investigación.....	20
1.6.1 Tipo de Investigación.....	20
1.6.2 Nivel de Investigación.....	20
1.6.3 Método.....	20
1.7 Población y Muestra de la Investigación.....	20

1.7.1	Población.....	20
1.7.2	Muestra.....	22
1.8	Técnicas e Instrumentos de la Recolección de Datos.....	22
1.8.1	Técnicas.....	22
1.8.2	Instrumentos.....	22
1.9	Justificación e Importancia de la Investigación.....	24
1.9.1	Importancia.....	24
1.9.2	Justificación Teórica.....	24
1.9.3	Justificación Practica.....	25
1.9.4	Justificación Social.....	25
1.9.5	Justificación Legal.....	25

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

2.1	Antecedentes de la Investigación.....	27
2.1.1	Estudios Previos.....	27
2.1.2	Tesis Nacionales.....	30
2.1.3	Tesis Internacionales.....	34
2.2	Bases Teóricas.....	36
2.3	Definición de Términos Básicos.....	71

## **CAPITULO III**

### **PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

3.1	TABLAS Y GRAFICAS ESTADISTICAS.....	74
3.2	CONTRASTACION DE HIPOTESIS.....	102

**DISCUSION.....107**

**CONCLUSIONES.....112**

**RECOMENDACIONES.....114**

**FUENTES DE INFORMACION.....116**

**ANEXOS.....123**

1. Matriz de Consistencia
2. Instrumentos

## INTRODUCCION

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad casi todas las madres han alimentado a sus niños de forma normal y natural a través del amamantamiento. Casi todas las sociedades han tenido de algún modo u otro conocimiento sobre la lactancia, aunque las prácticas han variado de una cultura a otra.

En la actualidad la leche materna es considerada el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su bebé por ser el más completo, ya que además de contener todos los nutrientes que el bebé necesita para su crecimiento y desarrollo físico, desde el punto de vista emocional, le asegura el establecimiento de un buen vinculo madre e hijo y una adecuada relación de apego seguro con la madre. Por todo ello, la lactancia materna forma parte de un sistema de crianza que ha sido fundamental para el desarrollo del ser humano en lo biológico, sicológico y social. Proporciona una adecuada nutrición, y asegura protección en este período crítico del desarrollo de los inicios de la vida.

Por tal motivo, es importante explicar a los padres las ventajas que la alimentación natural supone, pero además es necesario informar a las madres sobre la fisiología del amamantamiento y sobre la técnica de la lactancia, ya que la lactancia materna no es solo un instinto sino una capacidad que debe aprenderse. Así, la educación prenatal será un instrumento útil y eficaz para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Y en este punto, los profesionales de salud tienen una función primordial, ya que deben asegurar un alto nivel de apoyo, para el amamantamiento temprano, exclusivo y continuado.

Dada la importancia que tiene la lactancia materna es necesario que en nuestro medio se realicen estudios los cuales nos permitan conocer el nivel de conocimientos que tienen las madres lactantes sobre este tema así como de las técnicas de amamantamiento a fin de tomar conciencia y realizar actividades destinadas a la buena orientación.



Esta premisa, conduce a realizar este estudio de investigación, que tiene como objetivo determinar qué diferencias hay en el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la práctica de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal, atendidas en el hospital María Auxiliadora, 2016. Y de manera específica determinar su nivel de conocimiento sobre lactancia materna y evaluar la técnica de amamantamiento que poseen.

Por consiguiente, el desarrollo de la investigación se ha organizado en 3 capítulos: Capítulo I. El Planteamiento Metodológico; donde se expone la descripción de la realidad problemática, la delimitación de la investigación, formulación del problema, objetivos, hipótesis, diseño, población y muestra, técnica e instrumentos y justificación de la investigación.

En el Capítulo II. Marco Teórico; se desarrollan los antecedentes o investigaciones relacionadas con el tema, las bases teóricas, y la definición de términos básicos, donde se integran conceptos ya existentes sobre la investigación.

En el Capítulo III. Se expone la presentación, análisis e interpretación de resultados; donde se muestran tablas y graficas estadísticas y la contrastación de la hipótesis. En este capítulo se describen los resultados obtenidos después de la aplicación de los instrumentos y la discusión de la investigación que es la comparación que se da entre los resultados y otros estudios similares realizados a nivel nacional e internacional. Finalmente, se presentan las conclusiones finales, recomendaciones, las referencias bibliográficas, y anexos.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO METODOLOGICO**

#### **1.1 Descripción de la Realidad Problemática**

Desde hace ya varios años se viene prestando mayor atención, tanto en el ámbito social como en el desarrollo sanitario, a todos los aspectos relacionados con la lactancia materna. En muchos países se han diseñado diferentes estrategias que tienen por objeto incrementar el número de mujeres que amamantan a sus hijos e intentar que la lactancia materna se prolongue el máximo tiempo posible.

La Lactancia Materna (LM) es de vital importancia hoy en día, tal es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que como mínimo la Lactancia Materna Exclusiva abarque los primeros seis meses de vida. Esta recomendación está basada en la evidencia científica, ya que existen muchas pruebas de los beneficios que aporta la lactancia materna a corto y largo plazo, no sólo en la salud del recién nacido, sino también de la madre.<sup>1</sup> La lactancia materna mejora la salud del niño, la salud de la madre, y fortalece el vínculo madre-hijo.<sup>2</sup>

Los bebés con Lactancia Materna tienen menores tasas de enfermedades gastrointestinales, respiratorias y alergias, mejor agudeza visual y mayor desarrollo cognitivo y del lenguaje.<sup>2</sup> Se calcula que todos los años se podrían salvar 1,5 millones de vidas si se alimentara a los lactantes de acuerdo con las prácticas recomendadas de lactancia materna.<sup>4</sup>

Entre las prácticas clave propuestas por la OMS y promovidas por la Estrategia de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) para promover la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños, la LME durante los primeros seis meses, constituye la medida más importante para lograr la reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas y proteger de retrasos en el crecimiento durante esta época de la vida.<sup>2</sup> Aun así, las estadísticas señalan que tan solo un 35% de los neonatos a nivel mundial reciben LM exclusiva pasados los primeros tres a cuatro meses de vida.<sup>1</sup>

Lamentablemente, las prácticas de alimentación del lactante distan aún de ser óptimas; en muchas partes del mundo, las tasas de lactancia exclusivamente materna son bajas, y muchas mujeres dejan de amamantar a sus hijos antes de lo que tenían previsto.<sup>4</sup>

Solamente alrededor del 40% de los niños/as en el mundo reciben leche materna durante 6 meses; así en el África Subsahariana es de 28%, en el Medio Oriente y Norte de África 37%, en el Sur de Asia 36%, en el Este Asiático y Pacífico 54%, en la Comunidad Europea y Estados Bálticos 14%.<sup>5</sup>

En los Estados Unidos de América la prevalencia de “cualquier tipo de lactancia” a los 6 meses de vida para el total de la población era de 43%; la prevalencia en el caso del subgrupo hispano o latino fue del 46% y la prevalencia en el subgrupo de raza negra no hispano o Afro Americano fue del 27,5%.<sup>6</sup>

En Latinoamérica y El Caribe 38% reciben Lactancia Materna Exclusiva, Venezuela con un 7%, Jamaica 15%, Cuba 26%, Panamá y El Salvador con 25%, Honduras 30%, Ecuador 40%, Bolivia con 54%, Chile y Perú con 63%.<sup>5</sup> En algunos países, la Lactancia Materna Exclusiva ha sido particularmente resistente al cambio. Por ejemplo, durante los 20 últimos años se ha estancado en la República Dominicana, que ya tenía el porcentaje más bajo de la Región (8%), y en México disminuyó de 20% a 14,5%; sin embargo, en el mismo período, otros países han mostrado un extraordinario progreso, como Colombia, donde aumentó de 15% a 43%.<sup>7</sup>

En América Latina y el Caribe los niños son alimentados exclusivamente con leche materna durante 14 meses, aunque al igual que con otras prácticas de lactancia materna hay una gran variabilidad en la duración, que va de 7 meses en la República Dominicana y el Uruguay hasta 18 meses o más en Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras y el Perú. En otros países, como México, durante más de 20 años ha permanecido estable en 10 meses.<sup>7</sup>

El Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y las Asociaciones Profesionales de Expertos del Perú recomiendan el amamantamiento exclusivo por 6 meses, iniciándolo en la primera hora del nacimiento y continuado hasta más allá de los 2 años, con alimentación complementaria apropiada, como la manera óptima de alimentar al lactante y al niño pequeño.<sup>8</sup>

En el Perú, la cifra de Lactancia Materna Exclusiva se ha reducido de 67.2% en el año 2000 a 63.2% al 2010. Siendo estas cifras menores en la región de la Costa, pasó de 56% en el 2000 a 46.7% en el 2010, mientras que en la región de la Sierra se ha incrementado de 77.4% en el año 2000 a un 80.3% en el 2010 y en la región de la Selva de un 72.7% en el año 2000 a un 78.5% en el 2010. Por tal, en la sierra y selva se identifica una mayor proporción de niños que reciben lactancia materna exclusiva, comparado con la costa.<sup>5</sup>

En las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica, más del 89% de los niños menores de 6 meses, lacta exclusivamente; en Loreto el 82% y en Lima solo el 59.7%. La práctica de dar de lactar durante la noche habría aumentado de 4.5 a 7.4 veces y más bien la práctica de dar de lactar en el día habría disminuido de 7.3. a 4.8 entre el 2000 y el 2009 a nivel nacional.<sup>8</sup>

Los resultados a nivel nacional de la encuesta ENDES 2012 revelan que el 67.6% de niñas(os) menores de 06 meses de edad tuvieron Lactancia Materna Exclusiva y el 7.1% que tenían entre 06 a 09 meses continuaban alimentándose solo con leche materna.<sup>9</sup>

Considerando que la Lactancia Materna es una conducta fisiológica e instintiva, llama mucho la atención el hecho del abandono de esta práctica, resultando notable la creciente disminución que ha presentado en el mundo, especialmente en los países en desarrollo.

Por tal, hoy en día la lactancia materna es un tema que debería ser tomado con vital relevancia no solo en la etapa postnatal sino en la gestación; ya que al ser un acto natural es a la vez un comportamiento aprendido puesto que las madres necesitan un apoyo activo para instaurar y mantener un amamantamiento adecuado .

Así, el periodo prenatal ofrece la oportunidad de dar a las embarazadas y a sus parejas y familiares información sobre los beneficios de la lactancia materna, en un momento en que se consideran muchas decisiones sobre la alimentación del lactante. Pruebas científicas disponibles indican que la educación sobre la Lactancia Natural contribuye a aumentar tanto la tasa de inicio de la Lactancia Materna como la duración de ésta.<sup>4</sup>

Por tal motivo, el periodo de gestación constituye el mejor momento para informar a las madres sobre la lactancia materna y como llevarla a cabo con éxito si deciden amamantar<sup>33</sup>. Así el éxito de la lactancia depende mucho del conocimiento y de que la técnica de amamantamiento sea correcta.

Si bien la lactancia materna sigue siendo la forma preferida de alimentar a los recién nacidos en el Perú, la población en general poseen conocimientos deficientes con respecto al proceso de lactancia materna, desconociendo muchas veces los beneficios que este proceso otorga a la madre. También existe déficit de conocimientos en lo que respecta a la técnica correcta de amamantamiento<sup>5</sup>.

Así, en el hospital María Auxiliadora, lugar elegido para la investigación, se ha observado que, si bien es cierto, algunas madres que permanecen en el servicio de puerperio inmediato en alojamiento conjunto han recibido educación prenatal sobre lactancia materna durante la gestación, muchas otras no tienen información

suficiente y necesaria sobre lactancia, puesto que a pesar de tener algunos conocimientos, desconocen las técnicas de amamantar y lo beneficioso que resulta esta práctica en los primeros 6 meses de vida del bebé, lo cual obstaculiza su éxito.

Por lo antes mencionado, la investigación se centrará, en determinar que diferencias existen en el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la práctica de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal.

## 1.2 Delimitación de la investigación

### 1.2.1 Delimitación Social:

El presente proyecto estará enfocado a puérperas inmediatas de parto eutócico que recibieron y no educación prenatal en el hospital María Auxiliadora, siendo la mayoría de esta población mujeres que provienen de distritos urbano, marginal y rural, pertenecientes relativamente a un mismo nivel socioeconómico, dentro de los estratos sociales C, D y E; y de diversas edades. No se excluyó a las participantes por edad. Las participantes de esta investigación son adolescentes y en edad adulta. La poca preparación y la inmadurez propia de la etapa de la adolescencia muchas veces determinan el poco éxito de la lactancia y el abandono de la práctica y a medida que avanza en edad, la mujer toma conciencia de la importancia de su rol de madre y debería aumentar las posibilidades de cumplir con esta práctica. Pero, lo observado en mis prácticas hospitalarias de internado, es que las madres adolescentes así como las adultas tienen dificultad en dar de lactar ya sea por inexperiencia, inmadurez o falta de conocimiento que se solucionara mediante una educación oportuna.

### 1.2.2 Delimitación Temporal:

El presente proyecto se realizará entre los meses de Junio y Julio del 2016.

### 1.2.3 Delimitación Espacial:

El hospital María Auxiliadora, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, es un órgano descentralizado de la Dirección de Salud II Lima Sur. Tiene una categorización de establecimiento III – 1 y en el Sistema de Salud funciona como hospital de referencia para la Sub. Región de Lima Sur. Es el más concurrido por la población en el Cono Sur de Lima Metropolitana, atiende a las referencias de los Centros Maternos Infantiles, Centros de Salud y Puestos de Salud de su jurisdicción, debido a que estos tienen limitaciones de personal y no cuentan con equipos logísticos.

Al ser un hospital de tercer nivel donde la demanda poblacional es masiva, al año se llevan a cabo campañas promocionales de diversas áreas de la salud, tal es el caso del área de Gineco-Obstetricia, que promueve la salud de la madre antes y después del parto. Así también cuenta con un área de preparación psicoprofiláctica, donde se promueve la lactancia materna en la quinta sesión del programa.

El departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, es la Unidad Orgánica encargada de la atención integral de la mujer, organizada estructuralmente en 2 servicios asistenciales: el servicio de Ginecología y el servicio de Obstetricia. Esta última está encargada de la atención integral de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

La presente investigación, está comprendida en el área de hospitalización (segundo piso) del servicio de Puerperio Inmediato, el cual cuenta con 2 ambientes dentro de Centro Obstétrico. El primer ambiente distribuido con 10 camas y 5 camas y 2 camillas en el segundo ambiente.

El área de hospitalización del servicio de Puerperio Inmediato tiene como principal medida el alojamiento conjunto del recién nacido con la madre, con la finalidad de rescatar el hecho de que los niños sean amamantados exclusivamente.

### 1.3 Formulación del Problema

#### 1.3.1 Problema General:

¿Qué diferencias hay en el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la práctica de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal, atendidas en el hospital María Auxiliadora, 2016?

#### 1.3.2 Problemas Específicos:

- PE1: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal?
- PE2: ¿Cómo es la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal?

### 1.4 Objetivos de la Investigación

#### 1.4.1 Objetivo General:

Determinar qué diferencias hay en el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la práctica de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal, atendidas en el hospital María Auxiliadora, 2016

#### 1.4.2 Objetivos Específicos:

- OE1: Determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal.
- OE2: Evaluar la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal.

### 1.5 Hipótesis de la Investigación

#### 1.5.1 Hipótesis General



HG: Existen diferencias significativas en cuanto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la aplicación de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal en comparación con aquellas puérperas que no recibieron.

H<sub>1</sub>: No Existen diferencias significativas en cuanto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la aplicación de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal en comparación con aquellas puérperas que no recibieron.

### 1.5.2 Hipótesis Específicas

- Hipótesis Alterna ( H<sub>1</sub>):

Las puérperas inmediatas que recibieron educación Prenatal tienen un alto nivel de conocimiento y las que no recibieron tienen un bajo o mediano nivel de conocimiento.

Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>):

No existen diferencias entre ambos grupos

- Hipótesis Alterna ( H<sub>1</sub>):

Las puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal tienen una adecuada técnica de amamantamiento y las que no recibieron tienen una regular o inadecuada técnica.

Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>):

No existen diferencias entre ambos grupos

### 1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

#### Educación Prenatal

- Definición conceptual: conjunto de actividades que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se perciba de forma positiva y faciliten un parto y puerperio normal en el aspecto físico y emocional.

- Definición operacional: Capacitación que recibió la gestante sobre el embarazo, parto y puerperio. Por parte del personal de salud. Enfatizando para fines de este estudio, sobre la lactancia materna.

### Nivel de Conocimiento en Lactancia Materna

- Definición conceptual: conjunto de ideas, conceptos o información que una persona ha adquirido o acumulado sobre la lactancia materna mediante la experiencia o aprendizaje para decidir lo que debe o puede hacer, aunque ello no garantice una conducta adecuada.
- Definición Operacional: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o aprendizaje que posee la madre sobre lactancia materna en la etapa de Puerperio Inmediato.

### Técnicas de Amamantamiento

- Definición conceptual: la posición en la que la mujer se dispone a amamantar, la manera en la que acomoda al bebé con respecto a su cuerpo para suscitar el reflejo de búsqueda en el bebé y permitir que éste tome el pecho.
- Definición operacional: Métodos que usa la madre al realizar la lactancia para el neonato.

### Operacionalización de Variables

VARIABLES	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
<b>EDUCACION PRENATAL</b>	Preparación para la lactancia materna	Asistencia a los cursos de educación prenatal en lactancia materna	1
		PPO, EPN, Consejería en Lactancia Materna, Charlas Educativas.	1

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA</b>	Aspectos generales de la Lactancia Materna	Concepto Lactancia Materna Exclusiva	2	
		Inicio de la Lactancia Materna	1	
		Duración de la Lactancia Materna	1	
		Duración de Lactancia Materna Exclusiva	1	
		Beneficios de la Lactancia Materna	1	
		Problemas en la Lactancia Materna	1	
		Frecuencia de la Lactancia	1	
		Conocimiento sobre las Técnicas de Amamantamiento	Posición del cuerpo de la madre	1
			Posición del cuerpo del bebé	1
			Colocación de la mano para agarrar el pecho	1
Vínculo afectivo(apego piel a piel)	1			
Succión del bebé				
Tiempo de cada toma	1			
Pecho con el que se inicia la próxima toma	1			
<b>TECNICAS DE AMAMANTAMIENTO</b>	Evaluación de la Técnica de Amamantamiento	Posición del cuerpo	4	
		Respuesta	5	
		Vínculo afectivo	4	
		Anatomía	4	
		Succión	7	
		tiempo	1	

## 1.6 Diseño de la Investigación

### 1.6.1 Tipo de Investigación:

Teniendo en cuenta el problema y los objetivos el presente estudio corresponde a una investigación de tipo observacional, prospectivo, transversal y comparativo; ya que permitirá obtener información precisa sobre las variables a investigar y de los datos recolectados que mostraran los hechos y características de la población sometida al estudio respecto al problema formulado, tal y como se presentan en su contexto natural, tomados en un tiempo único y actual, según van ocurriendo los hechos, lo que permitirá controlar el instrumento, con el que se efectuará la medición de las variables.

### 1.6.2 Nivel de Investigación:

La investigación tiene un nivel aplicativo porque se realizará sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios. Así, se resolverá el problema formulado, identificando para ello los indicadores apropiados, mediante la práctica haciendo uso del conocimiento existente sustentado en la investigación.

### 1.6.3 Método:

La investigación propuesta es cuantitativa por que se vale de los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza. Debido a que para resolver el problema planteado se cuantificara o medirá numéricamente las variables estudiadas, analizando estas mediciones obtenidas con métodos estadísticos para así, llegar a las conclusiones de la investigación respecto a mi hipótesis planteada.

## 1.7 Población y Muestra de la Investigación

### 1.7.1 Población:

La población del estudio está conformada por puérperas inmediatas atendidas en el área de hospitalización del servicio de Puerperio Inmediato del hospital María Auxiliadora entre los meses de Junio y Julio del 2016, que desean participar voluntaria y anónimamente en este estudio.

#### Criterios de Inclusión y Exclusión:

##### Grupo de Estudio

##### Criterios de Inclusión:

- Puérperas que recibieron Educación Prenatal
- Puérperas de 24 horas postparto
- Puérperas de parto eutócico
- Puérperas en alojamiento conjunto con recién nacido
- Puérperas que acepten participar voluntariamente en el estudio

##### Criterios de Exclusión:

- Puérperas de parto distócico
- Puérperas que reciban tratamiento por alguna patología como: VIH, TBC, etc.
- Puérperas hospitalizadas en UCI

##### Grupo Comparativo

##### Criterios de Inclusión:

- Puérperas que no recibieron Educación Prenatal
- Puérperas de 24 horas postparto
- Puérperas de parto eutócico
- Puérperas en alojamiento conjunto con recién nacido
- Puérperas que acepten participar voluntariamente en el estudio

##### Criterios de Exclusión:

- Puérperas de parto distócico
- Puérperas que reciban tratamiento por alguna patología como: VIH, TBC, etc.
- Puérperas hospitalizadas en UCI

#### 1.7.2 Muestra:

De esta población se estudió una muestra constituida por un número específico de puérperas que hayan decidido participar voluntariamente. Teniendo presente los criterios de inclusión y exclusión se consideró una muestra de 40 pacientes para el grupo de estudio (puérpera que recibió educación prenatal en lactancia materna) para mantener la relación, se seleccionó para el grupo comparativo 40 pacientes (puérperas que no recibieron educación prenatal en lactancia materna).

### 1.8 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

#### 1.8.1 Técnicas:

En el estudio, las técnicas que se aplicaron son de observación y encuesta. La primera puesto que me ayudará a obtener la información de primera mano de la población estudiada, observando atentamente, tomando la información y registrándola para su posterior análisis; y la encuesta, que contiene información necesaria donde se recopilaron los datos generales de las participantes y si durante el embarazo recibieron educación prenatal o no, mediante un formato de preguntas debidamente orientada para el desarrollo del objetivo planteado.

#### 1.8.2 Instrumento:

El estudio implicó que para la evaluación de la técnica de amamantamiento se emplee una “Ficha de observación del amamantamiento”, donde se evaluaron 6 aspectos como:

- Posición del cuerpo (4 ítems)

- Respuestas (5 ítems)
- Vínculo afectivo (4 ítems)
- Anatomía (4 ítems)
- Succión (7 ítems)
- Tiempo (1 ítems)

Para la evaluación se procederá a marcar con un “check” cualquiera de los recuadros por cada ítem de acuerdo a los signos de buen funcionamiento o signos de dificultad en cada aspecto evaluado. Cuando se observe un signo de buen funcionamiento tendrá la puntuación de uno (1) mientras cuando se observe algún signo de dificultad, la puntuación será cero (0). Pudiendo obtener una puntuación final mínima de cero y máxima de 25. Así las puntuaciones serán clasificadas de la siguiente forma:

- TÉCNICA ADECUADA: 18-25 puntos
- TÉCNICA REGULAR: 11-17 puntos
- TÉCNICA INADECUADA: 1-10 puntos

Asimismo, se empleó un cuestionario conformado por 22 ítems, haciendo uso de un lenguaje sencillo de tal manera que las madres puedan responder sin problemas a las preguntas del instrumento de evaluación. El cual quedo estructurado en 3 partes: La primera se dirigió a identificar los datos sociodemográficos de las participantes (edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación y paridad). La segunda se orientó a identificar por medio de un par de preguntas respecto a si recibieron educación prenatal o no y de que medio recibieron la información y la tercera parte se orientó a determinar el nivel de conocimiento que poseen las puérperas inmediatas sobre lactancia materna y técnicas de amamantamiento, el cual midió el conocimiento que poseían las participantes.

Para medir el nivel de conocimiento se tuvo en cuenta el número de preguntas que se asociaron con el tema, siendo un total de quince preguntas y para determinar el puntaje se diseñó una escala de la siguiente manera:

- NIVEL BAJO: 0 - 5 puntos.
- NIVEL MEDIANO: 6 - 10 puntos.
- NIVEL ALTO: 11 - 15 puntos.

La validación del instrumento fue determinada mediante el juicio de expertos. El instrumento se entregó a 3 especialistas en el área (obstetras docentes) que contribuyeron con sus conocimientos al perfeccionamiento del instrumento. Así mismo se tuvo en cuenta las sugerencias respectivas reformulándose algunos ítems del mismo.

## 1.9 Importancia y justificación de la Investigación

### 1.9.1 Importancia:

Esta investigación se considera importante ya que pretende determinar las diferencias que existen en cuanto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna y las técnicas de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no educación prenatal; para así reconocer que tan efectivo es la educación en lactancia durante la gestación; y a raíz de esto elaborar medidas que contribuyan al fomento de la educación prenatal en lactancia. Puesto que los conocimientos que la madre adquiera durante la gestación, podrían ayudarle a aclarar sus dudas, temores y prejuicios, a modificar conductas, las prácticas de amamantamiento y por ende permitir una predisposición favorable o no hacia la lactancia materna.

### 1.9.2 Justificación Teórica:

Resulta relevante el abordaje en este tema de manera que los resultados a obtenerse, se incorporen en la literatura, y promuevan un enfoque clínico más apropiado que propicie salud y la calidad de atención. Asimismo, el presente



estudio será un aporte al conocimiento científico, buscando fortalecer la lactancia materna y promoviendo la formulación de nuevas investigaciones al respecto, ya que puede ser de gran utilidad para diseñar estrategias de actuación encaminadas a aumentar y mejorar la práctica de esta actividad.

#### 1.9.3 Justificación Práctica:

La promoción, protección y apoyo a esta práctica, son actividades esenciales de los sistemas de salud y se justifica también porque el profesional de obstetricia, por el rol de orientadora que tiene sobre lactancia materna, contribuye en las diferentes intervenciones programadas, que condicionan a mejorar las coberturas de la lactancia en las diversas áreas o servicios de salud. Esta investigación contribuirá para que se tome medidas por parte de las autoridades del hospital y del servicio de obstetricia que atienden a las gestantes que acuden a la consulta prenatal en la promoción de la lactancia materna.

#### 1.9.4 Justificación Social:

Este estudio mantiene relevancia social ya que la situación que se presentó es una problemática que se manifiesta a nivel mundial, y que a pesar, que existe buena inversión económica en difusión y estrategias para la promoción de la lactancia materna, se identificó que aún se sigue encontrando una considerable disminución en esta práctica. Así, a través del presente proyecto, se alentará a la madre para que inicie la alimentación con leche materna desde el primer contacto que tenga con su hijo después del nacimiento utilizando adecuadamente las técnicas de amamantamiento.. Ya que el buen logro de la lactancia materna depende de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y del sistema de atención de salud.

#### 1.9.5 Justificación Legal:

El Perú ha aprobado políticas y normas que promueven la lactancia materna desde el año 1982 en concordancia con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.

Ministerio de Salud: Resolución Ministerial N° 959-2006/MINSA que aprobó la Directiva Sanitaria N° 009- MINSALDGPS-V.01: 'Directiva Sanitaria para la Implementación de Lactarios en los Establecimientos y Dependencias del Ministerio de Salud'.

Ministerio de Salud: Resolución Ministerial N° 260-2014/MINSA que aprobó la "Guía Técnica de Implementación de grupos de apoyo comunal para promover y proteger la lactancia materna exitosa".

Ministerio de Salud: Reglamento de Alimentación Infantil (RAI): Decreto Supremo N° 009-2006-SA, tiene como objetivo el lograr una eficiente atención y cuidado de la alimentación de las niñas y niños hasta los veinticuatro meses de edad, mediante acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y orientando las prácticas adecuadas de alimentación complementaria. Así también propicia el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna cuando éstos sean necesarios sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 Antecedentes de la Investigación

##### 2.1.1 Estudios Previos:

Juan Miguel Martínez Galianoa, Miguel Delgado Rodríguez, En el año 2013, en Jaén – España, realizaron un estudio titulado: **“EL INICIO PRECOZ DE LA LACTANCIA MATERNA SE VE FAVORECIDO POR LA REALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN MATERNA”**.

Objetivo: Determinar la influencia de la educación maternal (EM) sobre el inicio precoz de la lactancia materna (LM) y su mantenimiento hasta los dos meses de vida del recién nacido. Conocer la influencia de la EM sobre los motivos que argumenta la mujer para abandonar la LM. Método: Estudio multicéntrico observacional llevado a cabo en cuatro hospitales de Andalucía en 2011 sobre mujeres primíparas. Los datos se recogieron a través de una entrevista y la historia clínica. En el análisis se estimaron odds ratios crudas y ajustadas. Resultados: La realización de EM por parte de la madre se asoció con el inicio precoz de la LM (ORa = 1.78, IC 95% = 1.14-2.78) y el mantenimiento de esta (ORa = 1.73, IC 95% = 1.15-2.61). No hubo diferencias en los motivos que las mujeres argumentaron para abandonar la LM. Conclusiones: La EM favorece el inicio y mantenimiento de la LM.<sup>1</sup>

Zully Araya Cubero, Geovanna Brenes Campos, en Octubre 2012- Marzo 2013, en Costa Rica, realizo un estudio titulado: **“EDUCACIÓN PRENATAL: FACTOR ASOCIADO AL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA”**.

El presente artículo tiene como objetivo investigar si la educación sobre lactancia materna (LM), durante el periodo prenatal, es un factor que contribuye al éxito de esta, en comparación con la brindada a la púerpera durante su estancia hospitalaria y el postparto. Material y Métodos: Con el fin de identificar la evidencia científica, se formuló una pregunta clínica en formato PICO. Luego, se utilizaron diversas bases de datos, entre ellas el buscador GOOGLE ACADÉMICO, PUBMED, MEDLINE, EBSCO y COCHRANE DATABASE para la recuperación de la evidencia. Se obtuvo 207 artículos de los cuales 12 proporcionaron datos que responden, parcialmente, a la interrogante planteada. La información fue sometida a análisis crítico, mediante la plantilla CASPe y AGREE, con el fin de determinar si era posible responder a la pregunta propuesta. Conclusión: Se concluye que existe evidencia que indica que las intervenciones para promover y apoyar la lactancia materna aumentan las tasas de iniciación, duración y exclusividad de esta. La promoción y el apoyo de la lactancia materna se puede lograr a través de intervenciones en el transcurso del embarazo, en el momento del parto, después de este y durante la lactancia; sin embargo, son necesarios más estudios controlados que indiquen si la información que reciben las mujeres sobre lactancia materna en la etapa prenatal, comparada con aquella que se les da solamente en la etapa postparto disminuye el riesgo de abandono de la lactancia materna.<sup>12</sup>

Gerónimo Carrillo Rodolfo, Magaña Castillo Margarita, Zetina Hernández Eva, Herrera Castillo Yudit, Contreras Palomeque Jocabed. En Julio- Agosto, 2013. Realizo un estudio titulado: **“CONOCIMIENTO, ACTITUD Y PRACTICA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EN PERIODO POSTPARTO DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL”**

Objetivo: Evaluar los conocimientos, actitudes y práctica sobre lactancia materna, en las mujeres en periodo posparto que asisten a la consulta externa en el

Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer (HRAEM). Material y Métodos. Estudio cuantitativo, descriptivo y corte transversal, la muestra quedó conformada por 300 mujeres en periodo posparto que asistieron a consulta externa en el servicio de tamiz neonatal del HRAEM del estado de Tabasco durante el periodo de Julio-Agosto de 2013. Resultados: De las 300 mujeres en periodo posparto, la edad media fue de 23 años, con 9 años de escolaridad y estado civil en unión libre en un 58%. Respecto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna el 67.3% fue regular y el 24% alto. La actitud hacia la lactancia fue favorable en un 67.3% y desfavorable en un 24%. En relación a la práctica, el 89% reportó una lactancia materna exclusiva. El 90.7% practican la lactancia materna debido a que perciben una protección adecuada contra enfermedades. Discusión: La actitud y la práctica de la lactancia materna coinciden con estudios previos, encontrando diferencia en el nivel de conocimiento en nuestra población. Conclusión: La lactancia materna se encontró como una práctica apropiada a pesar del nivel regular en conocimiento de las mujeres en periodo posparto, reportando un deseo favorable para amamantar a sus hijos.<sup>34</sup>

Mario Moraes, Lucia Da Silva, Betina Faliú, Claudio Sosa. En 2011, en Uruguay, realizaron un estudio titulado: **“TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN A PECHO Y APARICIÓN DE TRAUMA DEL PEZÓN PREVIO AL ALTA HOSPITALARIA”**.

Objetivo: descripción y análisis de la técnica de alimentación a pecho y la presencia de grietas en el pezón previa al alta hospitalaria. Material y método: se realizó un estudio de corte transversal, prospectivo del 1 de octubre de 2009 a 31 de enero de 2010 con una población de madres que se encontraban en alojamiento conjunto previo al alta hospitalaria, con recién nacidos sanos con más de 38 semanas de edad gestacional y más de 2.500 g al nacer. Resultados: se incluyeron 204 madres y bebés. La media de edad materna fue 24,0 años (DE 6,63). La edad gestacional de los recién nacidos fue de 39 semanas (DE 1). El peso al nacer fue de 3.024 g (DE 380). Correspondieron al sexo masculino 114 recién nacidos (56%). La frecuencia de complicaciones fue del 76,5%, con 56,3% de dolor al amamantar y 40,1% de grietas en el pezón. Se encontró asociación

entre las alteraciones de la posición al amamantar con un OR de 4,78 (IC95% 2,22-10,29) para una técnica con uno o dos parámetros negativos y OR de 7,22 (IC95% 2,34-22,24) para la presencia de 3 o más parámetros incluyendo alteraciones en la toma del pezón por el bebé. Tener grietas en embarazos anteriores se asoció con la aparición de grietas en el embarazo actual con un OR de 3,91 (IC95% 1,66-9,35). Tener hijos previos reduce la aparición de complicaciones OR de 0,31 (IC95% 0,13-0,77). Conclusiones: la frecuencia de complicaciones de la lactancia es elevada previa al alta hospitalaria y se asocia a la primiparidad. Se observó asociación entre las alteraciones de la posición al amamantar; dificultades en la toma del pezón y la succión por parte del bebé con la aparición de grietas del pezón. Los antecedentes de grietas en el pezón en embarazos anteriores se asocian con grietas en el embarazo actual.<sup>35</sup>

#### 2.1.2 Tesis Nacionales:

Chirinos Rojas Ila Lorenza; en Marzo 2015; en Lima-Perú, realizo un estudio titulado: **“TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y SU RELACIÓN CON LA CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA RECIBIDA EN EL SERVICIO DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL MARZO 2015”**.

Objetivo: Determinar si existe relación entre la técnica de amamantamiento en puérperas primíparas y la consejería en lactancia materna recibida en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal Marzo 2015. Material y métodos:: Estudio observacional, analítico, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 120 puérperas primíparas, donde el grupo estudio estuvo conformado por 60 puérperas primíparas con consejería de lactancia materna y el grupo comparativo con 60 puérperas primíparas sin consejería de lactancia materna. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba Chi cuadrado y la prueba t de Student con un nivel de confianza del 95%; considerándose como “significativo” un valor  $p < 0.05$ . Resultados: La edad promedio de las puérperas primíparas fue  $25,5 \pm 5,3$  años. Asimismo, la mayoría de

puérperas tenían entre 22 a 30 años (69,2%), eran convivientes (57,5%) y tenían grado de instrucción secundaria (65,8%), seguido del superior técnico (17,5%). El tiempo promedio que mamó el bebé cuando se observaron mayores signos de buen funcionamiento del amamantamiento fue  $16,5 \pm 5,2$  minutos; asimismo, los signos de buen funcionamiento de la lactancia se caracterizaron por una posición cercana, de frente al pecho materno (75,8%), por una respuesta en donde el neonato exploró el pecho materno con la lengua (94,2%), por un vínculo afectivo en donde la madre mira al neonato cara a cara (85,8%), por una anatomía donde los pechos estuvieron blandos después de la mamada (82,5%), por una succión en donde las mejillas de los neonatos tuvieron apariencia redondeadas (72,5%). El tiempo promedio que mamó el bebé cuando se observaron mayores signos de dificultad en el amamantamiento fue de  $12,3 \pm 3,8$  minutos; asimismo en la posición del cuerpo se observó que, los hombros de la madre estuvieron tensos e inclinados sobre el neonato (75,0%), por una respuesta en donde el neonato estuvo inquieto o llorando (48,8%), por un vínculo afectivo en donde la madre sostuvo nerviosamente y con torpeza al neonato (64,2%), por una anatomía donde los pechos estuvieron planos o invertidos después de la mamada (40,0%), por una succión donde se oyó al neonato chasqueando (70,8%). Luego de evaluar los signos de buen funcionamiento y de dificultad del amamantamiento se observó que la técnica empleada en la mayoría de casos fue regular (50%); mientras que en el 28,3% de casos la técnica fue adecuada y en el 21,7% de casos, inadecuada. Existió una mayor frecuencia de resultados favorables en la técnica de amamantamiento cuando se recibió consejería en lactancia materna, evidenciándose relación entre la técnica de amamantamiento y la consejería materna ( $p < 0,001$ ), ello explica las mayores puntuaciones obtenidas al evaluar la técnica de amamantamiento en quienes recibieron consejería en comparación a aquellas que no recibieron consejería en lactancia materna (18,4 vs 10,7;  $p < 0,001$ ). La edad promedio de las puérperas primíparas que tuvieron una técnica de amamantamiento adecuada fue 26,4 años; en las puérperas con técnica regular la edad promedio fue 25,3 años y en las puérperas con técnica inadecuada fue 24,4 años. Conclusión: La técnica de amamantamiento en puérperas

primíparas se asocia de manera significativa con la consejería en lactancia materna recibida en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal.<sup>33</sup>

Márquez Leyva Flor, Vargas Castañeda Nora, Chunga Medina Janet, García Casos Victoria. Trujillo- 2013. Realizo un estudio titulado: **EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “AMAMÁNTAME MAMITA” Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA – MOCHE 2013.**

Objetivo: determinar la efectividad del programa educativo “amamántame mamita” en la práctica de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses. Material y métodos: La presente investigación fue cuantitativa, aplicada pre experimental con pre y post evaluación. El universo muestral estuvo conformada por 55 madres, para la recolección de los datos se utilizó: Escala para medir el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y el programa educativo “amamántame mamita” Los resultados se presentan en tablas y gráficos. Para determinar la relación entre variables se utilizó la prueba estadística comparación de medias, varianza, desviación estándar considerando un nivel de significancia de 0.05; así mismo se utilizó el coeficiente de riesgo relativo (R) para cuantificar el riesgo. obteniendo las siguientes Resultados: El 96.4 por ciento de las madres con niños y niñas menores de 6 meses obtuvieron un nivel medio en conocimientos sobre lactancia materna antes de su participación en el programa educativo “Amamántame mamita” y el 3.6 por ciento mostró alto nivel de conocimiento. Conclusiones: Después de la participación de las madres del programa educativo “Amamántame mamita” el 100 por ciento obtuvieron un nivel Alto en conocimientos sobre lactancia materna, lo que indica que el programa fue altamente significativo ( $p= ,000$ ).<sup>5</sup>

Sacravilca Casanova Angela Stefanie. Marzo, Lima – 2014. Realizo un estudio titulado: **“PRACTICA DE LA TECNICA DE AMAMANTAMIENTO EN PUERPERAS INMEDIATAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO EN EL AÑO 2014”**



Objetivo: Determinar el nivel de cumplimiento de la práctica de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas del Hospital San Juan de Lurigancho en marzo 2014. Material y métodos: Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo. De método observacional directa estructurada. Se utilizó un grupo único compuesto por una muestra de 205 puérperas inmediatas, con recién nacidos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó una ficha de chequeo, el cual se aplicó después de la firma de consentimiento informado previa aplicación a la participante. Resultados: En relación a los resultados obtenidos en el estudio del nivel de práctica de la técnica de amamantamiento en la puérperas inmediatas, se observa que el total de 205 puérperas encuestadas, el 97% (197) presenta nivel Bajo y el 3% (8%) nivel Alto. Conclusión: Las puérperas inmediatas del Hospital San Juan de Lurigancho tienen un nivel de cumplimiento de la práctica de la técnica de amamantamiento de nivel Bajo.<sup>36</sup>

Malpartida Ureta Lizeth Cristina. Callao- Perú, 2014. Realizo un estudio titulado: “**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE RECIEN NACIDOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN ALOJAMIENTO CONJUNTO EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL ESSALUD CALLAO – PERU 2014**”

Objetivo: determinar los Conocimiento de las madres de recién nacidos sobre lactancia materna en el servicio de alojamiento conjunto del Hospital Alberto Sabogal Essalud Callao – Perú 2014. Metodología. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 40 madres de recién nacidos. La técnica fue la encuesta, el instrumento un cuestionario, que se aplicó previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (40) madres de recién nacidos, el 67%(27) madres conocen acerca de la lactancia materna y el 33%(13) madres no conoce Conclusiones. La mayoría de las madres de recién nacidos conoce sobre la lactancia materna y los aspectos referido están dados por : la importancia, los beneficios y la técnica de amamantamiento, en cuanto a los conocimientos de las madres de recién nacidos según ítems el mayor porcentaje conocen el concepto, la composición y tipos de

leche e inicio de lactancia materna; así mismo en cuanto a los beneficios el mayor porcentaje de madres conoce acerca de los beneficios para el recién nacido pero un bajo porcentaje no conoce los beneficios de lactancia para la madre, en cuanto a la técnica de amamantamiento el mayor número de madres encuestadas conocen acerca de la técnica adecuada.<sup>37</sup>

Elsa Lidia Palacios Carranza. Ancash -2012. Realizo un estudio titulado: **“CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MADRES PRIMIPARAS QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD COISHCO ANCASH, 2012.**

Objetivo: determinar el nivel de conocimientos en relación con el nivel de prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primíparas que acudieron al centro de salud de Coishco en Áncash, 2012. Material y Método: La investigación fue de tipo cuantitativo, de nivel descriptivo y correlacional de corte transversal, se utilizó como técnica la entrevista y la observación aplicando dos instrumentos: un cuestionario de nivel de conocimiento y otro de nivel de práctica sobre lactancia materna exclusiva en una muestra de 64 madres primíparas. Resultados: Los resultados se presentaron en tablas simples y gráficas y se concluyó que el mayor porcentaje de nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en las madres primíparas fue regular y las prácticas fueron adecuadas. Conclusión: Aplicando la prueba estadística Chi cuadrado, se demostró una alta significancia estadística  $p < 0,05$  y relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica de lactancia materna exclusiva en las madres primíparas que acuden al centro de salud de Coishco, lo que comprueba la hipótesis.<sup>38</sup>

### 2.1.3 Tesis Internacionales:

Silvia Otal Lospaus. Septiembre 2009- Septiembre 2011, en Hospital de Barbastro, España, realizo un estudio titulado: **“INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN MATERNAL PRENATAL EN LA LACTANCIA MATERNA EN UN HOSPITAL DE LA INICIATIVA PARA LA HUMANIZACION DE ASISTENCIA AL NACIMIENTO Y LA LACTANCIA”.**

Objetivos: Describir las características demográficas y obstétricas de los partos asistidos en el Hospital de Barbastro durante dos años (2009-2011). Analizar la asociación de la Educación Maternal que realizan las matronas de Atención Primaria a partir del tercer trimestre de embarazo, en los embarazos de bajo y alto riesgo, y las variables obstétricas y demográficas con el desarrollo de una lactancia materna al alta. Material y métodos: Estudio descriptivo de la asociación de la Educación maternal con la lactancia materna al alta en mujeres cuyo parto tuvo lugar en el Hospital de Barbastro (hospital acreditado por la IHAN), desde el 1 de Septiembre de 2009 al 1 de Septiembre de 2011. Inicialmente se incluyeron en el estudio 1256 mujeres, quedando tras los criterios de exclusión, 1057 mujeres. La variable resultado o de-pendiente, fue el tipo de lactancia al alta, y las variables predictoras o independientes, la Educación maternal, el tipo de parto, el contacto precoz, lactancias anteriores, problemas en lactancias anteriores, número de hijos, nacionalidad y edad materna. Se ha realizado un análisis bivariante, en el que se relaciona la existencia o no de lactancia materna con cada uno de los posibles factores, así como un modelo de regresión logística multivariante para investigar los distintos factores asociados de forma independiente, y controlar así los factores de confusión. Resultados: Las variables predictoras de la lactancia materna al alta resultaron ser el tipo de parto, la Educación maternal, lactancias anteriores, problemas en lactancias anteriores y la nacionalidad. Conclusiones: La Educación maternal, aumenta la probabilidad de dar lactancia materna al alta.<sup>39</sup>

MD. Nancy Marisol Vasquez Zeas. Cuenca- Ecuador, 2014. Realizo un estudio titulado: **“CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA EN EL AREA URBANA DE CUENCA, 2014”**

Objetivo: Determinar los conocimientos y prácticas sobre Lactancia Materna y factores asociados en mujeres en periodo de lactancia en el área urbana de Cuenca, 2014. Método y materiales: Se realizó un estudio transversal en los centros y subcentros urbanos del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Cuenca. Se realizó el cálculo muestral en base al porcentaje de conocimientos

malos (19,9 %) obtenido de estudios previos, dando un total de 681 mujeres. Los datos se recolectaron en cuestionarios y se ingresaron y analizaron en SPSS 15. Resultados: La media de edad del grupo fue de 26,3 años ( $\pm$  6,52), el nivel de conocimientos en lactancia en el 52,7% fue regular, la mayoría tienen prácticas adecuadas en lactancia (62,7%). Los conocimientos adecuados se asociaron positivamente con el apoyo de la pareja (p 0,0053) y negativamente con inicio de la actividad materna antes de los 3 meses del postparto (p 0,0007). Las prácticas adecuadas de lactancia se asociaron de forma negativa con el estado civil soltera (p 0,012) y de forma positiva con el apoyo de la pareja (p 0,0285), inicio de actividad materna antes de los 3 meses del postparto (p 0,0284) y no recibir información sobre lactancia (p 0,0155). Conclusión: El apoyo de la pareja se asocia con conocimientos y prácticas adecuadas de lactancia, en tanto que el estado civil soltera parece influir de forma negativa.<sup>40</sup>

## 2.2 Bases Teóricas

A través de la historia la lactancia materna se ha visto como un acto biológico y natural que se ha ido modificando a lo largo del tiempo por razones sociales, económicas y culturales. La historia de la lactancia es tan antigua como la humanidad. En cada época y cultura, ha estado determinada por múltiples relaciones sociales, significaciones sobre el rol y la estética femenina, miradas sobre su cuerpo y su salud.

Así, la lactancia forma parte de un evolucionado sistema de alimentación y crianza, que en el ser humano ha sido esencial para su supervivencia como especie y su alto desarrollo alcanzado.<sup>10</sup>

Cada cultura y época, de acuerdo a sus conocimientos, creencias y valores, desarrollo maneras propias de enfrentar la crianza y la lactancia. Si bien la mayoría de los pueblos ha respetado y estimulado la lactancia aprovechando sus

ventajas, en muchas ocasiones, épocas y lugares se ha visto entorpecida por diversas circunstancias.<sup>10</sup>

Los mitos, costumbres y rituales que, tanto negativa como positivamente, han afectado la lactancia pertenecen a las culturas, y en general reflejan la posición social o valoración cultural de la mujer, y la importancia asignada al desarrollo del vínculo.<sup>10</sup>

## **LACTANCIA MATERNA**

La leche humana y la lactancia materna deben considerarse como referencia o “patrón de oro” de la alimentación del lactante y niño pequeño.<sup>11</sup>

La lactancia materna es la única fuente que suministra todos los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo del niño en los primeros meses de vida. Así lo han reconocido tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como los informes de sociedades científicas. Así también se menciona que los beneficios de la lactancia materna van desde los aspectos nutricionales e inmunitarios hasta los psicológicos e intelectuales.<sup>12</sup>

Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional le asegura el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo y una adecuada relación de apego seguro con su madre, ambos esenciales para un correcto desarrollo como persona independiente y segura. Por todo ello la lactancia materna es considerada el método de referencia para la alimentación y crianza del lactante y el niño pequeño.<sup>13</sup>

### Lactancia Materna Exclusiva

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la lactancia materna exclusiva (LME) implica que “no se dará al infante ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto la leche materna, aunque se permite que reciba gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicinas).<sup>3</sup>

Entre las prácticas clave propuestas por la OMS y promovidas por la Estrategia de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) para promover la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños, la LME durante los primeros seis meses, constituye la medida más importante para lograr la reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas y proteger de retrasos en el crecimiento durante en esta época de la vida. La LME durante los primeros seis meses estimula el funcionamiento del sistema inmunológico y confiere protección contra las enfermedades infecciosas, particularmente por aquellas que afectan el aparato gastrointestinal y respiratorio.<sup>3</sup>

#### Frecuencia de la lactancia materna:

Libre demanda, es decir, ofrecer el pecho cada vez que el bebé presente signos de tener hambre, durante el día y la noche. Es importante hacerlo una vez que el bebé está despierto y alerta, y no esperar a que lllore de hambre, ya que será difícil que tome el pecho correctamente. No existe horario estricto que se pueda recomendar, ya que algunos bebés amamantan con más frecuencia que otros. Sin embargo, lo más común es que los recién nacidos amamanten cada «2-3 h», y que en total lo hagan de 10-12 veces durante 24 h. Esta información es útil como referencia para dar confianza a la mujer.<sup>26</sup>

#### Tiempo de la lactancia Materna:

Ofrecer un pecho sin restringir el tiempo que lacte de él; la duración de la tetada está determinada por el interés y las necesidades del bebé. Normalmente, el bebé succionará con avidez y deglutirá con frecuencia durante los primeros 10-20 min. Posteriormente, el flujo de leche disminuirá y el bebé se quedará dormido o perderá el interés, y en muchas ocasiones soltará el pecho espontáneamente. Éste es el momento para cambiarlo al otro pecho, después de haber sacado el aire. Si el bebé ya no lo toma o se ha quedado dormido, la siguiente tetada habrá de comenzar con el pecho que no tomó o que amamantó por menos tiempo.<sup>26</sup>

## **ANATOMIA DE LA GLANDULA MAMARIA**

La mama es la estructura anatómica en la cual se encuentra la glándula mamaria, la cual alcanza su máxima capacidad funcional durante la lactancia.<sup>10</sup>

La forma de las mamas es variable según características individuales, genéticas y raciales, y en la misma mujer, de acuerdo a la edad y a la paridad. Tanto el tamaño como la forma dependen de la cantidad de tejido adiposo, ya que éste constituye la mayor parte de la masa de la mama. La base de la mama se extiende desde la 2ª Costilla hasta el 6ª espacio intercostal y desde el borde externo del esternón la línea axilar media. La parte supero-externa se extiende hacia la axila, denominándose prolongación axilar de la mama.<sup>10</sup> El pecho está compuesto de tejido glandular (secretorio) y adiposo. Tiene como marco de soporte un tejido conectivo fibroso llamado ligamentos de Cooper que son los encargados de fijarlas por su parte profunda a la fascia del musculo pectoral mayor, y por su parte superficial a la dermis.<sup>11</sup>

Habitualmente, se divide la mama en cuatro cuadrantes: latero superior externo e interno y laterales inferiores externo e interno y en una parte que se puede extender hacia la axila, la cola de Spencer. La bolsa retromamaria es un espacio independiente situada en la cara posterior de la mama, entre la capa profunda de la aponeurosis superficial y la aponeurosis profunda, que reviste el músculo pectoral mayor y contribuye a la movilidad de la mama sobre la pared torácica.<sup>11</sup>

El tamaño de las mamas es muy variable, aunque el tamaño habitual en la mujer adulta varía entre unos 10 a 12 cm de diámetro y unos 5 a 7 cm de espesor en su parte medial. La forma también es variable con la etnia, la edad y etapa de la vida. Habitualmente cónica en la adolescencia, se hace más esférica en la juventud y es finalmente pendular en la mujer que ha sido madre. Existe una gran variabilidad en el tamaño de las mamas. Una glándula típica no lactante pesa entre 150-225 gr, mientras que en lactancia, el peso puede sobrepasar los 500 gramos. Sin embargo, el tamaño de una mama correctamente desarrollada no influye en su capacidad de producir leche.<sup>11</sup>

Aproximadamente en el centro de la cara superficial se encuentra el pezón, que en la nulípara está en relación con el cuarto espacio intercostal. Su forma y tamaño varía entre las mujeres y puede ser pequeño, grande, plano, umbilicado o invertido. El pezón contiene numerosas fibras musculares lisas, en su mayoría de tipo circular, las que se contraen a la estimulación mecánica produciendo su erección, además, en su punta desemboca separadamente cada conducto galactóforo.<sup>10</sup>

La base del pezón está rodeada por una zona de piel de color café claro denominada areola. En la mujer adulta mide de 3 a 5 cm de diámetro. Contiene fibras de tipo conectivo dispuestas en una estructura circular y radiada. Algunas mujeres no tienen un área pigmentada visible, mientras que en otras ésta puede llegar hasta la mitad de la mama.<sup>10</sup>

## **FISIOLOGIA DE LA GLANDULA MAMARIA**

La fisiología de la glándula mamaria y de la lactancia comprende 3 diferentes procesos funcionales:

### Mamogénesis

En el crecimiento de la glándula mamaria o mamogénesis se distinguen 4 etapas:

- Etapa Prepuberal: En el período neonatal puede observarse un aumento de volumen de las glándulas mamarias en ambos lados, debido a la alta concentración de esteroides placentarios en el último período de la gestación. Durante el período prepuberal las vesículas mamarias se transforman en conductos, por crecimiento longitudinal y ramificación, sin que sea posible reconocer alvéolos. Con anterioridad al inicio de la telarquia, el tejido mamario rudimentario permanece inactivo y las glándulas mamarias sólo crecen en forma isométrica con el cuerpo, sin presentar modificaciones estructurales.<sup>10</sup>
- Etapa Puberal y Adolescencia: En la niña, entre los 10 y 12 años de edad, se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo- hipófisis-ovario.



Los folículos ováricos inician la secreción de estrógenos, que sumados a la acción de la hormona de crecimiento y de la insulina, determinan el inicio del crecimiento y maduración de la glándula mamaria. Al comenzar los ciclos ovulatorios, se inicia la producción cíclica de progesterona, que sumándose a los estrógenos, determina un nuevo crecimiento de la glándula, con formación de los primeros alvéolos. La acción continua de los estrógenos y de la progesterona determina el tamaño, firmeza, forma, pigmentación y estructura lobulillo-alveolar característica de la mama adolescente. El tejido adiposo de la mama parece tener un importante rol en el desarrollo del tejido glandular, actuando como reservorio de estrógenos. En cultivos de tejido glandular, la presencia de tejido adiposo estimula el crecimiento de la célula mamaria.<sup>10</sup>

- Etapa Gestacional: Junto con iniciarse el embarazo, la glándula mamaria se prepara para cumplir su función primordial, la secreción de leche. El período inicial del embarazo se caracteriza por una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los acinos y por la formación de nuevos acinos. Entre la 5ª y la 8ª semana de gestación se aprecian cambios visibles en las mamas: aumentan notablemente de tamaño, se sienten más pesadas, la pigmentación de la areola y el pezón se intensifica, las venas superficiales se dilatan. En algunas mujeres, sin embargo, al progresar el desarrollo glandular, los depósitos de grasa localizados en las mamas se movilizan. En ese caso puede que no se aprecien estos cambios de volumen, lo que no significa que más adelante su producción de leche será insuficiente. Al final del primer trimestre aumenta el flujo sanguíneo por dilatación de los vasos sanguíneos y neoformación de capilares alrededor de los lobulillos, Así, crecimiento de la mama continúa durante toda la gestación. Después de las 20 semanas de gestación, cesa la proliferación del epitelio alveolar y las células inician su actividad secretora, la que irá aumentando hasta el término del embarazo. Hacia el término de la gestación, los alvéolos muestran en su interior una sustancia compuesta por células epiteliales

descamadas y leucocitos (pre-calostro). Al término del embarazo, el volumen de cada mama crece alrededor de 225 ml debido al intenso desarrollo de los tejidos glandulares, al doble del flujo sanguíneo, a un mayor depósito de grasa y al pre-calostro. Hasta el momento del parto, la producción de grandes volúmenes de leche está inhibida por antagonismo de los esteroides placentarios, particularmente la progesterona. Esta inhibición es tan poderosa que aún pequeños restos placentarios retenidos pueden demorar el proceso de lactogénesis en el postparto.<sup>10</sup> Durante el embarazo se producen cambios notorios en la areola y el pezón. El diámetro de la areola aumenta al igual que se intensifica su pigmentación. La coloración oscura de la areola ayuda a que el recién nacido pueda visualizarla con facilidad además el plexo vascular subareolar de Haller confiere a esta región una mayor temperatura de superficie comparado con el pezón y el resto del pecho. Esta característica térmica puede regular la evaporación local de olores, por ende aumentando la eficacia del estímulo. Es interesante conocer que la característica térmica de la areola puede ser gatillada por el llanto del lactante, resultando en óptimas condiciones para liberación de olor cuando al niño se le ofrece el pecho.<sup>10</sup> Las glándulas de Montgomery adquieren mayor prominencia y producen secreción sebácea con propiedades antibacterianas, lubricantes y odoríferas. Así, hay cambios en el tamaño, forma y textura de los pezones. El notorio cambio de sensibilidad y protractibilidad en los pezones es uno de los primeros signos de embarazo en muchas mujeres. Los cambios en el pezón son importantes para que el niño pueda succionar eficientemente. Cuanto más protractil es el pezón, más favorece la succión del niño. La movilidad del tejido mamario que está en la zona areolar detrás del pezón, determina su capacidad de estiramiento por la succión del niño y la posibilidad de extraer eficientemente la leche. La inversión del pezón que incluye la tracción del tejido mamario, es rara; no se debe confundir con el pezón que se aplana con el crecimiento gestacional de la mama.<sup>10</sup>

- Etapa post gestacional: Después del parto, al eliminarse la placenta, baja bruscamente el nivel de progesterona en la sangre de la madre y se suprime la acción inhibidora que esta hormona tiene sobre la síntesis de la leche. Las mamas se llenan de calostro durante las primeras 30 horas después del nacimiento. Si el niño no mama con frecuencia durante el primer y segundo día, se puede apreciar ingurgitación, aumento de volumen y mayor sensibilidad de la mama. El flujo sanguíneo de las mamas, ya aumentado en las últimas semanas del embarazo, se intensifica aún más después del parto. Entre las 30 y 40 horas postparto hay un rápido cambio en la composición de la leche debido al aumento en la síntesis de la lactosa. Esto produce un aumento del volumen de la leche debido a que la lactosa es el componente osmótico más activo de ella. El aumento de volumen de la leche se produce antes que la madre perciba la sensación de plenitud o agrandamiento de las mamas y otros signos que se describen como “golpe o bajada de leche”. Las madres que alimentan a sus hijos con libre demanda e inmediatamente después del parto, observan que producen un mayor volumen de leche a las 24-48 horas después del parto y no experimentan congestión. Se cree que el evento descrito como “golpe de leche” marca el cambio del control endocrino de la galactogénesis al control autocrino, en el que la producción de leche no depende del nivel de hormonas maternas, sino de la eficiente succión y remoción de ésta por parte del niño.<sup>10</sup> Después del parto se aprecian cambios internos en la estructura de las células epiteliales de los alvéolos y conductos: las células secretoras de los acinos han aumentado de tamaño; los espacios intercelulares, hasta ahora abiertos, comienzan a cerrarse; el alvéolo se distiende por la secreción de calostro o de leche, las células epiteliales pierden su forma cilíndrica o cuboide y se aplanan. Los cambios descritos son necesarios para iniciar en el alvéolo las nuevas funciones de síntesis, almacenamiento y liberación de los constituyentes de la leche. No todos los acinos en el interior de un lobulillo producen una secreción máxima de leche al mismo tiempo. Este asincronismo de la función secretora permite

una producción constante de leche.<sup>10</sup> Si la glándula no es vaciada oportunamente, el exceso de presión puede producir alteraciones necróticas del epitelio alveolar, daño tisular que disminuye el potencial de producción de leche de la madre en lactancia.<sup>10</sup>

### Lactogénesis I

La lactogénesis, o iniciación de la lactancia, es un proceso por el cual las glándulas mamarias comienzan a secretar leche. Incluye los procesos necesarios para transformar las glándulas mamarias inmaduras, hasta su maduración completa poco después del parto. La preparación de la glándula para la producción de la leche se inicia en el período gestacional.<sup>10</sup>

En los 3 primeros meses de embarazo aumenta la formación de conductos debido a la influencia de los estrógenos. Respecto a los estrógenos, estos intervienen en el hipotálamo y en la hipófisis anterior e inducen la síntesis y secreción de la prolactina y la hormona de crecimiento (GH).<sup>10</sup>

Otra acción de los estrógenos es la de bloquear la acción de las gonadotrofinas. Así, la progesterona con niveles bajos de estrógeno inhibe la secreción de prolactina. En esta etapa la producción de grandes volúmenes de leche esta inhibida por la acción de los esteroides placentarios. Los estrógenos y la progesterona son dos hormonas esenciales para inducir el desarrollo mamario. Tienen acción periférica y también central en el plano hipotálamo-hipofisario en la regulación de la secreción hormonal de la hipófisis, en el desarrollo mamario y en la Lactogénesis durante la gestación. Sin embargo son los niveles elevados de prolactina los que promueven la secreción de la leche.<sup>10</sup>

Después de los 3 meses, el desarrollo de los alvéolos sobrepasa a la formación de los conductos, el aumento de la prolactina (hormona lactogénica de origen pituitario) estimula la actividad glandular y los alvéolos se llenan parcialmente con precalostro.<sup>10</sup>

### Lactogénesis II

La producción abundante de leche tarda unos días. Esta etapa, durante la cual todavía no se producen grandes volúmenes de leche, recibe el nombre de Lactogénesis II. La iniciación de la producción propiamente de leche, 2 a 5 días después del parto, depende de tres factores: del desarrollo adecuado de las mamas durante el embarazo (mamogénesis gestacional), de la mantención en el plasma sanguíneo de adecuados niveles de prolactina y de la caída de los esteroides sexuales.<sup>10</sup>

La Lactogénesis tiene lugar 2 a 3 días después del parto, ante el descenso de la progesterona y los altos niveles de prolactina. Los estrógenos y la progesterona son esenciales para el desarrollo físico de la mama durante el embarazo, pero tienen el efecto específico de inhibir la secreción de la leche. La hormona prolactina es secretada por la hipófisis y su concentración sanguínea aumenta de forma constante desde la sexta semana de embarazo, hasta el parto; en ese momento, el incremento llega a valores diez veces superiores a los normales.<sup>10</sup>

En el 3er trimestre del embarazo los niveles plasmáticos de prolactina están muy elevados, alcanzando al término de la gestación niveles de 150- 200 ug/ml, pero su acción lactogénica permanece bloqueada hasta el momento del alumbramiento (eliminación de la placenta) en que los esteroides placentarios descienden bruscamente.<sup>10</sup> También la placenta secreta cantidades importantes de somatomatropina coriónica con propiedades lactogénicas y que favorecen la secreción de prolactina.<sup>14</sup>

Esta segunda etapa representa el inicio de una mayor secreción láctea, y es el desencadenante del descenso brusco de la progesterona que tiene lugar tras la expulsión de la placenta. En los primeros días postparto, se incrementan los niveles de leche de 30 a 150 ml por día, hasta alcanzar los 300 ml entre el quinto y sexto día postparto. Estos incrementos en la cantidad de leche van unidos a los cambios en su composición.<sup>14</sup>

La primera leche o calostro, hasta el quinto día; la leche de transición, del 6to día al 16º, y la leche madura que es la definitiva, se instaura a partir del día 17. En la

lactancia prolongada se describe un tipo de leche con una composición algo diferente, con más lactosa, proteínas y minerales.<sup>14</sup>

Durante las siguientes semanas postparto los niveles de prolactina descienden, cada vez que se amamanta al bebé, los estímulos nerviosos desde los pezones al hipotálamo provocan un aumento repentino de la secreción de prolactina que dura aproximadamente una hora.<sup>14</sup>

### Galactopoyesis

Es el mantenimiento de la secreción láctea. Este último estadio se establece por el reflejo de succión de la lactación; es decir, el mecanismo se inicia con la estimulación de los receptores sensitivos del pezón, lo que desencadena una respuesta de la hipófisis para la secreción de prolactina. Esta hormona favorece la síntesis de proteína láctea y de lactosa, componente fundamental de la leche humana.<sup>14</sup>

La succión del bebé también provoca una liberación de oxitocina por la neurohipofisis, como respuesta de los núcleos paraventriculares del hipotálamo. La oxitocina llega a la mama a través de la vía sanguínea, para dar lugar a las contracciones de las células mioepiteliales que cubren los alveolos, provocando el vaciado de la leche hacia los conductos, y finalmente al pezón. El reflejo de eyección láctea puede estar o no condicionado por otros estímulos, como el llanto del bebé, el estrés materno, el dolor o la inseguridad pueden impedir este reflejo de eyección.<sup>14</sup>

## **CARACTERÍSTICAS DE LA LECHE HUMANA**

La leche humana tiene extraordinarias características físicas, químicas y biológicas, que la hacen el alimento idóneo para la o el bebé, pues se adapta a sus necesidades, así se tiene:

- Calostro: Secreción láctea amarillenta, espesa, producida en poca cantidad, dentro los 5 primeros días después del parto. Es muy rica en componentes inmunológicos, otras proteínas, además de calcio y otros minerales. Su escaso volumen permite a la o el recién nacido a organizar tres funciones básicas; succión-deglución-respiración. Ayuda a la eliminación del meconio, evitando la ictericia neonatal, y ayuda a la maduración del aparato digestivo.<sup>21</sup>
- Leche de transición: Es la leche producida entre el 5° y el 15° día del postparto. Al tercer día se produce un aumento brusco en la producción de leche conocido como la "bajada de la leche". En las madres de recién nacidos a término, la producción de leche acompaña día a día a la o el bebé en su maduración gastrointestinal e integral; y va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.<sup>21</sup>
- Leche madura: Se llama así a la secreción láctea producida a partir del 16° día. En las madres de bebés a término y en los prematuros, le proporcionará todos los componentes imprescindibles para el crecimiento y desarrollo de la o el bebé hasta los 6 meses. Si la madre tiene que alimentar a más de una o un bebé producirá un volumen suficiente de leche madura para cada uno de ellos; permitiendo la maduración progresiva del sistema digestivo de la o el bebé, preparándolo para recibir otros alimentos, en su momento.<sup>21</sup>

## **BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA**

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño y niña, para la madre, para la sociedad y la humanidad.

### Beneficios para el bebé:

Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, aprovechándose al máximo todos sus nutrientes, sin producir estreñimiento ni sobrecarga renal.<sup>10</sup>

Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. Cambia su composición y se adapta a los requerimientos del niño. Adaptaciones metabólicas de la madre permiten un máximo aprovechamiento de sus reservas y de los alimentos ingeridos. La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.<sup>10</sup>

La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar las bases de una buena salud general para el adulto. Uno de los beneficios más importantes de la lactancia materna es su poder inmunológico, debe ser considerada la primera vacuna que recibe el niño debido a su función protectora contra virus, bacterias y parásitos.<sup>10</sup> Incluir otro tipo de alimentación o reemplazar la leche materna por otros tipos de leche se asocia de forma significativa a la presentación de enfermedades futuras.<sup>21</sup> El niño amamantado rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias<sup>10</sup>, principalmente síndromes diarreicos, que en lactantes y niños pequeños son causa importante de morbilidad y mortalidad.<sup>21</sup>, Así mediante la transferencia de anticuerpos se estimula activamente el sistema inmunitario del lactante.<sup>22</sup>

Además está asociada con la reducción del riesgo de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y obesidad. Esta última, durante la niñez tardía y la adolescencia, es menos frecuente entre los niños amamantados, y existe un efecto dosis respuesta, según el cual a mayor duración de la lactancia materna, menor riesgo de obesidad.<sup>23</sup> Al respecto, los niños amamantados experimentan un mayor aumento de peso y talla durante los 3 primeros meses de vida. Al final del primer año de vida los niños amamantados ganan menos peso y son más delgados. Los bebés alimentados con leche artificial tienen el triple de probabilidades de ser obesos que los alimentados con leche materna.<sup>24</sup>

Los mecanismos por los que la lactancia materna puede proteger contra la obesidad en etapas posteriores se deben a que en su comportamiento los bebés



amamantados controlan la cantidad de leche que consumen, aprendiendo a autorregular mejor su consumo de energía, persistiendo este comportamiento en el futuro de sus vidas. Se han demostrado además; concentraciones plasmáticas de insulina significativamente más altas en los bebés que fueron alimentados con biberón en comparación con los bebés que fueron amamantados; dichas concentraciones más altas se creen estimulan la deposición de grasa. Así, la cantidad de energía metabolizada y la ingesta de proteínas en los niños alimentados con leche materna han demostrado ser considerablemente menores que en los lactantes que son alimentados con fórmulas lácteas. Una menor ingesta proteica puede contribuir a una disminución de la liberación de insulina y del almacenamiento de grasa, con lo que se reduce el riesgo de obesidad en edades posteriores de la infancia.<sup>2</sup>

Los niños alimentados hasta los 6 meses sólo con leche materna, tienen un desarrollo y crecimiento normales. Después de esa edad continúan creciendo bien si se inicia la alimentación complementaria manteniéndose la leche materna como único aporte lácteo hasta los 12 meses.<sup>10</sup>

Además es importante considerar que los niños y niñas amamantados/as tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños/as que reciben mamadera. Del equilibrio funcional de la succión-deglución-respiración en los primeros meses de vida depende en gran medida el buen desarrollo dento-maxilo-facial y la maduración de las futuras funciones bucales: masticación, mímica y fonarticulación del lenguaje.<sup>10</sup>

Si bien la lactancia materna contribuye al fortalecimiento de la musculatura bucal y al correcto desarrollo de órganos que intervienen en el habla; la artificial, desde las edades tempranas y prolongadas en el tiempo, repercute desfavorablemente en el lenguaje oral, ya que propicia el retardo en la aparición de los sonidos articulados y de las primeras palabras. Es por ello que se puede afirmar que una correcta succión y deglución son de vital importancia para el fortalecimiento de la

musculatura de los labios y los maxilares y por tanto, para la prevención de alteraciones del lenguaje, al tiempo que contribuye a mantener los dientes en posición adecuada.<sup>25</sup>

La lactancia materna tiene un efecto positivo en la evolución cognitiva del niño.<sup>24</sup> Los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo sicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje que los alimentados con mamadera. Se asocia la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual en el niño.<sup>10</sup>

Entre los beneficios psicológicos, cabe mencionar que, amamantar al niño es relajante, favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a la madre. La lactancia bien establecida es percibida por la mayoría de las mujeres como muy satisfactoria, pues proporciona no sólo alimento sino consuelo, ternura y comunicación entre madre e hijo.<sup>24</sup>

#### Beneficios para la madre:

La intensa unión e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce en ella un sentimiento de valoración de sí misma y un equilibrio emocional que promueven su desarrollo integral como mujer.<sup>10</sup>

A la par, beneficia la retracción del útero por el estímulo de succión inmediatamente después del parto, la oxitocina producida, además de estar destinada a la eyección de la leche, actúa simultáneamente sobre el útero contrayéndolo para evitar el sangramiento y reducirlo a su tamaño previo.<sup>10</sup> Es decir esta hormona facilita el cierre de los capilares rotos al desprenderse la placenta y disminuye el sangrado posterior al parto.<sup>19</sup> La oxitocina sigue actuando sobre el útero mientras la madre amamanta, produciendo también una recuperación a largo plazo.<sup>10</sup> puesto que, Las sucesivas descargas de oxitocina en las tomas siguientes producen nuevas contracciones de útero (perceptibles a veces en forma de "entueritos"), con lo que éste recupera más pronto el tono y tamaño anterior.<sup>19</sup>

Otros efectos beneficiosos de la lactancia es la mejora de la anemia del embarazo y proporción del aumento de las reservas de hierro. Puesto que, El cierre precoz del lecho vascular de la placenta disminuye el sangrado puerperal, contribuyendo a la recuperación de la anemia del embarazo. Además, durante varios meses, la acción de la lactancia sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovarios, inhibe la ovulación, por lo que no hay menstruación, lo que contribuye a un importante ahorro de hierro.<sup>19</sup> La producción de leche además; supone un gasto energético, para el cual el organismo de la madre gestante se ha ido preparando por anticipado. A lo largo de las semanas o meses que se mantenga la lactancia materna se irán consumiendo estas reservas, hasta lograr recuperar el peso previo al embarazo. Al parecer esta disminución de peso es paulatina, más evidente a partir de los 3 meses de lactancia y localizada preferentemente en la zona de caderas y cintura.<sup>19</sup>

Así, una lactancia adecuada permite que la mayoría de las madres pierdan progresiva y lentamente el excedente de peso que tienen de reserva precisamente para enfrentar la lactancia. Las hormonas de la lactancia (prolactina) hacen que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico más bello, vital y armónico.<sup>10</sup>

Otro cambio especial en el metabolismo materno ocurre en relación con el calcio. Durante la lactancia, el metabolismo cálcico se acelera, produciéndose una movilización de los depósitos óseos del mismo. Aumenta la calcemia para que sea mayor su disponibilidad a nivel mamario, para la producción de leche. Sin embargo, se produce un aumento de la absorción del calcio y a largo plazo, a pesar de este aparente incremento del gasto de calcio y de su remoción del tejido óseo, las mujeres que dan el pecho mucho tiempo ven disminuida la probabilidad de sufrir fracturas de cadera o de columna espinal en la postmenopausia.<sup>19</sup>

Respecto a la recuperación de los pechos, la estimulación y el vaciamiento frecuente de los pechos, evita la congestión de ellos y reduce los depósitos de grasa acumulados para la lactancia, ayudando con ello a mantener la elasticidad y firmeza de sus estructuras.<sup>10</sup> A su vez, La lactancia cumple un importante rol en la

prevención del cáncer de mama y ovario, reduciendo el riesgo de estas enfermedades.<sup>10</sup>

Con respecto, a la planificación familiar, se debe considerar el LAM (método de la amenorrea de la lactancia) como método de espaciamiento de los embarazos. Si la madre permanece en amenorrea, la lactancia materna exclusiva evita el embarazo durante los primeros seis meses después del parto, en el 98% de los casos. Después de ese tiempo, cuando se complementa la lactancia o reaparece la menstruación, la posibilidad de embarazo aumenta, aunque permanece baja mientras continúa la lactancia como base de la alimentación.<sup>10</sup>

Esto se debe, a que el estímulo de succión del pezón inhibe la maduración y la liberación de óvulos, retardando la menstruación. Es fundamental que este estímulo sea constante e intenso, es decir, que el niño mame frecuentemente de día y en la noche, 7 o más veces en 24 horas. Cuando se le da al niño un chupete, mamadera, agua o comidas complementarias, o se modifican los horarios de amamantamiento por razones laborales, se reduce la eficacia de la lactancia como método anticonceptivo. Actualmente se promueve el Método de Amenorrea de Lactancia (LAM) como método eficaz para espaciar los nacimientos siempre que el niño sea menor de 6 meses, la madre permanezca en amenorrea y siga rigurosamente la indicación de amamantamiento exclusivo 7 o más veces en el día y al menos 1 vez en la noche.<sup>10</sup>

#### Beneficios para la sociedad, familia y medio ambiente:

Si todas las madres del mundo amamantaran a sus hijos al menos hasta los 6 meses de edad, se evitaría la muerte de más de un millón de niños anualmente, disminuyendo la morbimortalidad infantil.<sup>10</sup>

De igual manera, la lactancia materna ahorra enormes cantidades de dinero a la familia, a las instituciones, al país y al mundo entero por concepto de costo de: leches de vaca o de fórmula, mamaderas, chupetes y accesorios, enfermedades y sus tratamientos, gastos hospitalarios de maternidad y atención de neonatos,

ausentismo laboral de la madre que necesita atender al niño enfermo, producción, almacenamiento, promoción, transporte y evacuación de envases y otros desechos. Se estima que si todas las madres del mundo alimentaran a sus hijos con leche materna hasta los 6 meses, el ahorro sería de muchos millones de dólares anuales.<sup>10</sup>

Además están las ventajas ecológicas, pues la leche materna es un recurso natural y renovable, ambientalmente importante y ecológicamente viable.<sup>10</sup>

Desarrolla una función biológica vital en el control de crecimiento de la población al espaciar los nacimientos; no desperdicia recursos naturales ni crea contaminación; no implica gastos de fabricación, envases, comercialización, transporte ni almacenamiento; no necesita preparación ni uso de fuentes de energía; no requiere de utensilios especiales para prepararla ni suministrarla.<sup>10</sup> Es decir tiene un beneficio medioambiental puesto que disminuye la huella ecológica (botes de fórmula, biberones, tetinas) ya que no genera residuos, contribuyendo al cuidado del planeta.<sup>24</sup>

## **PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA**

Los Diez pasos para una feliz lactancia natural han sido elaborados por la OMS y UNICEF para asegurar que los servicios de maternidad ofrezcan a todos los niños un buen punto de partida y faciliten a las madres el apoyo necesario para dar el pecho:<sup>24</sup>

- Disponer de una normativa escrita relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- No dar a los recién nacidos más que leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.
- Facilitar la cohabitación de las madres y los niños las veinticuatro horas del día.
- Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
- No dar a los niños alimentados a los pechos chupadores o chupetes artificiales.
- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

## **TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO**

Existen una serie de prácticas que pueden ser utilizadas por la madre para amamantar exitosamente. Poner al niño o niña a amamantar es muy sencillo, si la madre conoce cómo hacerlo o tiene el apoyo necesario.

Estas prácticas se refieren a las decisiones que la mujer hace con respecto a la manera en que llevará a cabo la lactancia, las cuales están influenciadas por el médico, otro personal de salud y personas cercanas. Ésta repercute sobre la frecuencia en la que se ofrece el pecho al lactante, así como al grado de vaciamiento que se logre de la glándula mamaria.<sup>26</sup>

En este sentido, la técnica de amamantamiento se refiere a la posición en la que la mujer se dispone a amamantar, la manera en la que acomoda al bebé con respecto a su cuerpo para suscitar el reflejo de búsqueda en el bebé y permitir que éste tome el pecho. Una técnica adecuada evitara que los pezones y areolas se lastimen y se agrieten, y permite que la leche sea extraída eficientemente del

pecho.<sup>26</sup> Así, el adecuado manejo de las técnicas favorece el inicio y continuidad de un proceso natural como es la lactancia materna.

En las técnicas de amamantamiento se consideran dos aspectos básicos: agarre y posición.

#### El correcto agarre:

Una buena técnica de lactancia evita la aparición de complicaciones como grietas y dolor, vacía correctamente el pecho y permite una producción de leche adecuada para cada bebé.<sup>13</sup>

Para un buen agarre es importante que todo el cuerpo del bebé esté enfrentado a la madre, y que al abrir la boca introduzca gran parte de la areola, especialmente por la parte inferior (donde tiene la barbilla) para que al mover activamente la lengua no lesione el pezón. Los signos que nos indicarán un buen agarre son: que el mentón del bebé toca el pecho, que la boca está bien abierta, el labio inferior está hacia fuera (evertido) y las mejillas estén redondas o aplanadas (no hundidas) cuando succiona. Además se tiene que ver más areola por encima de la boca que por debajo. Si el bebé está bien agarrado, la lactancia no duele. El dolor es un signo que, en la mayoría de los casos, indica un agarre o una postura incorrecta.<sup>13</sup>

#### La correcta succión:

En el amamantamiento, la leche pasa de la madre al niño mediante la combinación de una expulsión activa (reflejo de eyección o “subida de la leche”) y una extracción activa por parte del bebé (la succión del bebé). En la succión del pecho, la lengua del recién nacido realiza un movimiento en forma de ondas peristálticas (de adelante hacia atrás), que ayuda al vaciamiento. Para que esto sea posible, el recién nacido tiene que estar acoplado al pecho de forma eficaz.<sup>10</sup>

Para que el acoplamiento boca-pecho sea funcional El niño debe tomar el pecho de frente, sin torcer la cara, de forma que los labios superior e inferior estén

evertidos alrededor de la aréola, permitiendo que introduzca pezón y gran parte de la aréola dentro de su boca. Tanto el labio superior como el inferior deben estar abiertos para acoplarse en todo el contorno de la aréola formando un cinturón muscular, que haga micromasaje en la zona de los senos lactíferos. Para succionar, la lengua se proyecta por delante de la encía inferior. La porción anterior de la lengua envuelve pezón y parte de la aréola y los presiona suavemente contra la encía superior y el paladar. Este movimiento de descenso y adelantamiento de lengua y mandíbula hace un efecto de émbolo, que permite el flujo de la leche extraída hasta el fondo de la boca, para ser deglutida de forma refleja.<sup>19</sup>

Una mala posición puede ser la responsable de molestias y dolores de espalda. El acople se facilita colocando al bebé girado hacia la madre, con su cabeza y cuerpo en línea recta, sin tener el cuello torcido o excesivamente flexionado o extendido, con la cara mirando hacia el pecho y la nariz frente al pezón. En posición sentada, es conveniente que la madre mantenga la espalda recta y las rodillas ligeramente elevadas, con la cabeza del niño apoyada en su antebrazo, no en el hueco del codo. Es útil dar también apoyo a las nalgas del niño y no solo a su espalda.<sup>10</sup>

Una vez que el niño está bien posicionado, la madre puede estimularlo para que abra la boca rozando sus labios con el pezón y a la vez desplazar al bebé suavemente hacia el pecho. El niño se acoplará más fácilmente si se le acerca desde abajo, dirigiendo el pezón hacia el tercio superior de su boca, de manera que pueda alcanzar el pecho inclinando la cabeza ligeramente hacia atrás. Con esta maniobra, la barbilla y el labio inferior tocarán primero el pecho, mientras el bebé tiene la boca bien abierta.<sup>10</sup>

En caso de senos grandes puede ser útil sujetarse el pecho por debajo, teniendo la precaución de hacerlo desde su base, junto al tórax, para que los dedos de la madre no dificulten el acople del niño al pecho. De la misma forma, hay que tener la precaución de evitar que el brazo del niño se interponga entre éste y la madre.<sup>10</sup>



Si el niño está bien acoplado, su labio inferior quedará muy por debajo del pezón y buena parte de la areola dentro de su boca, la cual estará muy abierta. Casi siempre es posible observar que queda más areola visible por encima del labio superior del niño que por debajo de su labio inferior. La barbilla del niño toca el pecho y sus labios están evertidos (hacia afuera). De esta forma se asegura que el pecho se mantenga bien dentro de la boca del bebé y que los movimientos de succión y ordeño sean eficaces. Normalmente se nota que el bebé “trabaja” con la mandíbula, cuyo movimiento rítmico se extiende hasta sus orejas, y que sus mejillas no se hundan hacia adentro sino que se ven redondeadas. Cuando el bebé succiona de esta manera la madre no siente dolor ni siquiera cuando tiene grietas.<sup>10</sup>

Tampoco es conveniente presionar el pecho con los dedos en forma de “pinza” ya que con esta maniobra se estira el pezón y se impide al niño acercarse lo suficiente para mantener el pecho dentro de su boca. Si la nariz está muy pegada al pecho puede que la cabeza se encuentre demasiado flexionada. Bastará desplazar al bebé ligeramente en dirección hacia el otro pecho para solucionar el problema.<sup>10</sup>

### Posturas maternas

Posiciones del niño con la madre sentada: Cuando la madre amamanta sentada debe hacerlo en una silla cómoda, donde pueda apoyar bien la espalda. Es más cómodo para ella apoyar los pies sobre un pequeño piso y colocar un cojín sobre las piernas para de esta forma dar altura al niño y acomodarlo a la altura del pecho.<sup>10</sup>

- Posición tradicional o de cuna: Esta es una de las posiciones más conocidas, el niño acostado frente a la madre a la altura de los pechos, el abdomen del niño debe quedar frente al de la madre, el brazo de esta sirve de apoyo al cuerpo y cabeza del niño, con la mano en forma de “C” la madre ofrece el pecho, con el pezón estimula el labio inferior del niño para que abra la boca, en ese momento acerca el niño hacia el pecho de tal

forma que el pezón y la areola queden dentro de la boca del niño. El brazo del niño que queda por debajo se ubica bajo el pecho de la madre o rodeando su cintura.<sup>10</sup>

- Posición en reversa (posición de cuna cruzada): La madre sentada y el niño acostado sobre un cojín para levantarlo a la altura de los pechos. Con la mano libre la madre ofrece el pecho, con la otra sobre la palma sostiene la cabeza del niño. Esta posición permite deslizar al niño de un pecho a otro sin cambiarlo de posición, esta posición se recomienda cuando el niño tiene preferencia por un pecho y cuando el niño tiene problemas con la clavícula.<sup>10</sup>
- Posición en canasto o pelota: En esta posición se ubica al niño debajo del brazo del lado que va a amamantar, con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta, tomándolo por la base de la nuca. Esta posición se recomienda para alimentar a gemelos en forma simultánea, en caso de cesárea para no presionar la zona de la herida operatoria.<sup>10</sup>
- Posición de caballito: La madre sentada y el niño enfrenta el pecho sentado sobre la pierna de esta, la madre afirma al niño con el brazo del mismo lado en que está el niño, la mano en forma de “C” y los dedos del medio y pulgar detrás de las orejas, con la mano libre ofrece el pecho. No apoyar la palma de la mano en la parte posterior de la cabeza ya que el niño responderá con un reflejo de extensión que lo hará llevar la cabeza hacia atrás y alejarse del pecho. Esta posición está recomendada para los niños híper y/o hipotónicos, niños con fisura palatina, mamas muy grandes.<sup>10</sup>

#### Posiciones del niño con la madre acostada

- Posición del niño con la madre acostada, ambos en decúbito lateral: La madre y el niño acostados en decúbito lateral, frente a frente, la cara del niño enfrentando el pecho y abdomen, pegado al cuerpo de su madre. Para la comodidad de la madre, ésta debe apoyar su cabeza sobre una

almohada y el niño se apoya sobre el brazo inferior de esta, la madre con la mano libre debe dirigir el pecho hacia la boca del niño. Esta posición se recomienda para las madres que se recuperan de una cesárea o una episiotomía, para amamantar de noche o en momentos de gran cansancio, sin importar la edad del bebé. Se sabe que las madres que recién tienen su bebé, logran mejor descanso y se fatigan menos con esta posición que cuando amamantan sentadas.<sup>10</sup>

- Posición madre recostada de espalda y el niño sobre esta en decúbito ventral: La madre acostada de espalda y el niño recostado sobre ella en decúbito ventral, la madre sostiene la frente del niño con su mano y de esta forma el niño toma el pezón y la areola para comenzar la succión. Esta posición se recomienda a las madres que tienen reflejo de eyección excesivo, en esta posición el flujo de leche pierde fuerza y el bebé puede succionar y tragar de manera más cómoda. Es una posición transitoria mientras la madre encuentra otra posición más cómoda.<sup>10</sup>

## **VÍNCULO AFECTIVO**

Las evidencias científicas han demostrado que la lactancia materna forma parte del sistema que asegura y prolonga la protección y la formación de vínculos, lo que impacta directamente en el adecuado desarrollo del sistema nervioso central de la o el recién nacido.<sup>29</sup>

El nacimiento constituye un espacio clave en la orientación del proceso de vinculación extrauterina madre-bebé hacia el tipo de vínculo deseable, el vínculo de apego seguro. La perinatalidad es una transición de estado para la madre y el bebé que culmina en un cambio de estado fisiológico, psicológico y de rol social en el punto crítico del nacimiento. El bebé emerge a la vida post-natal, la mujer pasa de gestante a madre, el hombre de progenitor a padre y el bebé imaginario se confronta con el bebé real.<sup>10</sup>

La calidad del proceso de vinculación madre-niña o niño (apego) determina la salud a lo largo de la vida de la persona, las evidencias mencionan que, apegos

seguros se correlacionan con niñas y niños sanos que devienen en adultos sanos y apegos ansiosos y desorganizados se correlacionan con trastornos en el desarrollo, violencia infantil y procesos psicopatológicos.<sup>29</sup>

El contacto piel a piel: La o el recién nacido dispone de competencias sensoriales e interactivas para vincularse y promover conductas de apego con su madre. Dentro de la primera hora de nacido, se muestra en un estado de vigilia- calma, con avidez sensorial, y buscando ser acogido en el ambiente extrauterino. Puesto sobre el abdomen de su madre, la o el recién nacido instintivamente reptará buscando el pezón pues sus reflejos sensoriales y motores están suficientemente estimulados para reconocer el olor que emana del pezón, visualizado y lamerlo, y dar un pequeño impulso con las piernas y brazos hasta lograr acoplarse vigorosa y armónicamente.<sup>29</sup>

La madre, inmediatamente después del parto, se encuentra especialmente predispuesta para compartir emociones con su bebé y para aprender conductas maternas, tales como entregar cuidado físico y afecto a su bebé; las que se estimulan cuando se facilita el contacto con la o el bebé y mejor aún, cuando hay un apoyo personalizado del personal de salud y la participación activa del padre, pareja, familiar o persona de confianza de la madre.<sup>29</sup> El contacto piel a piel estimula la secreción de las glándulas mamarias y sudoríparas en la madre, conectando íntimamente el tacto, los olores, los sonidos y miradas entre madre y bebé; activándose las hormonas relacionadas a las conductas de vinculación y facilitando la lactancia materna.<sup>29</sup> El contacto piel a piel posibilita el reconocimiento a través de todos los sentidos, conectando íntimamente tacto, olores, sonidos y miradas que impulsan la circulación de afectos.<sup>10</sup>

El contacto corporal es fundamental para fomentar buenos apegos y lactancia. Además de activar las conductas de vinculación, facilita la lactancia aumentando la prolactina y la oxitocina que son las hormonas responsables de la producción y secreción láctea, libera endorfinas, hormonas de la familia de los opiáceos dando sentimientos placenteros y disminuyendo el dolor y el estrés.<sup>10</sup>

Por el contrario, la separación neonatal se correlaciona significativamente con disminución de la lactancia y con trastornos de vinculación.<sup>10</sup>

## **PROBLEMAS MAMARIOS TEMPRANOS EN LA LACTANCIA MATERNA**

### Dolor al inicio de la succión:

El dolor en los pezones es frecuente que se produzca al inicio de la lactancia materna y normalmente se debe a la presión negativa producida en los conductos galactóforos que todavía no están llenos de leche. Normalmente al instaurarse definitivamente la lactancia el dolor suele desaparecer y si perdura se asocia con un mal acoplamiento del niño al lactar.<sup>20</sup> El dolor interfiere con el mecanismo de eyección de la leche inhibiendo la oxitocina, lo que provoca que el recién nacido no cubra sus requerimientos de leche al mamar, lo que manifiesta con inquietud y llanto provocando que la madre se angustie, lo que inhibe aún más la eyección láctea entrando en un círculo vicioso que puede llevar al fracaso la lactancia, por ello debe manejarse mediante la corrección de la técnica de amamantamiento.<sup>10</sup>

### Pezones planos e invertidos:

Si la mujer tiene pezones planos que no fueron corregidos durante el embarazo, como puérpera requerirá de especial atención. Es de vital importancia e ideal, en estos casos que el recién nacido haga su primera mamada en la sala de parto, cuando el pezón y la areola se han protruido gracias al efecto de la oxitocina y aprovechar las primeras 24 a 48 horas de la etapa de calostro, en las que la mama está blanda y el pezón-areola tienen forma cónica, para que de esta forma niño aprenda a introducir el pezón correctamente dentro de su boca.<sup>10</sup>

### Grietas en el pezón:

Las grietas en el pezón suelen aparecer en los primeros días de iniciada la lactancia, cuando la posición al pecho y el acoplamiento boca-pezón no es el correcto. Estas constituyen uno de los principales motivos de abandono de la lactancia. El mal agarre del recién nacido origina las grietas al agredir el pezón con

sus encías o al comprimirlo con la lengua contra el paladar duro. Así, la clave en la prevención de las grietas en el pezón es un buen acoplamiento boca-pezón pero se puede aplicar unas gotas de leche materna para mejorar las lesiones. No se ha demostrado que ninguna loción aplicada en el pezón para mejorar las lesiones sea mejor que la aplicación de leche materna, siempre y cuando se corrija el acoplamiento.<sup>20</sup>

### Congestión Mamaria:

La congestión mamaria se define como la inflamación y distensión de las mamas; suele aparecer entre el segundo y el quinto día postparto. Se relaciona con el cambio del calostro a leche más abundante y madura. Con frecuencia suele aparecer tras el transcurso de la lactancia, las madres suelen experimentar un aumento de volumen mamario bilateral, con calor, dolor o endurecimiento mamario. Se han identificado 5 variables relacionadas con la congestión mamaria:

- Inicio tardío de la lactancia: se ha encontrado mayores niveles de congestión mamaria en mujeres sometidas a parto por cesárea que en mujeres sometidas a partos vaginales. Este hecho se ha relacionado con el retraso en el inicio de la lactancia de las mujeres sometidas a cesárea.
- Mamadas infrecuentes e inefectivas.
- Mamadas restringidas en el tiempo.

Los dos últimos parámetros están asociados a un vaciado incompleto de la mama que incrementa el riesgo de congestión mamaria. Algunas técnicas para amamantar se han asociado específicamente con una menor incidencia de congestión mamaria, entre ellas el vaciado de una mama en cada toma y alternar la mama que se ofrece primero.<sup>20</sup>

## **EDUCACIÓN PRENATAL**

Educación Maternal, Psicoprofilaxis Obstétrica, Preparación para el Parto, Preparación para el Nacimiento, Preparación para la Maternidad y Paternidad, Educación Grupal en el Embarazo, Parto y Puerperio son algunos de los términos

que se utilizan para denominar a un programa de educación sanitaria en la etapa prenatal que se encuadra dentro de las actividades básicas de prevención y promoción de la salud.<sup>15</sup>

La Educación Maternal (EM), por lo tanto, es el conjunto de actividades que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se perciba de forma positiva y faciliten un parto y puerperio normal en el aspecto físico y emocional.<sup>15</sup>

Su objetivo es influenciar el comportamiento de la salud, aumentar la confianza de las mujeres en su capacidad de dar a luz, preparar a las mujeres y a sus parejas para el parto, prepararlos para la paternidad, desarrollar redes de apoyo social, estimular la seguridad de los padres, y contribuir con la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal. Así, la educación prenatal es un rango de medidas educativas y de apoyo que ayudan a los padres y futuros padres a comprender sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante el embarazo, el trabajo de parto y la paternidad.<sup>15</sup>

Cabe mencionar, que la Educación Maternal forma parte del programa de Educación para la Salud que se realiza durante el embarazo, con unos objetivos claros y específicos que tienen su utilidad en el proceso de embarazo, parto, puerperio y nacimiento del recién nacido. Así, tales objetivos no discrepan mucho de los de cualquier otro programa de educación sanitaria o educación para la salud que se pueda desarrollar en otras disciplinas de la medicina y/o etapas de la vida.<sup>15</sup>

Por lo anterior, la Educación para la Salud tiene un papel protagónico que a través de muchas décadas se ha nutrido de diversos modelos y enfoques de Educación cuyos distintos modos de abordaje se adaptan a las necesidades y posibilidades de los contextos.<sup>17</sup>

Según la OMS (1998), la Educación para la salud, comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de

comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluída la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. En esta definición no solo aborda la transferencia de información, además implica estimular en las personas la motivación y recursos personales como habilidades y autoestima que serán necesarios para tomar medidas que mejoren su salud. Además, no sólo aporta información respecto a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud, sino que también incluye a los factores de riesgo y los comportamientos de riesgo. Del mismo modo aborda el uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud significa transmisión de información y desarrollo de habilidades personales que permitan organizar actuaciones de diversas formas, dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.<sup>18</sup>

El autor Alessandro Seppilli le dió mayor énfasis al individuo como protagonista y responsable del proceso; definiéndola en 1971 como: Un proceso de comunicación interpersonal dirigido a facilitar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud, y a responsabilizar a los individuos y grupos sociales con respecto al comportamiento que tiene un efecto directo o indirecto sobre la salud física, psíquica y social de los individuos y la comunidad.” Con las palabras salud física, psíquica y social de los individuos, da respuesta a esta tridimensionalidad del ser humano, es decir a lo físico, psíquico y social, es complejo, pero la Educación para la Salud debería poner orden en estos tres aspectos, puesto que la educación es capaz de generar cambios y sabemos que los comportamientos de las personas aumentan o disminuyen la salud individual o colectiva. Los cambios generados a través de la educación pueden potenciar la salud.<sup>18</sup>

Puesto, que la educación, no se constituye en un mero establecimiento de información, pero sí de trabajar potencialidades interiores del ser, con el fin de que emerjan. Este proceso no solo se produce con la trasmisión verbal o escrita de conceptos, términos y fenómenos, sobretodo se realiza a través de la forma de



actuar, de las costumbres y valores que tiene una determinada sociedad. Por lo tanto la educación es un proceso de socialización que depende del entorno cultural al cual pertenece cada individuo y que a través de ella, las personas desarrollan habilidades, destrezas y capacidades físicas e intelectuales que componen una forma de ser, de sentir y comportarse de cada individuo.<sup>18</sup>

Ante las premisas anteriores, la Educación para la Salud quedaría enmarcada como una actividad organizada de forma sistemática por una institución y para un grupo concreto de personas con unas necesidades determinadas, para poder desarrollar su vida de una manera plena en relación a su salud. Aunque también desde una perspectiva más amplia es lo que las personas quieren aprender del entorno en el que viven respecto a mejorar su salud.<sup>18</sup>

El campo de acción de la educación para la salud es toda la colectividad. Cualquier persona, sea cual sea su edad, sexo, nivel de renta y lugar de residencia, y con independencia de las circunstancias de su vida personal, familiar o social, puede y debe beneficiarse de la educación sanitaria.<sup>15</sup> Así, La Educación maternal tal y como está enfocada actualmente en el sistema sanitario estaría dentro de una modalidad de educación para la salud.<sup>15</sup>

Puesto que, el embarazo es una de las crisis de maduración en la vida y asistir a los cursos de Educación Maternal le permitirá a la mujer lograr un adiestramiento en su transición a la maternidad, cuidados y comunicación con el bebé, así como el control de sus impulsos y emociones.<sup>18</sup>

La Educación Maternal no sólo se realiza en el ámbito sanitario sino también se ejerce por la sociedad en la que la gestante vive, su comunidad y las personas que la rodean son fuente de conocimiento e información en esta etapa de su vida en la que se encuentra muy receptiva a incorporar conocimientos nuevos que resuelvan sus dudas. Y para determinado grupo de mujeres, las costumbres y hábitos de sus familias y entorno, sigue siendo el referente y guía de actuación, en su periodo maternal.<sup>18</sup>

## Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal

Como fue mencionado anteriormente, hablar de Educación Prenatal, es hablar de Psicoprofilaxis Obstétrica.

la Psicoprofilaxis Obstétrica constituye un proceso educativo de la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé y entorno familiar.<sup>21</sup>

La Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) es en la actualidad considerada como una especialidad de la Obstétrica, tiene un alto nivel científico y su desarrollo se ha logrado gracias al aporte e investigación de destacados profesionales de la medicina, desde hace más de un siglo.<sup>27</sup>

Diversas publicaciones con rigor científico, han demostrado los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica y su valor e impacto en la actividad preventivo promocional sobre la salud materna y perinatal, al punto que la misma Organización Mundial de la Salud (OMS) la recomienda, al igual que otras instituciones y entidades de alto rigor científico como el Centro Latinoamericano de perinatología (CLAP).<sup>27</sup>

Como bien conoce todo profesional de la Obstetricia, la Psicoprofilaxis Obstétrica enmarca una serie de medidas para que la preparación de la gestante sea Integral, lo que implica la misión de cubrir tres pilares fundamentales:

1. Apoyo psico- afectivo
2. Entrenamiento físico
3. Información teórica, en aras que el proceso de gestación sea satisfactorio y con el fin de prevenir posibles riesgos.

El apoyo psico-afectivo, busca no solo establecer una mejor adaptación emocional en la pareja gestante hacia los cambios en diferentes escenarios (psicológico, físico, social, familiar y del entorno), sino la oportunidad de disfrutar de la “jornada” en su totalidad e ir estrechando de forma motivadora y espontánea el vínculo afectivo con el bebé en formación y desarrollo. Ser que merece respeto, acogida, protección, y quien depende tanto biológica como éticamente de las expectativas y decisiones de sus progenitores.<sup>27</sup>

El manejo de la estimulación prenatal (EPN), termino promovido por ASPPO desde su fundación, en septiembre de 1995; entendido como sembrar e impulsar el desarrollo del vínculo afectivo en el trinomio Padre-Madre-Hijo, como parte de uno de los pilares de la Psicoprofilaxis Obstétrica y no fuera de ella.<sup>27</sup>

La Estimulación prenatal, se incorpora desde la primera hasta la última sesión, convirtiéndose en parte y no en algo diferente a la Psicoprofilaxis Obstétrica. Es por ello, que la Psicoprofilaxis Obstétrica, como especialidad, enmarca el sentido de integralidad, brindando una buena preparación a la pareja gestante y obteniendo los beneficios sobre la madre, el bebé, el padre y el equipo de salud. Ventajas claramente demostradas cuando la Psicoprofilaxis obstétrica está en manos de un profesional idóneo. Profesional que en nuestro país, es la obstetriz/obstetra.<sup>27</sup>

El Ministerio de Salud del Perú emitió la Resolución Ministerial 361-2011 el 06 de mayo del 2011 sobre la aprobación de la Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación prenatal. El hospital de tercer nivel María Auxiliadora como entidad de salud está alineado a las normativas del Ministerio de Salud del Perú, por lo que las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y estimulación prenatal que se brindan en el hospital mencionado van acorde a la norma.

La Guía Técnica establece 6 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, donde en cada una ellas se desarrollan distintos temas educativos para la gestante, las cuales incluyen dentro de ellas la Sesión V: Puerperio y recién nacido, Cuidados en el puerperio, Signos de alarma durante el puerperio, Signos de alarma en el

recién nacido, El baño y masajes en el recién nacido, Rol de la pareja y la familia como soporte emocional durante el puerperio y en la atención del recién nacido, Sexualidad en el puerperio, Maternidad y paternidad responsable, planificación familiar, Lactancia materna: técnicas, beneficios, Cambios psicológicos.<sup>21</sup>

### Consejería en Lactancia Materna

Proceso educativo comunicacional realizado por el personal de salud capacitado en consejería y en lactancia materna, que da 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 su hija o hijo.<sup>28</sup>

El espacio en donde dar la consejería en lactancia materna puede ser en el establecimiento de salud o en el hogar. 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.<sup>28</sup>

Habilidades de Consejería : Son habilidades de comunicación que sirven 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 tener éxito en la lactancia. En un nivel básico son de dos tipos:

- Habilidades para escuchar y aprender: Usar comunicación no verbal útil, hacer preguntas abiertas, demostrar interés y devolver el comentario, dar muestras de empatía, evitar palabras enjuiciadoras.<sup>28</sup>
- Habilidades para reforzar la confianza y dar apoyo: Aceptar lo que la madre piensa y siente, reconocer y elogiar lo que la madre y el bebé están haciendo bien, dar ayuda práctica, proporcionar información pertinente usando lenguaje apropiado, hacer sugerencias, no dar órdenes.<sup>28</sup>

Habilidades de Comunicación para la Consejería en Lactancia Materna: La mujer para ejercer la práctica de la lactancia materna requiere información exacta, apoyo de la familia, de la comunidad, del sistema sanitario y de la sociedad en su conjunto. La o el consejero debe tener la habilidad de escuchar a la madre, hacerla sentir segura y tener confianza en sí misma. Esto puede ayudarla a tener éxito en la lactancia. La o el consejero necesita saber algo más que sólo ofrecer información, debe tener habilidades de comunicación. Su trabajo es ayudar a las madres a buscar la causa de sus dificultades y sugerir algunas maneras de solucionar el problema. A menudo, lo que aparenta ser dificultades o problemas, no son tales, y la madre sólo necesita la seguridad de que está haciendo bien las cosas. La buena comunicación significa que se respetan los sentimientos, pensamientos, creencias y cultura propios de las mujeres. No significa decirle a una persona lo que debería hacer ni presionada a realizar alguna acción en particular.<sup>28</sup>

### Charlas Educativas

Es el procedimiento directo de educación para la salud más utilizado para dirigirse a grupos. La charla está dirigida a profanos y es menos protocolaria que la conferencia, lo que permite un mayor acercamiento del que habla con el auditorio. Las charlas suelen dirigirse a grupos sociales organizados de la comunidad (asociaciones de padres, asociaciones de vecinos, etc.)<sup>30</sup>

En la planificación y realización de las charlas es preciso tener presente los siguientes puntos:

- La charla debe ser promovida por el propio grupo social al que va dirigida, por medio de sus líderes. Los líderes naturales son los que tienen capacidad de convocatoria y organización para reunir grupos. Su apoyo es imprescindible.<sup>30</sup>
- El tema elegido debe responder a los deseos, necesidades e intereses del auditorio.<sup>30</sup>

Consideraciones: la charla ha de ser breve. No más de 45 minutos, lenguaje adaptado a la mentalidad y cultura de los oyentes, la exposición debe ser estructurada: comenzar con una introducción que despierte el interés, continuará con una serie de ideas concretas expuestas de forma sencilla y clara y concluirá con un resumen final que estimule la discusión. El mensaje transmitido debe ser informativo y motivador (persuasivo), deben darse instrucciones de cómo pasar a la acción, citar anécdotas y experiencias personales durante la disertación, utilizar ayudas audiovisuales para clarificar y fijar ideas, la charla debe ser hablada y no leída. El orador debe identificarse totalmente con el auditorio y mantener permanentemente su atención.<sup>30</sup>

## **RELACIÓN ENTRE LA EDUCACIÓN PRENATAL Y LA LACTANCIA MATERNA**

El periodo de gestación constituye el mejor momento para informar a las madres sobre la lactancia materna y como llevarla a cabo con éxito, si deciden amamantar.<sup>20</sup> En este período ella está extraordinariamente receptiva a todo lo que sea en favor de dar a su hijo una mejor atención. Es una circunstancia muy propicia para el fomento y la promoción de la lactancia.<sup>10</sup>

Aunque la lactancia materna se considera un proceso natural, tanto la madre como el bebé precisan de un óptimo aprendizaje ya que el bebé ha de aprender a succionar correctamente el pecho y la madre ha de aprender las pautas de un posicionamiento correcto.<sup>20</sup>

Está demostrado que las sesiones individuales de Educación Prenatal repetidas tienen una influencia positiva significativa para el amamantamiento posterior con éxito y para aumentar la duración de la lactancia materna. Existe evidencia cierta de que los grupos de discusión pequeños, con madres y/o familiares dirigidos por profesionales de la salud, que hacen énfasis en los beneficios de la lactancia materna y ofrecen consejos prácticos, pueden aumentar las tasas de inicio del amamantamiento, sobre todo en el periodo prenatal.<sup>11</sup>

Así, se define como educación prenatal en lactancia materna la información que se imparte durante el embarazo en una variedad de formas. Puede ser de modo individual o en grupo, puede incluir programas de visitas domiciliarias, programas de educación o de citas en la clínica, específicamente dirigidas a impartir conocimientos e involucrando a los futuros papás.<sup>2</sup>

En otras palabras, la educación en lactancia materna es la intervención más eficaz para incrementar la iniciación de la lactancia y la duración a corto plazo. El resumen de Cochrane de las mejores prácticas de educación refiere que la información educativa es efectiva en los períodos pre y posnatal, y es más eficaz cuando está basada en la necesidad de la madre, además, es informal y repetitiva, centrándose en las interacciones entre las madres (apoyo mutuo) antes y después del parto.<sup>2</sup>

### 2.3 Definición de Términos Básicos

- **Lactancia materna:**

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; asimismo es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre.<sup>28</sup>

- **Lactancia materna exclusiva:**

La lactancia exclusivamente materna consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos, ni siquiera agua, exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.<sup>31</sup>

- **Educación Prenatal:**

Es el conjunto de actividades que profesionales sanitarios, individuos y comunidad realizan para contribuir a que el embarazo se perciba de forma

positiva y faciliten un parto y puerperio normal en el aspecto físico y emocional.<sup>16</sup>

- **Educación Prenatal en Lactancia Materna:**

La información que se imparte durante el embarazo en una variedad de formas. Puede ser de modo individual o en grupo, puede incluir programas de visitas domiciliarias, programas de educación o de citas en la clínica, específicamente dirigidas a impartir conocimientos e involucrando a los futuros papás.<sup>2</sup>

- **Conocimientos sobre lactancia materna:**

Conjunto de ideas, conceptos o información que una persona ha adquirido o acumulado sobre la lactancia materna mediante la experiencia o aprendizaje para decidir lo que debe o puede hacer, aunque ello no garantice una conducta adecuada.<sup>32</sup>

- **Técnicas de Amamantamiento:**

La técnica de amamantamiento se refiere a la posición en la que la mujer se dispone a amamantar, la manera en la que acomoda al bebé con respecto a su cuerpo para suscitar el reflejo de búsqueda en el bebé y permitir que éste tome el pecho. Una técnica adecuada evitará que los pezones y areolas se lastimen y se agrieten, y permite que la leche sea extraída eficientemente del pecho.<sup>26</sup>



## **CAPITULO III**

### **PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS**

Luego de concluida la recolección de datos estos fueron introducidos en una base de datos en el programa Microsoft Excel versión 2013 y los resultados fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 22.0.

Para el análisis de las variables cuantitativas se determinó medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar); mientras que para las variables cualitativas, se determinaron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación. Para hallar la significancia se usó la prueba estadística de chi-cuadrado de Pearson, con un nivel de confianza de 95% considerándose como “significativo” un valor de P-valor  $< 0,05$ .

### 3.1 TABLAS Y GRAFICAS ESTADISTICAS

#### I.- DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

TABLA N° 1-

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL	
$\bar{X} \pm DS$ (Min-Max) EDAD (años)	25,1 $\pm$ 6,8 (17 - 42 )		26,3 $\pm$ 6,6 ( 16 - 39)	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
16 a 19a	12	30,0%	11	27,5%
20 a 24a	8	20,0%	4	10,0%
25 a mas	20	50,0%	25	62,5%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Primaria incompleta	1	2,5%	4	10,0%
Primaria completa	1	2,5%	1	2,5%
Sec. incompleta	8	20,0%	15	37,5%
Sec. completa	16	40,0%	15	37,5%
Técnico incompleto	3	7,5%	0	0,0%
Técnico completo	2	5,0%	1	2,5%
Universitario incompleto	6	15,0%	3	7,5%
Universitario completo	3	7,5%	1	2,5%
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Soltera	2	5,0%	8	20,0%
Conviviente	33	82,5%	30	75,0%
Casada	5	12,5%	2	5,0%
OCUPACION	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Estudiante	2	5,0%	3	7,5%
Ama de casa	32	80,0%	31	77,5%
Trabaja	6	15,0%	6	15,0%
NUMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
$\bar{X} \pm DS$ (Min-Max)	1 $\pm$ 1,001 ( 1 - 6 )		1 $\pm$ 0,920 (1 - 4)	
1	23	57,5%	15	37,5%
2	11	27,5%	13	32,5%
3	5	12,5%	10	25,0%
4	0	0,0%	2	5,0%
6	1	2,5%	0	0,0%
TOTAL	40	100,0%	40	100,0%

## **INTERPRETACION –**

En la tabla N° 1, relacionado a las características sociodemográficas de las puérperas inmediatas, que recibieron y no recibieron educación prenatal se observó que el promedio de las edades del grupo que recibieron educación prenatal fue de  $25,1 \pm 6,8$  años, donde la edad mínima fue 17 y la máxima 42. A diferencia del grupo que no recibió educación prenatal cuya edad promedio fue de  $26,3 \pm 6,6$  años, donde la edad mínima fue 16 y la máxima 39. En cuanto al rango de edad, de 25 años a mas, es el que mayor porcentaje tuvo en el primer grupo (50%), de igual manera ocurrió en el segundo grupo ocupando un 62,5%.

En la mayoría de puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal predominó como nivel de instrucción secundaria completa (40%), aquellas que no recibieron educación prenatal predominaron en igual porcentaje secundaria completa (37,5%) e incompleta (37,5%).

Respecto al estado civil la mayoría puérperas inmediatas encuestadas que recibieron y no recibieron educación prenatal eran convivientes, abarcando el 82,5% y el 75% respectivamente.

En cuanto a la ocupación, la mayoría de puérperas inmediatas encuestadas que recibieron y no educación prenatal eran amas de casa, abarcando el 80% y 77,5 % respectivamente.

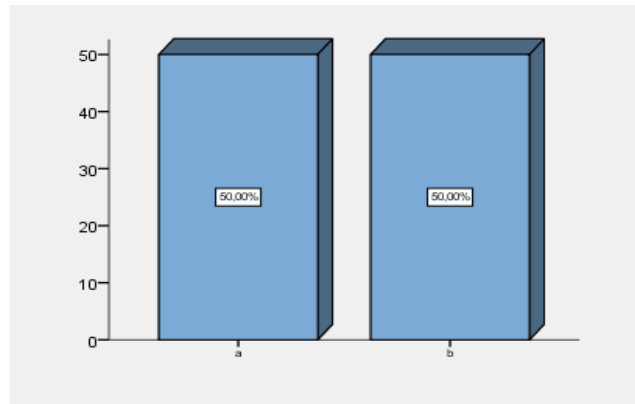
Respecto al número de hijos, el promedio en el grupo de encuestadas que recibieron educación prenatal fue 1, donde la mínima y máxima cantidad de hijos oscila entre 1 a 6; similar al grupo que no recibió educación prenatal cuyo número de hijos promedio fue 1, donde la mínima y máxima cantidad de hijos oscila entre 1 a 4. Asimismo, más de la mitad de las puérperas que recibieron educación prenatal son primíparas (madres que tienen un hijo), abarcando un 57,5%; a diferencia del grupo de puérperas inmediatas que no recibieron educación prenatal, donde las madres que poseen hijos anteriores abarcaron un 62,5%.

## II.- RECIBIERON EDUCACION PRENATAL

TABLA Nº 2 –

### 1. ¿Ha recibido Educación Prenatal respecto a la Lactancia Materna?

Valido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
a. si	40	50.0	50.0	50.0
b. no	40	50.0	50.0	100.0
Total	80	100.0	100.0	



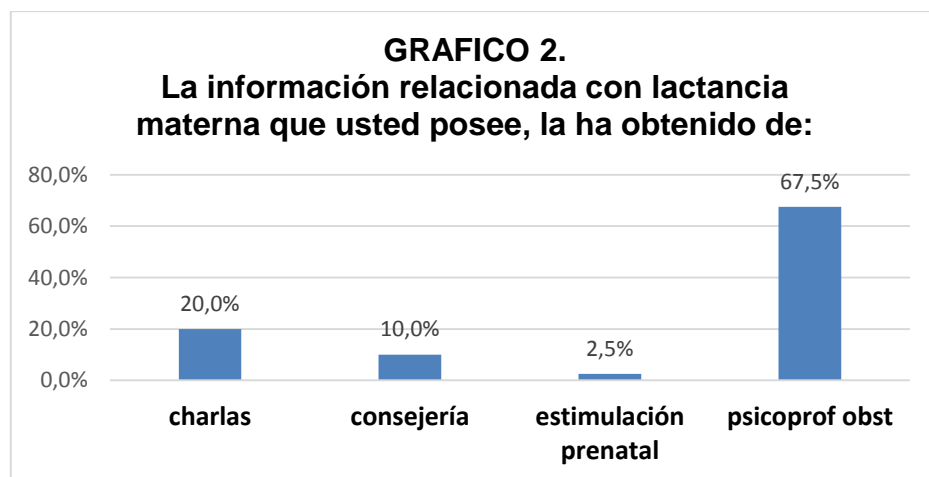
### INTERPRETACION –

En nuestra muestra hemos tomado 50% de participantes con educación prenatal y 50% sin educación prenatal

TABLA Nº 3 –

### 2. La información relacionada con lactancia materna que usted posee, la ha obtenido de:

Valido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
charlas	8	20.0%	20.0%
consejería	4	10.0%	10.0%
estimulación prenatal	1	2.5%	2.5%
Psicoprof. obstétrica	27	67.5%	67.5%
	<b>40</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>



### INTERPRETACION –

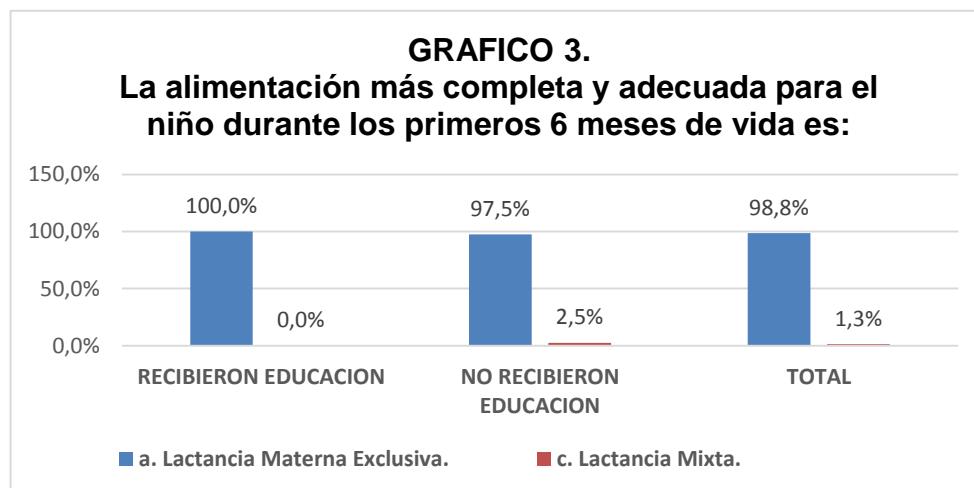
De las puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal, se observó que la mayoría recibió información respecto a lactancia materna a través de la psicoprofilaxis obstétrica (67,5%), seguida del 20% que recibieron información a través de charlas educativas, un 10% a través de la consejería en lactancia y un 2,5% a través de las clases de estimulación prenatal en un mínimo porcentaje.

### III.- NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA

**TABLA Nº 4 –**

#### 3. La alimentación más completa y adecuada para el niño durante los primeros 6 meses de vida es:

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
a. Lactancia Materna Exclusiva.	40	100,0%	39	97,5%	79	98,8%
c. Lactancia Mixta.	0	0,0%	1	2,5%	1	1,3%
Total	40	100,0%	40	100,0%	80	100,0%



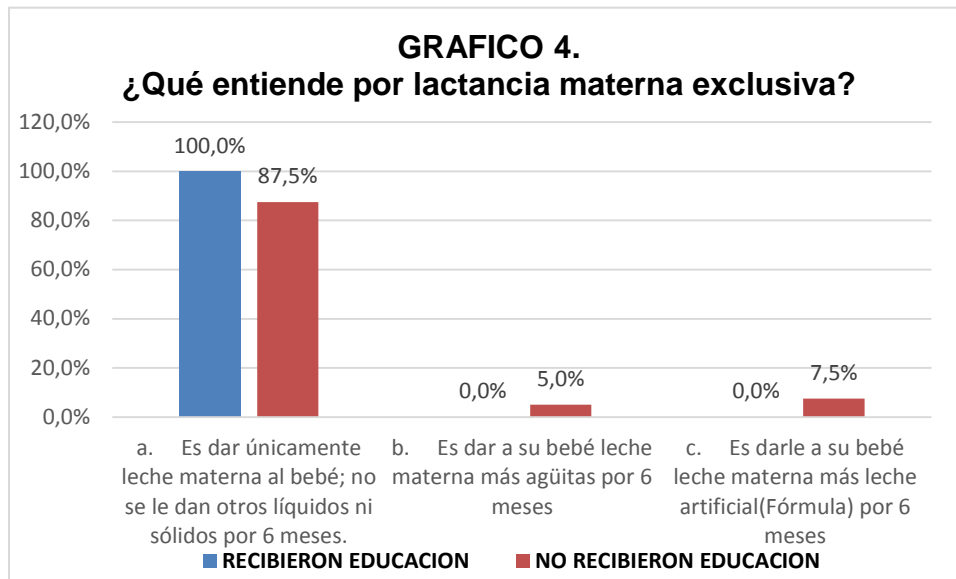
### INTERPRETACION –

En el presente cuadro referente a alimentación más completa y adecuada para el niño durante los primeros 6 meses de vida; se observó que de las 80 puérperas inmediatas encuestadas, aquellas que recibieron y no recibieron educación prenatal consideraron que la lactancia materna exclusiva es la alimentación más completa y adecuada para el niño durante los primeros 6 meses de vida, abarcando un 100% y un 97,5% respectivamente.

### TABLA Nº 5 –

#### 4. ¿Qué entiende por lactancia materna exclusiva?

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
a. Es dar únicamente leche materna al bebé; no se le dan otros líquidos ni sólidos por 6 meses.	40	100.0%	35	87.5%	75	93.8 %
b. Es dar a su bebé leche materna más agüitas por 6 meses	0	0.0%	2	5.0%	2	2.5%
c. Es darle a su bebé leche materna más leche artificial(Fórmula) por 6 meses	0	0.0%	3	7.5%	3	3.8%
Total	40	100.0%	40	100.0	80	100.0



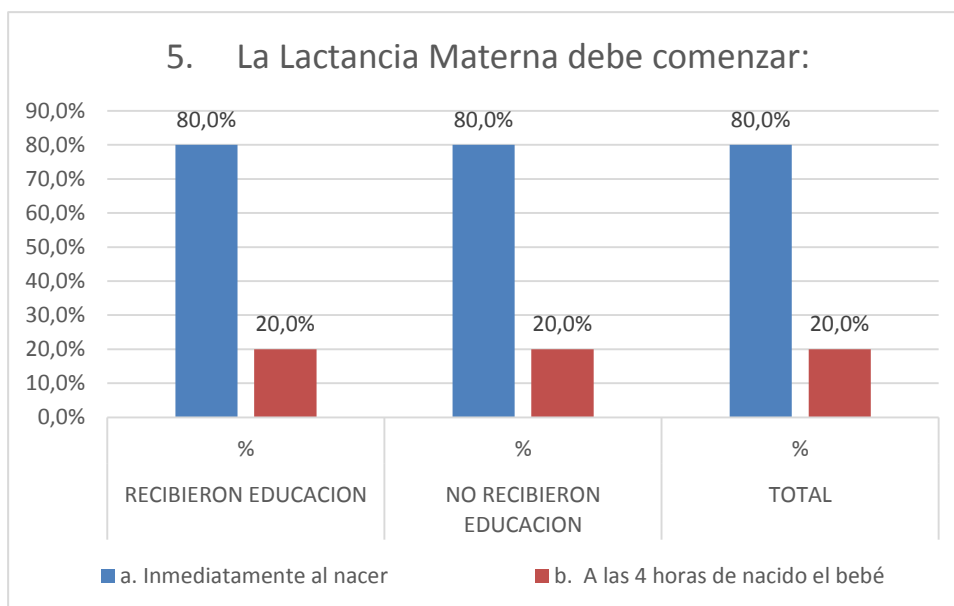
#### **INTERPRETACION –**

**En el presente cuadro referente al concepto de lactancia materna exclusiva;** se observó que de las 80 puérperas inmediatas encuestadas, el 100% del grupo que recibió educación prenatal consideraron que la lactancia materna exclusiva es dar únicamente leche materna al bebe sin agregarle otros líquidos y sólidos por 6 meses. Respecto al grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal el 87,5% respondieron lo mismo que el primer grupo, mientras que tan solo el 5% definieron que la lactancia materna exclusiva es dar al bebe leche materna más agüitas por 6 meses

**TABLA N° 6 –**

**5. La Lactancia Materna debe comenzar:**

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
a. Inmediatamente al nacer	32	80.0%	32	80.0%	64	80.0%
b. A las 4 horas de nacido el bebé	8	20.0%	8	20.0%	16	20.0%
Total	40	100.0%	40	100.0%	80	100.0%



**INTERPRETACION –**

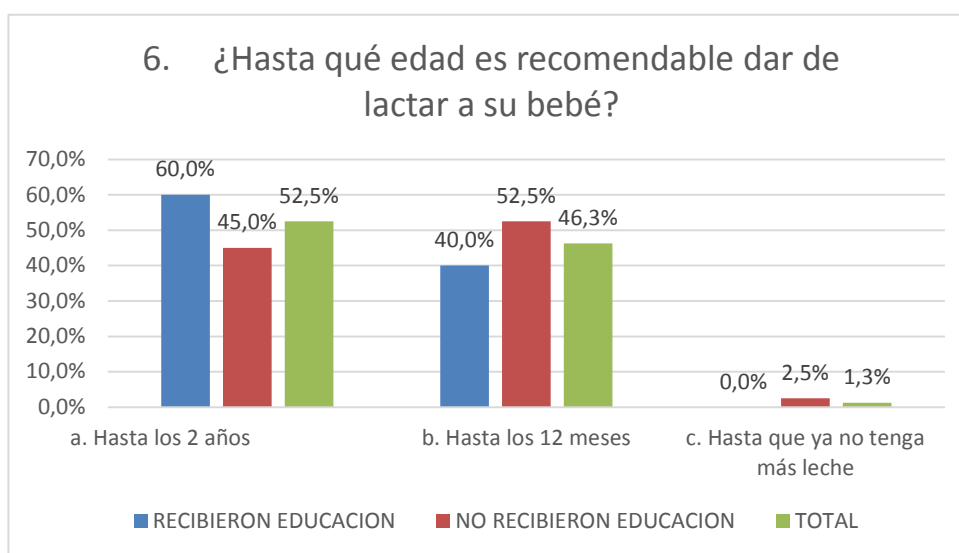
**En el presente cuadro referente al inicio de la Lactancia Materna,** se observó que del total de puérperas inmediatas encuestadas , en el grupo que recibieron educación prenatal, la mayoría (80%) considero que la lactancia materna debe comenzar inmediatamente al nacer y solo un 20% considero que debe comenzar a las 4 horas de nacido el bebé. De igual manera ocurrió en las puérperas que no recibieron educación prenatal. Por tanto ambos grupos predominaron en igual porcentaje.



**TABLA N° 7 –**

**6. ¿Hasta qué edad es recomendable dar de lactar a su bebé?**

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
a. Hasta los 2 años	24	60.0%	18	45.0%	42	52.5%
b. Hasta los 12 meses	16	40.0%	21	52.5%	37	46.3%
c. Hasta que ya no tenga más leche	0	0.0%	1	2.5%	1	1.3%
Total	40	100.0%	40	100.0%	80	100.0%



**INTERPRETACION –**

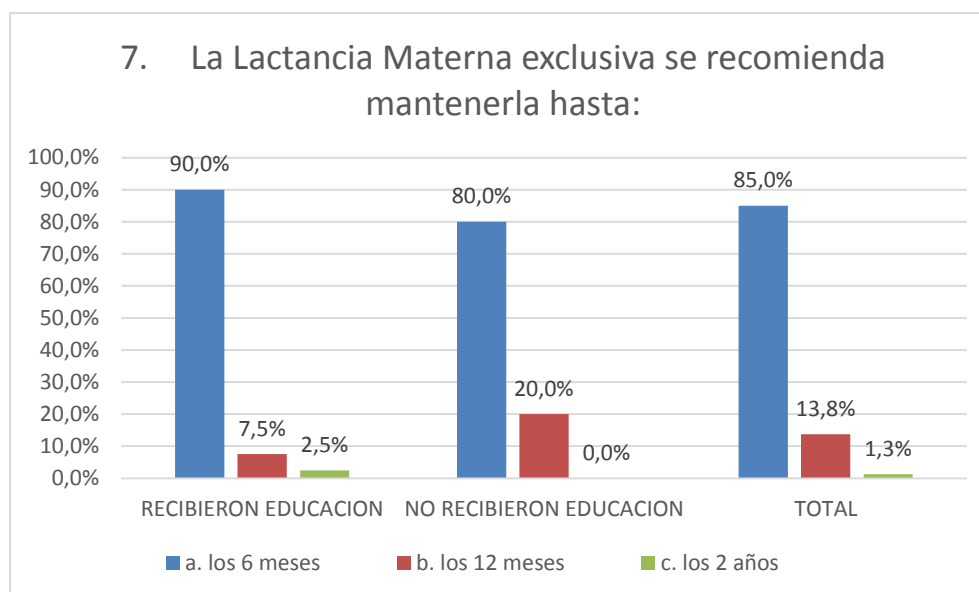
**En el presente cuadro referente a la duración de la lactancia materna;** se observó que de las 80 puérperas inmediatas encuestadas la mayoría del grupo que recibió educación prenatal (60%) considero que hasta la edad de 2 años es la edad recomendable para dar de lactar al bebe y un 40% hasta los 12 meses. A diferencia de aquellas que no recibieron educación prenatal, la mayoría de este grupo, el 52,5%, considero que hasta los 12 meses es la edad más recomendable,

y en un mínimo porcentaje, el 2,5%, considero que la lactancia debe durar hasta que la madre ya no tenga más leche.

**TABLA Nº 8 –**

**7. La Lactancia Materna exclusiva se recomienda mantenerla hasta:**

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
a. los 6 meses	36	90.0%	32	80.0%	68	85.0%
b. los 12 meses	3	7.5%	8	20.0%	11	13.8%
c. los 2 años	1	2.5%	0	0.0%	1	1.3%
Total	40	100.0%	40	100.0%	80	100.0%



**INTERPRETACION –**

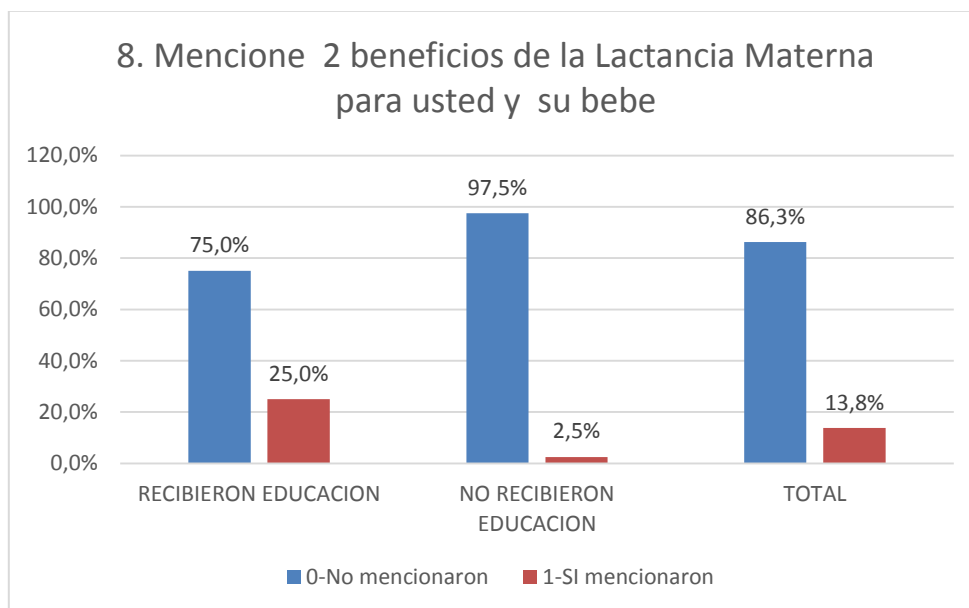
**En el presente cuadro referente a la duración de lactancia materna exclusiva;** se observó que de las 80 puérperas inmediatas encuestadas, aquellas que recibieron educación prenatal, en su gran mayoría (90%) consideraron que la lactancia materna exclusiva se recomienda mantenerla hasta los 6 meses de nacido, mientras que la minoría del grupo (2,5%) considero mantenerla hasta los 2

años. Respecto al grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal el 80% considero que la lactancia materna exclusiva se recomienda mantenerla hasta los 6 meses, mientras que la minoría del grupo hasta los 12 meses.

**TABLA Nº 9 –**

**8. Beneficios de la Lactancia Materna**

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
0-No mencionaron	30	75.0%	39	97.5%	69	86.3%
1-SI mencionaron	10	25.0%	1	2.5%	11	13.8%
Total	40	100.0%	40	100.0%	80	100.0%



**INTERPRETACION –**

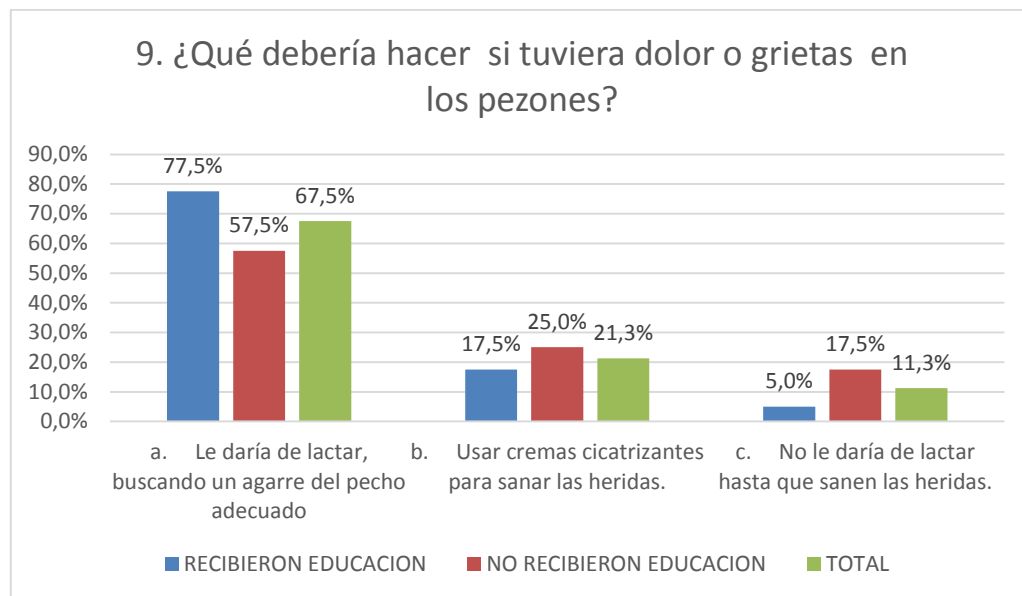
**En el presente cuadro referente a los beneficios de lactancia materna;** se observó que de las 80 puérperas inmediatas encuestadas, tanto aquellas madres que recibieron educación prenatal como aquellas que no, mayoritariamente

refirieron no conocer los beneficios de la lactancia materna. Aquellas que recibieron educación prenatal, (75%) desconocen los beneficios de la lactancia materna para ella y su bebe, mientras las madres que tienen conocimiento sobre los beneficios de la lactancia ocuparon la cuarta parte del grupo(25%). Respecto al grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal la gran mayoría (97,5%) no conocen los beneficios y solo un 2,5% si los conocen.

**TABLA Nº 10 –**

**9. ¿Qué debería hacer si tuviera dolor o grietas en los pezones?**

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
a. Le daría de lactar, buscando un agarre del pecho adecuado	31	77.5%	23	57.5%	54	67.5%
b. Usar cremas cicatrizantes para sanar las heridas.	7	17.5%	10	25.0%	17	21.3%
c. No le daría de lactar hasta que sanen las heridas.	2	5.0%	7	17.5%	9	11.3%
Total	40	100.0%	40	100.0%	80	100.0%



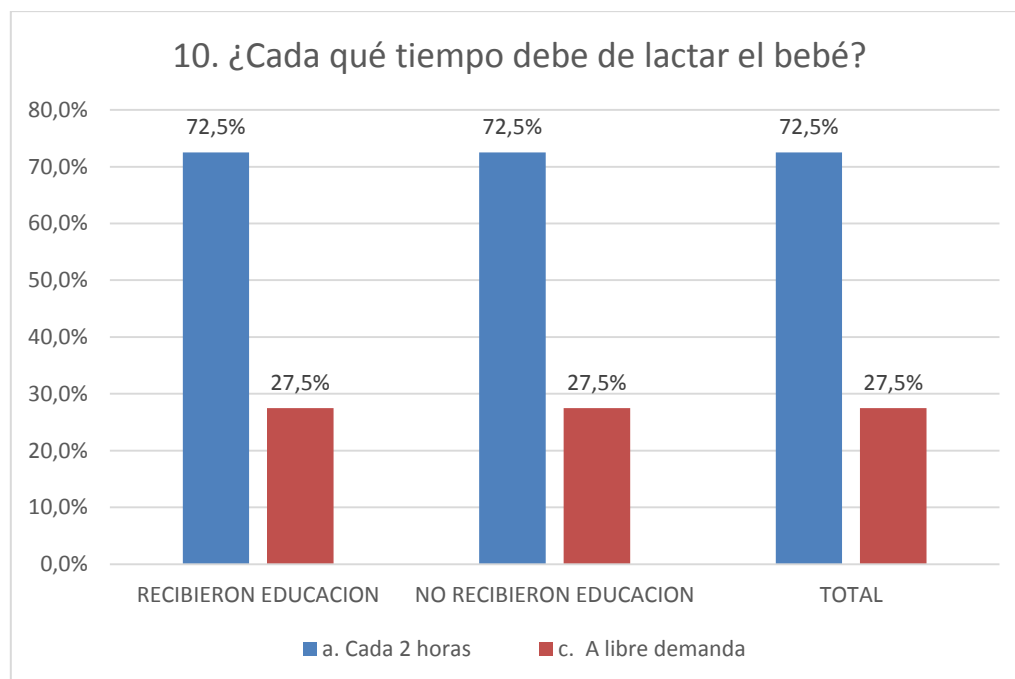
**INTERPRETACION –**

**En el presente cuadro, respecto a la pregunta ¿Qué debería hacer si tuviera dolor o grietas en los pezones?,** se observó que de las 80 puérperas inmediatas encuestadas, aquellas que recibieron educación prenatal, en su mayoría el 77,5%, consideraron que le seguirían dando de lactar a su bebe buscando un agarre de pecho adecuado, mientras que la minoría del grupo, el 5%, opto por no dar de lactar hasta que sanen las heridas. Respecto al grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal, optaron por las mismas respuestas que el primer grupo en un 57,5% y 17,5%, respectivamente.

**TABLA Nº 11 –**

**10. ¿Con que frecuencia debe de lactar a su bebé?**

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
a. Cada 2 horas	29	72.5%	29	72.5%	58	72.5%
c. A libre demanda	11	27.5%	11	27.5%	22	27.5%
Total	40	100.0%	40	100.0%	80	100.0%



**INTERPRETACION –**

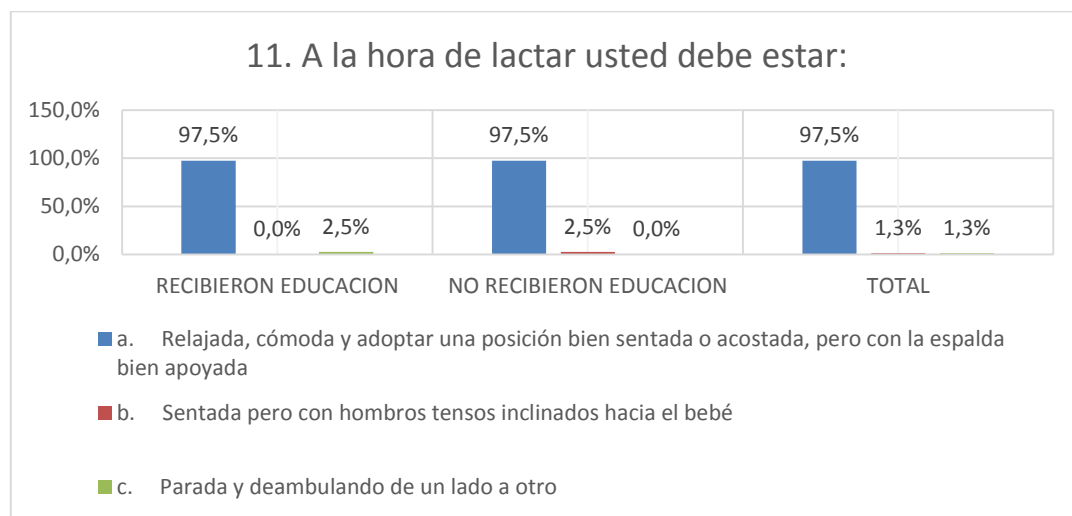
En el presente cuadro, respecto a la frecuencia de la lactancia; se observó que de las 80 puérperas inmediatas encuestadas, en el grupo que recibieron educación prenatal, la mayoría (72,5%) consideró que se debe dar de lactar al bebé cada 2 horas y solo un 27,5% considero que la lactancia debe darse a libre demanda. De igual manera ocurrió en las puérperas que no recibieron educación prenatal. Por tanto en ambos grupos predomino igual porcentaje.

**TABLA Nº 12 –**

**11.A la hora de lactar usted debe estar:**

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%

a. Adoptar una posición bien sentada o acostada, manteniéndose relajadas y cómodas	39	97.5%	39	97.5%	78	97.5%
b. Sentada pero con hombros inclinados hacia el bebé	0	0.0%	1	2.5%	1	1.3%
c. Parada y deambulando de un lado a otro	1	2.5%	0	0.0%	1	1.3%
Total	40	100.0%	40	100.0%	80	100.0%



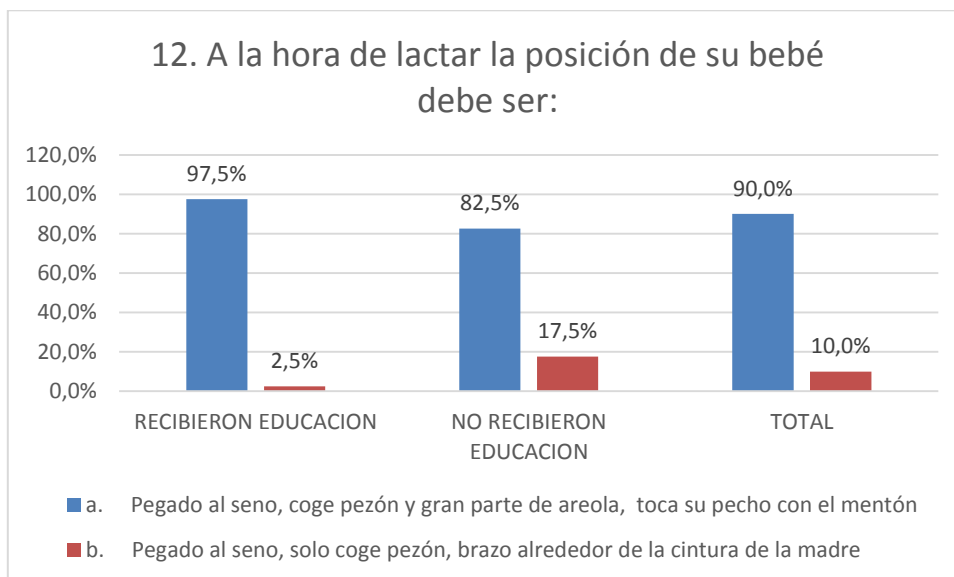
## INTERPRETACION –

**En el presente cuadro respecto a la posición de la madre;** se observó que de las 80 púerperas inmediatas encuestadas, tanto aquellas madres que recibieron educación prenatal como aquellas que no, en su mayoría, el 97,5% de cada grupo refirieron que durante la lactancia deben adoptar una posición bien sentadas o echadas pero manteniéndose relajadas y cómodas durante la lactancia. Sin embargo tan solo el 2,5% del grupo de púerperas que recibieron educación prenatal refirieron que el estar paradas y deambulando de un lado a otro es la mejor opción; mientras que en igual porcentaje (2,5%) aquellas que no recibieron educación prenatal refirieron que deben estar sentadas con los hombros inclinados hacia el bebé durante la lactancia.

**TABLA N° 13 –**

**12. A la hora de lactar la posición de su bebé debe ser:**

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
a. Pegado al seno, coge pezón y gran parte de areola, toca el pecho con el mentón	39	97.5%	33	82.5%	72	90.0%
b. Pegado al seno, solo coge pezón, brazo alrededor de la cintura de la madre	1	2.5%	7	17.5%	8	10.0%
Total	40	100.0%	40	100.0%	80	100.0%



**INTERPRETACION –**

**En el presente cuadro respecto a la posición del bebé;** se observó que de las 80 puérperas inmediatas encuestadas, aquellas que recibieron educación

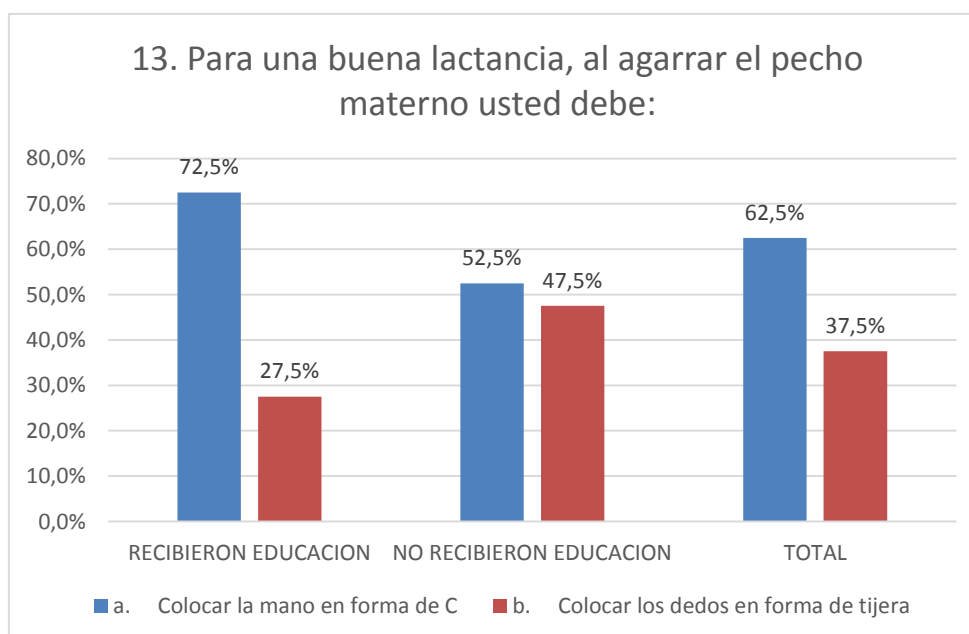


prenatal, en su gran mayoría (97,5%) consideraron que durante la lactancia el bebé debe mantenerse pegado al seno, cogiendo pezón y gran parte de la areola, tocando el pecho con el mentón; mientras que la minoría del grupo (2,5%) considero que el bebé debe estar pegado al seno con el brazo alrededor de la cintura de la madre aunque solo cogiendo pezón. Respecto al grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal, optaron por las mismas respuestas que el primer grupo en un 82,5% y 17,5%, respectivamente.

**TABLA N° 14 –**

**13. Para una buena lactancia, al agarrar el pecho materno usted debe:**

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
a. Colocar la mano en forma de C	29	72.5%	21	52.5%	50	62.5%
b. Colocar los dedos en forma de tijera	11	27.5%	19	47.5%	30	37.5%
Total	40	100.0%	40	100.0%	80	100.0%



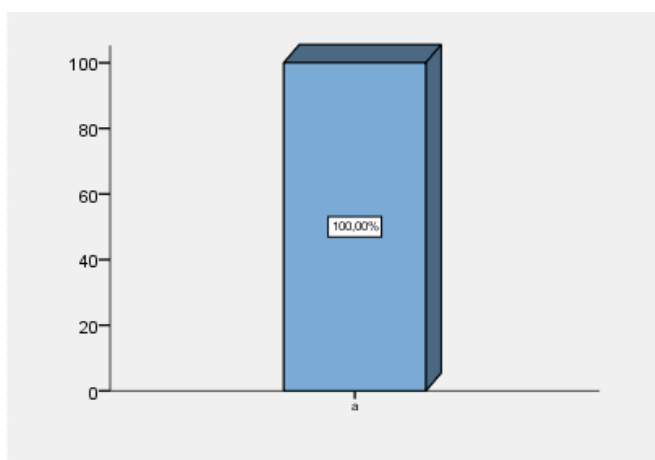
## INTERPRETACION –

**En el presente cuadro respecto al agarre del pecho;** se observó que de las 80 puérperas inmediatas encuestadas, la mayoría del grupo que recibió educación prenatal (72,5%) considero que para una buena lactancia la manera correcta de ofrecer el pecho al bebe es cogiendo el pecho con la mano en forma de C, mientras que el 27,5% opto por colocar los dedos en forma de tijera. Respecto al grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal el 52,5% considero agarrar el pecho colocando la mano en forma de C, para una buena lactancia, mientras que el 47,5% considero que colocar los dedos en forma de tijera es la mejor manera de agarrar el pecho materno.

**TABLA N° 15 –**

### **14. Durante la lactancia usted debe:**

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
a. Acariciar al bebé y mirarlo cara a cara	40	100.0	40	100.0



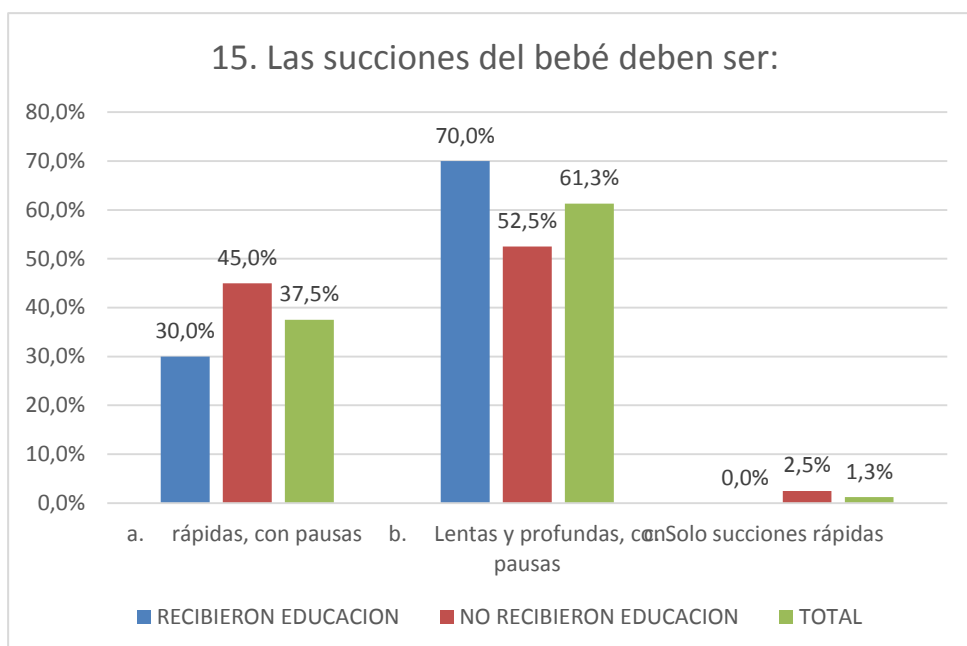
## INTERPRETACION –

En el presente cuadro respecto al vínculo afectivo durante la Lactancia Materna, se observó que del total de puérperas inmediatas encuestadas, el 100% de cada grupo de madres que recibieron educación prenatal como aquellas que no, coincidieron que durante la lactancia deben acariciar al bebé y mirarlo cara a cara.

**TABLA N° 16 –**

### 15. Las succiones del bebé deben ser:

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
a. rápidas, con pausas	12	30.0%	18	45.0%	30	37.5%
b. Lentas y profundas, con pausas	28	70.0%	21	52.5%	49	61.3%
c. Solo succiones rápidas	0	0.0%	1	2.5%	1	1.3%
Total	40	100.0%	40	100.0%	80	100.0%



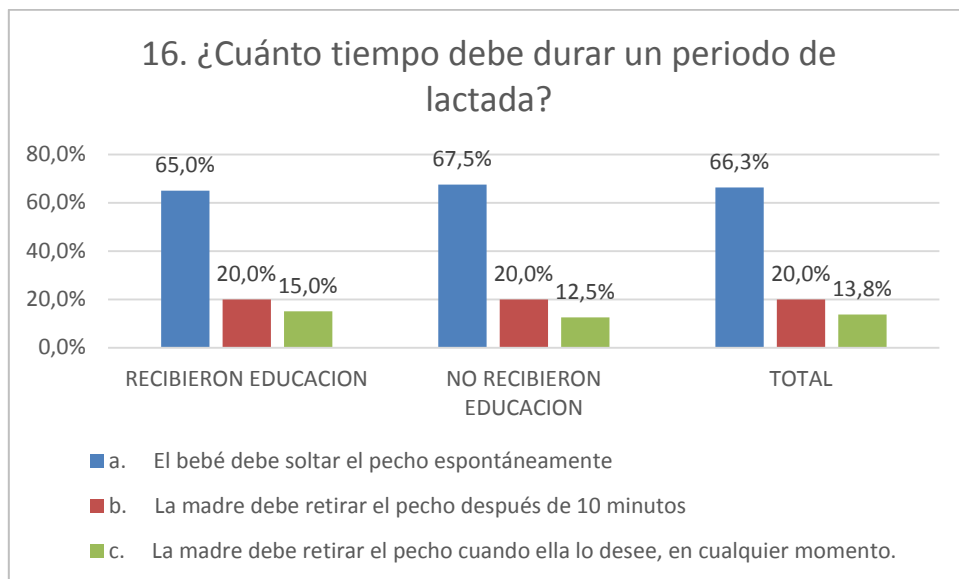
## INTERPRETACION –

En el presente cuadro referente a las succiones del bebé; se observó que de las 80 puérperas inmediatas encuestadas, aquellas que recibieron educación prenatal, en su mayoría (70%) consideraron que las succiones deben ser lentas con pausas, mientras que el 30% del grupo considero que las succiones deben ser rápidas con pausas. Respecto al grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal el 52,5% considero que las succiones deben ser lentas con pausas, mientras que la minoría del grupo (2,5%) solo succiones rápidas.

TABLA N° 17 –

### 16. ¿Cuánto tiempo debe durar un periodo de lactada?

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
a. El bebé debe soltar el pecho espontáneamente	26	65.0%	27	67.5%	53	66.3%
b. La madre debe retirar el pecho después de 10 minutos	8	20.0%	8	20.0%	16	20.0%
c. La madre debe retirar el pecho cuando ella lo desee, en cualquier momento.	6	15.0%	5	12.5%	11	13.8%
Total	40	100.0%	40	100.0%	80	100.0%



### INTERPRETACION –

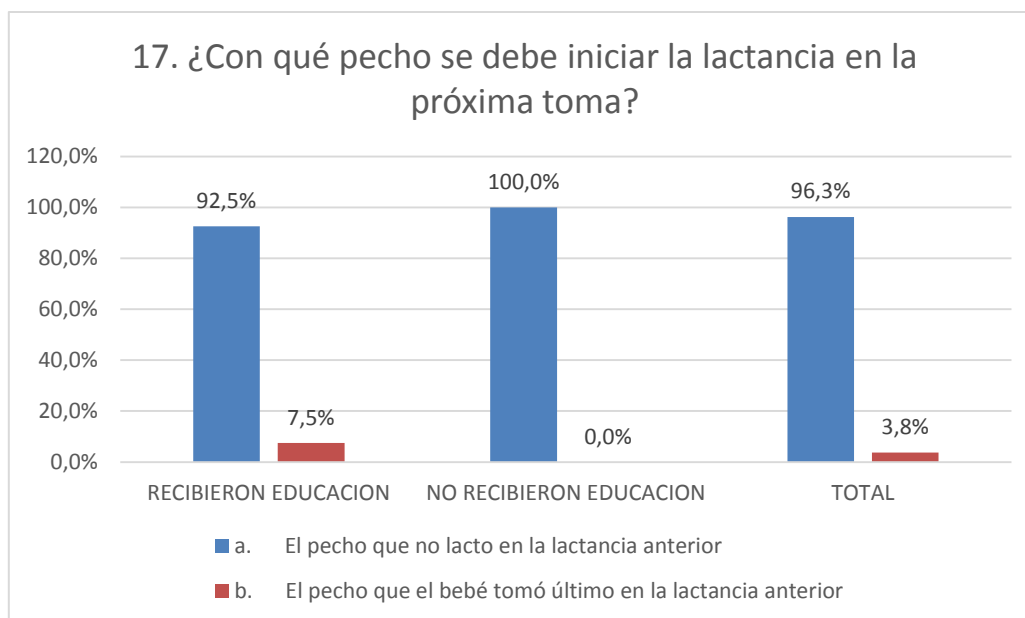
**En el presente cuadro referente al tiempo que debe durar un periodo de lactada;** se observó que de las 80 púerperas inmediatas encuestadas, aquellas que recibieron educación prenatal, en su mayoría (65%) consideraron que el bebe debe soltar el pecho espontáneamente, mientras que el 30% del grupo considero que deben retirar el pecho cuando ellas lo deseen. Similar respuesta se obtuvo del grupo de púerperas que no recibieron educación prenatal, el 67,5% considero que el bebé debe soltar el pecho espontáneamente , mientras que la minoría del grupo (12,5%) considero que la madre debe retirar el pecho cuando esta lo desee, como mejor opción..

### TABLA N° 18 –

#### 17.¿Con qué pecho se debe iniciar la lactancia en la próxima toma?

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
a. El pecho que no lacto en la lactancia anterior	37	92.5%	40	100.0%	77	96.3%

b. El pecho que el bebé tomó último en la lactancia anterior	3	7.5%	0	0.0%	3	3.8%
Total	40	100.0%	40	100.0%	80	100.0%



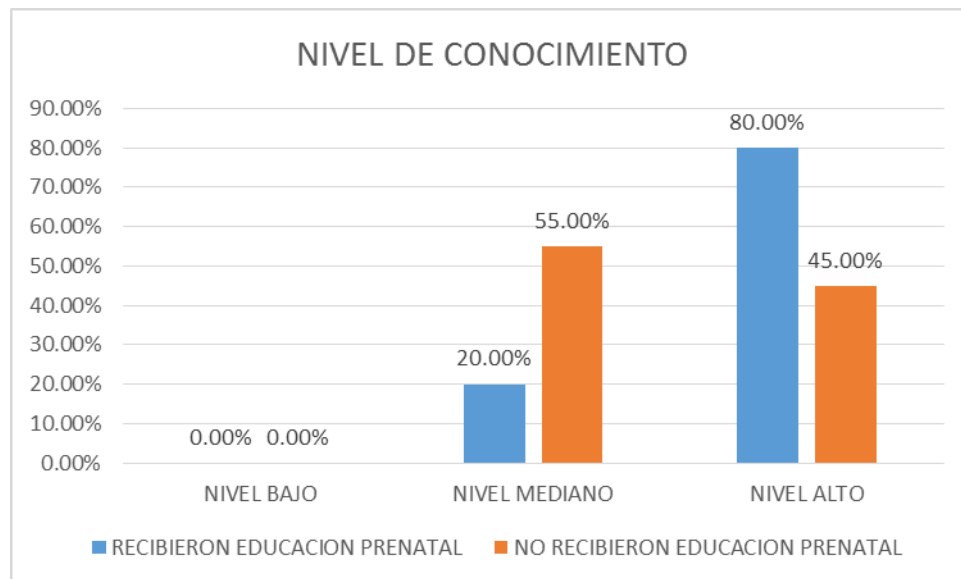
### INTERPRETACION –

**En el presente cuadro, respecto a la pregunta ¿Con que pecho se debe iniciar la lactancia en la próxima toma?, se observó que de las 80 puérperas inmediatas encuestadas, aquellas que recibieron educación prenatal, en su mayoría (92,5%) refirieron que el bebé debe iniciar nuevamente la lactancia con el pecho que no lacto en la anterior toma, mientras en el grupo que no recibieron educación prenatal, el total de madres refirieron esta situación, respondiendo positivamente en un 100%, Así, solo el 7,5% la minoría de las puérperas que recibieron educación prenatal consideraron que debe iniciarse la próxima toma con el pecho que el bebé tomo último.**

## NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN CUESTIONARIO

TABLA N° 19 – NIVEL DE CONOCIMIENTO

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
NIVEL BAJO	0	0.0%	0	0.0%
NIVEL MEDIANO	8	20.0%	22	55.0%
NIVEL ALTO	32	80.0%	18	45.0%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0%</b>	<b>40</b>	<b>100.0%</b>



### INTERPRETACION –

**Según el nivel de conocimiento** sobre lactancia materna, se observó que del total de 80 púerperas inmediatas encuestadas:

- Las púerperas inmediatas que **RECIBIERON** educación prenatal, que presentaron un nivel de conocimiento ALTO son un 80.0%, mientras que aquellas que presentaron un nivel MEDIANO de conocimiento abarcaron el 20%. Por tanto, según el test de conocimiento, predominó un nivel de conocimiento alto en este grupo.

- Las puérperas inmediatas que **NO RECIBIERON** educación prenatal, que presentaron un nivel de conocimiento ALTO son un 45.0%, mientras que aquellas que presentaron un nivel MEDIANO de conocimiento abarcaron el 55%. %. Por tanto, según el test de conocimiento, predominó un mediano nivel de conocimiento en este grupo.

#### IV. FICHA DE OBSERVACIÓN DEL AMAMANTAMIENTO

TABLA N° 20 –

SIGNOS DE BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO	RECIBIERON EPN		NO RECIBIERON EPN	
	X ± DS (Min-Max)			
tiempo en que el bebé mamó (minutos)	12,2 ± 2,7 (5 - 16 )		10,5 ± 2,7 (5 - 17 )	
<b>POSICIÓN DEL CUERPO</b>	Nº	%	Nº	%
Madre relajada y cómoda	32	80,0%	22	55,0%
Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho	37	92,5%	34	85,0%
Cabeza y cuerpo del bebé alineados	29	72,5%	25	62,5%
(Nalgas del bebé apoyadas.)	36	90,0%	34	85,0%
<b>RESPUESTAS</b>				
(El bebé busca el pecho.)	38	95,0%	31	77,5%
El bebé explora el pecho con la lengua	37	92,5%	33	82,5%
Bebé tranquilo y alerta mientras mama	38	95,0%	27	67,5%
El bebé permanece agarrado al pecho	25	62,5%	19	47,5%
Signos de eyección de leche (chorros, entuertos.)	27	67,5%	32	80,0%
<b>VÍNCULO AFECTIVO</b>				
Lo sostiene segura y confiadamente	33	60,0%	24	55,0%
La madre mira al bebé cara a cara	29	72,5%	24	60,0%
Mucho contacto de la madre	24	65,5%	22	62,5%
La madre acaricia el bebé	40	100,0%	38	85,0%
<b>ANATOMÍA</b>				
Pechos blandos después de la mamada	39	97,5%	38	95,0%
Pezones protráctiles	37	92,5%	36	90,0%
Piel de apariencia sana	39	97,5%	39	97,5%
Pechos redondeados mientras el bebé mama	22	55,0%	13	32,5%
<b>SUCCIÓN</b>				
Más areola sobre la boca del bebé	36	90,0%	33	82,5%
Boca bien abierta	34	85,0%	25	62,5%
Labios inferior y superior evertidos	30	75,0%	23	57,5%



El mentón del bebé toca el pecho	29	72,5%	26	65,0%	
Mejillas redondeadas	37	92,5%	34	85,0%	
Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas	27	67,5%	35	80,0%	
Se puede ver u oír al bebé deglutiendo	21	52,5%	24	60,0%	
<b>TIEMPO</b>					
El bebé suelta el pecho espontáneamente	20	50,0%	25	62,5%	
<b>TOTAL</b>		<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: ficha del mismo nombre de la “Guía de Capacitación en manejo de lactancia” de H.C. Armstrong, Nueva York, IBFAN y UNICEF, 1992

## INTERPRETACION –

En el presente cuadro, respecto a la evaluación de la técnica de amamantamiento en las 80 puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal, se observó que en los signos de buen funcionamiento se encontró que:

En las puérperas que recibieron educación prenatal, el tiempo promedio que el bebé lacto fue  $12,2 \pm 2,7$  minutos, donde oscilan entre 5 a 16 minutos, mientras en el grupo que no recibió el tiempo promedio que el bebé lacto fue de  $10,5 \pm 2,7$  minutos, donde oscilan entre 5 a 17 minutos.

**Respecto a la posición del cuerpo:** se identificó que en las puérperas que recibieron educación prenatal, el cuerpo de bebe cerca de frente al pecho (92,5%), la cabeza y cuerpo del bebé alineados (72,5%) fueron el de mayor y menor frecuencia, respectivamente; en comparación, a las puérperas que no recibieron educación prenatal, donde el cuerpo del bebé cerca de frente al pecho(85%) y nalgas del bebe bien apoyadas(85%) fueron los más frecuentes.

**En cuanto a las Respuestas:** en las puérperas que recibieron educación prenatal, se observó que el bebé busca el pecho(95%) y el bebé tranquilo y alerta mientras mama(95%) fueron los más frecuentes, mientras que cuando el bebé permanece agarrado al pecho(62,5%) fue el menos frecuente. A diferencia de las puérperas que no recibieron educación prenatal, donde, el bebé explora el pecho con la lengua(82,5%) fue el más frecuente y el bebé permanece agarrado al pecho(47,5%) fue el menos frecuente.

**Con relación al vínculo afectivo:** en las puérperas que recibieron educación prenatal, se observó que la madre acaricia al bebé ( 100%) y lo sostiene segura y

confiadamente (60%) fueron el de mayor y menor frecuencia, respectivamente. Asimismo, el grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal, optaron por las mismas respuestas que el primer grupo en un 85% y 55%, respectivamente.

**En la anatomía:** en las puérperas que recibieron educación prenatal, se observó que los pechos blandos después de la mamada(97,5%) y la piel de apariencia sana(97,5%) fueron los más frecuentes, mientras que los pechos redondeados cuando el bebé mama(55%) fue el menos frecuente. De igual manera, en el grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal, la piel de apariencia sana( 97,5%) fue el más frecuente y los pechos redondeados mientras el bebé mama(32,5%) el menos frecuente.

**Con relación a la succión:** entre las puérperas que recibieron educación prenatal, se observó que las mejillas redondeadas (92,5%) fue el más frecuente y se puede ver u oír al bebe deglutiendo (52,5%) fue el menos frecuente, en comparación al grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal, donde las mejillas redondeadas (85%) fue el más frecuente, mientras que el labio inferior y superior evertidos (57,5%) fue el de menor frecuencia.

**Con respecto al tiempo en el que el bebé suelta el pecho espontáneamente,** en las puérperas que recibieron educación prenatal se presentó en el 50% de casos, en comparación a las que no recibieron educación prenatal donde en el 62,5% el bebé suelta el pecho espontáneamente.

**TABLA N° 21 –**

SIGNOS DE MAL FUNCIONAMIENTO DE TECNICA DE AMAMANTAMIENTO	RECIBIERON EPN		NO RECIBIERON EPN	
	Nº	%	Nº	%
<b>POSICIÓN DEL CUERPO</b>				
Hombros tensos, se inclina sobre el bebé	8	20,0%	18	45,0%
Cuerpo del bebé separado de la madre	3	7,5%	6	15,0%
Cuello del bebé torcido	11	27,5%	15	37,5%
(Sólo apoyados la cabeza o los hombros.)	4	10,0%	6	15,0%
<b>RESPUESTAS</b>				
(No se observa búsqueda.)	2	5,0%	9	22,5%
El bebé no se muestra interesado en el pecho.	3	7,5%	7	17,5%

Bebé inquieto o llorando	2	5,0%	13	32,5%	
El bebé se suelta del pecho	15	37,5%	21	52,5%	
No hay signos de eyección de leche	13	32,5%	8	20,0%	
<b>VÍNCULO AFECTIVO</b>					
Lo sostiene nerviosamente y con torpeza	16	40,0%	18	45,0%	
La madre no mira al bebé a los ojos	11	27,5%	16	40,0%	
Lo toca poco, no hay casi contacto físico	14	35,0%	15	37,5%	
La madre lo sacude	0	0,0%	6	15,0%	
<b>ANATOMÍA</b>					
Pechos ingurgitados (pletóricos)	1	2,5%	2	5,0%	
Pezones planos o invertidos	3	7,5%	4	10,0%	
Piel roja o con fisuras	1	2,5%	1	2,5%	
Pechos estirados	18	45,0%	27	67,5%	
<b>SUCCIÓN</b>					
Más areola por debajo de la boca del bebé	4	10,0%	7	17,5%	
Boca no está bien abierta	6	15,0%	15	37,5%	
Labio inferior invertido	10	25,0%	17	42,5%	
El mentón del bebé no toca el pecho	11	27,5%	14	35,0%	
Mejillas tensas o chupadas hacia adentro	3	7,5%	6	15,0%	
Sólo mamadas rápidas	13	32,5%	8	20,0%	
Se oye al bebé chasqueando	19	47,5%	16	40,0%	
<b>TIEMPO</b>					
La madre retira al bebé del pecho	20	50,0%	15	37,5%	
<b>TOTAL</b>		<b>40</b>	<b>100%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: ficha del mismo nombre de la "Guía de Capacitación en manejo de lactancia" de H.C. Armstrong, Nueva York, IBFAN y UNICEF, 1992

## INTERPRETACION –

En el presente cuadro, respecto a la evaluación de la técnica de amamantamiento en las 80 púerperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal, se observó que en los signos de mal funcionamiento se encontró que:

**Respecto a la posición del cuerpo:** se identificó que en las púerperas que recibieron educación prenatal, el cuello del bebé torcido (27,5%), y el cuerpo del bebe separado de la madre (7,5%) fueron el de mayor y menor frecuencia, respectivamente; en comparación, a las púerperas que no recibieron educación prenatal, donde los hombros tensos, se inclinan sobre el bebé(45%) fue el de mayor frecuencia y el cuerpo de bebé separado de la madre(15%) y solo apoyados la cabeza o los hombros(15%) fueron los menos frecuentes.

**En cuanto a las Respuestas:** en las puérperas que recibieron educación prenatal, se observó que el bebé se suelta del pecho(37%) fue el más frecuente, mientras que el bebé inquieto o llorando(5,0%) y no se observa búsqueda (5,0%) fueron los menos frecuentes. A diferencia de las puérperas que no recibieron educación prenatal, donde, el bebé suelta el pecho(52,5%) fue el más frecuente y el bebé no se muestra interesado en el pecho(17,5%) fue el menos frecuente.

**Con relación al vínculo afectivo:** en las puérperas que recibieron educación prenatal, se observó que la madre sostiene al bebe nerviosamente y con torpeza(40%) fue el de mayor frecuencia. Asimismo, en el grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal, sostiene al bebe nerviosamente y con torpeza(45,0%) fue el más frecuente y la madre lo sacude(15,0%) el menos frecuente.

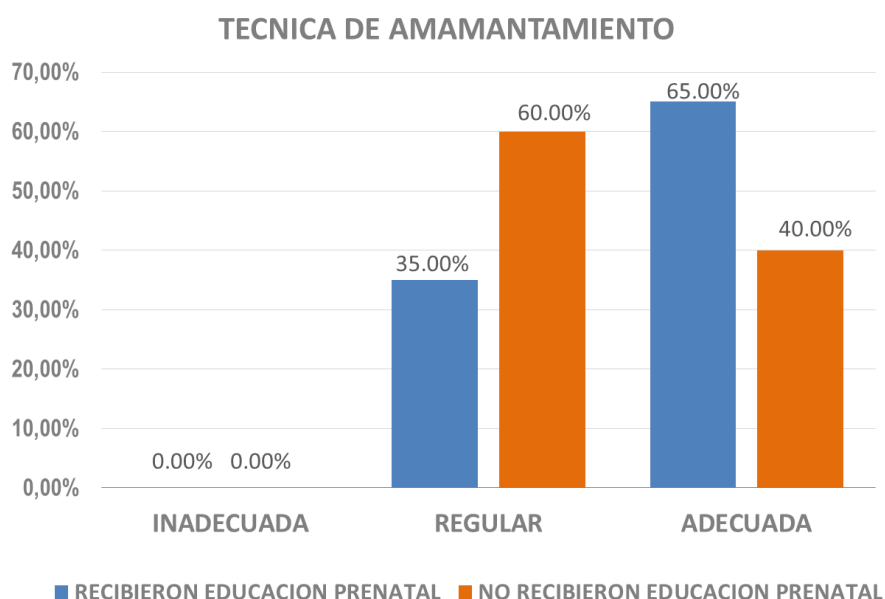
**En la anatomía:** en las puérperas que recibieron educación prenatal, se observó que los pechos estirados (45,0%) fue el más frecuente, mientras que los pechos ingurgitados(2,5%) y la piel roja o con fisuras fueron los menos frecuentes. A diferencia del grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal, los pechos estirados (67,5%) fue el más frecuente y la piel roja o con fisuras(2,5%) el menos frecuente.

**Con relación a la succión:** entre las puérperas que recibieron educación prenatal, se observó que se oye al bebe chasqueando(47,5%) fue el más frecuente y las mejillas tensas o chupadas hacia adentro (7,5%) fue el menos frecuente, en comparación al grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal, donde el labio inferior invertido (42,5%) fue el más frecuente, mientras que las mejillas tensas o chupadas hacia adentro (15,0%) fue el de menor frecuencia.

**Con respecto al tiempo en el que el bebé suelta el pecho espontáneamente,** en las puérperas que recibieron educación prenatal se presentó en el 50% de casos, en comparación a las que no recibieron educación prenatal donde en el 37,5% el bebé suelta el pecho espontáneamente.

**TABLA N° 24 – TECNICA DE AMAMANTAMIENTO**

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
TECNICA INADECUADA	0	0.0%	0	0.0%
TECNICA REGULAR	14	35.0%	24	60.0%
TECNICA ADECUADA	26	65.0%	16	40.0%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0%</b>	<b>40</b>	<b>100.0%</b>



**INTERPRETACION –**

**Según las técnicas de amamantamiento** sobre lactancia materna, se observó que del total de 80 puérperas inmediatas, encontramos que:

- Las puérperas inmediatas que **RECIBIERON** educación prenatal, que presentaron una técnica **ADECUADA** de amamantamiento son un 65%, mientras que aquellas que presentaron una técnica **REGULAR** de amamantamiento abarcaron el 35%. Por tanto, según la ficha de observación del amamantamiento, predominó una técnica adecuada en este grupo.

- Las puérperas inmediatas que **NO RECIBIERON** educación prenatal, que presentaron una técnica ADECUADA de amamantamiento son un 40%, mientras que aquellas que presentaron una técnica REGULAR de amamantamiento abarcaron el 60%. Por tanto, según la ficha de observación, predominó una técnica regular en este grupo.

### 3.2 CONTRASTACION DE HIPOTESIS

En el presente rubro se pone de manifiesto la relación existente entre las variables en estudio. Se presenta cada una de las hipótesis puestas a prueba, contrastándolas con el fin de facilitar la interpretación de los datos.

#### 3.2.1 PRUEBA DE HIPOTESIS SECUNDARIAS

##### PRIMERA HIPOTESIS SECUNDARIA

- **H<sub>1</sub>**: Las puérperas inmediatas que recibieron educación Prenatal tienen un alto nivel de conocimiento y las que no recibieron tienen un bajo o mediano nivel de conocimiento.
- **H<sub>0</sub>**: No existen diferencias entre ambos grupos

Para probar esta hipótesis en primer lugar se buscó la asociación entre las puérperas que recibieron y no recibieron educación prenatal con el nivel de conocimiento en lactancia materna.

Para la presente investigación se considera lo siguiente:  $\alpha = 0.05$  (nivel de riesgo o significancia), con un nivel de confianza del 95%.

	ALFA	
CON P-valor (Sig. Asint.)	< <b>0.05</b>	H1 VERDADERO
CON P-valor (Sig. Asint.)	> <b>0.05</b>	H0 VERDADERO

Así, se utilizó la prueba estadística del Chi-cuadrado de Pearson

### Prueba de Chi-Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	10,453 <sup>a</sup>	1	,001		
Corrección de continuidad	9,013	1	,003		
Razón de verosimilitud	10,767	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,002	,001
Asociación lineal por lineal	10,323	1	,001		
N de casos válidos	80				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 15,00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Tabla 19. Nivel de conocimiento**

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		Valor P<0.05
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
NIVEL BAJO	0	0.0%	0	0.0%	0,001
NIVEL MEDIANO	8	20.0%	22	55.0%	
NIVEL ALTO	32	80.0%	18	45.0%	
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0%</b>	<b>40</b>	<b>100.0%</b>	

De acuerdo al procesamiento de la tabla 19 y habiendo aplicado la prueba estadística Chi- Cuadrado, se obtuvo un p- valor de 0,001, Llegando así, a lo siguiente:

Como el valor de significancia estadística es menor que 0,05, donde el P obtenido es igual a 0,001, se infiere que existe asociación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la educación prenatal. Por tanto, la comparación de los 2 grupos (puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal) nos dice, que la educación prenatal favorece un alto nivel de conocimiento sobre lactancia materna y el no haber recibido educación prenatal favorece un nivel de conocimiento regular. En consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se acepta la

hipótesis alterna; afirmándose que las puérperas inmediatas que recibieron educación Prenatal tienen un alto nivel de conocimiento y las que no recibieron tienen un mediano nivel de conocimiento. Es decir, si existen diferencias entre ambos grupos.

## SEGUNDA HIPOTESIS SECUNDARIA

- **H<sub>1</sub>**: Las puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal tienen una adecuada técnica de amamantamiento y las que no recibieron tienen una regular o inadecuada técnica.
- **H<sub>0</sub>**: No existen diferencias entre ambos grupos

Para probar esta hipótesis en primer lugar se buscó la asociación entre las puérperas que recibieron y no recibieron educación prenatal con el nivel de conocimiento en lactancia materna.

Para la presente investigación se considera lo siguiente:  $\alpha = 0.05$  (nivel de riesgo o significancia), con un nivel de confianza del 95%.

	ALFA	
CON P-valor (Sig. Asint.)	< <b>0.05</b>	H1 VERDADERO
CON P-valor (Sig. Asint.)	> <b>0.05</b>	H0 VERDADERO

Así, se utilizó la prueba estadística del Chi-cuadrado de Pearson

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	8,352 <sup>a</sup>	1	,004		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	6,903	1	,009		
Razón de verosimilitud	8,777	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				,008	,004
N de casos válidos	80				



- a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,50.  
 b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

**Tabla n° 24 – técnica de amamantamiento**

	RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL		Valor P<0.05
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
TECNICA INADECUADA	0	0.0%	0	0.0%	0,004
TECNICA REGULAR	14	35.0%	24	60.0%	
TECNICA ADECUADA	26	65.0%	16	40.0%	
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0%</b>	<b>40</b>	<b>100.0%</b>	

De acuerdo al procesamiento de la tabla 24 y habiendo aplicado la prueba estadística Chi- Cuadrado, se obtuvo un p- valor de 0,004, Llegando así, a lo siguiente:

Como el valor de significancia estadística es menor que 0,05, donde el P obtenido es igual a 0,004, se infiere que existe asociación entre la técnica de amamantamiento y la educación prenatal. Por tanto, la comparación de los 2 grupos (puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal) nos dice, que la educación prenatal favorece una adecuada técnica de amamantamiento y el no haber recibido educación prenatal favorece una técnica regular. En consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; afirmándose que las puérperas inmediatas que recibieron educación Prenatal tienen una adecuada técnica de amamantamiento y las que no recibieron tienen una regular técnica. Es decir, si existen diferencias entre ambos grupos.

### 3.2.1 PRUEBA DE HIPOTESIS GENERAL

- **H<sub>1</sub>**: Existen diferencias significativas en cuanto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la aplicación de la técnica de amamantamiento

en puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal en comparación con aquellas puérperas que no recibieron.

- **H<sub>0</sub>:** No Existen diferencias significativas en cuanto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la aplicación de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal en comparación con aquellas puérperas que no recibieron.

De acuerdo con el procesamiento de las tablas 19 y 24 y habiendo aplicado la prueba estadística Chi-Cuadrado en cada una de ellas, se obtuvieron P- valores de 0,001 y 0,004 respectivamente, llegando, así a lo siguiente:

Al existir dos P-valores ( $P= 0,001$  y  $P=0,004$ ) menores a 0,005 (nivel de riesgo o significancia) se infiere que si existen diferencias significativas en cuanto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la aplicación de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal en comparación con aquellas puérperas que no recibieron. En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis general. Por tanto, la educación prenatal si fue relevante al aumentar los niveles de conocimiento sobre lactancia materna y los niveles de técnica de amamantamiento.

## DISCUSION

La Lactancia Materna es la nutrición perfecta y proporciona todo lo que el bebé necesita para crecer y desarrollarse. Es la forma más adecuada y natural de otorgar aporte nutricional, inmunológico y emocional al bebé, ya que le aporta todos los nutrientes y anticuerpos que lo mantendrán sano, sin olvidar que le permitirá crear un fuerte lazo afectivo con la madre. Aun así, a menudo las madres al considerarla un acto innato no le dan la importancia necesaria a los conocimientos previos para llevar una lactancia materna exitosa dejando de lado la educación prenatal donde se le dedica tiempo a la lactancia materna.

Por este motivo se plantea el presente estudio con el objetivo de determinar las diferencias en el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la práctica de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal.

En el presente estudio se encontró que la edad promedio del grupo que recibieron educación prenatal fue de 25,1 años, donde las edades oscilan entre 17 y 42 años. La mayoría de puérperas tenían entre 25 años a más(50%), en cuanto al grado de instrucción, secundaria completa (40%), en cuanto al estado civil se encontró que la mayoría eran convivientes(82,5%), respecto a su ocupación y paridad, la mayoría manifestaron ser amas de casa(80%) y ser primíparas (57,5%). En cuanto al grupo que no recibió educación prenatal, la edad promedio del grupo fue de 26 años a más, donde las edades oscilan entre 16 a 39 años, el 62,5% tenían entre 25 años a más, el 37,5% tenían de nivel educativo secundaria completa e incompleta, el 75% son convivientes, el 77,5% son amas de casa y el 62,5% tienen de 2 a más hijos.

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Geronimo-Carrillo R, Magaña Castillo M, Zetina Hernandez E, Herrera Castillo Y, Contreras Palomeque J; donde refieren que la edad promedio de las mujeres en periodo post parto fue de 23

años, el grado de instrucción en la mayoría de los casos fue secundaria (38%), asimismo el 59% fueron convivientes, con actividad en su mayoría de labores del hogar en un 86%. Resultados similares también fueron encontrados en un estudio realizado por Chirinos R, al determinar la técnica de amamantamiento en puérperas primíparas y su relación con la consejería en lactancia materna, debido a que la edad materna promedio fue de 25 años, donde las edades oscilan entre 19 a 40 años, la mayoría eran convivientes (57%), priorizando secundaria (65,8%) como nivel de instrucción. Si bien, el determinar los factores sociodemográficos no formo parte de los objetivos del presente estudio, es importante su descripción, debido a que en menor o en mayor medida puede influenciar en la futura madre una particular actitud hacia la educación prenatal en lactancia lo que sería relevante en el nivel de conocimiento y la técnica de amamantamiento que determinada puérpera posee.

Uno de los objetivos específicos del presente estudio de investigación, fue identificar el nivel de conocimiento que tienen las puérperas sobre lactancia materna. Respecto a los conocimientos que tiene la madre sobre lactancia materna se pudo evidenciar que en las madres que recibieron educación prenatal predomina un nivel de conocimiento alto en este grupo con un 80%, mientras que del 100% del grupo de madres que no recibieron educación prenatal, con un 55% predomina un nivel mediano de conocimientos.

Estos resultados se aproximan al estudio realizado por Márquez Leyva F, Vargas Castañeda N, Chunga Medina J, García Casos V; donde al determinar la efectividad de un programa educativo y el nivel de conocimiento en lactancia materna exclusiva refiere que antes de la participación de las madres en un programa educativo predominó en ellas un nivel de conocimiento medio sobre lactancia materna después de su participación en dicho programa el 100 por ciento incremento sus conocimientos a un nivel alto. Así mismo, en el estudio de Geronimo-Carrillo R, Magaña Castillo M, Zetina Hernandez E, Herrera Castillo Y, Contreras Palomeque J; concluyen que las puérperas en periodo post parto tienen

un nivel de conocimiento regular (67%), seguidas de un nivel de conocimiento alto(24%).

De igual manera, Vasquez Zeas NM, en su estudio conocimientos y prácticas sobre lactancia materna y factores asociados en mujeres en periodo de lactancia encuentra que el mayor porcentaje tiene un rango de conocimientos regulares. Así, como Palacios Carranza E (2012), cuyos resultados en su estudio indican que en su mayoría, el nivel de conocimiento de las madres primíparas sobre la lactancia materna exclusiva es regular (45,3 %). Cabe destacar, que, uno de los aspectos para medir el nivel de conocimiento estuvo relacionado a los beneficios de la lactancia materna. Según La OMS, la lactancia materna reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Así, en este estudio el aspecto que menos conocen las puérperas inmediatas estuvo relacionado a los beneficios que esta brinda. Este resultado se puede comparar con lo hallado por Coronado López N (2015), quien reporto que su población encuestada también desconocía sobre los beneficios. Por tal, la madre al tener un escaso conocimiento en relación a los beneficios, puede repercutir a la pérdida progresiva de la práctica de amamantamiento y que el bebé no aproveche adecuadamente la leche materna, generándose así un contexto social de riesgo para los recién nacidos.

En cuanto a las técnicas de amamantamiento, el 65% de las puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal tuvieron una técnica adecuada, seguidas del 35% que tuvieron una técnica regular. En comparación, estos hallazgos difieren de los resultados encontrados en el estudio realizado por Chirinos Rojas IL. (2015), estudio donde en la mayoría de casos la técnica de amamantamiento fue considerada regular con un 50%, mientras que el 28,3% fue considerada adecuada y el 21,7% de los casos fue inadecuada.

Otro estudio con parecida relación a lo hallado fue el realizado por Moraes M, Da Silva L, Faliu B, Sosa C (2011); en la mayoría de casos la técnica de

amamantamiento de las puérperas fue considerada buena con un 71%, seguida del 20% con una técnica adecuada y el 9% con una mala técnica.

De igual manera estos 2 estudios son comparables con los resultados encontrados en el grupo de puérperas que no recibieron educación prenatal, donde la técnica de amamantamiento en la mayoría de casos fue considerada regular (60%), mientras que el 40% fue catalogada como adecuada; así, el estudio realizado por Chirinos R, demuestra resultados similares, mientras que el propuesto por Moraes M, Da Silva L, Faliu B, Sosa C (2011); se diferencia de este grupo. Otro estudio que se diferencia a lo hallado, fue el propuesto por Sacravilca C. (2014), en la mayoría de casos la técnica de amamantamiento fue considerada baja( 97%) y el 3% de los casos alta.

Estos resultados demuestran que la educación prenatal en mayor o en menor medida puede influir en la lactancia materna. Así, Araya Z y Brenes G( 2012), en su estudio titulado “Educación Prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna” donde recopilaron una serie de 12 artículos, concluyen que la formación de las madres resulta eficaz para incrementar las tasas de inicio, duración y exclusividad de esta. A una conclusión similar llegaron Martínez Galiano JM Y Delgado Rodríguez M (2011), quienes en su estudio afirmaron que la educación maternal favorece el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Por tal, respecto al nivel de conocimiento en este estudio, se encontró que se asoció significativamente a la educación prenatal, con un nivel de significancia de  $p= 0,001$ , donde el valor es  $p < 0,05$ . Así, las puérperas que recibieron educación prenatal tuvieron con más frecuencia un alto nivel de conocimiento en comparación a las puérperas que no recibieron educación prenatal ( 80% vs 45%).

Del mismo modo, en la técnica de amamantamiento se encontró que se asoció significativamente a la educación prenatal, con un nivel de significancia de  $p= 0,004$ , donde el valor de  $p < 0,05$ . Así, las puérperas que recibieron educación

prenatal tuvieron una adecuada técnica de amamantamiento en comparación a las puérperas que no recibieron educación respecto al tema ( 65% vs 40%).

Este resultado se asemeja a lo encontrado por Chirinos R, donde su estudio se asoció a la consejería en lactancia materna ( $p < 0,001$ ). Por otro lado las puérperas primíparas que recibieron consejería de lactancia materna tuvieron una adecuada técnica de amamantamiento en comparación a las puérperas primíparas que no recibieron consejería (50% vs 6,7%).

## CONCLUSIONES

Luego de realizar el estudio para determinar las diferencias entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y técnicas de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal, atendidas en el hospital María Auxiliadora se llegó a las siguientes conclusiones:

- Las puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal tienen un nivel alto de conocimiento sobre lactancia materna y una técnica adecuada de amamantamiento en comparación a aquellas que no recibieron. Evidenciando, así, asociación significativa entre la educación prenatal y el nivel de conocimiento en lactancia materna (donde p-valor= 0,001) y con la técnica de amamantamiento (donde p-valor= 0,004). En consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, afirmándose que si hay diferencias significativas en el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la aplicación de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal en comparación con aquellas puérperas que no recibieron. Confirmándose, estadísticamente la hipótesis general de la investigación. Por tal motivo, la educación prenatal si fue relevante al aumentar los niveles de conocimiento sobre lactancia materna y los niveles de técnica de amamantamiento.
- En relación al nivel de conocimiento sobre lactancia materna en puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal se concluye que el menor porcentaje presenta un nivel de conocimiento regular y el mayor porcentaje un nivel de conocimiento alto; mientras que las puérperas inmediatas que no recibieron educación prenatal, el menor porcentaje presenta un nivel de conocimiento alto y el mayor porcentaje presenta un nivel de conocimiento regular sobre lactancia materna. En consecuencia se rechaza la hipótesis



nula y se acepta la hipótesis alterna, afirmándose que si existen diferencias entre ambos grupos.

- En relación a la técnica de amamantamiento de las puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal, se concluye que el menor de los casos presentan una técnica regular y la mayoría una técnica adecuada; mientras que, las puérperas inmediatas que no recibieron educación prenatal, la minoría de casos presentan una técnica adecuada y la mayoría una regular técnica de amamantamiento. En consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, afirmándose que si existen diferencias entre ambos grupos.

## RECOMENDACIONES

Una vez terminado el proceso investigativo realizado en el servicio de Gineco - Obstetricia del hospital María Auxiliadora, sugiero las siguientes recomendaciones:

- Se recomienda al hospital María Auxiliadora impulsar programas o intervenciones educativas que favorezcan la lactancia materna, dirigidas a las gestantes a través de la ejecución de la educación en lactancia durante el embarazo, en la atención prenatal, implementando la consejería en la sala de espera o en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, con ayudas visuales como laminas, rotafolios, trípticos, con información sencilla y clara, enfatizando temas relacionados principalmente a los beneficios y técnicas de amamantamiento, información que elevara el conocimiento y práctica de la lactancia materna y reforzar esta información en las primeras horas de puerperio para garantizar una mayor sensibilización.
- Se recomienda que sea el personal obstetra, que al ser el principal profesional capacitado para esta función, así como a las internas de obstetricia de rotación en el servicio de puerperio inmediato brindar consejería sobre lactancia materna y la aplicación correcta de las técnicas de amamantamiento en las primeras horas postparto para seguir impulsando y promoviendo la salud binomio madre-niño.
- Los profesionales de salud encargados de la atención materna, en especial el profesional obstetra debe estar en constante capacitación, para fortalecer conocimientos y habilidades para educar a las madres, promocionar y apoyar la lactancia puesto que su práctica mejorara la salud materna y neonatal.
- Se recomienda evitar la separación entre madre-hijo en las primeras horas postparto, porque al favorecer el contacto precoz inmediato, se fomenta la alimentación al seno materno.

- Realizar periódicamente estudios para conocer cuál es el nivel de conocimientos que presentan las madres en cuanto a lactancia materna, y técnicas de amamantamiento para que así el sistema de salud pueda intervenir, y evitar complicaciones a futuro tanto en la madre y el niño, que permitan contribuir en la mejora de prácticas saludables.
- A los investigadores, realizar estudios similares al presente trabajo de investigación con el fin de comparar los resultados obtenidos y establecer alternativas de solución.

### **FUENTES DE INFORMACION**

1. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. Rev Assoc Med Bras. 2013; 59(3):254–257. (Consultado el 8 de noviembre del 2015). Disponible en:  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423013000493>
2. Silva Sarmiento GE. Leche materna y lactancia, siempre actual. CCAP 2012; 11(3):5-20. (Consultado el 8 de Noviembre del 2015). Disponible en:  
<https://scp.com.co/precop/curso/12263/?volumen=Volumen%2011%20-%202012&modulo=Fasc%C3%ADculo%203&vid=107>
3. Londoño Franco AL, Mejía López MS. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá. 2010; 9 (19): 124-137. (Consultado el 8 de Noviembre del 2015). Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a09.pdf>
4. Willumsen J. Educación sobre lactancia materna para prolongar la duración de esta. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). 2013 [acceso de 15 de Octubre de 2015]. Disponible en:  
[http://www.who.int/elena/titles/bbc/breastfeeding\\_education/es/](http://www.who.int/elena/titles/bbc/breastfeeding_education/es/)

5. Márquez Leyva F, Vargas Castañeda N, Chunga Medina J, García Casos V. Efectividad del programa educativo “amamántame mamita” y nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva-Moche 2013. *Enferm. investig. desarro* 2015; 13(1): 25-44. (Consultado el 8 de Noviembre del 2015). Disponible en:  
<http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf/issue/viewFile/153/190>
6. Academia Americana de Pediatría de los Estados Unidos de América. Sección de Lactancia. Lactancia Materna y Alimentación con Leche Humana. 2012. (Consultado el 8 de Noviembre del 2015). Disponible en:  
[http://www.sids.org.ar/archivos/Lactancia\\_materna\\_alimentacion\\_leche\\_humana.pdf](http://www.sids.org.ar/archivos/Lactancia_materna_alimentacion_leche_humana.pdf)
7. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Apoyo a las madres que amamantan: cercano, continuo y oportuno. 2013. (Consultado el 8 de noviembre del 2015). Disponible en:  
<http://worldbreastfeedingweek.org/2013/pdf/wbw2013-af-paho-spa.pdf>
8. Sánchez-Griñán MI. La Lactancia Materna en el Perú y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche Materna –Reglamento de Alimentación Infantil en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima y Loreto. Lima-Perú: OPS; 2010. (Consultado el 8 de noviembre del 2015). Disponible en:  
<tp://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/049721/049721.pdf>
9. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Lactancia Materna un Derecho Universal. Cuadernos sobre Poblaciones Vulnerables 2013;10;1-20.
10. Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna. 2ª ed. 2010.
11. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna: De la teoría a la práctica [libro electrónico]. España: Editorial Médica Panamericana; 2008 [Consultado: 8 de Noviembre del 2015]. Disponible en:  
<https://books.google.com.pe/books?isbn=8498355885>

12. Araya Cubero Z, Brenes Campos G. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. Rev Enfermería Actual en Costa Rica. 2012; 23:1-14. (Consultado el 8 de noviembre del 2015). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/viewFile/2967/2868>.
13. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre Lactancia Materna. 2012. (Consultado el 8 de Noviembre del 2015). Disponible en : <http://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>
14. Aguilar Cordero J. Lactancia Materna [libro electrónico]. España: Elsevier; 2005 [Consultado: el 20 de noviembre del 2015]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?isbn=8481747688>
15. Martínez Galiano JM. Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido. Tesis para acceder al Grado de Doctor. Lima, Perú: Universidad de Granada, 2012. 192 pp. (consultado el 20 de Noviembre del 2015). URL disponible en: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/21277709.pdf>
16. Ortiz Villanueva L, García Varela AB. Por qué acuden y cómo influye la educación maternal en un grupo de mujeres. Nure Inv 2013; 10(63): 1-11. (Consultado: el 20 de Noviembre del 2016). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/633/625>
17. Rojas Valenciano L, La educación Prenatal: una Mirada desde la Educación para la Salud. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica 2010; 19: 1-15 (Consultado el: 25 de noviembre del 2015). Disponible en: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/3643/3548>
18. Ortiz Villanueva ML. Por qué acuden y cómo influye la Educación Maternal en un grupo de mujeres. [Tesis para obtener el Grado de Doctor. Alcalá de Henares, España: Universidad de Alcalá]. 2014. 289 pp (Consultado el 25 de Noviembre del 2015). URL Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/22477/Tesis%20M%C2%AA%20Lourdes%20Ortiz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P. Nº 5. Madrid: Comité de Lactancia Materna; 2004. (Consultado el: 26 de Noviembre del 2015). URL disponible en:  
[https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/lactancia/CNLM\\_guia\\_de\\_lactancia\\_materna\\_AEP.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf)
20. González Fernández CT, Fernández Medina IM. Lactancia materna: Prevención de Problemas Tempranos en las Mamas mediante una Técnica de Amamantamiento Eficaz. Enferm. Glob. 2013; 12(31): 443-51 (Consultado el: 25 de Noviembre del 2015). Disponible en:  
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/157781/150151>  
[http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PDF/1\\_leche\\_materna.pdf](http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PDF/1_leche_materna.pdf)
21. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. 2011(Consultado el: 25 de Noviembre del 2015). Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>
22. Veramendi Espinoza LE, Zafra Tanaka JH, Ugaz Soto LM, Villa-Santiago NM, Torres-Bravo LA, Pinto-Arica AA et al. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Lactancia Materna en Madres de Niños de Comunidad Rural Peruana y su Asociación con la Diarrea Aguda Infecciosa. . CIMEL 2012; 17(2): 82-88. (Consultado el: 28 de Noviembre del 2015). Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71729116006>
23. Osorno J. Lactancia Materna y Salud Pública. La Salud Pública. Perspectivas 2012; 27: 1-22.(Consultado el: 28 de Noviembre del 2015). URL disponible en:  
<http://acofaen.org.co/wp-content/uploads/2012/03/Lactancia-Materna.pdf>
24. Grupo de Lactancia Materna del Complejo Hospitalario Universitario Granada y Atención primaria. Guía de Lactancia Materna. Granada. 2015. (Consultado el: 28 de Noviembre del 2015). Disponible en:  
[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/guia\\_lactancia.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf)

25. Castillo Belén JR, Rams Veranes A, Castillo Belén A, Rizo Rodríguez R, Cádiz Lahens A. Lactancia materna e inmunidad. Impacto social [artículo en línea] MEDISAN 2009;13(1). [Consultado el: 28 de Noviembre del 2015]. URL disponible en:<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n4/san13109.pdf>
26. Flores Quijano ME. Factores que promueven la Lactancia Materna Exitosa: el papel del Profesional de la Salud. Gaceta Médica de México. 2011;147 Suppl 1:32-8. (Consultado el: 28 de Noviembre del 2015). Disponible en: [http://www.anmm.org.mx/bgmm/2011/SUPL.12011/GMM\\_147\\_2011\\_Supl\\_032-038.pdf](http://www.anmm.org.mx/bgmm/2011/SUPL.12011/GMM_147_2011_Supl_032-038.pdf)
27. Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica. Manual de Psicoprofilaxis Obstetrica. 3ª ed. Lima; 2010.
28. Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna. Resolución Ministerial N° 462-2015. Lima: Ministerio de Salud; 2015. (Consultado: el 28 De Noviembre del 2015). Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/RM\\_462-2015\\_MINSA\\_PARTE\\_I.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/RM_462-2015_MINSA_PARTE_I.pdf)
29. Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna. Resolución Ministerial N° 462-2015. Lima: Ministerio de Salud;2015. (Consultado: el 28 De Noviembre del 2015). Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/RM\\_462-2015-MINSA\\_PARTE\\_II.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/RM_462-2015-MINSA_PARTE_II.pdf)
30. La Educación Sanitaria. Asignatura: Salud, Autonomía y Bienestar Social 2012; 1-28.(Consultado: el 28 de Noviembre del 2015). Disponible en: [https://alojamientos.uva.es/guia\\_docente/uploads/2012/477/46133/1/Documento6.pdf](https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2012/477/46133/1/Documento6.pdf)
31. Organización Mundial de la Salud. Lactancia Materna Exclusiva. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). [acceso 28 de noviembre de 2015].. Disponible en: [http://www.who.int/elena/titles/exclusive\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/)
32. Vásquez Delgado RP. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2009.



Tesis para obtener el grado de doctor. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2009.

33. Chirinos Rojas IL. Técnica de amamantamiento en puérperas Primíparas y su relación con la consejería en Lactancia materna recibida en el servicio de Psicoprofilaxis obstétrica en el instituto Nacional materno perinatal marzo 2015. Tesis para obtener el grado de Bachiller. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015. 44 pp. (Consultado el 12 de Noviembre del 2015). Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4229/1/Chirinos\\_ri.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4229/1/Chirinos_ri.pdf)
34. Geronimo Carrillo R, Magaña Castillo M, Zetina Hernandez E, Herrera Castillo Y, Contreras Palomeque J. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. Salud en Tabasco 2014;20(1):14-20. (Consultado el 8 de Noviembre del 2015). Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48731722003>
35. Moraes M, Da Silva L, Faliu B, Sosa C. Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria. Arch Pediatr Urug 2011; 82(1): 10-17. (Consultado el 8 de Noviembre del 2015). Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v82n1/v82n1a03.pdf>
36. Sacravilca Casanova AS. Práctica de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas del hospital San Juan de Lurigancho. Tesis para obtener el grado de Bachiller. Lima, Perú: Universidad Alas Peruanas, 2014.92pp.
37. Malpartida Ureta LC. Conocimiento de las madres de recién nacidos sobre lactancia materna en alojamiento conjunto en el hospital Alberto Sabogal Essalud Callao – Perú 2014. Tesis para obtener el Título de Especialista en Enfermería en Neonatología. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014. 46 pp. (Consultado el 8 de Noviembre del 2015). Disponible en:  
[http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4981/1/Malpartida\\_Ureta\\_Lizeth\\_Cristina\\_2015.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4981/1/Malpartida_Ureta_Lizeth_Cristina_2015.pdf)

38. Palacios Carranza EL. Conocimiento y prácticas de Lactancia Materna Exclusiva en madres primíparas que acudieron al centro de salud Coishco Ancash, 2012. Tesis para obtener el grado de Magister. Ancash, Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2012. 65 pp. (Consultado el 8 de Noviembre del 2015). Disponible en: [http://tesis.uladech.edu.pe/handle/ULADECH\\_CATOLICA/172?show=full](http://tesis.uladech.edu.pe/handle/ULADECH_CATOLICA/172?show=full)
39. Otaí Lospaus S. Influencia de la Educación Maternal Prenatal en la Lactancia Materna en un Hospital de la Iniciativa para la Humanización de Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Tesis para obtener el grado de Master Universitario. Zaragoza, España: Universidad de Zaragoza, 2011. 37pp. (Consultado el 8 de Noviembre del 2015). Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/8773/files/TAZ-TFM-2012-699.pdf>
40. Vásquez Zeas NM. Conocimientos y prácticas sobre Lactancia Materna y factores asociados en mujeres en periodo de lactancia en el área urbana de Cuenca, 2014. Tesis de postgrado. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca, 2016. 49pp. (Consultado el 8 de Noviembre del 2015). Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23705/1/tesis.pdf>

# ANEXOS

Anexo N° 1:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS QUE RECIBIERON Y NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2016

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACION		METODOLOGIA
			VARIABLE	INDICADOR	
<p><b><u>O. GENERAL</u></b></p> <p>¿Qué diferencias hay en el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la práctica de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal, atendidas en el hospital María Auxiliadora, 2016?</p> <p><b><u>P. ESPECIFICOS</u></b></p> <p>PE1: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal?</p> <p>PE2: ¿Cómo es la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal?</p>	<p><b><u>O. GENERAL</u></b></p> <p>Determinar qué diferencias hay en el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la práctica de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal, atendidas en el hospital María Auxiliadora, 2016?</p> <p><b><u>O.ESPECIFICOS</u></b></p> <p>OE1: Determinar el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal.</p> <p>OE2: Evaluar la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal.</p>	<p><b><u>H.GENERAL:</u></b></p> <p>HG: Existen diferencias significativas en cuanto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la aplicación de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal en comparación con aquellas puérperas que no recibieron.</p> <p>H0: No Existen diferencias significativas en cuanto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna y la aplicación de la técnica de amamantamiento en puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal en comparación con aquellas puérperas que no recibieron.</p> <p><b><u>H.ESPECIFICAS:</u></b></p> <p>Hipótesis Alterna (H<sub>1</sub>): Las puérperas inmediatas que recibieron educación Prenatal tienen un alto nivel de conocimiento y las que no recibieron tienen un bajo o mediano nivel de conocimiento.</p> <p>Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>): No existen diferencias entre ambos grupos</p> <p>Hipótesis Alterna (H<sub>1</sub>): Las puérperas inmediatas que recibieron educación prenatal tienen una adecuada técnica de amamantamiento y las que no recibieron tienen una regular o inadecuada técnica.</p> <p>Hipótesis Nula (H<sub>0</sub>): No existen diferencias entre ambos grupos</p>	<p><b>VARIABLES:</b></p> <p>Educación prenatal</p> <p>Nivel de conocimiento sobre lactancia materna</p> <p>Técnicas de amamantamiento</p>	<p>Asistencia a los cursos de educación prenatal en lactancia materna</p> <p>Psicoprofilaxis obstétrica</p> <p>Estimulación prenatal</p> <p>Consejería en LM</p> <p>Charlas Educativas</p> <p>Concepto de Lactancia Materna</p> <p>Concepto de la Lactancia Materna Exclusiva</p> <p>Inicio de la Lactancia Materna</p> <p>Duración de la Lactancia Materna</p> <p>Duración de la Lactancia Materna Exclusiva</p> <p>Beneficios de la Lactancia Materna</p> <p>Problemas en la Lactancia Materna</p> <p>Frecuencia de la Lactancia</p> <p>Posición del cuerpo de la madre</p> <p>Posición del cuerpo del bebé</p> <p>Colocación de la mano para agarrar el pecho</p> <p>Vínculo afectivo</p> <p>Succión del bebe</p> <p>Tiempo de cada toma</p> <p>Pecho con el que se inicia la próxima toma</p> <p>Posición del cuerpo</p> <p>Respuesta</p> <p>Vínculo afectivo</p> <p>Anatomía</p> <p>Succión tiempo</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACION:</b></p> <p>Observacional</p> <p>Prospectivo</p> <p>Transversal</p> <p>Comparativo</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACION:</b></p> <p>Aplicativo</p> <p><b>METODO:</b></p> <p>Cuantitativo</p> <p><b>POBLACION:</b></p> <p>La población del estudio está conformada por puérperas inmediatas del área de hospitalización del servicio de Puerperio Inmediato del hospital María auxiliadora, entre los meses de Junio y Julio del 2016.</p> <p><b>MUESTRA:</b></p> <p>Muestreo no probabilístico por conveniencia.</p> <p>Se consideró un tamaño de 40 puérperas para el grupo de estudio (que recibieron PPO,EPN, consejería en LM, o Charlas educativas).</p> <p>Se consideró para el grupo comparativo 40 puérperas (que no recibieron PPO,EPN, consejería en LM, o Charlas educativas).</p> <p><b>INSTRUMENTO:</b></p> <p>Cuestionario</p> <p>Ficha de observación del amamantamiento.</p>

Anexo N° 2: Instrumentos de recolección de datos



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**CUESTIONARIO**

Estimada Señora:

El presente instrumento me permitirá obtener información para un **Estudio comparativo sobre lactancia materna en púérperas inmediatas que recibieron y no recibieron educación prenatal, atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2016**. Para lo cual solicito su colaboración a través de la respuesta sincera a las preguntas. Este cuestionario es anónimo. Garantizándole la más completa seguridad que no se divulgarán los datos y solo se utilizarán con fines investigativos. Gracias por su participación en el trabajo.

N°: \_\_\_\_\_

<p><b>I. Datos generales:</b></p> <p><b>Edad:</b> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>Grado de Instrucción:</b></p> <p>a. Primaria incompleta ( )</p> <p>b. Primaria completa ( )</p> <p>c. Secundaria incompleta ( )</p> <p>d. Secundaria completa ( )</p> <p>e. Técnico incompleto ( )</p> <p>f. Técnico completo ( )</p> <p>g. Superior incompleto ( )</p> <p>h. Superior completo ( )</p>	<p><b>Estado civil:</b></p> <p>a. Soltera. ____ b. conviviente. ____ c. Casada. ____</p> <p>d. Divorciada ____</p> <p><b>Ocupación:</b></p> <p>a. Estudiante ____ b. Ama de casa ____ c. Trabaja ____ d. otros ____</p> <p><b>Número de hijos:</b></p> <p>(Coloque en el recuadro el número de hijos q usted tiene) <input type="text"/></p>
---	--

Conteste el cuestionario marcando la respuesta que usted considere correcta con un aspa (X).

**II. Educación Prenatal:**

1. ¿Ha recibido Educación Prenatal respecto a la Lactancia Materna?  
a. Si                                      b. No

2. La información relacionada con lactancia materna que usted posee, la ha obtenido de:

EDUCACIÓN PRENATAL	SI	NO
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA		
ESTIMULACION PRENATAL		
CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA		
CHARLAS EDUCATIVAS		

**Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna:**

3. **La alimentación más completa y adecuada para el niño durante los primeros 6 meses de vida es:**
- a. Lactancia Materna Exclusiva.
  - b. Lactancia Artificial.
  - c. Lactancia Mixta.

4. **¿Qué entiende por lactancia materna exclusiva?**
- a. Es dar únicamente leche materna al bebé; no se le dan otros líquidos ni sólidos por 6 meses.
  - b. Es dar a su bebé leche materna más agüitas por 6 meses
  - c. Es darle a su bebé leche materna más leche artificial(Fórmula) por 6 meses

5. **La Lactancia Materna debe comenzar:**
- a. Inmediatamente al nacer
  - b. A las 4 horas de nacido el bebé
  - c. A las 24 horas de nacido el bebé

6. **¿Hasta qué edad es recomendable dar de lactar a su bebé?**
- a. Hasta los 2 años
  - b. Hasta los 12 meses
  - c. Hasta que ya no tenga más leche

7. **La Lactancia Materna exclusiva se recomienda mantenerla hasta:**
- a. los 6 meses
  - b. los 12 meses
  - c. los 2 años

8. **Mencione 2 beneficios de la Lactancia Materna**

2 Beneficios de la Lactancia Materna para su bebé	2 Beneficios de la Lactancia Materna para usted

9. **¿Qué debería hacer si tuviera dolor o grietas en los pezones?**
- a. Le daría de lactar, buscando un agarre del pecho adecuado
  - b. Usar cremas cicatrizantes para sanar las heridas.
  - c. No le daría de lactar hasta que sanen las heridas.

10. **¿Cada qué tiempo debe de lactar el bebé?**
- a. Cada 2 horas
  - b. Cada 6 horas.
  - c. A libre demanda

11. **A la hora de lactar usted debe estar:**
- a. Relajada, cómoda y adoptar una posición bien sentada o acostada, pero con la espalda bien apoyada
  - b. Sentada pero con hombros tensos inclinados hacia el bebé
  - c. Parada y deambulando de un lado a otro

**12. A la hora de lactar la posición de su bebé debe ser:**

- a. Pegado al seno, coge pezón y gran parte de areola, toca su pecho con el mentón
- b. Pegado al seno, solo coge pezón, brazo alrededor de la cintura de la madre
- c. Pegado al seno, boca entreabierta, no coge pezón ni aureola

**13. Para una buena lactancia, al agarrar el pecho materno usted debe:**

- a. Colocar la mano en forma de C
- b. Colocar los dedos en forma de tijera
- c. No importa la forma.

**14. Durante la lactancia usted debe:**

- a. Acariciar al bebé y mirarlo cara a cara
- b. No tener mucho contacto físico con el bebé
- c. Sostenerlo fuerte, no importa si lo mira a los ojos

**15. Las succiones del bebé deben ser:**

- a. rápidas, con pausas
- b. Lentas y profundas, con pausas
- c. Solo succiones rápidas

**16. ¿Cuánto tiempo debe durar un periodo de lactada?**

- a. El bebé debe soltar el pecho espontáneamente
- b. La madre debe retirar el pecho después de 10 minutos
- c. La madre debe retirar el pecho cuando ella lo desee, en cualquier momento.

**17. ¿Con qué pecho se debe iniciar la lactancia en la próxima toma?**

- a. El pecho que no lacto en la lactancia anterior
- b. El pecho que el bebé tomó último en la lactancia anterior
- c. Se debe continuar la lactancia con formula, en la próxima toma

### III. FICHA DE OBSERVACION PARA EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO:

SIGNOS DE QUE LA LACTANCIA MATERNA FUNCIONA BIEN		SIGNOS DE POSIBLE DIFICULTAD	
<b>POSICIÓN DEL CUERPO</b>		<b>POSICIÓN DEL CUERPO</b>	
	Madre relajada y cómoda.		Hombros tensos, se inclina sobre el bebé.
	Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho.		Cuerpo del bebé separado de la madre.
	Cabeza y cuerpo del bebé alineados.		Cuello del bebé torcido.
	(Nalgas del bebé apoyadas.)		(Sólo apoyados la cabeza o los hombros.)
<b>RESPUESTAS</b>		<b>RESPUESTAS</b>	
	(El bebé busca el pecho.)		(No se observa búsqueda.)
	El bebé explora el pecho con la lengua.		El bebé no se muestra interesado en el pecho.
	Bebé tranquilo y alerta mientras mama.		Bebé inquieto o llorando.
	El bebé permanece agarrado al pecho.		El bebé se suelta del pecho.
	Signos de eyección de leche (chorros, entuertos.)		No hay signos de eyección de leche.
<b>VÍNCULO AFECTIVO</b>		<b>VÍNCULO AFECTIVO</b>	
	Lo sostiene segura y confiadamente.		Lo sostiene nerviosamente y con torpeza.
	La madre mira al bebé cara a cara.		La madre no mira al bebé a los ojos.
	Mucho contacto de la madre.		Lo toca poco, no hay casi contacto físico.
	La madre acaricia al bebé.		La madre lo sacude.
<b>ANATOMÍA</b>		<b>ANATOMÍA</b>	
	Pechos blandos después de la mamada.		Pechos ingurgitados (pletóricos).
	Pezones protráctiles.		Pezones planos o invertidos.
	Piel de apariencia sana.		Piel roja o con fisuras.
	Pechos redondeados mientras el bebé mama.		Pechos estirados.
<b>SUCCIÓN</b>		<b>SUCCIÓN</b>	
	Más areola sobre la boca del bebé.		Más areola por debajo de la boca del bebé.
	Boca bien abierta.		Boca no está bien abierta.
	Labios inferior y superior evertidos.		Labio inferior invertido.
	El mentón del bebé toca el pecho.		El mentón del bebé no toca el pecho.
	Mejillas redondeadas.		Mejillas tensas o chupadas hacia adentro.
	Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas.		Sólo mamadas rápidas.
	Se puede ver u oír al bebé deglutiendo.		Se oye al bebé chasqueando.
<b>TIEMPO</b>		<b>TIEMPO</b>	
	El bebé suelta el pecho espontáneamente.		La madre retira al bebé del pecho.

Fuente: ficha del mismo nombre de la "Guía de Capacitación en manejo de lactancia" de H.C. Armstrong, Nueva York, IBFAN y UNICEF, 1992



### Anexo N° 3: Consentimiento Informado



#### FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento usted ha sido invitada a participar en la investigación titulada: **ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS INMEDIATAS QUE RECIBIERON Y NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2016.** Consiste en evaluar su participación mediante una serie de preguntas para la recolección de datos acorde al tema de investigación; y una ficha de observación del amamantamiento que será llenado y evaluado por: la bachiller en obstetricia Herrera Martinez Natali Aurelia, con el fin de obtener el Título de Licenciada en Obstetricia.

No habrá ningún beneficio directo, sin embargo, gracias a su colaboración, la información que se pueda obtener de este estudio será de beneficio para el Hospital María Auxiliadora, proporcionando valiosa información para posteriores investigaciones.

Para asegurar su confidencialidad no se le pedirá ninguna información personal, como nombres y apellidos, dirección u otra información. Así la información recopilada será almacenada de manera reservada.

Habiendo sido informada del propósito de la misma, mi participación en este estudio es estrictamente voluntaria y anónima, teniendo la confianza plena de que

por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este trabajo; además confiando en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Presto voluntariamente mi conformidad para participar en esta investigación.

En..... el..... de..... de 2016

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

**ESCALA DE CALIFICACION:**

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con un aspa (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

**SUGERENCIAS:**

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA DEL JUEZ DE EXPERTO (A):



Obst. Ingrid Enriqueta Hernández Luk  
A.P. 127 0270

### ESCALA DE CALIFICACION:

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con un aspa (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

### SUGERENCIAS:

Revisación en cuanto a los ítems comprendidos según  
mejor en los que de acuerdo a algún criterio no son apropiados.

FIRMA DEL JUEZ DE EXPERTO (A):

*[Firma]* Copera. Carner Lina Sosa  
DNI 07483745

**ESCALA DE CALIFICACION:**

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

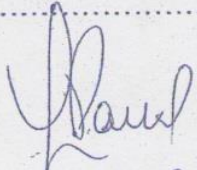
Marque con un aspa (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado.	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

**SUGERENCIAS:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

FIRMA DEL JUEZ DE EXPERTO (A):

  
COP=0253

Pueblo Libre, 03 de Mayo del 2016

OFICIO Nº 2000 – 2016 - EPO – FMHyCS – UAP

Doctor:

**JULIO CESAR MEDINA VERASTEGUI**

Director General del Hospital María Auxiliadora

Presente.-

**ASUNTO: PERMISO PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE TESIS**

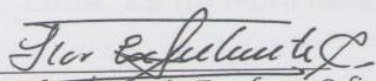
**De mi mayor consideración;**

Reciba el saludo cordial de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, por medio del presente solicito por favor su autorización para que el bachiller **HERRERA MARTINEZ, NATALI AURELIA**; egresado de esta casa superior de estudios, pueda efectuar la aplicación de instrumento del proyecto de tesis en la Institución que usted dirige, con la finalidad de realizar su trabajo de investigación: **"ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUERPERAS INMEDIATAS QUE RECIBIERON Y NO RECIBIERON EDUCACION PRENATAL, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2016"**.

Sin otro en particular me despido de usted, no sin antes agradecerle la atención a la presente y al mismo tiempo expresarle mi respeto y estima personal.

Atentamente,



  
Mg. Flor de María Escalante Celis  
Directora (e)  
Escuela Profesional de Obstetricia

**Adjunto:**

- **Matriz de Consistencia**
- **Instrumento**
- **Juicio de expertos (03)**



PERÚ

Ministerio De  
Salud

Instituto de Gestión de  
Servicios de Salud

Hospital María  
Auxiliadora

DECENIO DE LAS PERSONAS CON  
DISCAPACIDAD EN EL PERU.

"Año de la consolidación del Mar de  
Grau"

### CARTA DE ACEPTACION

Visto lo requerido por la Srta. Bachiller **HERRERA MARTINEZ Natali Aurelia**, esta Jefatura no tiene ningún inconveniente en aceptar lo solicitado por la señorita en mención arriba, a fin de poder realizar el Proyecto de Investigación titulado: **Estudio comparativo sobre Lactancia Materna en puérperas inmediatas que recibieron y no recibieron Educación Prenatal, atendidas en el hospital María Auxiliadora, 2016.**

Lima, 29 de Abril de 2016

  
Cesar Gustavo Obispo  
Hospital María Auxiliadora  
Médico Jefe  
MÉDICO JEFE



# CONSTANCIA

El que suscribe, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital María Auxiliadora, CERTIFICA que el PROYECTO DE TESIS, Versión del 01 de junio del presente; Titulado: "ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS INMEDIATAS QUE RECIBIERON Y NO RECIBIERON EDUCACIÓN PRENATAL, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, 2016"; con Código Único de Inscripción: HMA/CIEI/040/16, presentado por la Investigadora Principal: Bach. Natali Aurelia HERRERA MARTÍNEZ; ha sido REVISADO.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo a los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **07 de diciembre del 2017**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 07 de diciembre del 2016.

Atentamente.

  
MINSA - IGGSS  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA  
DR. JORGE POLO CORTEZ  
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

JPC/mags.  
c.c. Investigadora Principal.  
c.c. Archivo.