



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de medicina

Hospital General Zona Norte

Nombre de la tesis:

“Determinación del nivel de conocimientos sobre lactancia materna en púerperas de alojamiento conjunto antes y después de su capacitación”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Pediatría

Presenta:

Juan de Dios Palacios de León

**Director Experto
Dra. Flor Lucía Morales Morales**

**Asesor metodológico
Dra. Elisa Jiménez Otamendi**



Heroica Ciudad de Puebla de Zaragoza. Septiembre 2019.



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de medicina

Hospital General Zona Norte

Nombre de la tesis:

“Determinación del nivel de conocimientos sobre lactancia materna en púerperas de alojamiento conjunto antes y después de su capacitación”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Pediatría

Presenta:

Juan de Dios Palacios de León

**Director Experto
Dra. Flor Lucía Morales Morales**

**Asesor metodológico
Dra. Elisa Jiménez Otamendi**



Heroica Ciudad de Puebla de Zaragoza. Septiembre 2019.



Secretaría
de Salud
Gobierno de Puebla

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
ASUNTO: AUTORIZACION DE TESIS

D.C. JORGE ALEJANDRO CEBADA RUIZ
SECRETARIO DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE POSGRADO FMBUAP.

Por medio de la presente hago constar que el **Dr. Juan de Dios Palacios de León**, Médico Residente de la especialidad de Pediatría, realizo en el Hospital General de Zona Norte de Puebla "Bicentenario de la Independencia" la Tesis con el título **"DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS DE ALOJAMIENTO CONJUNTO ANTES Y DESPUÉS DE SU CAPACITACION"**, bajo la Dirección de la **Dra. Flor Lucia Morales Morales**.

Se ha revisado el contenido científico y la estructura metodológica, por lo que autorizamos su impresión.

ATENTAMENTE

DRA. OTAMENDI JIMENEZ-ELISA DEL RAYO
ASESOR METODOLOGICO

DRA. FLOR LUCIA MORALES MORALES
DIRECTOR DE TESIS

DRA. MARIANA LEE MIGUEL SARDANETA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

c.c.p. Comité de Investigación del Hospital General Zona Norte



DEDICATORIA:

Le dedico esta tesis a mi *familia* que siempre me brindó su apoyo cada día durante estos 3 años, ya que, el trabajo en equipo y la perseverancia hizo posible que pudiera cumplir con mi objetivo.

AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por bendecirme y darme la oportunidad de realizar con éxito cada uno de mis objetivos, a mi familia por ser el respaldo en cada momento difícil durante mi carrera y por ser parte de mis sueños dándome la fortaleza para seguir creciendo como ser humano y en lo profesional, a mis maestros que tuvieron la paciencia para guiar mis pasos durante la residencia médica, a través de sus enseñanzas, dándome las herramientas necesarias para ejercer la medicina con calidad y calidez, y finalmente quiero agradecer a cada niño que formo parte del aprendizaje adquirido en cada guardia y jornada laboral.

ÍNDICE

| | PÁGINA |
|--------------------------------------|--------|
| 1. RESUMEN | 1 |
| 2. INTRODUCCIÓN | 2 |
| 3. ANTECEDENTES | 3 |
| 3.1. ANTECEDENTES GENERALES | 3 |
| 3.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS | 6 |
| 4. JUSTIFICACIÓN | 14 |
| 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 15 |
| 6. OBJETIVOS | 16 |
| 6.1. OBJETIVO GENERAL | 16 |
| 6.2. OBJETIVOS PARTICULARES | 16 |
| 7. MATERIAL Y MÉTODOS | 17 |
| 8. RESULTADOS | 19 |
| 9. DISCUSIÓN | 29 |
| 10. CONCLUSIONES | 30 |
| 11. REFERENCIAS | 31 |
| 12. ANEXOS | 34 |

1.- RESUMEN

El objetivo del estudio es determinar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna en madres puérperas de alojamiento conjunto antes y después de su capacitación.

Se realizó un estudio comparativo, longitudinal y cuasi experimental pre-post capacitación de las madres puérperas de alojamiento conjunto de enero a junio 2019 aplicándose un cuestionario a las madres puérperas antes y después de la capacitación que consistió en un cuestionario de 35 ítems considerando 3 niveles que se agruparon en bajo, mínimo necesario y bueno. Validado por Akinyinka et al.⁽³⁷⁾. Se incluyeron Todas las madres de alojamiento conjunto que acepten participar y tomen consejería. se excluyeron a las puérperas que no hablan español, que no saben leer y se eliminaron a las que no contesten el cuestionario de manera completa. El tamaño de la muestra fue de 194 pacientes calculado para una proporción en una población finita conocida con error alfa de 0.05% y nivel de confianza de 0.95. Se realizó prueba "t" de student para muestras emparejadas. Los datos se analizaron estadística descriptiva, se calculó frecuencias relativas y porcentajes. Se aplicó estadística inferencial para cuantificar las diferencias entre las variables en estudio. Se obtuvieron los siguientes resultados:

El porcentaje pre- capacitación tuvo una media de 30.426 ± 13.4425 ; mientras que el porcentaje post-capacitación tuvo una media de 80.737 ± 9.6240 . En cuanto a las variables sociodemográficas se encontró que la edad más frecuente fue 21-24 años en 108 pacientes (55.7%), el estado civil predominante fue unión libre en 142 pacientes (73.2%), La escolaridad más frecuente fue secundaria en 147 pacientes (75.8%), La paridad predominante fue primípara en 102 pacientes (52.6%) y la ocupación más prevalente fue ama de casa en 163 pacientes (84%).

Se concluyó que La diferencia en las medias pre y post- capacitación es estadísticamente significativa, es decir hubo diferencias entre antes y después de la intervención; existiendo un incremento significativo posterior a la intervención educativa.

2.- INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos representan el futuro de la humanidad, por lo tanto, su crecimiento y desarrollo saludable se convierte en una de las máximas prioridades para todas las sociedades; pues se encuentran en la etapa más vulnerable de la vida frente a la morbilidad y mortalidad que sin duda, son en absoluto prevenibles y/o tratables. Para ello es fundamental “un buen comienzo” que garantice la continuidad del desarrollo cerebral iniciado desde las etapas prenatales y que fomente el potencial humano de cada niño.

En éste sentido, desde las sociedades primitivas hasta nuestros días, la lactancia materna ha permitido la supervivencia de la humanidad aún en durísimas circunstancias. Por ello se dice que representa un acto fisiológico, instintivo y de herencia biológico/adaptativa del humano, hasta convertirse en el único sistema de alimentación del niño durante los primeros meses de vida y más aún del recién nacido. Ello deriva de las bondades que brinda el calostro y la leche materna en los distintos aspectos de la vida.

Para los recién nacidos, el calostro y la leche materna son potenciales nutritivos (rica en proteínas, lípidos, vitaminas, minerales, oligosacáridos, inmunoglobulinas y hasta la presencia de células madre) suficientes para suplir las necesidades fundamentales de este tipo de población y dada su fácil absorción, se utiliza con eficacia para su adecuado desarrollo cerebral y cognitivo, así como la prevención de las enfermedades prevalentes en los niños menores de cinco años, con lo cual se ven considerablemente disminuidos las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.

3.- ANTECEDENTES

3.1.- ANTECEDENTES GENERALES:

"Lactancia materna exclusiva" significa que el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos). (Who.int, 2019). ⁽¹⁾ En el curso de la historia de la humanidad los bebés debían ser alimentados con leche de la propia madre o de alguna nodriza para asegurar su supervivencia. En el antiguo Egipto la lactancia materna fue prioritaria hasta que el niño alcanzaba los 6 meses de edad y luego era alimentado con leche de vaca. (Papastavrou M, 2015)⁽²⁾

En Mesopotamia y Grecia esta práctica adquirió importancia incluso en la mitología como el caso de la diosa de la fertilidad y lactancia Astarte en babilonia y donde la lactancia materna se llevaba hasta los 2-3 años, Hipócrates (370-460 A.C) creía que el feto aprendía a succionar inutero y que esto explicaba el paso del meconio y la presencia del reflejo de succión al nacer. En la edad media se creía que la leche materna tenía propiedades mágicas y que se podía transmitir las propiedades físicas y psicológicas de la madre al niño. (Steven E, 2009) ⁽³⁾.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX surge junto con la revolución industrial las formulas artificiales, En 1865, el químico Justus von Liebig desarrolló, patentó y comercializó un alimento para bebés, primero en forma líquida y luego en forma de polvo para una mejor conservación. La fórmula de Liebig, que consistía en leche de vaca, harina de trigo y malta y bicarbonato de potasio, se consideró comida infantil perfecta (Radbill, 1981). Iniciando un efecto negativo sobre la alimentación con leche materna. (Sánchez A, 2019) ⁽⁴⁾

A nivel mundial se estima que Aproximadamente un 40% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna. (Who.int, 2019). En otro estudio Blake *et al.* (*The Maternal and Child Nutrition Study Group*) (2013) refiere que solo 38% de los (las) bebés son alimentados(as) con leche materna de forma exclusiva y se espera que para el 2025 alcance 50 por ciento. (Thulier D, 2009)⁽⁵⁾ La situación en países desarrollados como estados unidos sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva muestra un incremento considerable en el 2012 con un porcentaje de 44 a 61% hasta los 6 meses. Sin embargo se han mostrado diferencias en cuanto el estado socioeconómico encontrando que el 74% de los lactantes de raza blanca reciben lactancia materna exclusiva y en lactantes de raza negra solo el 59%. (Colen M, 2014)⁽⁶⁾ Mientras que en los países europeos *Theurich et al.* (2019) refieren la lactancia materna exclusiva alcanza un porcentaje de 25%.
(7)

Las madres latinas que habitan en estados unidos tienen un porcentaje mayor en cuanto a lactancia materna (18%), que las que habitan en su país de origen además de que se considera que inician tempranamente la lactancia materna, pero es menos probable que practiquen la lactancia materna exclusiva en comparación con otros grupos étnicos. Esto se debe a dos motivos principales el primero es que las madres alimentan a los recién nacidos con formula en los primeros dos días de vida y el segundo es que se prefiere continuar alimentando con formula hasta los 5 meses en 86%. (Esloand E, 2016)⁽⁸⁾

En américa latina se ha asociado a la duración de la lactancia materna exclusiva a factores como el nivel educativo se ha visto que a mayor nivel educativo se mantiene una mayor duración de la lactancia exclusiva. En el estudio de Pérez R. (2003) señala que el incremento del nivel educativo en países del caribe y Latinoamérica se asocia positivamente con el incremento de la práctica de lactancia hasta 0.5 meses, también hubo asociación negativa en cuanto al área de residencia disminuyendo la continuidad de la lactancia 0.7 meses en zonas rurales en la década de 1970-1980. (Pérez R, 2003)⁽⁹⁾

Se realizó otro estudio por Chessa K (2010) reportándose aun la misma inequidad en áreas rurales en 6 de 8 países de Latinoamérica y el caribe un ejemplo claro fue

el aumento de 9.7 meses de lactancia materna exclusiva en áreas urbanas en Perú y solo incremento de 0.6 meses en áreas rurales asociado a menor acceso a la educación y salud, por lo tanto carecen de programas que apoyen la lactancia materna. (Chessa K, 2011)⁽¹⁰⁾

En México se ha observado una disminución de la lactancia materna exclusiva. Deming D, (2012) reporta que solo 15% de los lactantes entre 0-3 meses y de 4 a 5.9 meses recibieron lactancia materna exclusiva y solamente el 1% fue alimentado exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses, además de que el 10-38% inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses. (Deming D, 2015)⁽¹¹⁾

Los datos de la ENADID 2014 muestran que, a nivel nacional, 40.5% de los (las) hijos(as) nacidos(as) vivos(as) con lactancia materna inician la toma de este alimento durante la primera hora de vida. En las localidades con menos de 15 mil habitantes es mayor este porcentaje que en las de 15 mil y más habitantes (47.9 contra 35%); en las de 15 mil y más, 45.3% de los (las) hijos(as) nacidos(as) vivos(as) son lactados(as) por primera vez entre las dos a 23 horas posteriores a su nacimiento. (Papastavrou M, 2015)⁽²⁾

Por entidad federativa, Tlaxcala, Yucatán (ambos con 95.2%) y Puebla (95%) son los que reportan los porcentajes más altos de lactancia materna; en contraste, Aguascalientes (87.2%), Coahuila de Zaragoza (86.2%) y Durango (86%) tienen los más bajos. (Papastavrou M, 2015)⁽²⁾

González, T. & Hernández, S. (2016). Refieren que los costos totales en México de no lactar en 2012 se estimaron entre 745.6 y 2 416.5 millones de dólares, de los cuales entre 11 y 38%, respectivamente, correspondieron a compras de fórmula infantil (González, 2016)⁽¹²⁾.

3.2.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

La lactancia materna es la mejor forma de nutrición del infante ya que provee beneficios fisiológicos y psicológicos para el bebé y la madre. La Organización Mundial de la Salud reporta que la leche materna reduce la incidencia de enfermedades infecciosas (diarrea, otitis, infecciones del tracto respiratorio superior, neumonía e infecciones del tracto urinario), disminuye la desnutrición y la deficiencia de vitamina A, disminuye los índices de mortalidad, previene las alergias y la intolerancia a la leche. Varios estudios indican que el amamantamiento ofrece protección al infante contra la gastroenteritis, eczema, asma, cáncer (particularmente leucemia), diabetes y otras enfermedades crónicas.^(1,3)

A través del amamantamiento se crea un vínculo especial entre la madre y su hijo. Los bebés y los niños con vínculos seguros crecen para convertirse en adultos afectuosos, confiables y preocupados con la realidad ajena. La alimentación de pecho materno provee las bases para una crianza de apego en donde se fomenta en el infante el desarrollo de la confianza, la empatía y el afecto para crear con sus padres una relación duradera de seguridad y de paz. La interacción social-afectiva del neonato comienza con la madre en forma elemental con el reflejo de succión, el proceso de lactancia y la interacción de la madre con sus mimos y caricias entablando así una comunicación sutil. Puede decirse que son fases alternadas de comunicación y por ende es en la coordinación de respuestas donde sus roles difieren.^(1,2,13)

La lactancia materna ayuda a prevenir la hipotermia y la hipoglucemia en los recién nacidos, que son las causas más comunes de muerte neonatal temprana, especialmente entre los bebés con bajo peso al nacer y prematuros. Durante el período neonatal tardío, la mayoría de las muertes en los países en desarrollo se producen debido a infecciones como sepsis, infección aguda del tracto respiratorio, meningitis y diarrea. La alimentación de calostro y lactancia materna exclusiva protege contra tales muertes (T., 2014)⁽¹⁴⁾

A largo plazo la lactancia materna podría proteger contra las muertes en los países de altos ingresos. Un metanálisis de seis estudios de alta calidad mostró que la lactancia materna se asoció con una reducción del 36% (IC 95% 19-49) en las muertes súbitas de lactantes. Otro metanálisis de cuatro ensayos controlados aleatorios mostró un 58% (IC 95% 4–82) de disminución de la enterocolitis necrotizante, un trastorno con alta letalidad en todos los contextos. (González T, 2016)⁽¹²⁾

En cuanto a la morbilidad infantil, existe evidencia de 66 análisis diferentes, principalmente de países de bajos ingresos e incluyendo tres ensayos controlados aleatorios, que la lactancia materna protege contra la diarrea y las infecciones respiratorias. Alrededor de la mitad de todos los episodios de diarrea y un tercio de las infecciones respiratorias puede evitarse amamantando. La protección contra los ingresos hospitalarios debidos a estos trastornos es aún mayor: la lactancia materna podría prevenir el 72% de los ingresos por diarrea y el 57% por infecciones respiratorias.^(1,12,15)

Una variedad de factores demográficos se han identificado como factores predictivos de la duración prolongada de la lactancia materna, como la edad avanzada, estar casados, tener buena educación y tener un ingreso más alto. Además, los factores psicosociales, como las fuertes intenciones de amamantar y el apoyo profesional y de pareja, han surgido como factores predictivos importantes. (7,10).

Mogre et al. refiere que otro determinante importante de la práctica de la lactancia materna exclusiva fue la edad del niño. Significativamente, las madres con bebés menores de 3 meses tenían más probabilidades de practicar la lactancia materna exclusiva en comparación con las que tenían bebés de 3 meses o más. Hallazgos similares han sido reportados previamente en Ghana y otras partes de África Occidental. A medida que aumenta la edad del niño, es más probable que las madres comiencen a introducir otros alimentos, ya que perciben que la leche materna sola puede no ser suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del niño. Estos hallazgos sugieren que los profesionales de la salud deberían prestar especial atención a las madres lactantes a medida que el bebé crece, alentándolas

y apoyándolas para que superen las barreras que pueden impedirles amamantar exclusivamente.^(16,34)

awan A & Vishnu K (2015), demostraron que existe predominio de las madres con nivel educativo universitario que lactan a su bebé, lo cual demuestra la gran importancia del nivel cultural de las madres para obtener éxito en esta práctica. La poca preparación y la inmadurez propia de la etapa de la adolescencia muchas veces determinan el poco conocimiento de la lactancia materna exclusiva. A medida que avanza en edad, la mujer toma conciencia de la importancia de su rol de madre y aumentan las posibilidades de cumplir con esta práctica ⁽¹⁸⁾.

Se ha resaltado que la información que reciben las madres sobre los beneficios de la lactancia materna la obtuvieron de fuentes externas, pues en la consulta prenatal de muchos hospitales no se da ningún tipo de información sobre la lactancia. El obstetra, tiene un papel fundamental en la consulta prenatal, en cuanto a la preparación psicofísica de la mujer para amamantar. A diferencia del pediatra tiene 280 días para motivar y dar consejos sobre la importancia y los beneficios de la lactancia materna y para ello debe estar adecuadamente capacitado. (francoJ, 2014)⁽¹⁹⁾

Un predictor de lactancia materna potencialmente modificable es la autoeficacia de la lactancia materna. La autoeficacia, originada en la teoría cognitiva social de Bandura, generalmente se define como la confianza en la capacidad de uno para realizar una tarea específica de manera efectiva o alcanzar una meta específica. Se piensa que la autoeficacia específica influye en los resultados de la lactancia materna al proporcionar motivación y confianza para perseverar a través de los desafíos comunes, como las dificultades de retención temprana, la preocupación por el suministro y el regreso al trabajo. (Henshaw E, 2015)⁽²⁰⁾

Mekuria (2015)et al. reportó que el asesoramiento sobre la lactancia materna durante el cuidado antenatal se asoció significativamente con la lactancia materna exclusiva para bebés menores de seis meses. Las madres que recibieron asesoramiento sobre la lactancia materna durante el cuidado antenatal tenían 2.44 veces más probabilidades de amamantar exclusivamente a sus bebés en comparación con las que no recibieron asesoramiento ⁽²¹⁾.

El asesoramiento sobre alimentación infantil durante el cuidado postnatal es otro factor del servicio de salud materno-infantil que tiene una asociación significativa con la lactancia materna exclusiva. Las madres que recibieron asesoramiento sobre alimentación infantil durante el cuidado postnatal tenían una probabilidad 5.03 veces mayor de alimentar con leche materna sola a sus bebés que las que no recibieron asesoramiento (Mekuri G, 2015).⁽²¹⁾

El estudio de Avalos et al. muestra que en los casos de mayor duración de la lactancia materna exclusiva, la fuente de información sobre la misma fue recibida principalmente por el personal de salud, seguidos por familiares o amigos y en menor por ciento los medios de difusión, lo que nos indica que se están realizando acciones de promoción y enfoque preventivo de la lactancia materna exclusiva a nivel de los grupos básicos de trabajo, pero los resultados demuestran según el comportamiento de las madres, que estas acciones no son suficientes, deben ser extensivas a la familia y apoyadas por los medios de difusión que llegan a todos y a todas las edades, creando una educación basada en la práctica de la lactancia materna y sus ventajas. (Avalos M, 2016)⁽²²⁾

Heidari et al. refieren que la deficiente educación y el seguimiento de la lactancia materna son barreras importantes señaladas por los participantes, por lo que mencionaron instrucciones inadecuadas para las madres sobre la lactancia materna, debido a diversas razones, entre ellas la falta de tiempo de los médicos para enseñar a la lactancia materna como una barrera importante para una lactancia exitosa. Dijeron que la construcción de un centro de asesoramiento sobre lactancia materna para enseñar y apoyar la lactancia materna ayudaría mucho a superar esta barrera. González, T. & Hernández, S. (2016) señalan la necesidad de la educación sobre la lactancia materna en hospitales en México ya que no se cuenta con los conocimientos necesarios para brindar a las madres de dichas capacitaciones y su papel en la promoción de la lactancia materna.^(12, 23)

Susiloretni et al. refirió que las barreras a la lactancia materna exclusiva fueron la experiencia de hinchazón de mamas, la recepción de muestras de fórmula al momento del alta y el apoyo de una abuela para alimentar al bebé con alimentos en

lugar de con leche materna. Estos son factores potencialmente modificables que podrían abordarse al realizar la promoción de la lactancia materna. (Susiloretni K, 2015)⁽²⁴⁾

El principal motivo de discontinuación de lactancia materna mencionado por las madres para discontinuar la lactancia materna exclusiva es la percepción de que no se llenaba el niño. Asimismo, a pesar de que la reincorporación al trabajo fue la segunda causa referida por las madres para dejar la lactancia materna exclusiva y en aquellas que trabajaban la frecuencia de abandono era mayor, el abandono de la lactancia materna exclusiva no estuvo ligado a la ocupación. Esta decisión de abandono de la lactancia materna exclusiva también podría deberse a la estancia hospitalaria prolongada después del parto, probablemente condicionada por la vía de culminación del parto.^(8, 12 ,24)

Se realiza educación prenatal en lactancia materna cuando durante el embarazo se imparte el tema de la lactancia materna. Dicha educación puede ser individual o grupal, mediante visitas al domicilio, programas de educación por pares o citas en la consulta. (González T, 2016)⁽¹²⁾

Generalmente la educación en lactancia materna es un programa formalizado, definido, descriptivo y orientado a metas con una finalidad específica y una audiencia objetivo. La educación en lactancia materna es diferente del apoyo a la lactancia materna. El apoyo a la lactancia materna de manera general se dirige a la persona individual cuando surgen necesidades y se define como una persona, un grupo o una organización que proporciona apoyo en muchos aspectos. El apoyo a la lactancia materna comienza de forma habitual en el período posnatal, centrándose en los problemas que puedan surgir una vez iniciada la lactancia materna.^(26,27)

Encontramos del mismo modo los grupos de ayuda mutua. En ellos se realiza una tarea preventiva y de promoción de la salud familiar, dado que la lactancia incluye aspectos vinculados de la pareja, de los padres con sus hijos, aspectos emocionales, psicológicos, personales, sociales y culturales. Las participantes comparten sus experiencias y vivencias entorno a la lactancia materna, son grupos entre iguales de incorporación voluntaria, con un número de madres reducido, que

se reúnen según una dinámica propia y de forma no jerárquica para resolver dudas y dificultades que surgen en este periodo y proporcionar apoyo material y emocional. (Martínez P, 2017)⁽²⁶⁾

Las siguientes estrategias educativas de lactancia son claves:

- Educar acerca de la importancia del contacto piel a piel a partir de la primera hora de vida y las alimentaciones a demanda.
- Educar a las familias sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva y los riesgos de la alimentación con fórmula en el período del recién nacido temprano. Apoyar y fomentar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, seguida de la lactancia continua después de los primeros 6 meses de vida (con la adición adecuada de alimentos sólidos) y durante el año recomendado y más, según lo deseen mutuamente la madre y el niño.
- Educar a las familias sobre todos los beneficios de la lactancia materna para el bebé, la madre y la familia y los beneficios de salud a largo plazo tanto para la madre como para el bebé.
- Educar a las familias sobre los conceptos básicos y los patrones de lactancia materna y cómo determinar si su bebé está recibiendo suficiente leche.
- Educar a las madres cómo amamantar y mantener la lactancia cuando están separadas de sus bebés. (Busch D, 2014)⁽²⁷⁾

Los hallazgos en estudios previos del estudio de Leshi et al., realizado en Nigeria, revelaron que menos de la mitad de las encuestadas tenían buenos conocimientos sobre lactancia materna; este resultado es similar a lo que se informó entre estudiantes universitarios coreanos, madres jóvenes sauditas y estudiantes nigerianas. Sin embargo, se informaron hallazgos de contraste entre las estudiantes universitarias en los Estados Unidos, Hong Kong y China donde la mayoría de los encuestados tenían conocimientos de lactancia materna relativamente buenos y moderados. Estudios anteriores han informado que las mujeres nigerianas tienen un conocimiento adecuado sobre la lactancia materna al comparar estos hallazgos con los hallazgos del estudio actual, existe una probabilidad de disminución en la

proporción de mujeres nigerianas con conocimientos adecuados sobre lactancia materna en el futuro próximo y esto puede reducir aún más las prácticas óptimas de lactancia materna entre las madres nigerianas. (Leshi o, 2016)⁽²⁸⁾

Gerónimo et al. reportó que el conocimiento fue regular sobre la lactancia materna de manera general en las puérperas, a pesar de que la media de edad fue de 23 años, conocen que la lactancia materna debe ser exclusiva hasta los seis meses, además de que puede ayudar a prevenir el cáncer de ovario y/o mama. La actitud hacia la lactancia materna de las puérperas se caracterizó como favorable tanto en las de mayor como en las de menor conocimiento. La práctica en la mayoría de las puérperas fue apropiada de acuerdo a los requerimientos para una lactancia materna exitosa, contestando la mayoría de las preguntas correctamente. (Gerónimo R, 2014)⁽²⁹⁾

Gorrita et al. recogió las respuestas de las 192 madres a las 17 interrogantes sobre conocimientos específicos de lactancia materna. Solo en 9 de las interrogantes (52.9%) se obtuvo un nivel de respuestas correctas en al menos el 50 % de las futuras madres. Los aspectos donde las madres mostraron peores resultados en la encuesta fueron: La necesidad de dar agua al niño que toma lactancia materna también intervinieron las características de la dieta de la madre que amamanta, el desconocimiento sobre la necesidad de alternar los pechos así como, errores con respecto a las medidas de aseo de las mamas, creencias sobre el falso criterio de no ofrecer lactancia materna porque la madre está “acalorada o resfriada”; Información errónea del concepto de que una madre anémica o malnutrida no debe ofrecer lactancia materna y que la leche materna muy rala o clara es indicación para el uso de fórmulas. (Gorrita R, 2014)⁽³⁰⁾

Borre et al. observó que el 85.6% de las encuestadas manifestó conocer sobre lactancia materna exclusiva, sus beneficios, ventajas, desventajas, consecuencias y técnicas adecuadas de amamantamiento, aspecto que indica la eficacia de la información recibida por parte del equipo de salud, la familia y su propia experiencia (Borre Y, 2014)⁽³¹⁾.

No obstante, llama la atención que, al comparar los resultados con investigaciones previas, se encontró que en el estudio de Verramendi et al., el 41.2% de las

participantes presentó conocimientos bajos sobre lactancia humana, mientras que el 94.1% conocía la exclusividad de la lactancia hasta los seis meses del niño. Resultado interesante porque a pesar de que las madres no saben lo que significa en si lactancia materna, por lo menos tienen claridad sobre la importancia de dar el pecho a sus hijos durante sus primeros seis meses de vida. (Borre Y, 2014)⁽³¹⁾

Gorrita et al. a partir de una intervención educativa realizada previamente sobre la lactancia materna en las gestantes en el tercer trimestre de embarazo compararon los niveles alcanzados en la lactancia materna y su repercusión en diferentes aspectos de la morbilidad y del estado nutricional de los lactantes en sus primeros 6 meses de vida. Logando que más de cuartas partes de los hijos de madres que recibieron la capacitación, tuvieron lactancia materna exclusiva por más de 4 meses, lo cual avala la efectividad de la intervención educativa realizada. (Borre Y, 2014)⁽³¹⁾ En el estudio de Hanafi et al., la tasa de inicio de la lactancia materna antes de la intervención fue de 61.7%, que es más baja que en un estudio de maestras escolares y en un estudio de trabajadores de la salud en el distrito de Abha, en Arabia Saudita, donde la tasa de inicio de la lactancia materna fue del 100%. (Gorra R, 2016)⁽³²⁾

Gewa et al. Reportó que el 87% inició la lactancia materna en el plazo de una hora desde el nacimiento. Más del 96% de los niños habían alimentado con calostro a sus bebés en los primeros 3 días de vida. Más del 89% de las madres estaban amamantando en el momento del estudio. En el momento de la encuesta, más del 68% de los niños menores de 6 meses fueron amamantados exclusivamente. Una evaluación adicional de niños entre las edades de 4 y 6 meses mostró que el 55% de los niños dentro de este grupo de edad todavía estaban amamantando exclusivamente al momento del estudio. (Hanafi M, 2014)⁽³³⁾

4.- JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es un indicador muy importante que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto. Según estimaciones de la OMS, podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres realizaran la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Por lo que es importante determinar el nivel de conocimiento ya que se registra en nuestro Hospital un promedio de 4600 nacimientos anuales, y resulta altamente beneficioso para el personal y autoridades conocer cuál es el grado de conocimientos en lactancia materna.

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños recién nacidos los nutrientes que necesitan para su crecimiento y desarrollo de forma sana. Se reconocen los beneficios que la lactancia materna tiene tanto para la madre como para el lactante, ya que esta práctica brinda los nutrientes requeridos por el lactante, lo protegen contra infecciones y otras enfermedades, y por ende se relaciona con niños más sanos.

En sí misma, el acto de la lactancia materna contribuye a la prevención de la mortalidad infantil atribuida a la desnutrición; para ello, es preciso promover e informar a las mujeres gestantes sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre y el niño. Una de las medidas es la consejería del profesional de la salud, mediante la cual se orienta y acompaña a la madre durante el inicio de la lactancia materna y la exclusividad hasta los seis meses de edad del niño.

El presente estudio se motivó por el hecho que existe un importante número de pacientes que regresan a urgencias detectándose pobre y/o deficiente información sobre lactancia materna, con la finalidad de tomar medidas que fomenten la cultura de lactancia en nuestras puérperas; nos planteamos la siguiente pregunta.

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en puérperas en alojamiento conjunto antes y después de su capacitación?

6. OBJETIVOS.

6.1. OBJETIVO GENERAL.

Determinar en el nivel de conocimientos sobre lactancia materna en madres puérperas de alojamiento conjunto pre y post capacitación.

6.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Determinar las características sociodemográficas de las madres como son edad, escolaridad, estado civil y ocupación.

Determinar los conocimientos pre-capacitación en las pacientes en estudio

Determinar los conocimientos post-capacitación en las pacientes en estudio.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo pre-post intervención de muestras relacionadas, longitudinal, cuasi experimental, prospectivo, en 194 madres puérperas en el hospital General Zona Norte de enero a junio 2019, se calculó el tamaño muestral para una proporción en una población finita conocida con error alfa de 0.05% y nivel de confianza de 0.95. Se realizó prueba “t” de student para muestras relacionadas. Se aplicó un cuestionario a las madres puérperas antes y después de la capacitación sobre lactancia materna que consistió en un cuestionario de 35 ítems, se categorizo 3 niveles que se agruparon de acuerdo al nivel de conocimientos en bajo, mínimo necesario y bueno. El cual ha sido validado por Akinyinka et al en madres de Nigeria en el año 2016 ⁽³⁷⁾.

Se asignó una calificación de conocimiento a cada encuestado en función de su puntaje porcentual total. Este grado de conocimiento fue una escala de rendimiento basada en estándares de conocimiento, actitud y práctica realizados, y es el siguiente: conocimiento bajo calificado como porcentajes de 0 a 49%; conocimiento mínimo necesario calificado como 50-74%; y conocimiento bueno como 75-100%. Se recolectaron los datos de las variables en estudio en una hoja especial diseñada por el tesista con las mediciones de las Variables de interés que están descritas en los objetivos del presente estudio.

Criterios de inclusión.

Todas las madres de alojamiento conjunto que acepten participar y tomen consejería.

Criterios de exclusión.

Puérperas que no hablen español

Puérperas que no sepan leer

Criterios de eliminación.

Las que no contesten el cuestionario de manera completa

El muestreo fue probabilístico, la muestra se determinó con todas las pacientes púérperas en alojamiento conjunto.

Tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida

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

| | | |
|------------------------------|---------|-------------|
| Tamaño de la población | N | 2500 |
| Error Alfa | A | 0.05 |
| Nivel de Confianza | 1-α | 0.95 |
| Z de (1-α) | Z (1-α) | 1.96 |
| Prevalencia de la Enfermedad | P | 0.50 |
| Complemento de p | Q | 0.50 |
| Precisión | D | 0.09 |

| | | |
|----------------------|---|------------|
| Tamaño de la muestra | N | 194 |
|----------------------|---|------------|

Para el análisis de los datos se aplicó estadística descriptiva, se calculó frecuencias relativas, porcentajes y graficas de barras.

Se aplicó estadística inferencial para cuantificar las diferencias entre las variables en estudio.

8.- RESULTADOS

Tabla 1:

Estadísticas de muestras emparejadas

| | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio |
|------------------------------|--------|---------------------|-------------------------|
| Porcentaje pre-intervención | 30.426 | 13.4425 | .9651 |
| Porcentaje post-intervención | 80.737 | 9.6240 | .6910 |

Fuente: base de datos de la investigación Palacios

El porcentaje pre-intervención tuvo una media de 30.426 ± 13.4425 ; mientras que el porcentaje post-intervención tuvo una media de 80.737 ± 9.6240 .

| | Diferencias emparejadas | | | | | | T | gl | Sig. (bilateral) |
|---|-------------------------|---------------------|----------------------------|--|----------|---------|-----|------|---------------------|
| | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | | | | | |
| | | | | Inferior | Superior | | | | |
| Porcentaje pre-intervención - Porcentaje post-intervención | -50.3113 | 15.7872 | 1.1335 | -52.5469 | -48.0758 | -44.388 | 193 | .000 | |

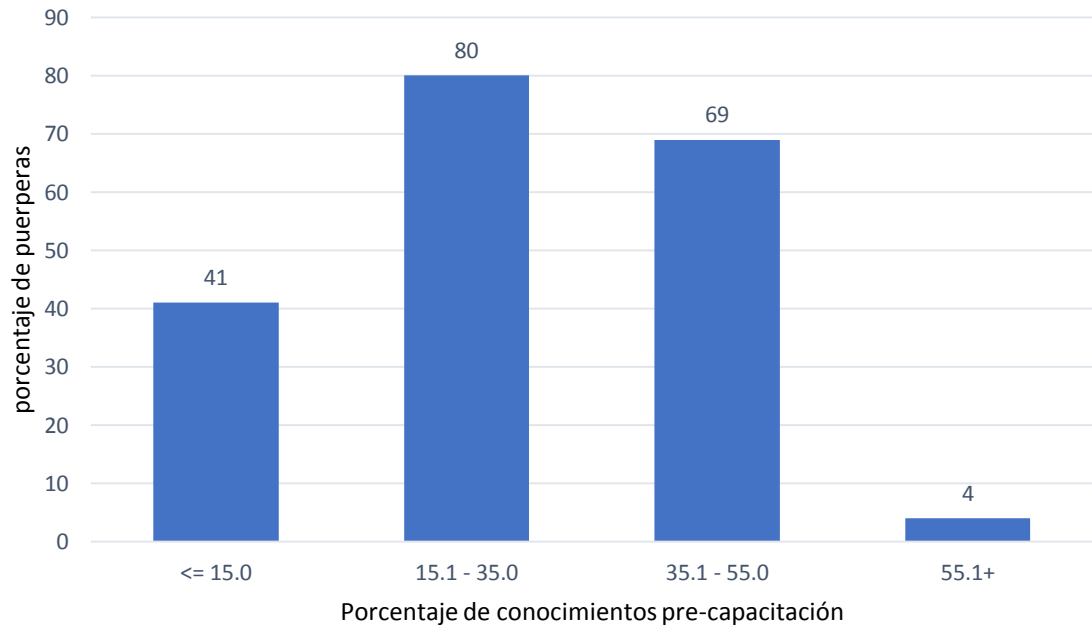
Cuadro 1: *Prueba T de muestras emparejadas*

La diferencia en las medias pre y post-intervención es estadísticamente significativa; existiendo un incremento significativo posterior a la intervención educativa.

Tabla 2:

Distribución por porcentaje de conocimientos pre-capacitación

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| <= 15.0% | 41 | 21.1 |
| 15.1% - 35.0% | 80 | 41.2 |
| 35.1% - 55.0% | 69 | 35.6 |
| 55.1% + | 4 | 2.1 |
| Total | 194 | 100.0 |



Gráfica 1: *Distribución por porcentaje de conocimientos pre-capacitación*

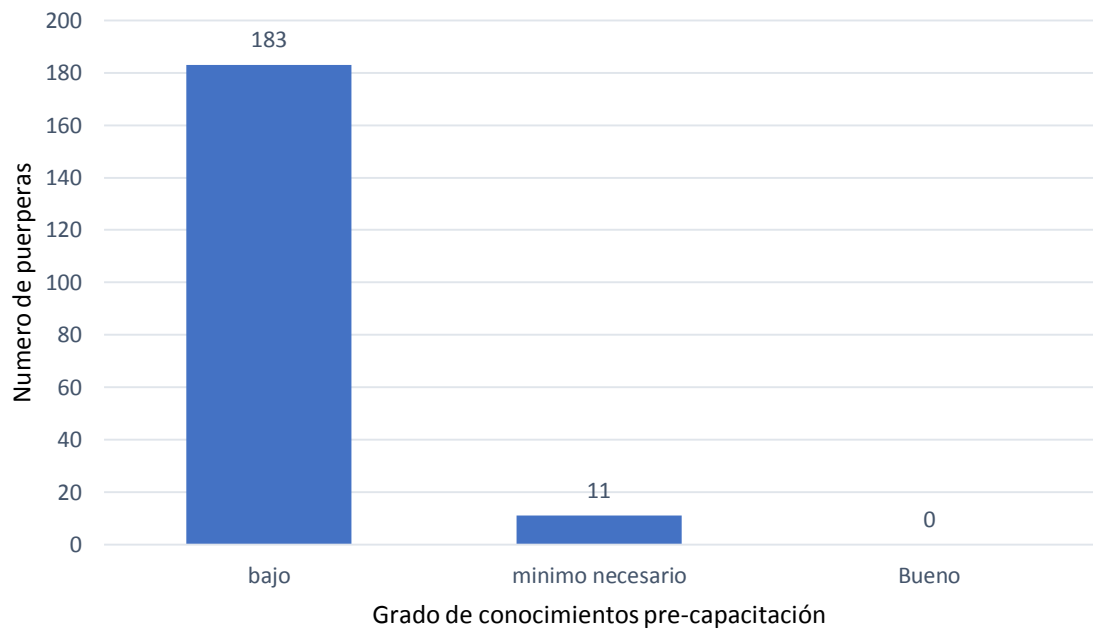
El porcentaje de conocimientos pre-intervención predominante fue de 15.1 a 35% en 80 pacientes (41.2%).

Fuente: Hospital General del Norte, enero a junio 2019.

Tabla 3:

Distribución por grado de conocimientos pre-capacitación

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Bajo | 183 | 94.3 |
| Mínimo necesario | 11 | 5.7 |
| Bueno | 0 | 0.0 |
| Total | 194 | 100.0 |

*Gráfica 2: Distribución por grado de conocimientos pre-capacitación*

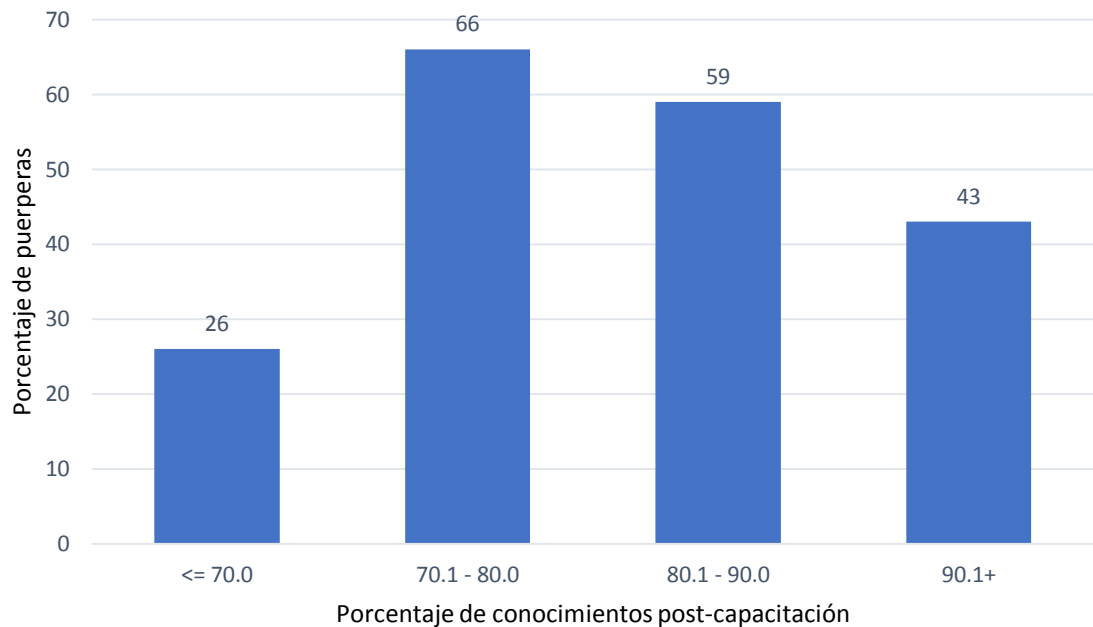
El grado de conocimientos pre-intervención más frecuente fue pobre en 183 pacientes (94.3%).

Fuente: Hospital General del Norte, enero a junio, 2019.

Tabla 4:

Distribución por porcentaje de conocimientos post-capacitación

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| <= 70.0 | 26 | 13.4 |
| 70.1 - 80.0 | 66 | 34.0 |
| 80.1 - 90.0 | 59 | 30.4 |
| 90.1+ | 43 | 22.2 |
| Total | 194 | 100.0 |

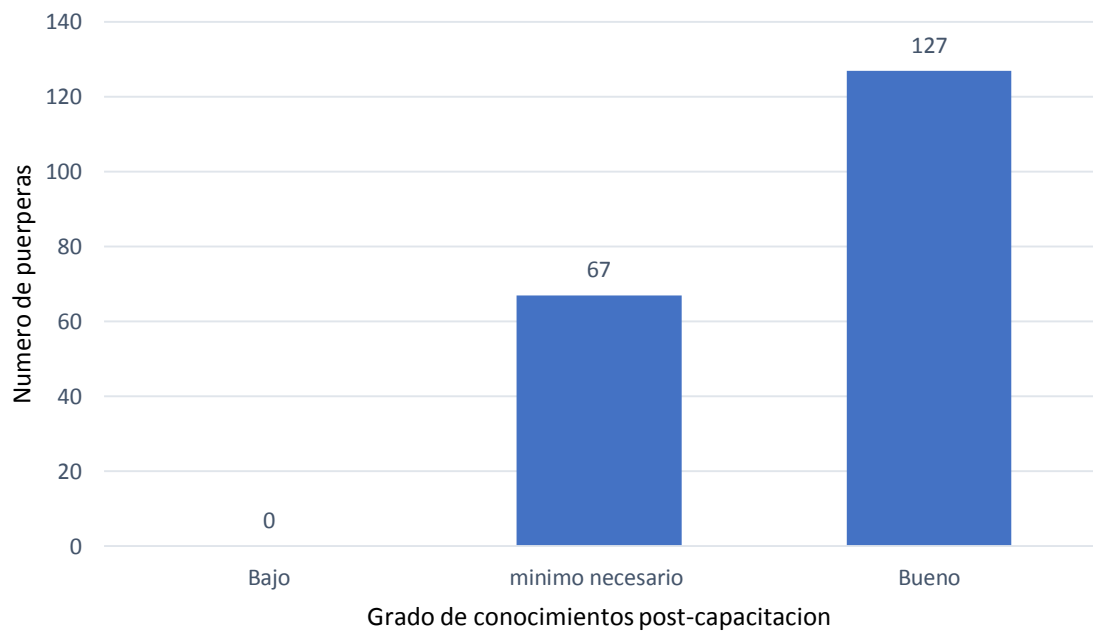
Gráfica 3: *Distribución por porcentaje de conocimientos post-capacitación*

El porcentaje de conocimientos post-intervención predominante fue de 70.1 a 80% en 66 pacientes (34.0%).

Fuente: Hospital General del Norte, enero a junio, 2019.

Tabla 5: *Distribución por grado de conocimientos post-capacitación*

| | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Bajo | 0 | 0.0 |
| Mínimo necesario | 67 | 34.5 |
| Bueno | 127 | 65.5 |
| Total | 194 | 100.0 |

Gráfica 4: *Distribución por grado de conocimientos post-intervención*

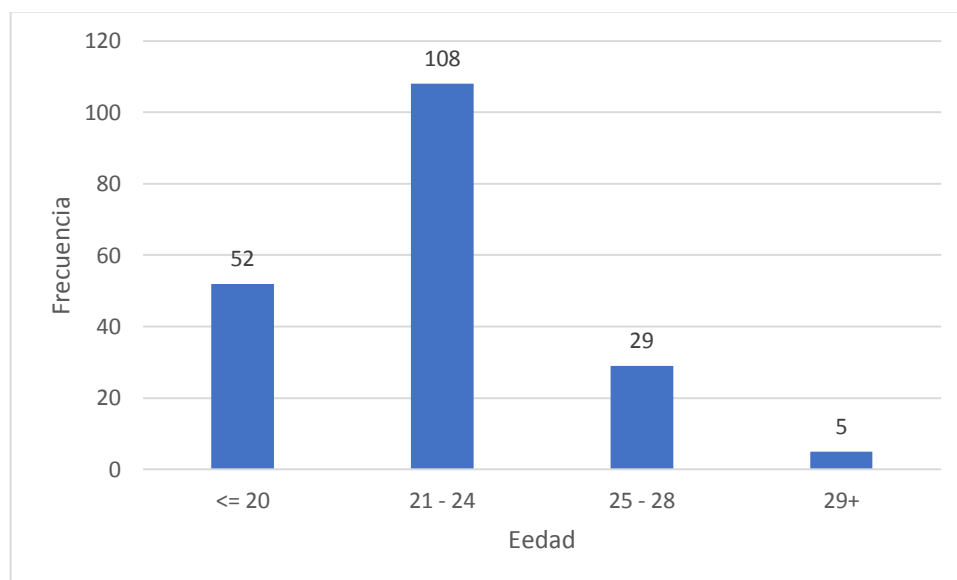
El grado de conocimientos post-intervención más frecuente fue bueno en 127 pacientes (65.5%).

Fuente: Hospital General del Norte, enero a junio, 2019.

Tabla 6:

Distribución por edad

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|---------|------------|------------|
| <= 20 | 52 | 26.8 |
| 21 – 24 | 108 | 55.7 |
| 25 – 28 | 29 | 14.9 |
| 29+ | 5 | 2.6 |
| Total | 194 | 100.0 |

Gráfica 5: *Distribución por edad*

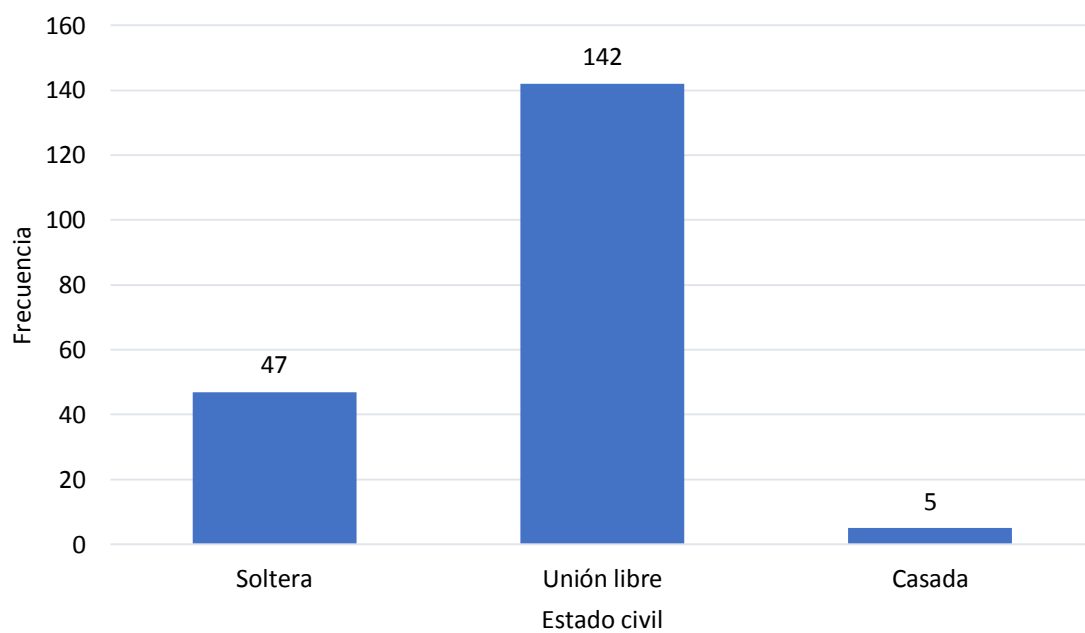
La edad más frecuente fue 21-24 años en 108 pacientes (55.7%)

Fuente: Hospital General del Norte, enero a junio, 2019.

Tabla 7:

Distribución por estado civil

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Soltera | 47 | 24.2 |
| Unión libre | 142 | 73.2 |
| Casada | 5 | 2.6 |
| Total | 194 | 100.0 |

Grafica 6: *Estado civil*

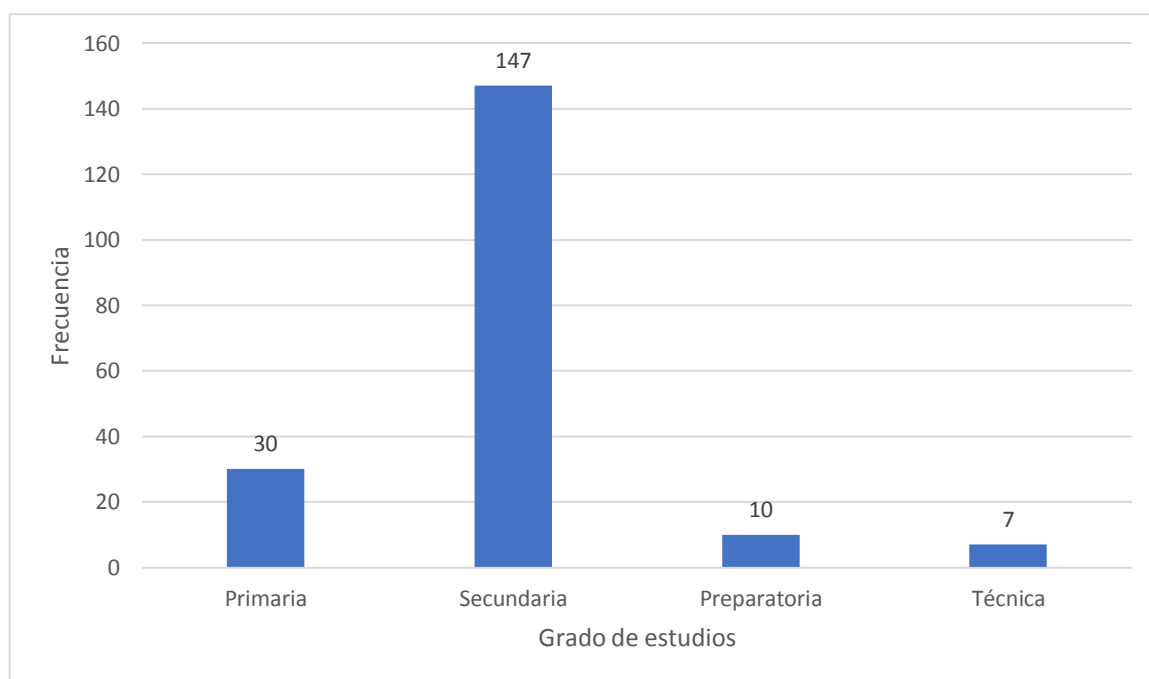
El estado civil predominante fue unión libre en 142 pacientes (73.2%).

Fuente: Hospital General del Norte, enero a junio, 2019.

Tabla 8:

Distribución por escolaridad

| Grado de estudios | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Primaria | 30 | 15.5 |
| Secundaria | 147 | 75.8 |
| Preparatoria | 10 | 5.2 |
| Técnica | 7 | 3.6 |
| Total | 194 | 100.0 |

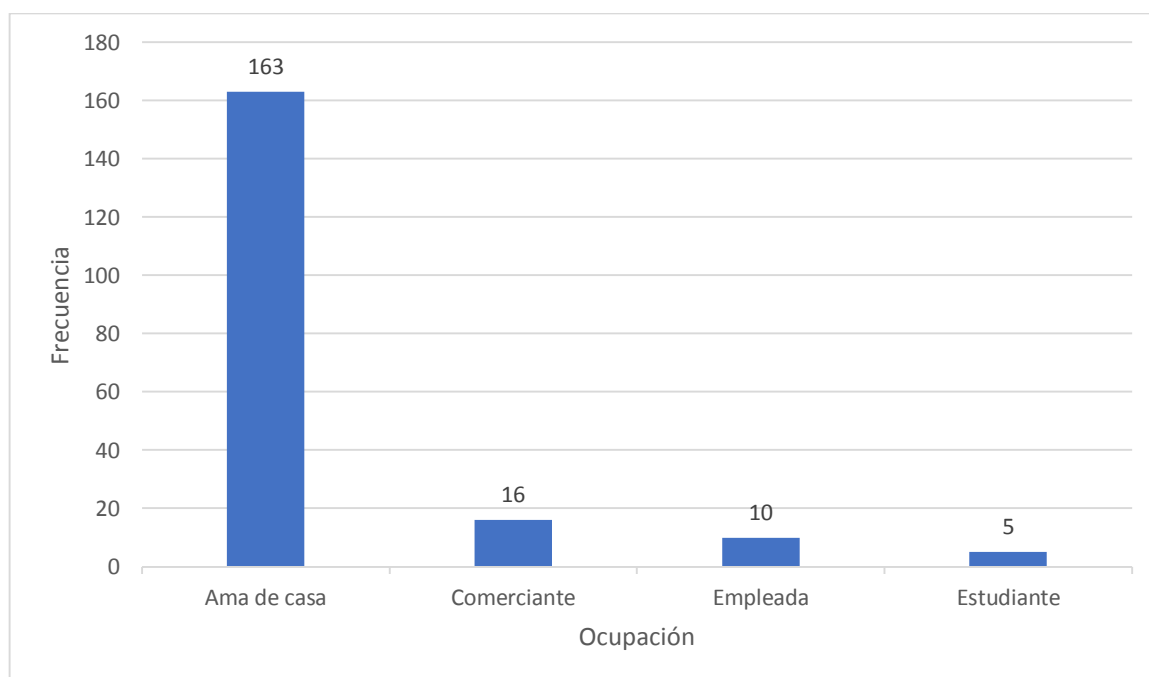
Grafica 7: *Escolaridad*

La escolaridad más frecuente fue secundaria en 147 pacientes (75.8%).

Fuente: Hospital General del Norte, enero a junio, 2019.

Tabla 9:
Distribución por ocupación

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Ama de casa | 163 | 84.0 |
| Comerciante | 16 | 8.2 |
| Empleada | 10 | 5.2 |
| Estudiante | 5 | 2.6 |
| Total | 194 | 100.0 |



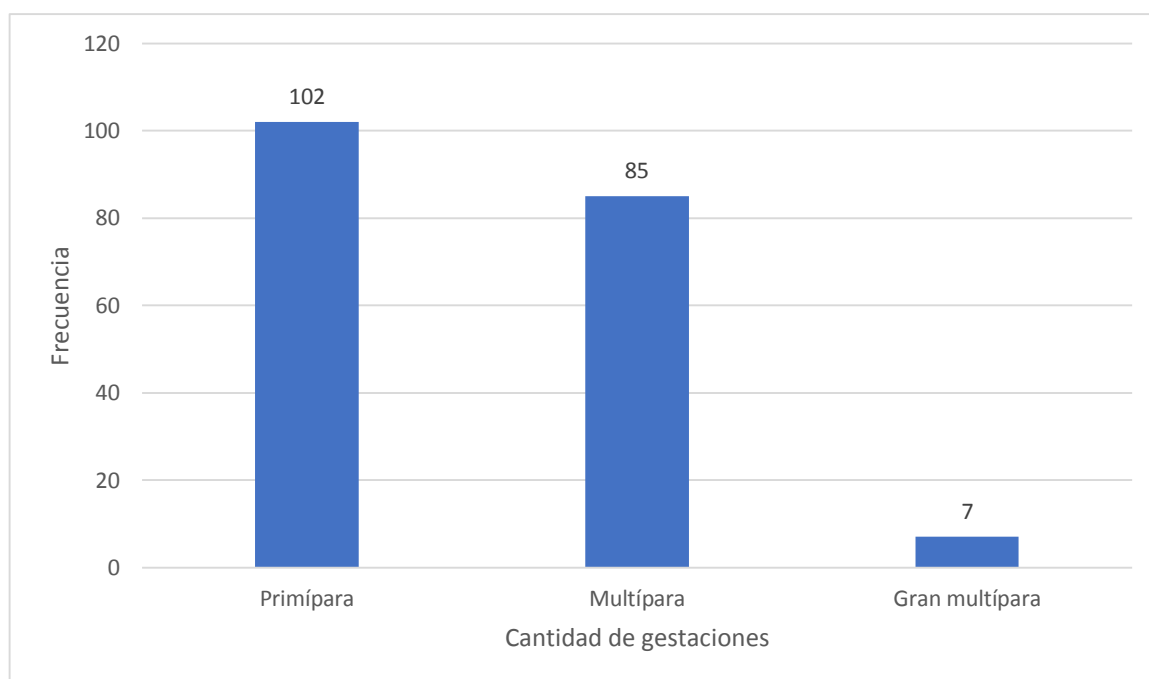
Gráfica 8: *Distribución por ocupación*

La ocupación más prevalente fue ama de casa en 163 pacientes (84%).

Fuente: Hospital General del Norte, enero a junio, 2019.

Tabla 10: *Distribución por paridad*

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------|------------|------------|
| Primípara | 102 | 52.6 |
| Múltipara | 85 | 43.8 |
| Gran múltipara | 7 | 3.6 |
| Total | 194 | 100.0 |

Gráfica 9: *Paridad*

La paridad predominante fue primípara en 102 pacientes (52.6%).

Fuente: Hospital General del Norte, enero a junio, 2019.

10.- DISCUSIÓN

El grado de conocimientos pre-intervención más frecuente fue bajo en 183 pacientes (94.3%). Resultado que no coincide con el reporte de Akinyinka et al. quien refiere que el 33.6% de los encuestados tenía un conocimiento bajo, el 46.8% mínimo necesario, mientras que el 19.5% tenía un buen conocimiento sobre la lactancia materna. (Akinyinka M, 2016) ⁽³⁷⁾

En este estudio la edad más frecuente fue de 21 a 24 años en el 55.7% de la población. Similar a lo encontrado por Gorrita y cols. que reporta un mayor predominio en el grupo de edad entre 20 y 34 años (88,4%), siendo esta la etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y está mejor preparada para la procreación. (Gerónimo R, 2014) ⁽²⁹⁾.

Otro hallazgo fue que el estado civil predominante fue unión libre en el 73.2%. Lo cual se encuentra diferente del reporte de Tadele et al. Refiriendo que el 80.6 de las encuestadas es casada (Tadele N, 2016) ⁽³⁵⁾.

El grado de educación más frecuente fue secundaria en el 75.8% de pacientes estudiadas. Lo cual no concuerda con Akinyinka et al. Quien describe que la mayoría de las encuestadas (58.2%) tenía al menos educación secundaria, y aproximadamente el 3.6% no tenía ninguna educación formal. ^(36,37).

En cuanto a la ocupación más prevalente fue ama de casa en el 84% de pacientes en estudio. Lo que se corresponde con Akinyinka et al. En su estudio las amas de casa representaron alrededor del 36.4% de las encuestadas, mientras que el 15.5% de ellos eran estudiantes y el 13.6% de ellos eran profesionales. (Akinyinka M, 2016) ⁽³⁷⁾

Con respecto a la paridad Mahnaz & Roy (2016). No encontraron correlación en el nivel de conocimientos sobre lactancia materna y el número de hijos en dicho estudio el 91% de las pacientes fueron primigestas al igual que en nuestro estudio represento el mayor porcentaje con 43.8%. (Mahnaz, 2016) ⁽³⁸⁾

11.- CONCLUSIONES

El nivel de conocimientos en lactancia materna en nuestro Hospital se considera pobre a pesar de las estrategias implementadas.

Consideramos que los factores sociodemográficos como la edad de las pacientes juega un papel importante ya que no han adquirido la madurez psicológica y biológica para tener un bebe y por consiguiente para la comprensión de los conocimientos para brindar lactancia materna ya que en nuestro caso la edad promedio más predominante fue 21-24 años. Con respecto al nivel educativo de las pacientes es un factor vital en el entendimiento de los beneficios de la lactancia materna tanto para el recién nacido como para la madre. El 75.8% de nuestra población cuenta con secundaria y en alguno de los casos es incompleta.

Otra de las limitantes es el tiempo dedicado a cada paciente en la capacitación ya que en promedio se dio capacitación individual a cada puérpera por un periodo de tiempo entre 15 a 20 min con lo que incremento de manera significativa la comprensión de la lactancia materna exclusiva en cuanto a conocimiento, actitud y práctica realizados. Sin embargo a nivel institucional debido a la gran tasa de natalidad y corta estancia de una gran cantidad de las madres atendidas es difícil asegurar el entendimiento de la información que se les brinda.

Se logró un incremento significativo en el nivel de conocimientos sobre lactancia materna posterior a la capacitación con el instrumento empleado únicamente incluyendo la información básica sobre lactancia materna exclusiva la cual debe ser del dominio de todo el personal de salud incluyendo personal médico y paramédico y no solo limitarse al servicio de pediatría. Por lo que, es importante la capacitación de las madres antes de su egreso con información fácil de entender de acuerdo a características sociodemográficas de nuestra población

12.- REFERENCIAS

- 1.- Who.int. (2019). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. [online] Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> [Accessed 5 Nov. 2019].
- 2.- Papastavrou M, Genitsaridi SM, Breastfeeding in the Course of History, *Journal of Pediatrics and Neonatal Care*, 2015 2 (6): 1-9
- 3.- . Steven E, Patrick T, A History of Infant Feeding, *The Journal of Perinatal Education*, 2009; 18 (2): 32-38
- 4.- Sánchez A, Velázquez R, et al. práctica de lactancia materna en México. Analisis de datos de la encuesta Nacional de la Dinamica Demográfica (ENADID) 2014, *Revista Internacional de estadística y Geografía* 2019; 10 (1): 4-17
- 5.- Thulier D, Breastfeeding in America: A History of Influencing Factors, *Journal of Human Lactation* - March 2009; 25 (1): 85-93
- 6.- Cynthia G, Colen M, et al. Is Breast Truly? Estimating the Effect of Breastfeeding on Long-term Child Wellbeing in the United States Using Sibling Comparisons, *Soc Sic Med*. 2014 may; 109: 1-30
- 7.- Theurich MA, Davanzo R, et al. Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National Breastfeeding Committees and Representatives, *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019 Mar;68(3):400-407.
- 8.- Esloand E, Budhathoki C, et al. Breastfeeding among Latino Families in an Urban Pediatric Office Setting, *Nursing Research and Practice*. 2016 October (1): 2-6
- 9.- Pérez R, Breastfeeding and nutritional transition in the Latin America and Caribbean Region: a success story?, *cad. Saude Publica Rio de Janeiro*. 2003 (1): 119-127.
- 10.- Chessa K , Camila M, et al. Increases in breastfeeding in Latin America and the Caribbean: an analysis of equity, *Health Policy and Planning*. 2011;26:257–265

11.- Deming D , Afeiche C, et al. Early Feeding patterns among Mexican Babies: findings From the 2012 National Health and Nutrition Survey and implications for health and Obesity prevention, BMC nutrition, NJ, USA .2015; 1(40): 1-15

12.- González, T. & Hernández, S. (2016). lactancia materna en México. 1st ed. México: Academia Nacional de Medicina de México, p.60.

13.- Cardalda E, Martínez J, et al. Factores facilitadores y dificultades para una lactancia exitosa en diferentes grupos ocupacionales de madres puertorriqueñas. Revista Puertorriqueña de Psicología 2012; 23:91-108

14.- Adhikari T. Knowledge and Practice of Mother regarding Exclusive Breastfeeding Having Infant at a Tertiary Level Hospital, Kathmandu. J Nepal Paediatr Soc 2014; 34(3):200-206

15.- Victora C, Bahl R, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016; 387:475–90

16.- Mogre V, Dery M, et al. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. International Breastfeeding Journal 2016; 11:12.

17.- Franco J, Roa B, et al. Conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas que acudieron a consulta prenatal. Hospital Dr. Patrocinino Peñuela Ruiz. San Cristobal, Venezuela. Archivos Venezolanos de Puericultura Y Pediatría 2014; 77(3):128-132

18.- awan A & Vishnu K. The effect of mother's educational status on early initiation of breastfeeding: further analysis of three consecutive Nepal Demographic and Health Surveys, BMC Public Health, 2015; (15): 1-12

19.- Franco J, Roa B, et al. Conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas que acudieron a consulta prenatal. Hospital Dr. Patrocinino Peñuela Ruiz. San Cristobal, Venezuela. Archivos Venezolanos de Puericultura Y Pediatría 2014; 77(3):128-132

20.- Henshaw E, Fried R, et al. Breastfeeding Self-Efficacy, Mood, and Breastfeeding Outcomes among Primiparous Women. *Journal of Human Lactation* 2015; 31(3):511–518

21.- Mekuria G, Edris M. Exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in Debre Markos, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal* 2015; 10:1

22.- Avalos M, Mariño E, et al. Factores asociados con la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2016; 35(2)

23.- Heidari Z, Keshvari M, et al. Breastfeeding Promotion, Challenges and Barriers: a Qualitative Research. *Int J Pediatr* 2016; 4(5):1687-1695

24.- Susiloretni K, Hadi H, et al. What Works to Improve Duration of Exclusive Breastfeeding: Lessons from the Exclusive Breastfeeding Promotion Program in Rural Indonesia. *Matern Child Health J.* 2015; 19(7):1515-1525

25.- Quispe M, Oyola A, et al. Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2015; 41(4):582-592

26.- Martínez P, Martín E, et al. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria* 2017; 14(1):54-66

27.- Busch D, Logan K, et al. Clinical Practice Breastfeeding Recommendations for Primary Care: Applying a Tri-Core Breastfeeding Conceptual Model. *J Pediatr Health Care.* 2014; 28(6):486-496

28.- Leshi O, Samuel F, et al. Breastfeeding Knowledge, Attitude and Intention among Female Young Adults in Ibadan, Nigeria. *Open Journal of Nursing,* 2016; 6:11-23

29.- Gerónimo R, Magaña M, et al. 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

30.- Gorrita R, Brito D, et al. Conocimientos de futuras madres sobre la lactancia materna y sus ventajas. *Revista de ciencias médicas. la Habana* 2014 20(1)

31.- Borre Y, Cortina C, et al. Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente? Rev Cuid 2014; 5(2):723-730

32.- Gorra R, Brito D, et al. Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida. Revista Cubana de Pediatría. 2016; 88(2):130-143

33.- Hanafi M, Shalaby S, et al. Impact of health education on knowledge of, attitude to and practice of breastfeeding among women attending primary health care centres in Almadinah Almunawwarah, Kingdom of Saudi Arabia: Controlled preepost study. Journal of Taibah University Medical Sciences 2014; 9(3):187-193

34.- Gewa C, Chepkemboi J. Maternal knowledge, outcome expectancies and normative beliefs as determinants of cessation of exclusive breastfeeding: a cross-sectional study in rural Kenya. BMC Public Health 2016; 16:243

35.- Tadele N, Habta F, et al. Knowledge, attitude and practice towards exclusive breastfeeding among lactating mothers in Mizan Aman town, Southwestern Ethiopia: descriptive cross-sectional study. International Breastfeeding Journal 2016; 11:3

36.- Eckhardt C, Lutz T, et al. Knowledge, Attitudes, and Beliefs that Can Influence Infant Feeding Practices in American Indian Mothers. J Acad Nutr Diet. 2014; 114:1587-1593.

37.- Akinyinka M, Olatona F, et al. Breastfeeding Knowledge and Practices among Mothers of Children under 2 Years of Age Living in a Military Barrack in Southwest Nigeria. International Journal of MCH and AIDS 2016; 5(1):1-13.

38.- Mahnaz & Roya V, Maternal Knowledge and Attitude toward Exclusive Breastfeeding in Six Months after Birth in Shiraz, Iran Int J Pediatr, 2016; 4(11): 759-3767

13.- ANEXOS

13.1- INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

“CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LA LACTANCIA MATERNA”

Apartado 1.

¿Cuál de estos es el mejor alimento para un bebé recién nacido?

- a) Leche materna
- b) Fórmula infantil
- c) Agua con azúcar
- d) Mezcla de hierbas
- e) Agua limpia
- f) Otros _____ (especifique)

¿Cuáles son las ventajas de amamantar a un bebé? (Se permiten múltiples respuestas)

- a) Contiene todos los nutrientes que el bebé necesita
- b) Protege al bebé de ciertas enfermedades
- c) es más barato d) es conveniente
- d) Puede ayudar a la madre a separar a sus hijos
- e) Protege a la madre de algunas enfermedades
- f) Promueve la unión entre la madre y el bebé
- g) No sé

¿Cuándo debe comenzar la lactancia materna una vez que nace un bebé? (Solo una opción)

- a) Entre 30 minutos y 1 hora después del parto
- b) En cualquier momento durante el primer día de vida del bebé
- c) 24 horas después del parto o más
- d) Una vez que el bebé haya pasado la primera defecación
- e) No sé

¿Se debe administrar a un bebé cualquier otro alimento antes de comenzar a amamantar?

- a) si
- b) no

En caso afirmativo, ¿por qué un bebé debe recibir otros alimentos antes de comenzar a amamantar? _____

En caso afirmativo, ¿qué alimento debe administrarse al bebé?

¿Se debe dar a un bebé la primera leche que proviene de los senos (calostro)?

- a) Sí
- b) No
- c) No sé

¿Alguna vez ha oído hablar de la lactancia materna exclusiva?

- a) Sí
- b) No
- c) No sé

En caso afirmativo, ¿dónde aprendió por primera vez acerca de la lactancia materna exclusiva?

- a) Medios de comunicación (radio, televisión, periódicos)
- b) Instalaciones de salud
- c) Amigos o familia
- d) Otros _____ (por favor especifique)

¿Cuál es el significado de la lactancia materna exclusiva?

- a) Darle leche materna al bebé y fórmula infantil
- b) Darle leche materna y agua limpia al bebé
- c) Dar solo leche materna al bebé
- d) Darle leche materna y vitaminas al bebé

¿Por cuánto tiempo debe un bebé ser amamantado exclusivamente?

- a) 1-3 meses
- b) 4-6 meses
- c) 7-9 meses

¿Hasta qué edad debe una madre seguir amamantando a su bebé después de comenzar a comer otros alimentos?

- a) 4 -6 meses
- b) 7-9 meses
- c) 12- 18 meses
- d) 24 meses o más

¿Siente que una madre solo puede dar leche materna a su bebé durante los primeros 6 meses?

- a) si
- b) no

¿Considera que la leche materna sola es adecuada para un bebé durante los primeros 6 meses de vida?

- a) si
- b) no

Si no, ¿por qué?

- a) No es suficiente para el bebé
- b) Puede enfermar al bebé
- c) No contiene suficientes nutrientes
- d) El bebé seguirá teniendo sed
- e) Otros _____ (por favor especifique)

¿Siente que es importante que cada madre amamante a su bebé exclusivamente?

- a) si
- b) no

¿Siente que una madre trabajadora debe amantar a su bebé mientras trabaja?

- a) si
- b) no

¿Se puede conservar la leche materna extraída para su uso posterior?

- a) Sí
- b) No
- c) No sé

En caso afirmativo, ¿cómo se puede conservar la leche materna extraída?

- a) Al freírlo
- b) Al cocinarlo
- c) Colocar en un refrigerador
- d) Colocar en un estante por más de 6 horas

APARTADO 2: PRÁCTICAS DE LACTANCIA

¿Alguna vez ha amantado o está amamantando actualmente?

- a) si
- b) no

Si no, ¿por qué?

- a) No pensé que fuera muy importante
- b) No fue conveniente
- c) Mi pareja no lo apoyó
- d) El bebé rechazó el pecho
- e) Quería prevenir la infección por VIH
- f) Estaba enfermo
- g) Otros _____ (por favor especifique)

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo después del parto comenzó a amamantar?

- a) menos de 1 hora
- b) 2- 6 horas
- c) 7- 23 horas
- d) 24-48 horas
- e) durante 48 horas

¿Recibió su hijo algún otro alimento o líquido antes de comenzar a amamantar?

- a) Sí
- b) No
- c) No sé

En caso afirmativo, ¿qué le dio?

- a) Agua pura
- b) Agua con azúcar
- c) Fórmula infantil
- d) Jugo
- e) Hierbas
- f) Otras _____ (por favor especifique)

En caso afirmativo, ¿por qué administró líquidos o alimentos antes de comenzar a amamantar?

- a) La leche materna no fluyó
- b) Es nuestra tradición
- c) El bebé tenía hambre
- d) Otros _____ (por favor especifique)

¿Está practicando o practicó la lactancia materna exclusiva (dar leche materna sola)?

- a) si
- b) no

En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo practicó o ha estado practicando la lactancia materna exclusiva? _____

Si no, ¿por qué no?

- a) El bebé se negó a tomar la leche materna
- b) Reanudó el trabajo
- c) No fue conveniente
- d) El bebé no estaba satisfecho
- e) Otros _____ (por favor especifique)

¿Durante cuánto tiempo ha amamantado a su hijo? _____

¿Dejó de amamantar antes de que su hijo tuviera 6 meses de edad?

- a) si
- b) no

Si es así, ¿por qué?

- a) El bebé se negó a tomar la leche materna
- b) Reanudé en el trabajo
- c) No fue conveniente
- d) El bebé no estaba satisfecho
- e) Otros _____ (por favor especifique)

¿Cuándo decidió amamantar a tu bebé?

- a) Antes de quedar embarazada
- b) Durante el embarazo
- c) Después del parto

Si está amamantando, ¿cuántas veces alimenta a su bebé por día?

- a) <6–8 veces
- b) = 6–8 veces
- c) > 6–8 veces

¿Cuál es el tiempo estimado para cada lactancia?

- a) <Media hora
- b) Media hora
- c) > Media hora

¿Usa un biberón para alimentar a su bebé?

- a) si
- b) no

¿Qué puede pasar si un bebé es alimentado con biberón? (Se permiten múltiples respuestas)

- a) El bebé puede comenzar a evacuar heces frecuentes y acuosas si el biberón no está bien esterilizado
- b) El bebé puede no querer mamar más en el pecho
- c) El bebé puede comenzar a pasar heces acuosas con frecuencia si las manos de la persona que prepara los alimentos no están bien lavadas
- d) Los alimentos pueden ser demasiado calientes, demasiado fríos, demasiado acuosos o demasiado gruesos para el bebé
- e) Puede hacer que el bebé tome más alimentos.

¿Cuándo alimenta a su bebé?

- a) Cuando el bebé parece tener hambre.
- b) A intervalos regulares programados si el bebé parece tener hambre o no
- c) Otros _____ (por favor especifique)

Puntuación:

Cada respuesta correcta recibió una puntuación de uno, mientras que una respuesta incorrecta obtuvo una puntuación de cero. El puntaje total se calculó sumando todos los puntajes otorgados, y estos se convirtieron a porcentajes. Se asignó una calificación de conocimiento a cada encuestado en función de su puntaje porcentual total. Este grado de conocimiento fue una escala de rendimiento basada en estándares de conocimiento, actitud y práctica realizados, y es el siguiente: conocimiento pobre calificado como porcentajes de 0 a 49%; conocimiento justo calificado como 50-74%; y buen conocimiento calificado como 75-100%. ⁽³⁸⁾

13.2 Operacionalización de variables

| Variable dependiente | Definición conceptual | Tipo | Escala | Valor |
|----------------------|---|-------------|---------|----------|
| Puérpera | Pacientes que al momento del estudio se encuentren en el periodo puerperal y lactando | Cualitativa | Nominal | Si No |

| Variable independiente | | Tipo | Escala | Valor |
|------------------------|---|-------------|---------|----------|
| Capacitación | Intervención educativa proporcionada a las puérperas. | Cualitativa | Nominal | Si No |

| Variable | | Tipo | Escala | Valor |
|--------------|--|--------------|----------|---|
| Edad | Años cumplidos al momento del estudio | Cuantitativa | Discreta | Años |
| Estado civil | Es la situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación, y que va a determinar la capacidad de obrar y los efectos jurídicos que posee cada individuo. | Cualitativa | Nominal | Soltera Unión libre Casada |
| Escolaridad | Último grado escolar obtenido por la paciente. | Cualitativa | Nominal | Primaria Secundaria Preparatoria Técnica |

| | | | | |
|---|--|-------------|---------|--|
| Paridad | Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos. | Cualitativa | Nominal | Primípara Multípara Gran multípara |
| Ocupación | tipo de trabajo que desempeña la madre, y que le genera recursos económicos | Cualitativa | Nominal | Ama de casa Comerciante Empleada Estudiante |
| Grado de conocimiento pre-capacitación | Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas antes de una intervención educativa. | Cualitativa | Ordinal | Pobre Justo Bueno |
| Grado de conocimiento post-capacitación | Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas después de una intervención educativa. | Cualitativa | Ordinal | Pobre Justo Bueno |