

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LACTANCIA
MATERNA EN PACIENTES QUE ASISTIERON A EDUCACIÓN MATERNA EN
EL CENTRO DE SALUD DE YARUQUÍ EN EL PRIMER SEMESTRE DEL 2016

Md. ANA ALEXANDRA GUARTATANGA HURTADO

Directora: BETZABÉ TELLO

Director metodológico: DR. ROMMEL ESPINOZA DE LOS MONTEROS

Quito – 2017

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por acompañarme cada uno de mis días y permitirme hacer posible todos mis sueños a pesar de las adversidades.

A mi familia por acompañarme y brindarme su apoyo incondicional durante estos tres años para cumplir mi objetivo.

A mi hijo por ser mi gran inspiración para luchar día a día, vencer los obstáculos y crecer de manera familiar, individual y profesional.

A mis compañeros de estudio y trabajo por brindarme su apoyo en cada momento.

A mis maestros que me ayudaron a mi formación tanto personal como profesional con paciencia y dedicación.

A mis pacientes que son un motor fundamental en mi formación.

TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS.....	III
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	VIII
LISTADO DE GRÁFICOS	IX
LISTADO DE TABLAS.....	X
RESUMEN.....	XI
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	6
2.1. EDUCACIÓN MATERNA.....	6
2.1.1. Definición.....	6
2.1.2. Datos históricos	7
2.1.2.1. Escuela Inglesa.....	7
2.1.2.2. Escuela Soviética.....	8
2.1.2.3. Escuela Francesa	9
2.1.2.4. Escuela Eclética.....	9
2.1.3. Educación materna en el Ecuador	10
2.1.4. Contenidos de las sesiones de educación materna.....	10
2.1.5. Desarrollo de las sesiones de educación materna.....	11
2.1.5.1. Bienvenida, registro y evaluación clínica previa	11
2.1.5.2. Motivación e introducción del tema que corresponda	12
2.1.5.3. Desarrollo de la parte teórica	12

2.1.5.4.	Preparación física	12
2.1.5.5.	Preparación psico - afectiva	13
2.1.5.6.	Recomendaciones finales y despedida	14
2.1.6.	Ventajas de la educación materna	14
2.1.6.1.	Educación y lactancia materna.....	15
2.2.	LACTANCIA MATERNA	16
2.2.1.	Definición	16
2.2.2.	Datos históricos	16
2.2.3.	Antecedentes legales en el Ecuador.....	18
2.2.4.	Ventajas de la lactancia materna	20
CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS		25
3.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
3.1.1.	Problema de investigación.....	25
3.1.2.	Pregunta de investigación.....	25
3.1.3.	Área del problema	26
3.2.	JUSTIFICACIÓN	26
3.3.	OBJETIVOS	28
3.3.1.	General.....	28
3.3.2.	Específico	29
3.4.	PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS	29
3.5.	ASPECTO METODOLÓGICO	29

3.5.1.	Operacionalización de variables.....	29
3.5.2.	Diseño de estudio.....	31
3.5.3.	Universo y muestra.....	31
3.5.3.1.	Universo	31
3.5.3.2.	Muestra.....	32
3.5.4.	Criterios de inclusión y exclusión	32
3.5.4.1.	Criterios de inclusión	32
3.5.4.2.	Criterios de exclusión.....	33
3.5.5.	Procedimiento de recolección de información	33
3.5.6.	Plan de análisis de datos	34
3.5.6.1.	Códigos a utilizar	34
3.5.6.2.	Materiales y métodos	37
3.5.6.3.	Técnica de análisis de datos	37
3.5.7.	Aspectos bioéticos	38
3.5.7.1.	Propósito del estudio	38
3.5.7.2.	Procedimiento.....	38
3.5.7.3.	Obtención de consentimiento informado	38
3.5.7.4.	Confidencialidad	40
CAPÍTULO IV: RESULTADOS		41
4.6.	ANÁLISIS UNIVARIADO	41
4.6.1.	Datos de variables generales.....	41

4.6.2.	Conocimientos sobre lactancia materna	42
4.6.3.	Actitud de la madre hacia la lactancia materna	42
4.6.4.	Práctica sobre lactancia materna.....	42
4.6.5.	Lactancia en la primera hora de vida.....	43
4.6.6.	Lactancia materna exclusiva.....	43
4.6.7.	Introducción de líquidos diferentes a la leche materna	44
4.6.8.	Introducción de alimentos sólidos o semisólidos y edades	45
4.7.	ANÁLISIS MULTIVARIADO	46
4.7.1.	Conocimientos sobre lactancia materna y lactancia materna exclusiva	46
4.7.2.	Actitudes sobre lactancia materna y lactancia en la primera hora.....	46
4.7.3.	Actitudes sobre lactancia materna y lactancia materna exclusiva	47
4.7.4.	Prácticas sobre lactancia materna y lactancia materna en la primera hora....	48
4.7.5.	Prácticas sobre lactancia materna y lactancia materna exclusiva.....	48
4.7.6.	Lactancia materna exclusiva y lactancia en la primera hora de vida.....	49
4.7.7.	Lactancia materna exclusiva y paridad.....	49
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN		51
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		56
6.1.	CONCLUSIONES.....	56
6.2.	RECOMENDACIONES	57
6.3.	LIMITACIONES.....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		60

ANEXOS 68

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AC Antes de cristo

Art. Artículo

CAP Conocimientos, actitudes y prácticas

CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana

CISMIL Centro de investigaciones del Milenio

CS Centro de Salud

ENSANUT Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

GAD Gobierno Autónomo Descentralizado

INEC Instituto Nacional de Estadística y Censos

IQ Coeficiente intelectual

LM Lactancia materna

LME lactancia materna exclusiva

MSP Ministerio de Salud Pública

OECD Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS organización Mundial de la Salud

seg segundos

UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

LISTADO DE GRÁFICOS

Grafico 1. Introducción de alimentos distintos a la leche materna en menores de 6 meses de edad relacionados con ENSANUT.....	44
Gráfico 2. Introducción de alimentos sólidos o semisólidos relacionando la edad y comparando con ENSANUT.....	45

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Relación entre variables generales del estudio.....	42
Tabla 2. Porcentaje de madres que brindaron lactancia materna en la primera hora.....	43
Tabla 3. Porcentaje de madres que brindaron lactancia materna exclusiva.....	43
Tabla 4. Introducción de líquidos diferentes a la leche materna dentro de los primeros seis meses de vida.....	44
Tabla 5. Lactancia materna exclusiva relacionada con conocimientos sobre lactancia materna.....	46
Tabla 6. Actitudes sobre lactancia materna relacionada con lactancia materna en la primera hora de vida.....	47
Tabla 7. Actitudes sobre lactancia materna relacionada con lactancia materna exclusiva....	47
Tabla 8. Prácticas sobre lactancia materna relacionadas con lactancia materna en la primera hora de vida	48
Tabla 9. Prácticas sobre lactancia materna relacionadas con lactancia materna exclusiva....	48
Tabla 10. Lactancia materna exclusiva relacionada con lactancia en la primera hora de vida.....	49
Tabla 11. Lactancia materna exclusiva relacionada con paridad	49

RESUMEN

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en pacientes que asistieron a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí en el primer semestre del 2016.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La información fue recolectada por medio de un instrumento tipo cuestionario para valorar conocimientos y prácticas sobre lactancia materna. Para evaluar la actitud de la madre hacia la lactancia materna se utilizó una escala modificada tipo Lickert. Los instrumentos fueron aplicados a 100 pacientes que asistieron a educación materna en los meses de enero a junio del 2016, la convocatoria se realizó vía telefónica y acudieron al Centro de Salud de Yaruquí para la evaluación. Los datos fueron ingresados en una base de datos de Excel y procesados en el programa estadístico SPSS versión 21.

Resultados: Del 100% de mujeres que participaron en el estudio, el 78% tienen conocimientos adecuados sobre lactancia materna, 100% prácticas adecuadas de lactancia materna y 64% una actitud adecuada de la madre hacia la lactancia materna.

Del 78% de mujeres con conocimientos adecuados sobre lactancia materna, el 38.5% se encuentra en edades comprendidas entre 18 a 22 años, su nivel de instrucción es secundaria en el 61.5%, estado civil casadas en el 35.9% y 70.5% son multíparas.

Del 100% de pacientes con prácticas adecuadas, el 79% proporcionó lactancia materna en la primera hora de vida y de ellas el 41% mantuvo la lactancia materna exclusiva.

En la actitud de la madre hacia la lactancia materna el 37.5% se encuentran en edades entre 18 a 22 años, el 65.6% tiene nivel de instrucción secundaria, casadas el 40.6% y multíparas en el 68% de los casos.

Conclusiones: Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en pacientes que asistieron a educación materna son adecuados en más de la mitad de los participantes, con mayor prevalencia en mujeres casadas, multíparas y con nivel de educación secundaria.

Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna no influyen únicamente en la lactancia materna exclusiva porque que existen otros factores que intervienen como la lactancia materna precoz, el contacto piel con piel. Es importante mencionar que las mujeres primíparas se beneficiaron de la educación materna mostrando tasas más altas de adherencia a la lactancia materna exclusiva.

ABSTRACT

Objective: Determine knowledge, attitudes and practices about breastfeeding in patients attending maternal education at the Yaruquí Health Center in the first half of 2016.

Methods: A cross-sectional descriptive study was performed. The information was collected through a questionnaire-type instrument to assess knowledge and practices on breastfeeding. The modified Lickert scale was used to assess the mother's attitude towards breastfeeding. The instruments were applied to 100 patients who attended maternal education in the months of January to June of 2016, were located by telephone and went to the Yaruquí Health Center for the study.

The data were entered into an Excel database and processed in the statistical program SPSS version 21.

Results: In the study of 100% of women who participated, 78% had adequate knowledge about breastfeeding, 100% adequate breastfeeding practices and 64% adequate attitude of the mother towards breastfeeding.

Of 78% of women with adequate knowledge about breastfeeding, 38.5% are between 18 and 22 years old, their education level is secondary in 61.5%, married in 35.9% and 70.5% are multiparous.

In the mother's attitude towards breastfeeding, 37.5% are between 18 and 22 years of age, 65.6% have secondary education, married 40.6% and multiparous in 68% of cases.

Conclusions: The knowledge, attitudes and practices about breastfeeding in patients attending maternal education are adequate in more than half of the participants, with a higher prevalence in married, multiparous and secondary educated women.

Knowledge, attitudes and practices about breastfeeding do not only influence exclusive breastfeeding because other factors are involved such as early breastfeeding, skin-to-skin contact. It is important to mention that primiparous women benefited from maternal education by showing higher adherence rates to exclusive breastfeeding.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud reporta que diariamente mueren alrededor de “830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto” y a la vez anualmente mueren 2.7 millones de nacidos vivos y 2.6 millones nacen muertos convirtiéndose en un gran problema mundial. (Organización Mundial de la Salud, 2016), (Wang et al., 2016)

A nivel mundial dentro de los Objetivos del Milenio se planteó la reducción de la mortalidad materno – neonatal, logrando en el Ecuador una disminución del 44% entre los años 1990 y 2015, sin llegar al objetivo propuesto, en el segundo caso se evidencia el cumplimiento de la meta pero persisten un gran número de muerte neonatales. En las actualidad a pesar de todas las estrategias realizadas todavía se evidencia muertes materno neonatales prevenibles, porque la prestación de servicios de salud son aún escasos, hay falta de promoción y prevención de salud convirtiéndose en alternativas de trabajo planteadas en los nuevos objetivos de Desarrollo Sostenible y descritos en la Estrategia Global para la Salud de mujeres, niños y adolescentes 2016 – 2030 que mantiene el mismo enfoque priorizando acceso a los servicios de salud, educación prenatal, natal y posnatal, lactancia materna para disminuir las principales causas de morbi - mortalidad a nivel mundial. (OMS, 2016b), (Every woman & Every child, 2016), (Wang et al., 2016)

En el Ecuador en el año 2012, la mortalidad materna fue de 59,9 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. En el 2013 en la provincia del Guayas la razón de mortalidad materna fue de 31.8 (siendo la más alta registrada) y en Pichincha de 25.3. Todo esto nos indica que no se cumplieron las metas establecidas en los Objetivos del Desarrollo del Milenio pero se

consideró una reducción significativa al comparar con datos de otros países. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

En el Ecuador la tasa de mortalidad infantil en el año 2013 fue de 13 por cada 1000 nacidos vivos en el primer año de vida, de estas muertes el 45% son neonatos y entre el 25 a 45% mueren antes de cumplir un día de vida. (OMS, 2016b) (Tobergte & Curtis, 2013)

Con las premisas señaladas anteriormente se evidencia que existen factores que intervienen en el aumento de estas muertes, como se expone en la encuesta Nacional de Salud y Nutrición - Ecuador 2012 donde más del 50% de niños no recibió lactancia materna en la primera hora después del nacimiento, la cuarta parte recibió en las primeras 24 horas y el restante después de un día de vida. Este problema inicial reduce el periodo de la lactancia materna exclusiva mostrando un descenso del 52.4% al primer mes hasta un 34,5% a los 5 meses contribuyendo al aumento de la desnutrición por privación de nutrientes, aumento de enfermedades por carencia de inmunoglobulinas y otros factores esenciales que fortalecen el sistema inmune del recién nacido lo que ocasiona un aumento de la morbi – mortalidad neonatal pudiendo ser evitable promoviendo lactancia materna en todos los niveles de atención. (OMS, OPS, & UNICEF, 2014)

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador considera que fomentar la lactancia materna es una estrategia nacional importante e incomparable para prevenir la malnutrición y desnutrición crónica que en nuestro medio es un factor importante en la reducción de la mortalidad infantil. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, n.d.)

La leche materna tiene todos los micronutrientes necesarios para nutrir y permitir un adecuado crecimiento de los niños. Además posee inmunoglobulinas que promueven un desarrollo inmunológico sirviendo como un factor protector contra infecciones respiratorias y urinarias, otitis media, meningitis septicemia, infecciones digestivas. (Unicef, 2012), (Schellhorn & Valdés, 2010)

A largo plazo se evidencia que la lactancia materna disminuye el riesgo de desarrollar procesos alérgicos, reduce el desarrollo de diabetes y obesidad, aumenta coeficiente intelectual y promueve una relación estrecha de confianza madre – hijo con un adecuado desarrollo físico y mental. (Departamento de salud de Cataluña, 2012), (Horta & Victora, 2013), (UNICEF, 1999)

La lactancia materna durante el parto y posparto ofrece ventajas a la madre, permitiendo un desprendimiento oportuno de la placenta, disminuyendo la cantidad de sangrado y reduciendo el riesgo de anemia. Otras ventajas incluyen evitar la mastitis, permitir una adecuada involución uterina y confiere protección anticonceptiva durante los primeros 6 meses de vida. (Unicef, 2012)

Como se mencionó en líneas anteriores la educación materna y la lactancia materna son estrategias preventivas importantes para la reducción de enfermedades y muertes maternas – neonatales.

En la actualidad la educación materna se orienta al desarrollo de un plan estructurado que se imparte en el embarazo, parto y puerperio abarcando a la madre en sus aspectos bio -psico - sociales para conseguir madres saludables, con adecuada predisposición permitiéndoles

desenvolverse de manera activa y oportuna durante cada etapa, lo que permite llenar de alegría a la madre y fortifica la relación del padre como miembro activo. (Ministerio de Salud Pública, 2015a)

Las madres que participan en educación materna adquieren conocimientos del proceso del parto lo que permite que ejerzan sus derechos durante el mismo, aumentando el cumplimiento de las normas por parte del personal de salud como el clampeo oportuno del cordón umbilical, colocarlo en el pecho de la madre piel con piel y lactancia materna en la primera hora garantizando una mejor adherencia y prolongación de la lactancia materna sin la utilización de leches maternizadas ni otros líquidos, mejorando los lazos maternos y la actitud de la madre hacia la misma. (Ministerio de Salud Pública, 2015b)

Se establece que todas las unidades maternas infantiles deben propiciar y fomentar la lactancia materna exclusiva, brindar información, enseñar técnicas adecuadas para amamantar reduciendo el consumo de sucedáneos de leche materna. Esto garantiza reducción de la morbilidad perinatal y un mejor vínculo madre – hijo. (Lothian, 2016), (M. Delgado, 2014), (Organización Panamericana de la Salud, 2008a)

Entre otras ventajas se evidencia que las madres que asisten a educación materna tiene una labor de parto más corta con menos necesidad de anestesia peridural porque logran un mejor control del dolor, se evitan valoraciones innecesarias, acuden en trabajo de parto inminente, reducen la posibilidad de parto por cesárea y permiten la participación de forma activa de su pareja durante todo el proceso. (Lothian, 2016), (Chable & García, 2013).

Por lo señalado y tomando la declaración de Alma Ata que manifiesta “ la mejora del estado de salud está determinada por la promoción, prevención y utilización racional de avances tecnológicos” el Centro de Salud de Yaruquí ubicado al noroccidente de Quito, en la provincia de Pichincha perteneciente al Distrito de Salud 17D09 ejecuta la Norma Técnica de Educación Prenatal apoyados en la Guía Técnica de Educación Materna y Preparación para el Parto Humanizado, Respetuoso y Seguro trabajando con temas relacionados al embarazo, parto, puerperio ofertados en seis intervenciones con un tiempo aproximado de 2 horas según el contenido de las mismas, se realiza en grupos de 6 a 10 embarazadas desde la semana 20 de gestación, cada 15 días hasta las 38 semanas. Es importante mencionar que algunas mujeres asisten a educación materna de manera tardía o de forma irregular lo que dificulta el cumplimiento a cabalidad de esta formación. (Ministerio de Salud Pública, 2015a)

Con estas consideraciones y tomando en cuenta que la educación y lactancia materna es una estrategia de promoción para la salud materno infantil es importante saber los conocimientos actitudes y prácticas de las pacientes que asistieron a educación materna en este centro de salud para permitir un fortalecimiento del mismo.

CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. EDUCACIÓN MATERNA

2.1.1. Definición

El término educación materna se considera con una variedad de sinónimos que se han modificado con el pasar del tiempo desde psicoprofilaxis del parto, salud para la maternidad y paternidad, preparación para el nacimiento, educación para embarazo, parto y puerperio, preparación antenatal entre otros.

La educación materna es la formación brindada durante el embarazo y puerperio, que contempla el aspecto físico, intelectual, psicológico y afectivo para lograr entornos apropiados para las madres y sus hijos. (Morales, Wibovich, & Yabar, 2014)

Según Delgado la educación materna es la preparación ofrecida durante la etapa gestacional, que se encarga de acciones preventivas que permitan un adecuado desenvolvimiento de los padres y fortalezcan nuevas redes de apoyo disminuyendo las muertes en periodo perinatal. (M. Delgado, 2014)

En estos momentos la educación materna se orienta al desarrollo de un plan estructurado que se imparte en el embarazo, parto y puerperio abarcando a la madre en sus aspectos bio - psico - sociales para conseguir madres saludables, con adecuada predisposición permitiéndoles desenvolverse de manera activa y oportuna durante cada etapa, lo que permite llenar de alegría a la madre y fortifica la relación del padre como miembro activo. (Ministerio de Salud Pública, 2015a)

2.1.2. Datos históricos

En la historia de la humanidad se considera a la maternidad como una experiencia implícita de las mujeres, que se basa en el sentimiento de amor hacia el hijo y el instinto para su cuidado, considerando que toda mujer era capaz de criar a sus hijos de una manera apropiada. Este antecedente no tomaba en cuenta que existen diferentes circunstancias que influyen en el desempeño de las madres como; la cultura, grupos sociales diferentes y distintas épocas entre otros factores. Por ello se consideró necesario impartir educación materna como un complemento que involucre lo innato y lo aprendido para un cuidado adecuado de los hijos. (Palomar, 2005), (T. Pérez, 2008)

El origen de la educación materna se fundamenta en cuatro escuelas:

- Escuela Inglesa
- Escuela Soviética
- Escuela Francesa
- Escuela Ecléctica

2.1.2.1. *Escuela Inglesa*

Granthy Dick Read en el año 1933 crea la escuela inglesa la cual respaldaba que el temor es un factor primordial para producir dolor. Sostenía que las intervenciones inapropiadas durante el proceso natural del parto producen dificultades en la madre y el niño aumentando la morbilidad y mortalidad. (Dunn, 1994)

El miedo y la tensión materna provocaban aumento del dolor promoviendo un cierre en la cuello uterino con una inadecuada progresión del parto para lo cual planteaba la preparación y educación de las madres sobre el proceso como el acompañamiento durante el mismo evitando así esta triada miedo – tensión – dolor favoreciendo menos tiempo de labor, disminución en el uso de analgésicos, reducción del sangrado en el alumbramiento. (Dunn, 1994)

2.1.2.2. *Escuela Soviética*

Pavlov con su teoría de los reflejos condicionados fue un pilar importante en los fundamentos de la escuela soviética. Formula que los reflejos no condicionados (adquiridos al nacer) y los reflejos condicionados (obtención de respuestas al repetir cierto estímulo con recordatorio periódico), este último aspecto se intensifica al recordar el dolor en los partos anteriores, experiencia ajenas relacionando parto – dolor, mitos religiosos (dolor al parir) y se añade otros factores como umbral bajo de dolor, estado de ansiedad, estrés, separación de familiares y la propia mecánica del trabajo de parto, provocando un cúmulo de razones para aumentar la percepción del dolor en la parturienta.

Su método se basa en lo siguiente:

- Suprimir el reflejo condicionado del dolor creando nuevos reflejos condicionados relacionando al parto con felicidad para provocar un estímulo positivo en la madre. (Gutierrez, 1999)

- El bloqueo del temor es importante para aumentar el umbral del dolor fortaleciendo estímulos positivos, reduciendo estímulos negativos y con ello aumento de la actividad cortical durante la contracción. (Gutierrez, 1999)

El resultado de la aplicación de este método logra un parto sin dolor.

Otros personajes como Velvoski y Nicolaiev, neurosiquiatra y obstetra respectivamente apoyados en lo postulado por Pavlov utilizaron técnica de atención durante el parto a la que pusieron de nombre "Método psicoterapéutico de analgesia en el parto" sin muchas variaciones a la propuesta por su antecesor y basadas en el mismo objetivo que era mitigar el dolor. (Chable & García, 2013)

2.1.2.3. *Escuela Francesa*

Fernand Lamaze y Pierre Vellay en 1952 denominan como "parto sin dolor por el método psicoprofiláctico". Ellos acoplan lo mencionado por Granthy Dick Read, Pavlov, Velvoski y Nicolaiev para un enfoque más complejo. Lo que difiere con las escuelas anteriores es: la participación permanente de la pareja y promueve la respiración acelerada en la etapa expulsiva. (Aguirre, 2012)

2.1.2.4. *Escuela Eclética*

La escuela eclética impulsada principalmente por Frederick Leboyer y Ricardo Gavensky se enfoca en el recién nacido y elementos externos (lugar, iluminación, música, personal que atiende) que impiden un curso adecuado en el momento del parto. (Aguirre, 2012)

2.1.3. Educación materna en el Ecuador

En la actualidad la educación materna se maneja con un enfoque pluricultural y holístico enfocados en aspectos bio – psico – sociales. En el Ecuador se trabaja de manera activa a través del Ministerio de Salud Pública con apoyo del subproceso de Salud Intercultural, promoviendo la operativización del Parto Culturalmente Adecuado en ciertas unidades de Salud dentro de ellas el Hospital Raúl Maldonado Mejía que en el año 2011 inicia con este proyecto previa capacitación e implementación del personal, ofertando educación materna en una sala adecuada para la población de esa zona. (Ministerio de Salud Pública & Hospital Raúl Maldonado, 2011)

Otros establecimientos como el Hospital básico Daule con los centro de salud Nro. 12 y 13, Centro de Salud San Joaquín, Hospital Asdrúbal de la Torre continuaron el proyecto logrando una cobertura a nivel nacional. (Ministerio de Salud Pública, 2015a)

En el Centro de Salud de Yaruquí ubicado en la provincia de Pichincha, cantón Quito, parroquia de Yaruquí, perteneciente al distrito de salud 17D09, hace tres años aproximadamente y aplicando la Norma Técnica de educación prenatal del Ministerio de Salud Pública y la Guía Técnica de Educación materna y Preparación para el Parto Humanizado, Respetuoso y Seguro elaborada por el distrito 17D09 imparte educación materna desde las 20 semanas de gestación a las pacientes que acuden a esta unidad.

2.1.4. Contenidos de las sesiones de educación materna

La realización de estas secciones está tomado de la norma técnica de educación prenatal y Guía Técnica de Educación materna y Preparación para el Parto Humanizado, Respetuoso y Seguro. Las 6 sesiones se imparten entre las 20 y 38 semanas de gestación, cada 15 días con grupos de 6 a 10 personas, con las cuales se trabaja durante 2 horas aproximadamente en el desarrollo según el tema propuesto. (Ministerio de Salud Pública, 2015a)

En las sesiones de educación materna se trata los siguientes temas:

Sesión uno: cambios durante el embarazo y signos de alarma

Sesión dos: atención prenatal

Sesión tres: preparación para el parto

Sesión cuatro: atención del parto y apego precoz

Sesión cinco: puerperio y lactancia

Seis: preparación de la gestante con el ambiente del parto

2.1.5. Desarrollo de las sesiones de educación materna

Antes de iniciar cada sesión se debe revisar los materiales y condiciones del espacio físico que está destinado para dicha actividad. Se establece una relación empática con la gestante incentivando que comente sus inquietudes procurando resolver las mismas.

El desarrollo de cada sesión de educación prenatal consta de lo siguiente:

2.1.5.1. *Bienvenida, registro y evaluación clínica previa*

Para ello se requiere un tiempo aproximado de 5 a 10 min. Se da la bienvenida a las gestantes llenando el registro de asistencia e indagando sobre signos alarma que permitan identificar circunstancias de riesgo sobre las que se debe actuar o se contraindique cierta rutina de la sesión.

2.1.5.2. *Motivación e introducción del tema que corresponda*

Para esta actividad se ocupa entre 5 a 10 min. Procurar la atención de las gestantes realizando una dinámica que ayude a motivar e introducir en el tema, con ello se promueve a expresar por medio de lluvia de ideas o realizando preguntas abiertas inquietudes sobre el tema planteado y se fortalece con experiencias personales de las participantes plasmando de manera imaginaria la idea principal lograda en esta etapa.

2.1.5.3. *Desarrollo de la parte teórica*

El tiempo para esta actividad es de 15 a 20 min.

La teoría debe desarrollarse de tal manera que capte la atención de las participantes, utilizando un lenguaje sencillo y claro. El material didáctico empleado debe contener lo necesario que permita un adecuada comprensión y trabajo en equipo para finalizar se establece una discusión con las participantes resolviendo dudas y ejecutando aclaraciones según sea necesario.

2.1.5.4. *Preparación física*

El tiempo para esta actividad es de 30 a 40 min. La preparación física tiene varios componentes que se van desarrollando progresivamente:

La calistenia entre 3 a 5 min es considerada como ejercicios básicos de calentamiento que permitan una adecuada preparación muscular, se recomienda un ambiente acogedor, música agradable que permita un estado de confort de la paciente. (Del Rio & Diaz, 2015)

La gimnasia gestacional dura 20 min aproximadamente, se ejecuta ejercicios de fortalecimiento de ciertas estructuras anatómicas que provocan la mayor parte de molestias en el estado gestacional como: columna dorso - lumbar, piso pélvico, miembros inferiores entre otros, acompañados de movimientos respiratorios sincrónicos.

Después de la gimnasia entre 20 a 30 min se dedica a relajación física y mental promoviendo a que las gestantes manifiesten la sensación percibida. Por último se indica técnicas correctas de respiración que puede ser respiración habitual rítmica o de ser necesario respiración tipo I profunda (respiración lenta, se inhala por la nariz y se exhala por la boca, dura 3 a 5 seg) permitiendo una adecuada oxigenación materno – fetal y preparen a la madre para las contracciones durante el parto.

2.1.5.5. *Preparación psico - afectiva*

Durante 20 a 30 min se propicia un vínculo afectivo entre la madre y el bebe con el apoyo del acompañante para que la madre exprese sus preocupaciones, temores, dudas propias de este período y se puedan resolver de manera satisfactoria.

2.1.5.6. *Recomendaciones finales y despedida*

En los últimos 10 min se cierra el tema respondiendo preguntas sueltas, se agradece la participación y se motiva que acudan a las próximas sesiones.

2.1.6. Ventajas de la educación materna

La educación materna ofrece ventajas importantes para la madre y su hijo, reportados en varios documentos, mencionaremos a continuación algunas (Solis & Morales, 2012), (Chable & García, 2013), (Lothian, 2016)

Ventajas en la madre:

- Menor carga de ansiedad y temor logrando adecuada respuesta al experimentar contracciones uterinas durante el parto.
- Reduce el número de valoraciones innecesarias porque permite que la paciente reconozcan cuando se encuentra en franca labor, acortando el tiempo de cada una de las fases de labor del parto.
- Se reduce la necesidad de medicamentos y las complicaciones de los mismos.
- Los riesgos obstétricos disminuyen al informar y capacitar a la madre.

- Percibirá de manera positiva la llegada de su hijo, fortaleciendo el vínculo materno y familiar reduciendo el riesgo de depresión postparto.
- Menor riesgo de cesáreas y partos instrumentados.
- Recuperación más rápida y mayor predisposición a la lactancia materna.

Ventajas en el niño:

- Menor riesgo de partos pretérminos.
- Los niños tienen tres veces más riesgo de nacer con peso bajo cuando sus madres no recibieron preparación prenatal.
- Recibe lactancia materna más prolongada.
- Mejora la comunicación madre – hijo intraútero.
- Menor índice de sufrimiento perinatal con mejores puntuaciones de APGAR.

2.1.6.1. *Educación y lactancia materna*

La prestación de servicios o asistencia a programas de educación prenatal y postnatal que incluyan el apoyo familiar, fortalezcan habilidades, participen experiencias, promuevan a la resolución de problemas e inquietudes y se trabaje de manera individual sobre las posibles

barreras que impidan la lactancia materna son soluciones que aumentan las tasas de lactancia materna exclusiva y prolongan durante más tiempo la lactancia de forma complementaria al conocer los beneficios de la lactancia materna ofertados en los servicios de salud. (Schanler & Potak, 2016)

2.2. LACTANCIA MATERNA

2.2.1. Definición

El amamantamiento materno se define como la nutrición del neonato e infante por medio del seno de la madre. (Labbok, 2006)

Según Schanler considera a la lactancia como el proceso de secreción de leche que se prolonga durante el tiempo que permanezca la extracción de forma regular. (Schanler, 2001)

Otra definición a considerar es:

Lactancia materna exclusiva.- consiste en proporcionar al lactante únicamente leche de la madre, no líquidos (incluida agua), no sólidos durante los primeros 6 meses de vida. La excepción es suero oral, suplementos de vitaminas, minerales o medicamentos en goteros. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

2.2.2. Datos históricos

La lactancia materna es tan antigua como el origen de la humanidad, se evidencia registros de utensilios destinados para esta actividad unos 2000 años AC. (E. Hernández, 2008)

Anteriormente esta actividad giraba alrededor de muchos pensamientos regidos por tradiciones, mitos, costumbres provocando tasas bajas de amamantamiento y aumentando la mortalidad materno – neonatal. (Schellhorn & Valdés, 2010)

Antiguamente pensaban que la lactancia materna debilita a la madre, por lo que en clases sociales altas conferían la responsabilidad a las nodrizas quienes eran encargadas de desempeñar este trabajo entre 2 años como mínimo y 4 como máximo. Por tales razones en algunas culturas estas mujeres gozaban de privilegios pero el abandono de la misma traía consigo castigos. (E. Hernández, 2008)

En la prehistoria empieza a tomar importancia el amamantamiento por parte de la madre al evidenciar ventajas en el niño y de no ser posible la utilización de menesteres elaborados con este objetivo con ello reduciendo el riesgo de padecer enfermedades infectocontagiosas aparecidas como pandemias en la segunda guerra mundial (sífilis, VIH) con lo que dio fin al amamantamiento por nodrizas. (E. Hernández, 2008)

Durante varios años se evidencian cambios significativos en lo referente a lactancia materna, en 1938 se produce la implementación de sustitutos de leche materna de manera indiscriminada reduciendo el consumo de leche de la madre, con este antecedente en 1956 un grupo de mujeres de los Estados Unidos crea la Liga de la leche promoviendo la lactancia materna como el vínculo de unión materno durante los primeros años de vida y como un alimento ideal e insustituible para el niño. (La leche league, 2016)

Aproximadamente por el año de 1973 se incrementan las tasas de mortalidad infantil debido al consumo elevado de sucedáneos de leche materna. Cuatro años más tarde la OMS/UNICEF elaboraron un documento que concientice sobre los beneficios de la leche materna, medidas preventivas y apoyo continuo a las madres en periodo de lactancia. (Schellhorn & Valdés, 2010)

A principio de los años ochenta como alternativa a la venta indiscriminable de sustitutos de leche materna se pone en ejecución el Código de comercialización de sucedáneos de leche materna con el propósito de ofrecer a los bebés una alimentación natural y libre de riesgos para la salud. (Organización Mundial de la Salud, 1981)

En 1990 la OMS y la UNICEF establecen la declaración de Innocenti promoviendo a los países a obtener una cultura de lactancia materna. (UNICEF, 1990)

La Iniciativa Hospital Amigo del Niño creada 1991 por la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF con el objetivo de implementar un paquete de servicios manejados a nivel mundial y de país con el fin de hacer cumplir los 10 pasos para una lactancia exitosa la que se maneja en la actualidad realizando periódicamente actualizaciones. (Organización Panamericana de la Salud, 2008a)

2.2.3. Antecedentes legales en el Ecuador

En el Ecuador existen leyes que promuevan y protejan la lactancia materna por los beneficios que esta proporciona en los niños y sus madres, como lo mencionado en el Código de la niñez y adolescencia, en el Reglamento para la Aplicación de la Ley de Fomento, Apoyo y Protección de la

Lactancia Materna que menciona en el Art. 1 lo siguiente: “Derecho a la lactancia.- la lactancia materna es un derecho natural del niño y constituye el medio más idóneo para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo”. (Organización Panamericana de la Salud, 2008b)

Otro aspecto que se deben mencionar es la obligación que tienen las instituciones públicas o privadas que prestan servicios salud en el cumplimiento obligatorio de las normas que promuevan prácticas adecuadas sobre lactancia materna y la prolongación de la misma. Como lo expone en el Art. 2 de la Política de Lactancia Materna, en el literal c “Promover y desarrollar educación continua en lactancia materna, a los equipos de salud, a la familia y a la comunidad” (Constitución de la República del Ecuador, 1995)

La OMS y la UNICEF promueven la lactancia materna por medio de varios documentos publicados al respecto razón por lo que en el año 1983 el Gobierno del Ecuador publican “Las Regulaciones Concernientes a La comercialización de Fórmulas Alimenticias para lactantes y menores de 1 año” con sus respectivas aclaraciones. En el Capítulo II, III, IV del mismo apartado se describen de manera detallada las prohibiciones, encargados y más detalles sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna. (Organización Panamericana de la Salud, 2008b)

El MSP de Ecuador (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016) menciona que cuatro hospitales han adquirido el título de Hospital Amigo del niño por cumplir las políticas mencionadas y efectuar los diez pasos para una lactancia plena que son:

1. Tener de manera escrita la política referente al tema
2. Instruir a las personas de salud sobre esta política
3. Proporcionar información a todas las mujeres gestantes de los beneficios y manera adecuada de proporcionar seno materno

4. Animar para que la madre ofrezca seno materno lo más pronto posible
5. Adiestrar sobre las formas de amamantar a sus hijos y qué deben hacer para continuar haciéndolo a pesar de tener que ausentarse.
6. Educar para que no utilicen ningún líquido diferente a la leche materna, excepto en casos necesarios con supervisión médica.
7. Permitir que todo el tiempo habiten madre e hijo
8. Alentar para que la madre brinde lactancia cuando su bebé lo solicite
9. Procurar la no utilización de chupón ni biberón
10. Ayudar para la conformación de grupos de ayuda en lactancia e incorporar antes del alta hospitalaria

2.2.4. Ventajas de la lactancia materna

Los beneficios de la leche materna son múltiples, se ha realizado estudios que comparen con sustitutos de leche pero la evidencia no aporta beneficios, dejando a la leche materna como único alimento natural insustituible.

Ventajas de la leche materna en el niño:

- Las infecciones digestivas y respiratorias son dos entidades sumamente importantes en el aumento de la morbi – mortalidad infantil que se pueden evitar con el aporte de leche materna exclusiva. Se ha observado que los procesos infecciosos entéricos se reducen y atenúan frente a microorganismos como rotavirus, Shigella, Giardia lamblia, Escherichia coli enterotoxígena. En el caso de infecciones respiratorias existen muchos estudios que apoyan la reducción de procesos respiratorios predominantemente en menores de 6 meses dependiendo del lugar donde se realice

el estudio y las variables que se destinen para el mismo. (Schanler, 2001), (M. Hernández & Aguayo, 2003)

- La lactancia materna proporcionada en los primeros 4 meses de vida confiere protección contra la otitis media aguda recurrente, demostrándose en varios estudios que ofrece protección hasta los 2 años de edad. (M. Hernández & Aguayo, 2003)
- La leche materna al contener IgA fortalece el sistema inmune exclusivamente en los primeros 6 meses de vida protegiendo contra las infecciones de vías urinarias. Los niños que no fueron amamantados tienen 5 veces más riesgo de padecer infecciones de vías urinarias. (Schanler, 2001)

La evidencia sobre los beneficios de la leche materna en las enfermedades crónicas de la infancia es amplia pero sin embargo se presenta datos relevantes como:

- Disminuye riesgo de obesidad según lo manifiesta el artículo “Lactancia materna, alimentación complementaria y riesgo de obesidad infantil”, encuentran que recibir leche materna como mínimo durante los 3 primeros meses de vida reduce el riesgo de obesidad y se aumenta cuando se usa fórmulas maternizadas por periodos largos. (Sandoval, Jimenez, & Olivares, 2016)
- En un estudio de diabetes en población infantil y adolescente, manifiesta la necesidad de dos factores importantes para padecer dicha enfermedad, el primero un factor genético hereditario que facilite la predisposición y el otro relacionado con factores

medioambientales en donde la carencia de lactancia materna aumenta el riesgo. (Schanler, 2001), (M. Hernández & Aguayo, 2003)

- En el desarrollo cerebral la literatura es diversa pero se ha demostrado que la leche materna confiere ácidos grasos esenciales como el ácido docosahexanoico (DHA) contribuyendo al desarrollo cerebral y visual. (Schanler, 2001)
- La lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida mejoran los puntajes en el coeficiente intelectual con una diferencia de 13 puntos, además en los niños con déficit de atención los test de inferencia y lectura fueron mejores. (J. Pérez et al., 2014).
- El amamantamiento fortalece la confianza madre – hijo, obtenido grados altos de satisfacción materna al comparar con madres que no lo realizaron. Para algunos autores este tema es subjetivo. (Schanler, 2001)

Ventajas en la madre:

- La succión del pezón materno produce una estimulación para la producción de oxitocina provocando contracción de las fibras miométricas y reduciendo el sangrado. Evitando las pérdidas excesivas y previniendo la anemia. (Schellhorn & Valdés, 2010)

- La lactancia materna exclusiva (8 a 10 mamadas, no otros líquidos) en presencia de amenorrea se utiliza como método anticonceptivo durante los 6 primeros meses de vida. (UNICEF, 1999)
- Disminuye el riesgo de cáncer de mamas y ovarios con un amamantamiento mínimo de 3 a 7 meses, esto confiere un 20% de protección con relación a una mujer que no lo ha realizado. (Navarro, Juvera, Ortega, Bolaños, & Saucedo, 2015), (Schanler, 2001)
- El riesgo de adquirir osteoporosis se disminuye con la lactancia materna exclusiva, ya que los cambios endócrinos permiten una absorción de calcio por parte del intestino y disminución de la eliminación por el riñón. Se considera que esta protección es inversamente proporcional con el número de hijos por la pérdida ósea que representa cada embarazo. (Jiménez & Aguilera, 2015)

Ventajas para la sociedad:

- La UNICEF menciona que varios países a nivel mundial tienen gastos elevados en sustitutos de leche materna, por ejemplo en Perú el costo anual promedio de los sustitutos de leche materna sobrepasa el sueldo promedio anual, lo que indica que la utilización de leche materna optimiza recursos económicos para la familia. Los servicios de salud que implementaron medidas de promoción de lactancia materna redujeron los ingresos hospitalarios por situaciones prevenibles, logrando disminuir el presupuesto anual. (UNICEF, 2015)

- Otros recursos importantes que se ahorran al promover la lactancia materna son el combustible, el consumo de agua (2 litros al día), el tiempo que utiliza para la preparación de sustitutos de leche la madre o persona encargada. Por estas desventajas mencionadas la promoción de la lactancia es una medida preventiva y de bajo costo que debe ser aplicada. (UNICEF, 1999)

CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1.1. Problema de investigación

En nuestro país es difícil medir los resultados de las acciones preventivas que se realizan en los diferentes niveles de atención, aunque se trabaja con Guías de Práctica Clínica y Normas Técnicas del Ministerio de Salud del Ecuador, la realidad en cada unidad de salud es distinta determinada por varios factores tales como: la experticia del personal encargado, el espacio físico, tipo de población, costumbres, educación, entre otras características que impiden enmarcar en un solo grupo. Por ello es conveniente valorar los conocimientos actitudes y prácticas sobre lactancia materna para tomar medidas preventivas dependiendo de las deficiencias encontradas esta unidad de salud.

En el Centro de Salud de Yaruquí se realiza educación materna en las mujeres embarazadas entre las 26 y 34 semanas de gestación, impartido por el servicio de obstetricia basándose en la norma técnica del Ministerio de Salud y la Normativa realizada por el distrito 17DO9 en donde se abarca el tema de lactancia materna que denota importancia en el estudio.

3.1.2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son actitudes, conocimientos y prácticas sobre lactancia materna de las madres que asistieron a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí en el primer semestre del 2016?

3.1.3. Área del problema

El estudio se realizó en el Centro de Salud de Yaruquí que pertenece al distrito de salud 17 D09 ubicado en la provincia de Pichincha, cantón Quito, parroquia de Yaruquí en las calles Gonzales Suárez y Eugenio Espejo.

3.2. JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta los objetivos del Plan Nacional del Buen vivir 2013 – 2017 y de ellos el tercero, referente a “Mejorar la calidad de vida de la población” que expone la importancia de la promoción de la salud y prevención de enfermedades para reducir la mortalidad materna neonatal. (SENPLADES, 2013) Tomando como precedente este objetivo es necesario fortalecer la educación y la lactancia materna como medidas preventivas en todos los niveles de atención.

Los compromisos planteados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas pretenden conseguir la reducción de la mortalidad neonatal y materna poniendo fin a todas las muertes prevenibles de aquí a 2030 garantizando el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación”. (Organización de las Naciones Unidas, 2015)

Con una visión clara de las necesidades y objetivos del país se expone a continuación los beneficios que aportan la educación y lactancia materna:

Beneficios de educación y lactancia materna:

Dentro de las ventajas citadas por diferentes autores como (Lumbiganon, Martis, & Festin, 2012); (Chable & García, 2013); (Solis & Morales, 2012) tenemos lo siguiente:

- La educación maternal se asoció con una reducción en el número de visitas a la sala de parto antes del inicio del parto.
- Las mujeres que acuden a salud maternal parecen aumentar la duración de lactancia materna siendo esto importante por sus beneficios.
- Disminuye el tiempo de la labor parto y logra mejor control del dolor manejando el temor materno.
- Evita valoraciones innecesarias y acuden en trabajo de parto inminente.
- Promueve un mejor vínculo afectivo con su hijo.
- Participación activa de la madre
- Reduce la posibilidad de parto por cesárea.

- El amamantar inmediatamente permite la salida de la placenta de manera fácil y rápida reduciendo el sangrado y con ello disminuyendo el riesgo de anemia.
- La lactancia permite la involución adecuada del útero y previene alteraciones en la glándula mamaria previniendo la mastitis.
- Se ha encontrado que las madres que proporcionaron seno materno disminuyeron el riesgo de cáncer de mamas y ovarios.
- La lactancia materna exclusiva aporta protección anticonceptiva durante los 6 primeros meses.

Promoviendo lo expuesto en líneas anteriores y con el conocimiento de los beneficios, el presente trabajo permitirá evaluar los conocimientos actitudes y prácticas en las pacientes que asiste al Centro de Salud de Yaruquí para fortalecer estas acciones preventivas.

3.3. OBJETIVOS

3.3.1. General

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en las pacientes que asistieron a educación maternal en el Centro de Salud de Yaruquí en el primer semestre del 2016.

3.3.2. Específico

- Identificar el nivel de conocimientos sobre los beneficios de la leche materna en el niño en las pacientes que acudieron a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí.
- Determinar si la práctica de lactancia materna es adecuada en las pacientes que asistieron a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí.
- Describir actitudes con respecto a lactancia materna en pacientes que asistieron a educación materna.
- Caracterizar el comportamiento materno de la lactancia materna en las pacientes que asistieron a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí.

3.4. PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS

Los conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que asistieron a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí se enmarcan a las recomendaciones internacionales.

3.5. ASPECTO METODOLÓGICO

3.5.1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	ESCALA	MEDIDA ESTADÍSTICA
Edad	Tiempo que ha vivido la persona desde su nacimiento (Real Academia de la Lengua, 2014)	Años	1. 18 a 22 años 2. 23 a 29 años 3. Más de 30	Media Moda Promedio Desviación estándar
Instrucción	Nivel más alto de estudios conseguido hasta el momento. (Muñoz & Peiró, 2001)	Nivel de instrucción	1. Sin educación 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	Porcentaje
Estado civil	Condición de una persona en el orden social establecido por cada sociedad (Real Academia de la Lengua, 2014)	Condición civil actual	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Otro	Porcentaje
Número de partos	Número de hijos nacidos vivos o muertos	Total de partos	1. Multípara 2. Primípara	Porcentaje
Conocimiento de la madre sobre lactancia materna	Se define como datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir una conducta ante una situación determinada (R. Delgado, 2012)	1. Definición de lactancia materna 2. Importancia de la lactancia materna 3. Ventajas de la lactancia 4. Frecuencia de las tomas 5. Duración de la lactancia exclusiva	1. Adecuado (cuando la madre contesta afirmativo la preg. 2,6,7 y 8) 2. Inadecuado (Cuando la paciente no ha recibido información sobre lactancia materna o sobre los beneficios de amamantar)	Porcentaje
Actitud de la madre hacia la lactancia materna	La actitud es la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positivo o	1. Componente cognitivo 2. Componente conductual 3. Componente emocional	1. Adecuada (cuando la paciente considera la lactancia o amamantar necesaria para su bebe más apoyo	Porcentaje

	negativo (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2004)		de la familia o compañero) 2. Inadecuada (cuando la madre refiere que lactancia materna es poco necesaria o innecesaria o no recibe apoyo para el cambio de actitud	
Práctica de lactancia materna en la madre	Se define como la respuesta expresada por la madre sobre la forma que otorga la lactancia al niño (Ubillos et al., 2004)	Acciones que realiza la madre durante el amamantamiento	1. Adecuado (cuando la paciente cita 3 conductas adecuadas en el momento de amamantar 2. Inadecuado (cuando madre no indica por lo menos 3 conductas adecuadas para amamantar	Porcentaje

3.5.2. Diseño de estudio

Se aplicará un estudio descriptivo de corte transversal.

3.5.3. Universo y muestra

3.5.3.1. *Universo*

La Parroquia de Yaruquí ubicada en provincia de Pichincha, cantón Quito, tiene una población de aproximadamente 20000 habitantes (censo 2010), distribuida 49.7% de hombres y 53 % de mujeres.

Al centro de salud de Yaruquí acudieron a educación materna desde el mes de enero hasta septiembre del 2016 un total de 180 pacientes, de las cuales 100 pacientes acudieron en los meses de enero a junio que son las participantes en el estudio.

3.5.3.2. *Muestra*

Para que la muestra sea representativa se utilizó el total del universo que corresponde a 100 mujeres que acudieron a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí en los meses de enero a junio del 2016 y que cumplieron los criterios de inclusión.

El tipo de muestreo a emplear en este estudio es de tipo probabilístico por conveniencia.

3.5.4. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.4.1. *Criterios de inclusión*

- Pacientes que acepten participar en el estudio
- Pacientes que acudieron a educación materna en el centro de salud de Yaruquí entre enero y junio del 2016.
- Pacientes mayores de 18 años

3.5.4.2. *Criterios de exclusión*

- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes que acudieron a educación materna en el centro de salud de Yaruquí fuera de los meses de enero y junio del 2016.
- Se excluyen pacientes adolescentes menores de 18 años por ser consideradas mujeres con riesgo obstétrico y son atendidas en segundo y tercer nivel de atención, además se forman grupos específicos para embarazadas adolescentes fuera de la unidad operativa.

3.5.5. Procedimiento de recolección de información

Se contactó vía telefónica a las pacientes que asistieron a educación materna al centro de Salud de Yaruquí en los meses de enero a junio del 2016 (registro de pacientes que acuden a educación materna), se acordó fecha y hora para la aplicación del instrumento de recolección de datos en el Centro de Salud. El cuestionario está basado en los indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño de la UNICEF y OMS que fueron aplicados en el Centro de San Luis de Lima Perú (Anexo 3) en donde se recopila información relacionada a conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna distribuidos en tres grupos de la siguiente manera:

- Cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna con 15 preguntas (1- 15).
- Cuestionario de práctica de lactancia materna consta de 9 preguntas (16 – 24).
- Cuestionario de actitud de la madre hacia la lactancia materna con escala modificada tipo Lickert con 18 preguntas.

Los datos obtenidos fueron codificados con números que permitan identificar la información obtenida. La documentación se guardó en un archivador cerrado con acceso exclusivo para la autora guardando la confidencialidad.

Los datos se consolidaron en una matriz de Excel utilizando los códigos especificados en la matriz de variables, se ingresó en el programa estadístico informático SPSS versión 21 (Statistical Package for the Social Sciences), obteniendo los datos para la emisión de resultados.

3.5.6. Plan de análisis de datos

3.5.6.1. Códigos a utilizar

Las variables que intervinieron en este estudio se codificaron de la siguiente manera:

Edad, se calcula en años tomando en cuenta el tiempo que ha vivido la persona desde su nacimiento se codificó como: 1 = 18 a 22 años, 2 = 23 a 29 años, 3 = más de 30 años.

Instrucción, mencionando el nivel más alto de estudios se clasificó de la siguiente forma; 1 = sin educación; 2 = Primaria, 3 = Secundaria, 4 = Superior

Estado Civil, denominado como la condición de una persona en el orden social establecido por cada sociedad se expresó como: 1 = Soltero; 2 = Casado; 3 = Unión libre; 4 = Otros

Paridad definida como el número de partos que ha tenido una mujer, se codificó como: 1 = primípara, 2 = multípara.

Conocimientos sobre lactancia materna, se define como datos concretos sobre los que se basa una persona para decidir una conducta ante una situación determinada. Se denominará con 1 a toda respuesta asertiva y con 0 a las respuestas inadecuadas dependiendo de cada pregunta.

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. SI 1; NO 0 | 9. SI 0; NO 1 |
| 2. SI 1; NO 0 | 10. SI 1; NO 0 |
| 3. SI 1; NO 0 | 11. SI 1; NO 0 |
| 4. SI 1; NO 0 | 12. SI 0; NO 1 |
| 5. SI 1; NO 0 | 13. SI 0; NO 1 |
| 6. SI 1; NO 0 | 14. SI 1; NO 0 |
| 7. SI 1; NO 0 | 15. SI 1; NO 0 |
| 8. SI 1; NO 0 | |

Prácticas de lactancia materna, enunciado como la respuesta expresada por la madre sobre la forma que otorga la lactancia al niño. Se considera con 1 a las respuestas positivas en relación a la pregunta y 0 a las incorrectas.

- | | |
|----------------|----------------|
| 16. SI 1; NO 0 | 21. SI 1; NO 0 |
| 17. SI 1; NO 0 | 22. SI 1; NO 0 |
| 18. SI 1; NO 0 | 23. SI 1; NO 0 |
| 19. SI 1; NO 0 | 24. SI 1; |
| 20. SI 1; NO 0 | |

Actitud sobre lactancia materna, establecido como la predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positivo o negativo. Se codificó de la siguiente manera: De acuerdo (DA), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (NI DAED), en desacuerdo (ED). Para el análisis de esa variable se utilizó dos maneras la primera colocando 1 = de acuerdo, 2 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = en desacuerdo.

La otra opción fue utilizar como 1 = a las respuestas afirmativas de acuerdo a la pregunta y 0 = a lo que no estaban de acuerdo ni en desacuerdo y a las preguntas contestadas incorrectamente de la siguiente manera:

1. DA 1; NI DAED 0; ED 0
2. DA 0; NI DAED 0; ED 1
3. DA 1; NI DAED 0; ED 0
4. DA 1; NI DAED 0; ED 0
5. DA 0; NI DAED 0; ED 1
7. DA 1; NI DAED 0; ED 0
8. DA 1; NI DAED 0; ED 0
9. DA 0; NI DAED 0; ED 1
10. DA 0; NI DAED 0; ED 1
11. DA 0; NI DAED 0; ED 1
12. DA 0; NI DAED 0; ED 1
13. DA 0; NI DAED 0; ED 1
14. DA 1; NI DAED 0; ED 0
15. DA 0; NI DAED 0; ED 1

16. DA 0; NI DAED O; ED 1

17. DA 1; NI DAED O; ED 0

18. DA 1; NI DAED O; ED 0

3.5.6.2. *Materiales y métodos*

Se realizó un estudio descriptivo de cada una de las variables edad, sexo, instrucción académica, número de hijos para proceder a los cruces respectivos con las variables conocimientos, actitudes y práctica de lactancia materna, con el objeto de establecer las posibles relaciones existentes.

3.5.6.3. *Técnica de análisis de datos*

La información fue recolectada utilizando la base de datos de asistencia a educación materna, se contactó vía telefónica para programar la asistencia al Centro de Salud de Yaruquí y aplicar el cuestionario. Los datos obtenidos se ingresaron en una matriz de Excel utilizando la debida codificación, se exportaron al programa estadístico SPSS. Para la interpretación de los datos se utilizó el procesador de palabras Word en un computador Intel core 2 Duo.en donde se realizó la investigación.

3.5.7. Aspectos bioéticos

3.5.7.1. *Propósito del estudio*

Las madres y neonatos constituyen grupos prioritarios en el sistema de salud debido a la alta prevalencia de muertes materno – neonatales, por lo que la implementación de estrategias preventivas como: educación maternal, lactancia materna, acceso a los servicios de salud son importantes en todos los niveles de atención.

Esta investigación buscó identificar deficiencias en conocimientos, actitudes y prácticas en lactancia materna y propiciar un manejo integral - holístico a las madres y sus hijos.

3.5.7.2. *Procedimiento*

La recopilación de datos se realizó respetando la autonomía del paciente previo consentimiento informado en el formulario elaborado para el estudio (Anexo 2).

Se utilizó términos sencillos para la elaboración del instrumento de recolección de datos (Anexo 3), el tiempo aproximado es de 20 min para prevenir fatiga mental, cansancio, desconcentración entre otras situaciones que afecten la salud de los participantes.

Las bases de datos impresas y digitales se guardaron bajo estricto resguardo protegiendo la integridad y confidencialidad de los datos.

3.5.7.3. *Obtención de consentimiento informado*

La obtención del consentimiento informado se realizó acorde a los principios fundamentales establecidos por la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud en donde manifiesta dos propósitos fundamentales que son:

- Asegurar que la persona controle la decisión de si participa o no en una investigación clínica.
- Asegurar que la persona participe sólo cuando la investigación sea consistente con sus valores, intereses y preferencias (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, n.d.)

En la elaboración del estudio se procedió a:

- Informar al paciente sobre el tema de estudio, las implicaciones y aportaciones al realizarlo, esto detallado en el Anexo 1.
- Si el participante acepta de manera verbal se procede a la firma del consentimiento informado y se aplicará el formulario (anexo 2) para la recolección de datos.
- Si el voluntario no desea participar o durante el proceso desea retirarse tendrá todo el derecho de hacerlo sin modificar la atención, trato o seguimiento en el Centro de Salud.

3.5.7.4. *Confidencialidad*

Los datos recolectados durante el estudio se protegieron reservando absoluta confidencialidad. Respetando lo mencionado en la Declaración de Helsinki tomado del literal B, numeral 11 que establece: “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”. (Asociación Médica Mundial, 2008)

Por lo mencionado anteriormente los datos obtenidos en físico se protegieron en espacios exclusivos y a la base de datos electrónicos se colocó con claves de acceso únicamente disponibles para la autora del estudio.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.6. ANÁLISIS UNIVARIADO

Para la elaboración de este estudio se aplicó un cuestionario de valoración de conocimientos, actitudes y prácticas a 100 pacientes que asistieron a educación materna en los meses de enero a junio del 2016 en el C.S. Yaruquí. Los resultados encontrados en las variables generales referentes a grupo etario, nivel de instrucción, estado civil y paridad se presentan a continuación:

4.6.1. Datos de variables generales

Edad

Las edades de las pacientes del estudio se encuentran comprendidas entre los 18 a 41 años. Se evidencia que un 78% de mujeres se encuentra entre 18 a 29 años y el 22% restante corresponde a mujeres mayores de 30 años.

Estado civil

En lo que refiere al estado civil, el 28 % fueron solteros, el 34% casados y un porcentaje del 38 % estaban en unión libre, siendo éste último el grupo más numeroso.

Nivel de instrucción

Del total de participantes un 63 % tienen instrucción secundaria, un 23% primaria, un 13% educación superior y por último, el 1% sin educación.

Número de partos

Se puede observar que el 68% de mujeres son multíparas y 32% son primíparas.

Tabla 1. Relación entre variables generales del estudio

RANGO	ESCOLARIDAD					ESTADO CIVIL					PARIDAD		
	SIN EDUCACIÓN	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	TOTAL	SOLTERA	CASADA	UNIÓN LIBRE	OTRO	TOTAL	PRIMÍPARA	MULTÍPARA	TOTAL
18 - 22	0	4	29	6	39%	18	5	16	0	39%	29	10	39%
23- 29	1	11	24	3	39%	10	14	15	0	39%	2	37	39%
MAS DE 30	0	8	10	4	22%	0	15	7	0	22%	1	21	22%
TOTAL	1%	23%	63%	13%	100%	28%	34%	38%	0%	100%	32%	68%	100%

Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna Centro de Salud de Yaruquí 2016

Elaborado por: Md. Ana Guartatanga

4.6.2. Conocimientos sobre lactancia materna

En el estudio el 78% de mujeres tienen conocimientos adecuados sobre lactancia materna, en comparación con el 22% de mujeres que tienen conocimientos inadecuados.

4.6.3. Actitud de la madre hacia la lactancia materna

El 64% de pacientes tienen una actitud adecuada en lactancia materna, en comparación del 36% que poseen una actitud inadecuada.

4.6.4. Práctica sobre lactancia materna

Con respecto a la práctica tenemos que el 100% de madres que intervinieron en el estudio tienen buenas prácticas.

4.6.5. Lactancia en la primera hora de vida

De las 100 madres que se contestaron esta pregunta, el 79% dio de lactar en la primera hora de vida del recién nacido, mientras que el 21% no lo hizo.

Tabla 2. Porcentaje de madres que brindaron lactancia materna en la primera hora de vida.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	79	79.0	79.0	79.0
	NO	21	21.0	21.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna Centro de Salud de Yaruquí 2016
Elaborado por: Md. Ana Guartatanga

4.6.6. Lactancia materna exclusiva

De las personas que intervinieron en el estudio el 41% proporcionó lactancia materna exclusiva y el 59% no lo realizó.

Tabla 3. Porcentaje de madres que brindaron lactancia materna exclusiva

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	
SI	41%
NO	59%
TOTAL	100%

Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna Centro de Salud de Yaruquí 2016
Elaborado por: Md. Ana Guartatanga

4.6.7. Introducción de líquidos diferentes a la leche materna

El 59% de niños recibieron algún líquido diferente a la leche materna dentro de los 6 primeros meses de edad; mientras que el 41% no lo hicieron por lo tanto recibieron lactancia materna exclusiva.

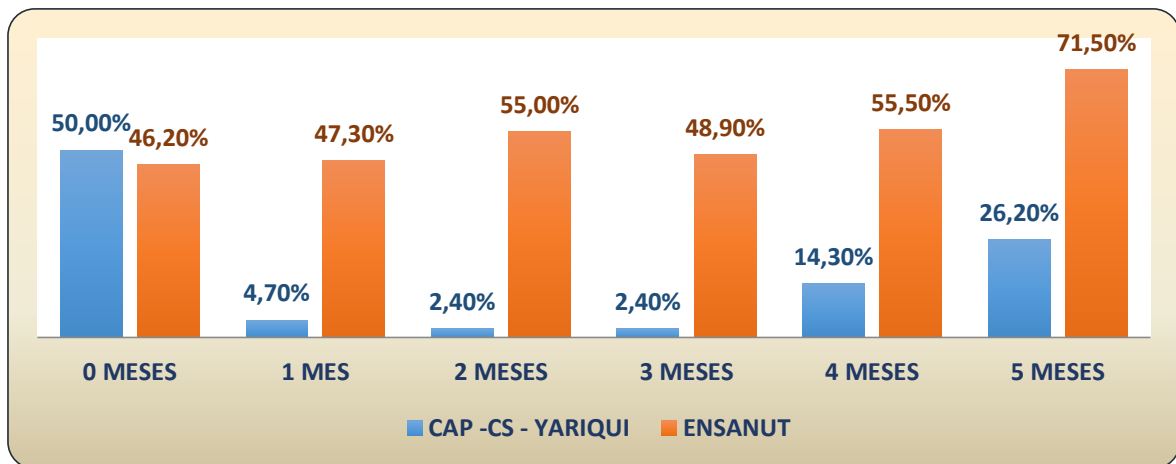
Tabla 4. Introducción de líquidos diferentes a la leche materna dentro de los primeros 6 meses de vida

Válidos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	SI	59	59.0	59.0	59.0
Válidos	NO	41	41.0	41.0	100.0

Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna Centro de Salud de Yaruquí 2016
Elaborado por: Md. Ana Guartatanga

Del total de niños que recibieron un líquido diferente a la leche materna, se encuentran distribuidos por edades de la siguiente forma: el 50% lo hizo antes de cumplir el primer mes de vida, mientras que el restante entre el primer y quinto mes con un porcentaje del 26.2% en este último.

Gráfico 1. Introducción de líquidos diferentes a la leche materna en menores de 6 meses de edad relacionados con ENSANUT

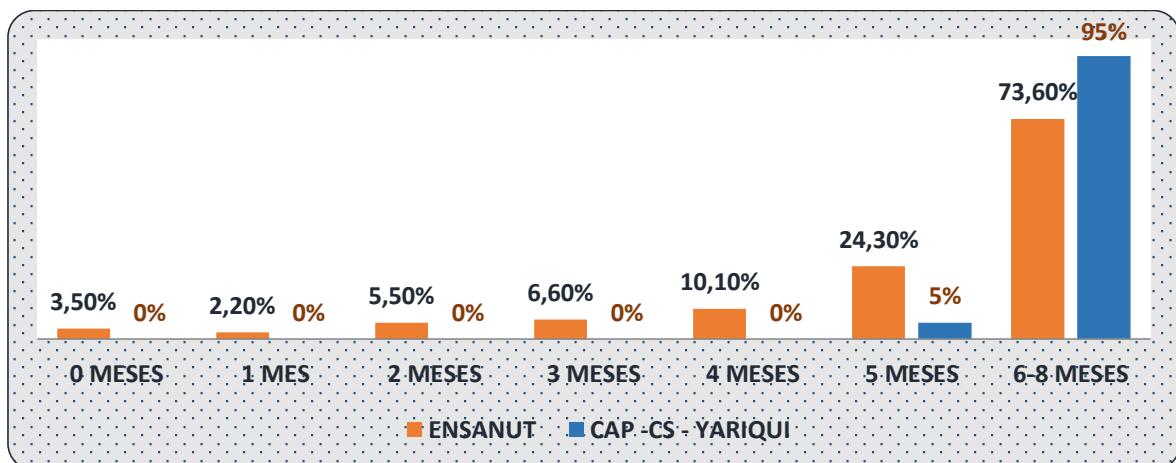


Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna Centro de Salud de Yaruquí 2016
Elaborado por: Md. Ana Guartatanga

4.6.8. Introducción de alimentos sólidos o semisólidos y edades

Se observa que de 0 a 4 meses no han introducido alimentos sólidos o semisólidos, el 5% introduce a los 5 meses y el 95% entre el sexto y octavo mes de vida.

Gráfico 2. Introducción de alimentos sólidos o semisólidos relacionado con la edad y comparados con ENSANUT



Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna Centro de Salud de Yaruquí 2016
Elaborado por: Md. Ana Guartatanga

4.7. ANALISIS MULTIVARIADO

Dentro del análisis multivariado se ha relacionado diferentes combinaciones de variables según las necesidades para el estudio.

4.7.1. Conocimientos sobre lactancia materna y lactancia materna exclusiva

De las pacientes con conocimientos adecuados sobre lactancia materna el 59% de ellos dio un líquido diferente a la leche materna antes de que el niño cumpla los seis meses de edad y el 41% mantuvo la lactancia materna exclusiva.

Tabla 5. Lactancia materna exclusiva relacionada con conocimientos sobre lactancia materna

		CONOCIMIENTO			
		ADECUADO		INADECUADO	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
A recibido su hijo/hija algún líquido diferente a la leche materna	SI	46	59.0%	13	59.1%
	NO	32	41.0%	9	40.9%
	Total	78	100.0%	22	100.0%

Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna Centro de Salud de Yaruquí 2016
Elaborado por: Md. Ana Guartatanga

4.7.2. Actitudes sobre lactancia materna y lactancia en la primera hora

En la tabla se evidencia que del total de mujeres con actitudes adecuadas el 76.6% amamantaron en la primera hora de vida y el 23.4% no lo hicieron.

De las pacientes con actitudes inadecuadas el 83.3% brindaron lactancia materna en la primera hora comparada con un 16% que no.

Tabla 6. Actitudes sobre lactancia materna relacionada con lactancia en la primera hora de vida

		ACTITUD			
		ADECUADO		INADECUADO	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Dentro de la primera hora de nacido su bebe, recibió seno materno	SI	49	76.6%	30	83.3%
	NO	15	23.4%	6	16.7%
	Total	64	100.0%	36	100.0%

Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna Centro de Salud de Yaruquí 2016
Elaborado por: Md. Ana Guartatanga

4.7.3. Actitudes sobre lactancia materna y lactancia materna exclusiva

De las pacientes con actitud adecuada el 42.2% proporcionó lactancia materna exclusiva, en comparación con el 38.9% con conocimiento inadecuados.

Tabla 7. Actitudes sobre lactancia materna relacionada con lactancia materna exclusiva

		ACTITUD			
		ADECUADO		INADECUADO	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
A recibido su hijo/hija algún líquido diferente a la leche materna	SI	37	57.8%	22	61.1%
	NO	27	42.2%	14	38.9%
	Total	64	100.0%	36	100.0%

Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna Centro de Salud de Yaruquí 2016
Elaborado por: Md. Ana Guartatanga

4.7.4. Prácticas sobre lactancia materna y lactancia materna en la primera hora

De las madres con prácticas adecuadas el 79% de niños recibió seno materno en la primera hora de vida.

Tabla 8. Prácticas sobre lactancia materna relacionada con lactancia en la primera hora de vida

		PRACTICA			
		ADECUADO		INADECUADO	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Dentro de la primera hora de nacido su bebe, recibió seno materno	SI	79	79.0%	0	0.0%
	NO	21	21.0%	0	0.0%
	Total	100	100.0%	0	0.0%

Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna Centro de Salud de Yaruquí 2016
Elaborado por: Md. Ana Guartatanga

4.7.5. Prácticas sobre lactancia materna y lactancia materna exclusiva

Como se mencionó en líneas anteriores se evidencia que todas las pacientes que intervienen en el estudio tienen prácticas adecuadas y el 59% le dan un líquido diferente a la leche materna antes de los 6 meses de edad.

Tabla 9. Prácticas sobre lactancia materna relacionada con lactancia materna exclusiva

		PRÁCTICA			
		ADECUADO		INADECUADO	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
A recibido su hijo/hija algún líquido diferente a la leche materna	SI	59	59.0%	0	0.0%
	NO	41	41.0%	0	0.0%
	Total	100	100.0%	0	0.0%

Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna Centro de Salud de Yaruquí 2016
Elaborado por: Md. Ana Guartatanga

4.7.6. Lactancia materna exclusiva y lactancia en la primera hora de vida

Del 41% de madres que dieron lactancia materna exclusiva el 87.8% proporcionó lactancia materna en la primera hora de vida, mientras que el 12% no lo hizo.

Tabla 10. Lactancia materna exclusiva relacionada con lactancia en la primera hora de vida

		A recibido su hijo/hija algún líquido diferente a la leche materna			
		SI		NO	
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Dentro de la primera hora de nacido su bebe, recibió seno materno	SI	43	72,9%	36	87,8%
	NO	16	27,1%	5	12,2%
	Total	59	100,0%	41	100,0%

Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna Centro de Salud de Yaruquí 2016
Elaborado por: Md. Ana Guartatanga

4.7.7. Lactancia materna exclusiva y paridad

El 46.9% de pacientes primíparas y el 38.2% de mujeres multíparas proporcionaron lactancia materna exclusiva en contraste con el 53.1% de primíparas y el 61.8% de multíparas que no lo hicieron. Con un valor de p de 0.67 no estadísticamente significativo.

Tabla 11. Lactancia materna exclusiva y paridad

	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA					
	SI		NO		TOTAL	
PRIMÍPARAS	15	46,90%	17	53,10%	32	100,00%
MULTÍPARAS	26	38,20%	42	61,80%	68	100,00%

Fuente: Cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna Centro de Salud de Yaruquí 2016
Elaborado por: Md. Ana Guartatanga

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La mortalidad y morbilidad materno – neonatal constituyen dos problemas de gran magnitud a nivel mundial que se podrían controlar a través de medidas preventivas como la educación materna y la lactancia materna (OMS, 2016a), por tal razón determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la lactancia materna es importante para fomentar nuevas estrategias que permitan un mejor desempeño de las madres.

Los datos obtenidos de las variables edad, nivel de instrucción, estado civil se relacionan con lo encontrado en el censo del 2010 y en la Encuesta Nacional de Salud en donde la edades de mayor fecundidad están entre 20 a 24 años, más del 50% son casados y unión libre y el 30.3% de madres de niños menores de 5 años de zonas rurales alcanzan educación secundaria. La similitud encontrada se debe a que la muestra está conformada por mujeres en edades de mayor fecundidad lo que favorece que las otras variables coincidan. Datos parecidos se encuentran en países cercanos posiblemente por las características sociodemográficas parecidas. (INEC, 2013), (Campoverde & Chocho, 2014), (OMS et al., 2014)

El número de partos encontrados en el estudio se relaciona directamente con los datos encontrados en el INEC y en el estudio de la revista CIMEL en donde demuestra que a pesar de existir una reducción de 5.4 a 3 en el promedio de hijos tanto en zonas urbanas como rurales predomina la condición de multiparidad posiblemente por la falta de planificación familiar que en la actualidad persiste en nuestro país. (INEC, 2014), (Espinoza & Tanaka, 2012)(INEC, 2013)

Conocimientos sobre lactancia materna

En este estudio el 78% tienen conocimientos adecuados, las preguntas que se categorizaron como importantes para considerar conocimiento adecuado son: que el niño debe recibir lactancia materna cada vez que lo desee y exclusivamente hasta los 6 meses, la leche materna proporciona al bebé defensas contra enfermedades, los niños que recibieron seno materno son más inteligentes que los que recibieron biberón y la lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y el hijo todas estas consideradas como positivas.

Los datos obtenidos concuerdan con otras publicaciones realizadas en Perú y Guatemala donde los conocimientos sobre lactancia materna oscilan entre 82 y 87% pero se debe considerar que la categorización de las variables es distinta para cada estudio dificultando una comparación ecuánime. (Espinoza & Tanaka, 2012), (Yllescas, 2013), (Espinoza & Tanaka, 2012), (R. Delgado, 2012).

Actitudes sobre lactancia materna

La actitud sobre la lactancia materna se consideró adecuada cuando las mujeres respondieron afirmativamente a la pregunta que durante los 6 primeros meses de vida el bebé debe ser alimentado con leche materna para ser sano fuerte e inteligente y el que el cansancio, la falta de apoyo la tensión de la madre interfiere con la lactancia materna.

La diversidad que existe en el análisis de los datos dificulta relacionarlos directamente, se evidencia una discordancia entre lo encontrado en este estudio (64%) y lo hallado en dos publicaciones realizadas en el Perú en donde los datos oscilan entre 20 y 80% con actitudes

favorable y medianamente favorable, esta diferencia se debe a la zona donde se realizaron rural y urbana respectivamente. Estos datos nos permite concluir que Yaruquí al ser zona rural y tener gran afluencia de personas de zonas urbanas por situaciones laborales impiden englobarle en un solo contexto confirmado como lo demuestra los valores intermedios encontrados en la investigación. (R. Delgado, 2012), (Espinoza & Tanaka, 2012) (Rodriguez & Acosta, 2008).

Prácticas sobre lactancia materna

En lo referente a la práctica el 100% de las madres son catalogadas con práctica adecuada, encontrándose dificultad en el 58% que responden inadecuadamente a la pregunta “Al terminar la lactancia materna retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique” permitiendo trabajar sobre esta deficiencia. Este resultado obtenido difiere de un estudio en Perú en donde el 61.7% tienen prácticas adecuadas, se considera que la variación es por diversos factores que modifican dichas prácticas. (R. Delgado, 2012)

Relacionando entre práctica y conocimientos el estudio CIMEL obtiene valores inferiores en práctica de lactancia materna con valores superiores de conocimientos, siendo inversamente en este estudio donde el total de la muestra conoce la práctica pero el 78% tienen un conocimiento adecuado posiblemente por la diferencia de preguntas obtenidas en la recolección de datos (Espinoza & Tanaka, 2012).

Lactancia materna

La OMS y la UNICEF emiten directrices para que los estados garanticen la lactancia materna y se logre implementar prácticas adecuadas como promover la lactancia materna en la primera hora de vida, no dar ningún otro líquido que no sea leche materna cada vez que el niño lo desee en el día y la noche, no utilizar biberones, ni tetinas, ni chupetes. Con este preámbulo es importante manifestar que el 79% de pacientes en el estudio proporcionó lactancia materna en la primera hora y el 41% mantuvo la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses esto se comparó con el 54.6% y el 34.7% respectivamente reportados en ENSANUT, porcentajes del 87,7% en Madrid y 51% en Colombia en lo referente a lactancia en la primera hora y cifras que oscilan entre 54.7 % (Coruña), 12.8% (Madrid 22.8% (Brasil), 57% (Perú) para lactancia materna exclusiva demostrando que esta población oscilan en cifras intermedias en el cumplimiento de dos recomendaciones internacionales para la lactancia materna lo que permitiría cumplir el objetivo de aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en un 50% al 2025. Estos avances posiblemente se dieron por la concientización en el personal de salud sobre la importancia de la lactancia materna y por considerar que la asistencia a educación materna aumenta la prevalencia, duración y exclusividad de la lactancia existiendo una asociación directa entre el aumento de la tasa de lactancia materna exclusiva en mujeres primíparas y los conocimientos de los beneficios que proporciona la lactancia materna ofertados en las unidades de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2016), (OMS et al., 2014), (Rodriguez & Acosta, 2008), (M. Martínez, Grifo, Canicatti, Sanz, & Hindi, 2004), (Benjumea, Falla, & Jurado, 2013), (Sandoval et al., 2016), (Tizon, 2015), (Oribe, Lertxundi, Basterrechea, Begiristain, & Villar, 2015), (G. Martínez, Gallardo, Martínez, Manrique-Tejedor, & Ruiz, 2016)

En lo referente a conocimientos sobre lactancia materna y las variables instrucción y paridad tenemos que los porcentajes más altos de lactancia materna exclusiva se encuentra en niveles de educación inferiores y los más bajos en nivel de instrucción superior corroborado con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, contrariamente hay estudios que demuestran que la escolaridad y multiparidad aparece como una ventaja para la prolongación de la lactancia materna exclusiva. Sin embargo tenemos un artículo en España sobre Inmigración y factores relacionados con lactancia materna donde manifiesta que la paridad y escolaridad materna en inmigrantes no tiene influencia sobre la lactancia materna exclusiva. Al encontrarnos con esta diversidad de información podemos mencionar que los conocimientos no son una fuente principal en el mantenimiento de la lactancia materna y que existen otros factores que intervienen en el como: la ocupación de la madre, costumbres, lugar de origen, creencias entre otras. (Suárez, Madurga, Villagrasa, Aznar, & Martínez, 2013), (OMS et al., 2014)

En lo referente a la introducción de líquidos en los primeros 6 meses de vida el estudio demuestra que antes del mes de edad un gran porcentaje ofrece al bebé líquidos diferentes a la leche materna que puede deberse a varias causas que no fueron estudiadas, pero conforme avanza los meses se evidencia una reducción importante de la ingesta de líquidos posiblemente relacionada con el acceso de las madres a educación materna o posiblemente porque la mayor parte de las madres que acuden a esta unidad de salud se dedican al cuidado de los hijos lo que permite la prolongación de la lactancia materna exclusiva. Es diferente en las madres que trabajan quienes abandonan tempranamente la lactancia por la falta de políticas laborales que protejan a la madre durante este periodo como lo hacen varios países.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Un porcentaje alto tiene conocimientos sobre lactancia materna, se tomó en cuenta los beneficios que proporciona la leche materna otorgando defensa contra enfermedades, mejora el vínculo afectivo entre la madre y el hijo, la lactancia se debe mantener de manera exclusiva los primeros seis meses de vida y los niños que consumen leche materna son más inteligentes.
- Más de la mitad de las madres tienen una actitud adecuada hacia la lactancia materna considerando como adecuada si realiza la afirmación que lactancia durante los primeros 6 meses de vida hace a los niños sanos, fuertes e inteligentes, como también que el cansancio, la falta de apoyo y la tensión de la madre son factores que interfieren con la lactancia.
- En lo referente a la práctica del cien por ciento de las madres con prácticas adecuadas más de la mitad de las madres tuvieron dificultad cuando se menciona que al terminar la lactancia se retira el pezón y areola espontáneamente o introduce el dedo meñique, por lo que se debe trabajar en la misma.
- Una gran proporción de pacientes dio lactancia materna dentro de la primera hora de nacido y esta práctica se relacionó con el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.

- El nivel de instrucción bajo mantiene tasas más altas de lactancia materna exclusiva
- Las mujeres primíparas se benefician de la educación materna teniendo tiempos más prolongando de lactancia materna exclusiva.
- La capacitación permanente y la metodología utilizada por el personal sanitario en las sesiones de educación materna determina la exclusividad de la lactancia por la madre.

6.2. RECOMENDACIONES

- Se debería realizar un estudio que evalúe el programa de educación materna donde incluya madres, profesionales sanitarios y sistema de salud cuyos hallazgos encontrados y debidamente analizados servirían para elaborar estrategias y mejorar la salud materno – infantil.
- Se debería realizar un estudio de causalidad para conocer los factores que intervienen en la introducción de líquidos antes del primer mes de vida.
- Capacitar y concientizar de manera continua al personal del Centro de Salud para promover la lactancia materna.
- Realizar un estudio que intervenga todo el distrito 17D09 con el objetivo de conocer debilidades y fortalezas de cada unidad para un mejoramiento continuo.

- Buscar espacios en la Unidad de Salud que permitan fortalecer las técnicas de lactancia y el apoyo con grupos similares.

6.3. LIMITACIONES

- Las características de la población estudiada no permiten extrapolar a otros grupos de manera satisfactoria.
- Existen variables en la población que deben ser estudiadas para buscar la causalidad de las mismas
- Este estudio no advierte sobre asociaciones reales de las variables solo permite señalar la relación o asociación que podría existir entre las variables.
- No se puede obtener medidas estadísticas específicas que estimen el riesgo.
- No hay un estudio similar en el distrito que permita una comparación
- Es necesario realizar una comparación con madres que no han recibido educación materna para poder valorar el efecto proporcionado por la intervención.
- El estudio no incluyó ciertas variables que pueden ser determinantes en la lactancia materna como creencias, costumbres, ocupación, etnia etc.

- No se evaluó la metodología con la que se imparte la educación materna en el Centro de Salud para proponer alternativas de cambio de ser necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre, C. (2012). *Psicoprofilaxis Obstétrica Y Estimulación Prenatal*.
2. Asociación Médica Mundial. (2008). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. In *Asociación Médica Mundial* (pp. 1–8). <https://doi.org/10.1177/1524839913507280>
3. Benjumea, M., Falla, N., & Jurado, L. (2013). Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Colombia. *SCIELO*, (2), 66–78.
4. Campoverde, Z., & Chocho, M. (2014). *Estrategia educativa en lactancia materna para adolescentes embarazadas que asisten al Centro de Salud N°1 Pumpango, Cuenca, 2014*.
5. Chable, G., & García, K. (2013). Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal. *Rev Sanid Milit Mex*, 67(3), 106–114. Retrieved from <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=46188>
6. Constitución de la República del Ecuador. Ley de Fomento, Apoyo y Protección a la Lactancia materna (1995).
7. Del Rio, R., & Diaz, A. (2015). Calistenia: Volviendo a los orígenes. *Revista Digital de Educación Física*, 33(33), 87–96.
8. Delgado, M. (2014). Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil. *Matronas*, 15(4), 137–141. Retrieved from [file:///C:/Users/Georgina/Downloads/revision-educacion-maternal \(1\).pdf](file:///C:/Users/Georgina/Downloads/revision-educacion-maternal%20(1).pdf)
9. Delgado, R. (2012). *Conocimiento , actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis , 2009. Facultad De Medicina Humana Escuela De Post - Grado*.

10. Departamento de salud de Cataluña. (2012). Guía para embarazadas. In *Generalitat de Catalunya. Departament de salut.* (Vol. XXXIII, pp. 81–87).
<https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
11. Dunn, P. M. (1994). Dr Grantly Dick-Read (1890-1959) of Norfolk and natural childbirth. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 71(2), F145–F146. <https://doi.org/10.1136/fn.71.2.F145>
12. Espinoza, V., & Tanaka, Z. (2012). Conocimientos , Actitudes Y Prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con diarrea aguda infecciosa. *CIMEL*, 17(2), 82–88. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/717/71729116006.pdf>
13. Every woman, & Every child. (2016). *The global strategy for women’s, children’s and adolescents health. United Nations.*
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
14. Gutierrez, G. (1999). Ivan P etrovich Pavlov. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31(3), 557–560. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/805/80531311.pdf>
15. Hernández, E. (2008). Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. *Rev. Enfermería Actual En Costa Rica.*, 1–6.
16. Hernández, M., & Aguayo, J. (2003). Lactancia materna. Últimas evidencias. *Anales de Pediatría Continuada*, 1(3), 175–180. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(03\)71611-4](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(03)71611-4)
17. Horta, B., & Victora, C. (2013). Long-term health effects of breastfeeding. *World Health Organization*, 129(8–9), 57–64. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20960419>
18. INEC. (2013). Mujeres y hombres del Ecuador en Cifras III serie información

- estratégica. *IINEC*, 184.
19. INEC. (2014). MSP e INEC presentan resultados de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva.
 20. Jiménez, J., & Aguilera, M. (2015). Lactancia materna como factor preventivo para la osteoporosis en mujeres adultas. *Nutricion Hospitalaria*, 32(6), 2600–2605. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.6.9047>
 21. La leche league. (2016). Liga de la Leche _ Historia. Retrieved from <http://www.llli.org/>
 22. Labbok, M. (2006). What is the Definition of Breastfeeding. *La Leche League*. Retrieved from <http://www.llli.org/ba/feb00.html>
 23. Lothian, J. (2016). Preparation for labor and childbirth. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/preparation-for-labor-and-childbirth/print?source=search_result&search=psicoprofilaxis materna&selectedTitle=2~150&id=preparation-for-labor-and-childbirth&languageCode=en
 24. Lumbiganon, P., Martis, R., & Festin, M. (2012). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration Cochrane Database of Systematic Reviews breastfeeding duration (Review). *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1607–17. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006425.pub3>
 25. Martínez, G., Gallardo, M., Martínez, M., Manrique-Tejedor, & Ruiz, M. (2016). Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*, (xx). <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.005>
 26. Martínez, M., Grifo, M., Canicatti, A., Sanz, A., & Hindi, B. (2004). Lactancia materna: volviendo a los cincuenta. *Semergen: Revista Española de Medicina de Familia*, ISSN 1138-3593, N°. 4, 2004, Págs. 159-163, 30(4), 159–163.

[https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(05\)72924-5](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(05)72924-5)

27. Ministerio de Salud Pública. (2014). *Informe de mortalidad materna*.
28. Ministerio de Salud Pública. (2015a). Educación Prenatal, Norma Técnica 2015.pdf. Quito.
29. Ministerio de Salud Pública. (2015b). Parto Humanizado, Respetuoso. Quito.
30. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (n.d.). Lactancia Materna _ Ministerio de Salud Pública ecuador. Retrieved from <http://www.salud.gob.ec/lactancia-materna/>
31. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). *Cuatro establecimientos públicos de salud fueron acreditados como “Amigos del Niño.”*
32. Ministerio de Salud Pública, & Hospital Raúl Maldonado. (2011). Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y los recién nacidos. Área de Salud N° 12 Hospital Raúl Maldonado Mejía Cantón-Cayambe. Retrieved from <http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado1.pdf>
33. Morales, S., Wibovich, A., & Yabar, M. (2014). Psicoprofilaxis Obstétrica : Actualización, definiciones y conceptos. *Horizonte Medico*, 14(4), 53–57.
34. Muñoz, I., & Peiró, A. (2001). Material y métodos en un artículo científico. *Enfermería En Cardiología*, 23(2), 37–41.
35. Navarro, M., Juvera, G., Ortega, M., Bolaños, A., & Saucedo, M. (2015). Influencia de los factores reproductivos , la lactancia materna y la obesidad sobre el riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas. *Nutrición Hospitalaria*, 32(1), 291–298. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.9049>
36. OMS. (2016a). *OMS / Mortalidad materna. Organización Mundial de la Salud*. <https://doi.org/entity/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html>
37. OMS. (2016b). Reducción de la mortalidad de recién nacidos.

38. OMS, OPS, & UNICEF. (2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*.
39. Organización de las Naciones Unidas. (2015). Onu (Vol. 16301, pp. 1–40).
40. Organización Mundial de la Salud. (1981). Código de comercialización de sucedáneos de la leche materna (p. 41).
41. Organización Mundial de la Salud. (2013). OMS | Lactancia materna exclusiva. Retrieved from http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
42. Organización Mundial de la Salud. (2016). OMS _ Lactancia materna. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/
43. Organización Panamericana de la Salud. (2008a). *Iniciativa hospital amigo del niño revisión actualizada y ampliada para la atención integral lactancia promoción y apoyo*.
44. Organización Panamericana de la Salud. (2008b). *La Salud en la nueva Constitución 2008*.
45. Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (n.d.). Buenas prácticas clínicas: documento de las Américas.
46. Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., & Villar, M. (2015). Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 4–9.
47. Palomar, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *La Ventana*, 22, 35–68.
48. Pérez, J., Iribar, C., Ibabe, Peinado, J., Miranda, T., & Campoy, C. (2014). Lactancia materna y desarrollo cognitivo ; valoración de la respuesta a la interferencia mediante el “ test de los 5 dígitos .” *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 852–857.

<https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7211>

49. Pérez, T. (2008). El aprendizaje de la maternidad : discursos para la educación de las mujeres en España (siglo XX), 91–117.
50. Real Academia de la Lengua. (2014). Diccionario real academia de la lengua. Retrieved from <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
51. Rodriguez, J., & Acosta, N. (2008). Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia. *Rev. Salud Pública*, 10(1), 71–84.
52. Sandoval, L., Jimenez, M., & Olivares, S. (2016). Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil. *Atencion Primaria*, 48(9), 572–578. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.004>
53. Schanler, R. (2001). Lactancia materna: pruebas que apoyan la lactancia materna. In *Clínicas Pediátricas de Norteamérica* (pp. 1–260). McGraw - Hill Interamericana.
54. Schanler, R., & Potak, D. (2016). Breastfeeding: Parental education and support. *Uptodate*.
55. Schellhorn, C., & Valdés, V. (2010). *Manual de lactancia Materna*. Retrieved from http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Lactancia+Materna#0%5Cnhttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Ulxyj72VZD0C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Manual+de+Lactancia+Materna&ots=jpkU9wqOvV&sig=gwfmLOpWDozw0dCfQK9SE4Qu2_E
56. SENPLADES. (2013). Plan Nacional del Buen Vivir. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
57. Solis, H., & Morales, S. (2012). Impacto de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Horizonte Medico*,

- 12(2), 43–67.
58. Suárez, B., Madurga, L., Villagrasa, M., Aznar, L., & Martínez, G. (2013). Inmigración y factores asociados con la lactancia materna. *Anales de Pediatría*, (xx), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.09.008>
59. Tizon, E. (2015). *Autor : Eva Tizón Bouza*.
60. Tobergte, D. R., & Curtis, S. (2013). Anuario de Estadísticas Vitales; Nacimientos y Defunciones 2012. *Anuario de Estadísticas Vitales; Nacimientos Y Defunciones 2012*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
61. Ubilllos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (2004). Actitudes: Definición Y Medición Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. *Psicología Social, Cultura Y Educación*. Retrieved from <http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
62. Unicef. (2012). Lactancia Materna. *Unicef*, 1, 55. Retrieved from <http://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>
63. UNICEF. (1990). Declaración de Innocenti sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna.
64. UNICEF. (1999). Breastfeeding: Foundation for a Healthy Future, 1–10. Retrieved from www.unicef.org/publications/files/pub_brochure_en.pdf
65. UNICEF. (2015). La leche materna salva vidas, pp. 1–8.
66. Wang, H., Zulfiqar, B., Fullman, N., Gething, P., Barboza, E., Fraser, M., & Kinfu, Y. (2016). Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1725–1774. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31575-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31575-6)
67. Yllescas, C. (2013). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna*

en madres que se separan de su hijo por trabajo. Journal of Chemical Information and Modeling. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO DETALLADO

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en pacientes que asistieron a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí en el primer semestre del 2016.

Propósito

Consentimiento informado dirigido a pacientes que asistieron a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí. Se invita a participar en el estudio de Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en pacientes que asistieron a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí en el primer semestre del 2016.

Investigador principal

- Ana Alexandra Guartatanga Hurtado (Pontificia Universidad Católica del Ecuador matriz Quito).

Organización

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Introducción

Tomando en cuenta que usted acudió a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí, le invitamos a participar en la investigación sobre el tema “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en pacientes que asistieron a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí en el primer semestre del 2016”. Este estudio incluye la realización de una encuesta referente a lactancia materna, el objeto es conocer los beneficios de la educación materna relacionada con este tema. La participación es voluntaria.

Confidencialidad

La información que Usted proporcione solamente la revisará la investigadora y se guardará absoluta confidencialidad. Los documentos obtenidos y la información electrónica se manejan con custodia por medio de ficheros cerrados y claves para precautelar la confidencialidad.

Componentes del estudio

Se realizará una encuesta que conste de datos personales, conocimientos, actitudes y prácticas para obtención de la información, estos documentos se guardarán en archivos cerrados, se analizará por medio de un sistema operativo con clave de uso exclusivo de la investigadora.

Riesgos sobre su Salud

El estudio no tiene riesgo para salud e integridad

Tiempo de Participación

El tiempo de realización del cuestionario dura entre 20 a 30 min aproximadamente.

Los Resultados

Los resultados se lograrán al final del estudio, la información recopilada en el estudio se mantendrá con absoluta confidencialidad.

Costos, incentivos y beneficios

No tiene costos, ni se ofrecen incentivos económicos al participar en este estudio. La ventaja es fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en las pacientes que asisten a educación materna como medida preventiva en el primer nivel de salud.

Si usted decide no participar, no influye en su atención.

Contacto

Si necesita mayor información puede contactarse con Ana Alexandra Guartatanga Hurtado, en el caso de dudas sobre la investigación esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador con quien puede contactarse de ser necesario.

Md. Ana Alexandra Guartatanga Hurtado

Cel: 0999088671

Email: anguhur@gmail.com

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

PG. Medicina Familiar y Comunitaria -MSP

12 de Octubre y Roca

Quito, Ecuador

ANEXO 2: FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He sido invitado a participar en la investigación “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en pacientes que asistieron a educación materna en el Centro de Salud de Yaruquí en el primer semestre del 2016”

Me informaron que tomarán en cuenta a las mujeres que acudieron a educación materna en el Centro de salud de Yaruquí, me realizará una encuesta que será analizada y se reservará mi confidencialidad. El objetivo de este estudio es conocer los conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en mujeres que asistieron a educación materna para fortalecer el mismo.

Se me proporcionó el nombre, número de teléfono y el correo electrónico de la persona que está realizando la investigación.

He leído (o me han leído) la información proporcionada, se me ha respondido inquietudes sobre el tema.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que puedo desistir en cualquier momento sin modificar mis atenciones normales de salud.

Si ____ No ____ Quisiera ser informado de los resultados de este estudio

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico. Nombre del Participante_____

Firma del Participante _____ Fecha _____

Día/mes/año

ANALFABETOS

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente. Nombre del testigo_____

Y Huella dactilar del participante Firma del testigo _____ Fecha
_____ Día/mes/año

ANEXO 3: CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (R. Delgado, 2012)

1. Fecha:

2. Edad:

A CONTINUACIÓN MARQUE CON UNA X SEGÚN LA RESPUESTA QUE CONSIDERE VERDADERA, SI TIENE ALGUNA DUDA POR FAVOR PREGUNTE.

3. Hasta que nivel estudio

No estudió () Primaria () Secundaria () Superior ()

4. Cuál es su estado civil actual

Soltero () Casado () Unión libre () Otro ()

5. En la actualidad cuantos hijos tiene.....

6. Su hijo recibió algún líquido diferente a la leche materna en los primeros 6 meses de vida.....SI () NO ()

7. Su hijo a recibido algún alimento sólido (papilla, puré).....SI () NO () edad

I. CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA MATERNA

PREGUNTAS	SI	NO
1. La lactancia materna NO debe prolongarse más de 6 meses		
2. El niño debe recibir lactancia (seno materno) cada vez que lo desee y exclusiva por 6 meses		
3. Todas las mujeres están preparadas para dar de lactar a sus bebes		
4. La preparación de los pezones facilita la lactancia		
5. La lactancia materna no ayuda a prevenir el cáncer		
6. La lactancia materna proporciona al bebe defensas contra las enfermedades		
7. Los niños que recibieron el pecho materno son más inteligentes que los que recibieron el biberón		
8. La lactancia materna ayuda a establecer una relación de afecto entre la madre y el hijo		
9. Lactancia materna es dar el pecho y agüita al bebe		
10. La leche materna está libre de microbios (parásitos)		

11. La mujer que da de mamar puede comer y beber todo		
12. Hay que comer el doble para poder dar de mamar		
13. Cuando una mujer empieza a trabajar, ya no es posible dar de lactar		
14. La succión por parte del niño estimula la secreción de leche en la madre		
15. La lactancia materna disminuye la posibilidad de sangrado inmediatamente después del parto		

II. PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA

PREGUNTAS	SI	NO
16. Se lava las manos antes de empezar a dar de lactar (dar el seno) al bebe		
17. Se acomoda en la silla para dar de lactar (dar el seno) a su bebe colocando su espalda recta, con los hombros cómodos y relajados		
18. Coloca la cabeza del bebe en la parte interna de su codo y su cuerpo forma una línea recta con la espalda y cadera (nalgas) del bebe		
19. Acerca al bebe hacia el seno colocando en contacto abdomen con abdomen		
20. Estimula el reflejo de búsqueda acercándole el pezón a los labios del bebe		
21. Introduce el pezón y la areola cuando él bebe abre la boca completamente		
22. Los labios del bebe permanecen evertidos (boca de pescado) al tomar el seno		
23. Permite al bebe que coma a libre demanda (lo que desee) aproximadamente 10 a 15 min		
24. Al terminar la lactancia retira el pezón y la areola espontáneamente o introduce el dedo meñique (pequeño) en la comisura del labio		

III. ACTITUD DE LA MADRE HACIA LA LACTANCIA MATERNA (ESCALA MODIFICADA TIPO LICKERT)

PREGUNTAS	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO
1. Durante los 6 primeros meses de vida, él bebe debe ser alimentado solo con leche materna para ser sano, fuerte e inteligente			
2. La leche de vaca (leche de tarro) alimenta mejor al bebe que la leche materna			
3. La lactancia materna a libre demanda y exclusiva previene un nuevo embarazo			

4. la madre que amamanta tiene menos posibilidad de padecer cáncer de mama que la madre que no amamanta			
5. la leche artificial es la mejor opción para las madres que trabajan o estudian			
6. Dar de lactar ayuda a la madre a sentirse feliz y realizada			
7. La leche materna le ahorra tiempo y dinero a la familia			
8. El bebe ser alimentado con leche materna desde que nace			
9. Dar de mamar al bebe es doloroso			
10. Un ambiente tranquilo y agradable no es importante para dar de lactar			
11. La lactancia materna malogra el cuerpo de la madre			
12. No todas las mamas tienen suficiente leche para dar de lactar			
13. La leche materna se puede contaminar cuando se conserva en la refrigeradora			
14. El bebe, cuando toma el pecho de su madre recibe amor, seguridad, afecto			
15. El estado de ánimo de la madre influye poco para que tenga más leche			
16. A algunas madres no les agrada dar de lactar a su hijo			
17. El cansancio, la falta de apoyo, la tensión de la madre interfiere con la lactancia materna			
18. Si la madre tiene que ausentarse de la casa por estudio o trabajo deberá extraerse manualmente su leche y conservarla en la refrigeradora			

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN