

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**“TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO EN PUÉRPERAS
PRIMÍPARAS Y SU RELACIÓN CON LA CONSEJERÍA EN
LACTANCIA MATERNA RECIBIDA EN EL SERVICIO DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL MARZO 2015”**

TESIS

Para optar Título Profesional de

Obstetricia

AUTOR

Chirinos Rojas, Ila Lorenza

Lima-Perú

2015

AGRADECIMIENTO

Este logro es sin duda alguna el de mis padres, que desde que me dieron la vida han luchado arduamente por sacar adelante nuestra familia sin vacilar siquiera un momento, siempre poniéndonos a mí y a mis hermanas como prioridad. Con su constante e incondicional ayuda lo hicieron posible, es por ello mi más infinito agradecimiento hacia ellos. Son lo más importante para mí. Los amo.

Algo que también jugó un papel muy importante en mi desarrollo académico ha sido la manera en la que un grupo muy especial de personas hizo que durante los momentos críticos emocionalmente en mi vida impidieron de alguna u otra manera que me derrumbe, Super Junior, gracias por todo.

DEDICATORIA

A mi madre Norma.

A mi padre Felipe.

A mis hermanas Lian y Guisú.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	7
2. MÉTODOS.....	18
2.1 Tipo de investigación.....	18
2.2 Diseño	18
2.3 Población	18
2.4 Muestra	18
2.5 Variables	20
2.6 Técnicas e instrumentos.....	20
2.7 Procedimientos y análisis de datos.....	22
2.8 Consideraciones éticas	22
2.9 Consentimiento informado.....	22
3. RESULTADOS	23
4. DISCUSIÓN.....	30
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
5.1 Conclusiones.....	35
5.2 Recomendaciones.....	35
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
7. ANEXOS.....	39
Anexo N° 1: Instrumento de recolección de datos.....	41
Anexo N° 2: Consentimiento informado	43
Anexo N° 3: Operacionalización de variables.....	45

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existe relación entre la técnica de amamantamiento en puérperas primíparas y la consejería en lactancia materna recibida en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal Marzo 2015.

Metodología: Estudio observacional, analítico, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 120 puérperas primíparas, donde el grupo estudio estuvo conformado por 60 puérperas primíparas con consejería de lactancia materna y el grupo comparativo con 60 puérperas primíparas sin consejería de lactancia materna. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba Chi cuadrado y la prueba t de Student con un nivel de confianza del 95%; considerándose como “significativo” un valor $p < 0.05$.

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

Conclusiones: La técnica de amamantamiento en puérperas primíparas se asocia de manera significativa con la consejería en lactancia materna recibida en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Palabras claves: técnica de amamantamiento, lactancia materna, puérperas primíparas.

ABSTRACT

Objective: To determine if there is a relationship between the technique of breastfeeding in postpartum primiparous and breastfeeding counseling, received in the service of Psicoprofilaxis Obstetric at the Maternal Perinatal National Institute March 2015.

Methodology: Observational, analytical, prospective and cross-sectional study. The sample consisted of 120 postpartum primiparous, where the study group consisted of 60 first time pregnant women with breastfeeding counseling and the comparison group with 60 first time pregnant women without breastfeeding counseling. For bivariate analysis, the Chi-square test and Student's t test with a confidence level of 95% was used; considered as "significant" $p < 0.05$ value.

Results: The average age of postpartum primiparous was 25.5 ± 5.3 years. Also, most postpartum women were between 22-30 years (69.2%), were cohabitants (57.5%) and had high school degree (65.8%), followed by higher technical degree (17.5%). The average baby breastfeeding time when major signs of functioning of breastfeeding were observed, was 16.5 ± 5.2 minutes; Also, signs of proper functioning of breastfeeding were characterized by: a close position and facing the mother's breast (75.8%), for a response in which the infant explored the breast with his tongue (94.2%), for an affective bond in which the mother looks at newborn face to face (85.8%), for an anatomy where breasts were soft after sucking (82.5%), for a suction where the cheeks of infants had rounded appearance (72.5%). The average baby breastfeeding time when signs of higher difficulty in suckling were observed was 12.3 ± 3.8 minutes; also in body position, it was observed that the mother's shoulders were tense and leaning over the infant (75.0%), for an answer where the infant was restless or crying (48.8%), for an affective bond in which the mother carried nervously and clumsily to the infant (64.2%), for an anatomy where nipples were flat or inverted after sucking (40.0%) for a suction where it was heard the snapping neonate (70.8%). After evaluating the signs of good performance and difficulty of breastfeeding was observed that the technique used in most cases was regular (50%); while in 28.3% of cases the technique was suitable and 21.7% of cases, inadequate. There was a higher frequency of favorable results in breastfeeding technique when it was received counseling breastfeeding, evidencing relationship between the technique of breastfeeding and maternal counseling ($p < 0.001$), This explains the higher scores in assessing breastfeeding technique in those who received counseling compared to those who did not receive breastfeeding counseling (18.4 vs 10.7; $p < 0.001$). The average age of postpartum primiparous who had a proper breastfeeding technique was 26.4 years; in the group with regular technique the average age was 25.3 years and in the group with improper technique was 24.4 years; also the age group most frequently was 22-30 years.

Conclusions: The technique of breastfeeding on postpartum primiparous is significantly associated with breastfeeding counseling received in the service of Psicoprofilaxis Obstetric at the Maternal Perinatal National Institute.

Keywords: technique of breastfeeding, breastfeeding, postpartum primiparous.

1. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y las asociaciones profesionales de expertos del Perú recomiendan el amamantamiento exclusivo por 6 meses, iniciándolo en la primera hora del nacimiento y continuado hasta más allá de los 2 años, con alimentación complementaria apropiada, como la manera óptima de alimentar al lactante y al niño pequeño. Los esquemas o patrones de alimentación influyen en la nutrición del niño y a su vez condicionan su potencial de desarrollo y crecimiento. Existe consenso en que la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, representa un derecho de los niños, las niñas y de sus madres, que trae aparejado un sinnúmero de beneficios, tanto para los propios bebés, sus progenitoras y familias, como para los estados en los que residen.⁽¹⁾ Asimismo, es importante explicar a los padres las ventajas nutricionales, inmunológicas, psicológicas, económicas y ecológicas que la alimentación natural supone, pero es necesario informar a las madres sobre la fisiología del amamantamiento y sobre la técnica de la lactancia, ya que la lactancia materna no es un instinto sino una capacidad que debe aprenderse.⁽²⁾

El éxito de la lactancia depende mucho de que la técnica de amamantamiento sea correcta, ya que un elevado porcentaje de problemas precoces se producen por errores al poner al bebé al pecho.⁽³⁾ La enseñanza de la técnica tiene efectos probados y duraderos y debe formar parte de la atención rutinaria en las maternidades. Existe amplio consenso sobre los beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida tanto a la madre como a su hijo.⁽⁴⁾ A pesar de ello, muchas mujeres no logran instalar una lactancia exclusiva sin dificultades. La presencia de trauma del pezón y dolor al amamantar se esgrimen como determinantes del abandono de la lactancia. El dolor al amamantar y las grietas en el pezón se reporta en una incidencia de 34% a 96% y hasta un tercio de las mujeres que presentan estas complicaciones cambian la forma de alimentación de sus hijos en las primeras 6 semanas de vida.⁽⁵⁾ La posición adecuada de la madre y el bebé durante la alimentación a pecho así como la toma del pecho por parte del bebé durante la succión se relaciona con la práctica de lactancia exclusiva.⁽⁶⁾

En el Perú, el amamantamiento continua siendo una práctica natural y culturalmente aceptada en el 2010, donde el 98.7% de los niños/as que nacieron en los cinco años anteriores a la ENDES 2012 han lactado alguna vez.⁽⁷⁾ Sin embargo, solo el 52.7% de

niño/as inicia la lactancia en la primera hora de nacido y una tercera parte (30.5%) recibe otros líquidos o alimentos antes de dar la primera mamada, lo cual pone en riesgo la duración de la lactancia y sus beneficios.⁽⁸⁾ Esto ocurre mayoritariamente en niño/as que han nacido en un establecimiento de salud (33.6%) y en aquellos que recibieron asistencia de un profesional de salud en el parto (33.1%).⁽⁹⁾ A nivel regional, en Ayacucho el 75,0% de los niños lactó en la primera hora de nacido, y en Apurímac, Huancavelica y Loreto el 55,8%, 61,0% y 71% respectivamente, mientras que en Lima y esta práctica solo ocurre en el 42,3% de los niños.⁽¹⁰⁾

Si bien la lactancia materna sigue siendo la forma preferida de alimentar a los recién nacidos en el Perú, es sumamente relevante evaluar las técnicas de amamantamiento, más aun en puérperas primíparas pues según Prendes C. y col las primíparas con mayor frecuencia tienden a abandonar la lactancia materna exclusiva antes del mes (20,3%), en comparación con las múltiparas en las que hubo una mayor tendencia a prolongarla entre 1 y 4 meses.⁽¹¹⁾

Como parte del proceso de investigación fue necesario hacer una revisión de estudios afines previamente realizados, para lo cual se realizó la revisión exhaustiva de diferentes antecedentes investigativos, que a continuación se mencionan:

Sanabria M. y col (2005) realizaron un estudio en Paraguay titulado: "Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal", donde se encuestaron a 328 puérperas. Los resultados mostraron que la edad promedio fue de 24,3 años; asimismo, el 21,3% de las madres fueron adolescentes y el promedio de días de internación fue de 2,4 días. El promedio de controles prenatales fue de 5 controles y el 36% de las madres tuvieron menos de 4 controles. Entre otros hallazgos se encontró que el 39% de las madres recibieron consejos sobre cómo cuidar el pezón. El 74% de las madres dio pecho a su hijo en la 1ª hora y el 70% recibió instrucciones sobre los beneficios de la lactancia materna. El 83% de las madres le dio a su hijo pecho materno exclusivo. Sin embargo, al 57,6% de las madres no se le orienta sobre dónde acudir en caso de dificultades con la lactancia materna. El 39,3% de los recién nacidos no tenía el cuello recto; 28,7% no tenía el cuerpo próximo a la madre; 26,8% no tenía el cuerpo vuelto hacia la madre y un 23,2% no recibían sostén de todo el cuerpo. Se observó en relación a los signos de agarre: 44,2% de los RN no tocaba el pecho materno con el mentón, 31,4% no tenían la boca bien abierta: 40,9% no tenía el labio evertido y 45,7% se veía menos areola por arriba de

la boca, estos hallazgos permitieron llegar a la conclusión que existe una alta prevalencia de oportunidades perdidas en el cuidado de los senos y en aconsejar sobre los beneficios de la lactancia materna, ya que durante el puerperio se observó una alta prevalencia de falencias en la técnica de amamantamiento.⁽¹⁴⁾

Gonzales J. y col. (2009) realizaron en Venezuela un estudio descriptivo titulado: “Promoción de la lactancia materna exclusiva en las embarazadas primigestas, en la consulta prenatal hospital docente “Dr. Raúl Leoni” San Félix estado Bolívar primer trimestre 2009”, para ello se contó con un total de 40 embarazadas, de las cuales los resultados mostraron que el 89% si tuvieron información relacionada con el concepto de la alimentación natural, 87% tuvieron información relacionada al concepto de lactancia exclusiva y 95% tuvieron información relacionada con la fisiología de la glándula mamaria. En cuanto a la percepción de los beneficios, se evidenció que el 89% de las primigestas perciben los beneficios que tiene para el lactante y la madre la lactancia exclusiva, mientras que el 11% no la perciben. Con respecto a la autoeficacia percibida el 95% de las embarazadas primigestas si conocen sobre las técnicas para el amamantamiento y el 5% las desconoce. En la percepción de la relación afecto-lactancia se determinó que el 87% de las embarazadas primigestas si perciben la relación y los sentimientos positivos hacia la lactancia exclusiva mientras que el 13% no la percibe.⁽¹⁵⁾

Moraes M. y col (2011) realizaron un estudio en Uruguay con el título de: “Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria”, para lo cual incluyeron a 204 madres y sus respectivos bebés. Los resultados evidenciaron que la edad materna promedio fue de 24,0 años; asimismo, la edad gestacional promedio de los recién nacidos fue de 39 semanas. La frecuencia de complicaciones fue del 76,5%, de las cuales predominó el dolor al inicio de la mamada (56,3%), seguido de las grietas en el pezón (40,1%) y la ingurgitación mamaria (27,5%). La técnica al amamantar fue en la mayoría de casos buena (71,0%); mientras que en el 20,0% de casos fue adecuada y en el 9% de casos fue mala. Entre otros resultados se halló asociación entre las alteraciones de la posición al amamantar con un OR de 4,78 (IC95% 2,22-10,29) para una técnica con uno o dos parámetros negativos y OR de 7,22 (IC95% 2,34-22,24) para la presencia de 3 o más parámetros incluyendo alteraciones en la toma del pezón por el bebé. Tener grietas en embarazos anteriores se asoció con la aparición de grietas en el embarazo actual con un OR de 3,91 (IC95% 1,66-9,35). Tener hijos previos reduce la aparición de complicaciones OR de 0,31 (IC95% 0,13-0,77); estos hallazgos permitieron llegar a

conclusión que la frecuencia de complicaciones de la lactancia es elevada previa al alta hospitalaria y se asocia a la primiparidad. Además, existió asociación entre las alteraciones de la posición al amamantar; dificultades en la toma del pezón y la succión por parte del bebé con la aparición de grietas del pezón. ⁽¹⁶⁾

Araya Z. y col (2012) realizaron un estudio en Costa Rica titulado: “Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna”, llegando a la conclusión que existe evidencia suficiente que indica que las intervenciones para promover y apoyar la lactancia materna aumentan las tasas de iniciación, duración y exclusividad de esta. La promoción y el apoyo de la lactancia materna se puede lograr a través de intervenciones en el transcurso del embarazo, en el momento del parto, después de este y durante la lactancia; sin embargo, son necesarios más estudios controlados que indiquen si la información que reciben las mujeres sobre lactancia materna en la etapa prenatal, comparada con aquella que se les da solamente en la etapa postparto disminuye el riesgo de abandono de la lactancia materna. ⁽¹⁷⁾

Broche R. y col (2011) realizaron un estudio en Cuba que tuvo como título: “Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva”, para lo cual se incluyó a un total de 96 madres y sus respectivos lactantes. Los resultados evidenciaron un franco predominio fue de madres adolescentes menores de 20 años (41,7%) seguida de las de 20 a 35 años (34,4%) Al relacionar el tiempo de duración de la lactancia materna con las edades maternas observamos que de las 5 madres que no lactaron (5,2%), 3 eran adolescentes y 2 mayores de 36 años. Encontramos que 49 madres abandonaron la lactancia materna antes de cumplir los 4 meses el lactante, y de ellas predominaron las de 20 a 35 años, seguidas de las menores de 20 años con 19,8 y 18,8 % respectivamente. Por otro lado, por un período de 4 a 6 meses mantuvieron la lactancia un total de 31 mujeres, y predominaron las de 20 a 35 años con 12,5 %; y por último, 16 madres dieron de lactaron por más de 6 meses donde se observó predominio de madres menores de 20 años. Además, se observó predominio de lactancia materna mixta al nacimiento (66,7%). Es alarmante observar cómo ya al cuarto mes ningún lactante recibía lactancia materna exclusiva; tomaba lactancia mixta el 32,3 %, y 65 niños tenían lactancia artificial para el 67,7 %. Al sexto mes el 83,3 % de los casos tomaba lactancia artificial. El 100 % de las que tenían adecuado conocimiento lactaron a sus bebés por un período mayor de 4 meses, además, del total de las madres que no lactaron, el 80 % tenía conocimientos deficientes sobre esta, y solo el 11,5 % de las que tenían conocimientos

deficientes lactaron por más de 4 meses; ello llevó a concluir que el nacimiento predominó la lactancia materna mixta, con una tendencia progresiva al uso de la lactancia artificial a partir del cuarto mes. Se encontró mayor frecuencia de madres con conocimientos deficientes sobre la lactancia materna, y fueron estas las que lactaron a sus bebés por menor tiempo. ⁽¹⁸⁾

Ferro M. y col (2005) realizaron un estudio en un hospital de Lima metropolitana titulado: “Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005”, para lo cual se incluyó a un total de 372 puérperas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Los resultados evidenciaron que solamente el 30,1% mostró un nivel de conocimiento bueno con respecto a la lactancia materna, lo que quiere decir que la gran mayoría 69.9% demostraron un conocimiento inadecuado (entre regular y malo). El grupo de adolescentes es el que tiene el porcentaje más alto de conocimiento malo (39,4%) a comparación de las mujeres en edad fértil y añosa. El grado de instrucción es un factor bastante importante cuando se trata de la comprensión y entendimiento de cualquier información. El grupo de puérperas que solo tiene educación primaria presentaron más altos porcentajes de conocimientos malos (32,8%) sobre la lactancia materna. El grupo de solteras se asoció al nivel de conocimiento malo (38,4%), a comparación del grupo de convivientes y casadas. Las empleadas representaron un mayor porcentaje de conocimiento malo de lactancia materna (25,8%), a comparación de las puérperas que se dedicaban a su casa. Asimismo, las estudiantes tienen el más bajo porcentaje de conocimiento bueno (16%). Las mujeres que son madres por primera vez, tienen el porcentaje más alto de nivel de conocimiento malo (23,5%) a comparación de las multíparas y gran multíparas; por último, La ocupación materna no tuvo relación con el nivel de conocimiento en el presente estudio. ⁽¹⁹⁾

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna óptima previene la malnutrición y puede salvar la vida a cerca de un millón de niños. Si se empezase a amamantar a cada niño en la primera hora tras su nacimiento, dándole solamente leche materna durante los primeros 6 meses de vida y continuando dándole pecho hasta los 2 años, cada año se salvarían unas 800 000 vidas infantiles.

A nivel mundial menos del 40% de lactantes menores de 6 meses reciben leche materna como alimentación exclusiva. Asimismo, un asesoramiento y apoyo adecuados en materia

de lactancia materna es esencial para que las madres y las familias inicien y mantengan prácticas óptimas de amamantamiento. La Organización Mundial de la Salud promueve activamente la lactancia natural como la mejor forma de nutrición para los lactantes y niños pequeños. En estas cifras y datos se examinan los muchos beneficios asociados a esa práctica, y se muestra que apoyando enérgicamente a las madres es posible aumentar la lactancia materna en todo el mundo. ⁽²⁰⁾

La lactancia materna está condicionada por múltiples factores relacionados con la madre, el niño o la niña, el ambiente físico y psicológico que rodean este importante proceso. La actitud positiva, el nivel de sensibilización y el conocimiento de los aspectos técnicos por parte de la madre que amamanta, pueden servir de ayuda y ser decisivos para el éxito de la lactancia materna. ⁽²¹⁾

Actualmente la mayoría de las madres conocen la importancia de la lactancia materna tanto para la madre como para el hijo desde el punto de vista nutritivo y de desarrollo así como afectivo y de prevención de patologías; pero algunas madres desconocen que una técnica de lactancia inadecuada puede llegar a ocasionar problemas tempranos en las mamas y con ello, en numerosas ocasiones, el abandono temprano del amamantamiento. ⁽²²⁾ El éxito de la lactancia materna depende de la técnica de amamantamiento que utilice según la necesidad o situación de la madre y su niño o niña, así como de un buen acoplamiento de la boca del niño al pecho de su madre. Existen muchas técnicas para el amamantamiento, pero la más adecuada en cada momento, será aquella en que la madre y el niño se encuentren más cómodos ya que pasarán muchas horas al día amamantando. ⁽²³⁾

La lactancia materna es la forma natural de alimentar al bebé, las madres deben confiar en su capacidad de amamantar y aunque sea un hecho fisiológico y sencillo hay aspectos que enseñar y reforzar, como es la posición. Una postura incorrecta está relacionada con la hipogalactia (insuficiente producción de leche) e irritación del pezón, ambas se solucionan con una buena técnica. ⁽²³⁾

Una madre que da pecho a su hijo responde a la influencia de una amplia constelación de factores, y que ocurren durante todo la lactancia. Resulta significativo en ese sentido, que las niñas que reciben en su primer año de vida, tendrán más posibilidades de dar pecho ellas mismas cuando sean madres. ⁽²⁴⁾ Durante la gestación, junto con controlar periódicamente el estado de salud de la madre y del niño, los profesionales de la salud

calificados en lactancia materna deben motivar a las madres a amamantar y a superar los temores o dificultades que se puedan presentar. En el primer control prenatal debe hacerse un detenido examen de las mamas, se observa la forma, el tamaño, asimetría, indicio de cirugía previa, formación de hoyuelos, descamaciones, cambios de coloración, durezas a la palpación. En cuanto a los pezones, se debe observar si son pequeños, alargados, planos, umbilicados, simétricos, y la textura de su piel. Luego se evalúa su protractibilidad.⁽²⁴⁾

Con el tiempo, la mayoría de las madres aprenden y se hacen verdaderas expertas en amamantamiento, de manera que los niños pueden mamar en diferentes posturas y circunstancias. Sin embargo, las primeras tomas son más difíciles, a veces simplemente porque la madre está dolorida o tiene dificultades para moverse. Muchas madres pueden necesitar ayuda del personal sanitario en la primera toma. Una vez que se ha conseguido una toma adecuada, las siguientes tomas irán mejor.⁽²⁵⁾

Se puede dar el pecho en cualquier circunstancia aunque será más cómodo para la madre un lugar tranquilo, sin mucho ruido y no excesivamente iluminado. Conviene que la madre esté en una postura confortable ya que pasará muchas horas al día amamantando a su bebé. Hay que poner al niño al pecho cuando esté tranquilo y no esperar a que esté llorando de hambre. Es muy difícil enganchar al pecho a un niño llorando. Deben respetarse las posturas que prefiera la madre, que con frecuencia son diferentes en los primeros días, por dolor abdominal o perineal.⁽²⁵⁾

Existen una serie de prácticas que pueden ser utilizadas por la madre para amamantar exitosamente. Poner al niño o niña a amamantar es muy sencillo, si la madre conoce cómo hacerlo o tiene el apoyo necesario. En este sentido, el adecuado manejo de las técnicas favorece el inicio y continuidad de un proceso natural como es la lactancia materna. En las técnicas de amamantamiento se consideran dos aspectos básicos: posición y agarre.⁽²⁵⁾

La posición que debe adoptar la madre cuando amamanta debe ser la más cómoda posible (sentada o acostada), debe estar relajada y dispuesta para dar inicio al proceso. El cuerpo del niño o niña debe estar cerca (contacto piel a piel) del cuerpo de la madre y sostenido con firmeza.

Cuando hablamos de agarre debemos tomar en cuenta que el bebé nace con dos reflejos que favorecen la lactancia, ellos son: el de búsqueda y el de succión. El reflejo de búsqueda ayuda al niño o niña a buscar el pezón de la madre y el de succión le facilita la acción de chupar, siempre y cuando la boca esté abarcando el pezón y la areola. El mentón del bebé debe tocar el pecho de modo de garantizar un buen agarre y propiciar una mayor producción y salida de leche.

Una correcta técnica de amamantamiento tendría como requisitos que:⁽²⁶⁾ la madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada e idealmente un cojín sobre su falda, apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo. Sostiene la mama con los dedos en forma de "C". La madre comprime por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca, al estimular el reflejo de apertura, tocando el pezón a sus labios, ella introduce el pezón y la areola a la boca del niño. Así su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (porque este queda a nivel del paladar blando) y no provoca dolor. El niño frente a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea. Los labios separados y evertidos, preferentemente el labio inferior, cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama. Si se puede introducir un dedo entre la nariz y la mama, quiere decir que el niño está comprimiendo el pezón y no masajeando la areola.

Entre otros aspectos a tener en cuenta a la hora del amamantamiento se debe recordar que:⁽¹³⁾ Sea cual sea la posición a adoptar la cabeza del niño tiene que estar alineada con el pecho de la madre, su boca de frente a la altura del pecho, sin que tenga que girar, flexionar o extender el cuello. Si los labios y la lengua están bien, el bebé mamará correctamente en cualquier posición. La boca del bebé tiene que estar muy abierta, ambos labios evertidos, pecho muy adentro de la boca, el pezón cerca del labio superior pues así deja espacio para que la lengua se situé entre la areola y el labio inferior, ya que el niño mama apretando la lengua hacia arriba y hacia sí. Normalmente se nota que el bebé "trabaja" con la mandíbula, cuyo movimiento rítmico se extiende hasta sus orejas y sienes, y que sus mejillas no se hundan hacia adentro sino que se ven redondeadas. Cuando el bebé succiona de esta manera la madre no siente dolor ni siquiera cuando tiene grietas. La evaluación del amamantamiento permite decidir si una madre necesita ayuda o no, y cómo acompañarla. Se puede entender cómo está funcionando la lactancia

mediante la observación, antes de hacer preguntas. Esta parte de la práctica clínica es tan importante como otras clases de examen, como buscar signos de deshidratación o contar el número de respiraciones de un bebé. Es posible evaluar algunos aspectos cuando el bebé no está amamantando. Otros solamente pueden ser observados si el bebé está prendido al pecho.

Sin embargo, alguien que pretende evaluar el amamantamiento debe hacerse las siguientes preguntas:⁽²⁷⁾ ¿Qué ve en la madre?, ¿Cómo sostiene a su bebé?, ¿Qué ve en el bebé?, ¿Cómo responde el bebé?, ¿Cómo coloca la madre a su bebé para que mame?, ¿Cómo sostiene el pecho durante la mamada?, ¿Se ve que el bebé se prende bien al pecho?, ¿Está el bebé succionando de una forma eficaz?, ¿Cómo termina la mamada?, ¿Parece satisfecho el bebé?, ¿En qué condición están los pechos de la madre? y ¿Cómo se siente la madre al estar amamantando?.

Por otro lado, la psicoprofilaxis obstétrica constituye un proceso educativo de la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé y entorno familiar.⁽²⁸⁾

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

La Guía Técnica establece 6 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, donde en cada una ellas se desarrollan distintos temas educativos para la gestante, las cuales incluyen dentro de ellas la Sesión V: Puerperio y recién nacido, Cuidados en el puerperio, Signos de alarma durante el puerperio, Signos de alarma en el recién nacido, El baño y masajes en el recién nacido, Rol de la pareja y la familia como soporte emocional durante el puerperio y en la atención del recién nacido, Sexualidad en el puerperio, Maternidad y paternidad responsable, planificación familiar, Lactancia materna: técnicas, beneficios, Cambios

psicológicos. Para el estudio se tomará importancia exclusiva a la sesión V de la sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica ya que en ella se desarrolla el tema de Lactancia Materna.

La importancia de la presente investigación radica en que el periodo de gestación constituye el mejor momento para informar a las madres sobre la lactancia materna y como llevarla a cabo con éxito, si deciden amamantar. ⁽¹²⁾ Aunque la lactancia materna se considera un proceso natural, tanto la madre como el bebé precisan de un óptimo aprendizaje ya que el bebé ha de aprender a succionar correctamente el pecho y la madre ha de aprender las pautas de un posicionamiento correcto. ⁽¹³⁾

Es así que se ve por conveniente investigar la información que teóricamente se le brinda a las gestantes durante la atención prenatal brindándole la consejería en lactancia materna y relacionarla con la técnica de amamantamiento ya que por una inadecuada práctica de esta muchas veces se ve frustrado el éxito de la lactancia materna.

Al conocer si esta consejería influye en la conducta de la puérpera primípara para realizar una adecuada técnica de amamantamiento, sería conveniente reforzar esa consejería y tomarle la debida importancia al brindar dicha información durante las atenciones prenatales sobre todo en aquellas pacientes que tengan factores de riesgo.

Teniendo en cuenta la importancia de la relación que posiblemente exista entre las técnicas de amamantamiento de puérperas primíparas y la consejería en lactancia materna que estas hayan recibido, resulta relevante el abordaje en este tema de manera que los resultados a obtenerse, se incorporen en la literatura, y promuevan un enfoque clínico más apropiado que propicie salud y la calidad de atención. Asimismo, el presente estudio será un aporte al conocimiento científico, buscando fortalecer la lactancia materna y promoviendo la formulación de nuevas investigaciones al respecto.

A partir de la realidad anteriormente descrita se plantea la realización del presente trabajo de investigación y para ello se propuso formular el problema de investigación: ¿Existe relación entre la técnica de amamantamiento en puérperas primíparas y la consejería en lactancia materna recibida en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal Marzo 2015?.

Por otro lado los objetivos planteados en el presente estudio incluyen:

Objetivo general

- Determinar si existe relación entre la técnica de amamantamiento en puérperas primíparas y la consejería en lactancia materna recibida en el servicio de psicoprofilaxis obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal Marzo 2015.

Objetivos específicos

- Describir las características de la técnica del amamantamiento en puérperas primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Evaluar la técnica del amamantamiento en puérperas primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Comparar los resultados de la evaluación de la técnica de amamantamiento en puérperas primíparas que recibieron y no recibieron consejería en lactancia materna.

Definición de términos:

- **Consejería en lactancia materna:** Estrategia de ayuda transdisciplinaria de estudio y acción cuyo objetivo es la comprensión integral de las habilidades necesarias hacia el amamantamiento adecuado.
- **Técnica de amamantamiento:** Conjunto de procedimiento que contribuye al éxito de la lactancia materna.

2. MÉTODOS

2.1 Tipo de investigación

Estudio Observacional.

2.2 Diseño

Estudio analítico, transversal, prospectivo, de nivel relacional.

2.3 Población

Puérperas primíparas atendidas en el servicio de hospitalización “E” del INMP en el mes de marzo del año 2015.

2.4 Muestra

Unidad de análisis: Puérpera primípara atendida en el servicio de hospitalización “E” del INMP en el mes de marzo del año 2015.

Tamaño de la muestra: Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la información del Boletín Estadístico del INMP del año 2013, proporcionado por la Oficina de Estadística e Informática donde se pudo concluir que dicho año se realizó 7 578 partos vaginales a pacientes mayores de edad,^{1/} resultando un promedio de 632 pacientes al mes, de ellos se estimó que cerca del 14.8%^{2/} tiene consejería en lactancia materna .Se esperó en un mes observar aproximadamente a 63 pacientes que recibieron consejería de lactancia materna. Teniendo presente los criterios de inclusión y exclusión se consideró un tamaño de 60 pacientes para el grupo de estudio (puérpera que recibió consejería de lactancia materna en el Servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica del INMP) y para mantener la relación de 1 a 1 se seleccionará para el grupo comparativo 60 pacientes (puérperas que no recibieron consejería de lactancia materna).

^{1/} Instituto Nacional Materno Perinatal. Estadísticas 2013. Extraído el 20 de abril de 2015 desde: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/download-estadisticas/1422371837>

² Según Estadísticas del Instituto Nacional Materno Perinatal del 2013, el 14,8% de la población de gestantes atendidas en el INMP están preparadas para el parto sin temor, es decir han recibido Psicoprofilaxis completa.

Tipo y técnica de muestreo: Muestreo no probabilístico, según criterio. La selección se realizó de forma interdiaria en el turno de mañana hasta completar el grupo de estudio (puérperas que recibieron consejería en lactancia materna), mientras que el grupo comparativo (puérperas que no recibieron consejería en lactancia materna) se completó hasta llegar al mismo tamaño del grupo de estudio.

Grupo de estudio

Criterios de inclusión

- Puérperas primíparas de 24 horas postparto con RN.
- Puérperas primíparas que hayan recibido consejería en lactancia materna en el servicio de psicoprofilaxis obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal
- Puérperas mayores de 18 años
- Puérperas de parto vaginal.
- Puérperas con parto en EG a término.
- Puérpera en alojamiento conjunto con RN.
- Puérperas que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Puérperas de parto por cesárea.
- Puérperas que reciban tratamiento por alguna patologías como: VIH (+), TBC, etc.
- Puérperas hospitalizadas en UCI

Grupo comparativo

Criterios de inclusión

- Puérperas primíparas de 24 horas postparto con RN.
- Puérperas primíparas que no hayan recibido consejería en lactancia materna en ningún establecimiento.
- Puérperas mayores de 18 años
- Puérperas de parto vaginal.

- Puérperas con parto en EG a término.
- Puérpera en alojamiento conjunto con RN.
- Puérperas que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Puérperas de parto por cesárea.
- Puérperas que reciban tratamiento por alguna patologías como: VIH (+), TBC, etc.
- Puérperas hospitalizadas en UCI

2.5 Variables

Variable Independiente:

- Consejería en lactancia materna.

Variable Dependiente:

- Técnica de amamantamiento.

2.6 Técnicas e instrumentos

La técnica de trabajo utilizada en la investigación fue la encuesta con la cual se recopiló los datos generales, los signos de buen funcionamiento y los signos de dificultad de la técnica de amamantamiento por lo que la fuente de recopilación de la información fue la fuente primaria. Asimismo, el método de trabajo implicó que para la evaluación de la técnica de amamantamiento se emplee una “Ficha de observación del amamantamiento”,⁽²⁷⁾ donde se evaluaron 6 aspectos durante el amamantamiento como:

- Posición del cuerpo (3 ítems)
- Respuestas (4 ítems)
- Vínculo afectivo (4 ítems)
- Anatomía (4 ítems)
- Succión (7 ítems)
- Tiempo (1 ítems)

Dado que cada aspecto fue observable inclusive el aspecto de vínculo afectivo que tiene una subjetividad mínima, se consideró a cada característica con igual magnitud de aporte para evaluar la aplicación adecuada de la técnica de amamantamiento.

Para la evaluación se procedió a marcar con un check cualquiera de los recuadros por cada ítem de acuerdo a los signos de buen funcionamiento o signos de dificultad en cada aspecto evaluado, luego se contaron los ítems marcados que presentaron signos de buen funcionamiento, los cuales fueron de utilidad para determinar la rigurosidad del empleo de la técnica. El recuento de los ítems marcados con signos de buen funcionamiento y los signos de dificultad sumaron en total 23 puntos, además cada ítem marcado de la columna de buen funcionamiento tuvo una puntuación de 1, mientras que los ítems de la columna con signos de dificultad tuvieron una puntuación de 0.

Para determinar la **calificación final** sobre el empleo de la técnica de amamantamiento se estimaron los rangos de puntuación, a través de la determinación de los puntos de corte obtenidos mediante el cuartil 1 (percentil 25) y cuartil 3 (percentil 75) del puntaje de la escala, los cuales se clasificaron de la siguiente forma:

- Técnica adecuada (19 – 23); >Q3
- Técnica regular (10 – 18); Q1 – Q3
- Técnica inadecuada (1 - 9); <Q1

Los puntos de corte fueron obtenidos mediante el primer y tercer cuartil, asumiendo que los datos presentan una distribución normal, tal es así que aproximadamente el 50% de la población tienen puntuaciones intermedias (10-18), un 25% tiene puntuaciones inferiores a los promedios (1-9) y el otro 25% restante presenta valores superiores a las puntuaciones promedios (19-23).

Asimismo, se empleó una ficha de recolección de datos en donde se registraron datos generales con respecto a las características sociodemográficas (edad, grado de instrucción, estado civil y procedencia).

2.7 Procedimientos y análisis de datos

Los datos fueron ingresados en el programa estadístico SPSS versión 22.0 en español, para su análisis y procesamiento, previo control de calidad del registro en la base de datos, considerando la operacionalización de las variables y objetivos del estudio.

Para el análisis descriptivo o univariado de las variables cuantitativas se determinó medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar); mientras que para las variables cualitativas, se determinaron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para representar los datos se utilizó diagrama de barras y diagrama circular en el programa Microsoft Excel 2010.

Para el análisis bivariado, se hizo uso de la prueba de Chi-cuadrado y la prueba t de Student, con un nivel de confianza del 95%; considerándose como “significativo” un valor $p < 0.05$.

2.8 Consideraciones éticas

Este trabajo cumplió en todo momento con los principios de la bioética tales como la beneficencia, la no maleficencia, autonomía y justicia ya que se contó con un consentimiento informado y Asimismo, el presente estudio seguirá los lineamientos éticos para la investigación en salud propuestos en la Declaración de Helsinki, la cual insta a los involucrados en la investigación en seres humanos a "velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente", pues es deber del profesional de la salud 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, los cuales se garantizaron en el presente estudio.

2.9 Consentimiento informado

Durante el transcurso del estudio se solicitó a toda paciente su consentimiento de participación, previa exposición de la finalidad y objetivos del estudio, para garantizar la voluntariedad de su participación. (Anexo N°II).

3. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de 120 puérperas primíparas atendidas en el servicio de hospitalización “E” del Instituto Nacional Materno perinatal Marzo 2015, donde cumplieron con los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las puérperas primíparas atendidas en el servicio de hospitalización “E” del Instituto Nacional Materno Perinatal Marzo 2015

Características sociodemográficas	$\bar{x} \pm DS$ (Min. - Máx.)	
	25,± 4,8 (19 - 40)	
Edad (años)	N	%
< 22 años	24	20,0
Entre 22 - 30 años	83	69,2
> 30 años	13	10,8
Estado Civil		
Soltera	21	17,5
Casada	30	25,0
Conviviente	69	57,5
Grado de Instrucción		
Primaria	3	2,5
Secundaria	79	65,8
Superior Técnico	21	17,5
Superior Universitario	17	14,2
Procedencia		
San Juan de Lurigancho	35	29,2
El Agustino	16	13,3
Ate	14	11,7
Surco	11	9,2
Villa el Salvador	7	5,8
Otros Distritos	37	30,8
Total	120	100,0

En la tabla 1 relacionado a las características sociodemográficas de las puérperas primíparas, se observó que la edad promedio fue $25,5 \pm 5,3$ años, donde la edad mínima fue 19 años y la máxima fue 40 años. Asimismo, la mayoría de puérperas primíparas tenían entre 22 a 30 años (69,2%). La mayoría de puérperas primíparas eran convivientes (57,5%), seguidas de las casadas (25,0%). La mayoría tenían grado de instrucción secundaria (65,8%) y superior técnico (17,5%), Por otro lado las puérperas primíparas procedían del distrito de San Juan de Lurigancho (29,2%), El Agustino (13,3%) y Otros distritos (30,8%) como (Santa Anita, Rímac, los olivos, la victoria, comas, chorrillos, etc.)

Tabla 2. Signos de buen funcionamiento de la técnica del amamantamiento en púerperas primíparas atendidas en el servicio de hospitalización “E” del Instituto Nacional Materno Perinatal Marzo 2015

Signos de buen funcionamiento	$\bar{x} \pm DS$ (Min. - Máx.)	
Tiempo en que el bebé mamó (minutos)	16,5\pm 5,2 (5 - 30)	
Posición del cuerpo *	N	%
Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho	91	75,8
Cabeza y cuerpo del bebé alineados	90	75,0
Madre relajada y cómoda	29	24,2
Respuestas *		
El bebé explora el pecho con la lengua	113	94,2
Signos de eyección de leche (Chorros, entuertos)	105	87,5
El bebé permanece agarrado al pecho	84	70,0
Bebé tranquilo y alerta mientras mama	63	52,5
Vínculo Afectivo *		
La madre mira al bebé cara a cara	103	85,8
Mucho contacto de la madre	61	50,8
Lo sostiene segura y confiadamente	44	36,7
La mamá acaricia a la bebé	44	36,7
Anatomía *		
Pechos blandos después de la mamada	99	82,5
Piel de apariencia sana	99	82,5
Pechos redondeados mientras el bebé mama	88	73,3
Pezones protráctiles	71	59,2
Succión *		
Mejillas redondeadas	87	72,5
Más areola sobre la boca del bebé	78	65,0
Boca bien abierta	78	65,0
Labio inferior y superior evertidos	78	65,0
El mentón del bebé toca el pecho	76	63,3
Mamadas lentas y profundas , a veces con pausa	56	46,7
Se puede ver u oír al bebé deglutendo	33	27,5
Tiempo *		
El bebé suelta el pecho espontáneamente	72	60,5

* Respuesta Múltiple

En la tabla 2 los signos de buen funcionamiento se encontró que el tiempo promedio en que el bebé mamó fue 16,5 \pm 5,2 minutos, donde oscilan entre 5 a 30 minutos; asimismo se observó en la posición del cuerpo, donde la cabeza del bebé está cerca (75,8%), la cabeza y el cuerpo del bebé están alineados (75,0%) fueron los más frecuentes; mientras que cuando la madre esta relajada y cómoda (24,2%) fue el menos frecuente.

En cuanto a las respuestas se observó que el bebé explora el pecho con la lengua (94,2%), los signos de eyección de leche (87,5%) y el bebé permanece agarrado al pecho (70,0%) fueron los más frecuentes; mientras que solamente el bebé está tranquilo y alerta mientras mama (52,5%) fue el menos frecuente.

Con relación al vínculo afectivo se observó a los más frecuentes, donde la madre mira al bebé cara a cara (85,8%), y mucho contacto de la madre (50,8%); mientras que la madre sostiene segura y acaricia al bebé (36,7% cada uno) fueron los menos frecuentes.

Por otro lado en la anatomía se observó que los pechos blandos después de la mamada y la piel de apariencia sana (82,5% cada una) fueron lo más frecuentes; mientras que los pechos redondeados cuando el bebé mama (73,3%) y los pezones protráctiles (59,2%) fueron los menos frecuentes.

En la succión se encontró que las mejillas redondeadas (72,5%), Más areola sobre la boca del bebé, boca bien abierta, labio inferior y superior evertidos (65,0% cada uno) y el mentón del bebé toca al pecho (63,3%) fueron los más frecuentes; mientras que mamadas lentas y profundas (46,7%) y ver u oír al bebé deglutiendo (27,5%) fueron los menos frecuentes. Además, en el 60,5% de casos el bebé suelta el pecho espontáneamente

Tabla 3. Signos de dificultad de la técnica de amamantamiento en púerperas primíparas atendidas en el servicio de hospitalización “E” del Instituto Nacional Materno Perinatal Marzo 2015

Signos de dificultad	$\bar{x} \pm DS$ (Min. - Máx.)	
Tiempo en que el bebé mamó (minutos)	12,3\pm 3,8 (5 - 20)	
Posición del cuerpo *	N	%
Hombros tensos, se inclina sobre el bebé	90	75,0
Cuerpo del bebé separado de la madre	28	23,3
Cuello del bebé torcido	28	23,3
Respuestas *		
Bebé inquieto o llorando	55	45,8
El bebé se suelta del pecho	36	30,0
No hay signos de eyección de leche	14	11,7
El bebé no se muestra interesado en el pecho	8	6,7
Vínculo Afectivo *		
Lo sostiene nerviosamente y con torpeza	77	64,2
La madre lo sacude	76	63,3
Lo toca poco, no hay casi contacto físico	59	49,2
La madre no mira al bebé a los ojos	17	14,2
Anatomía *		
Pezones planos o invertidos	48	40,0
Pechos estirados	31	25,8
Piel roja o con fisuras	21	17,5
Pechos ingurgitados (pletóricos)	16	13,3
Succión *		
Se oye al bebé chasqueando	85	70,8
Sólo mamadas rápidas	63	52,5
El mentón del bebé no toca el pecho	44	36,7
Más areola por debajo de la boca del bebé	42	35,0
Boca no está bien abierta	42	35,0
Labio inferior invertido	41	34,2
Mejillas tensas o chupadas hacia adentro	32	26,7
Tiempo		
La madre retira al bebé del pecho	49	40,8

* Respuesta Múltiple

En la tabla los signos de dificultad se encontró que el tiempo promedio en que el bebé mamó fue 12,3 \pm 3,8 minutos, donde oscilan entre 5 a 20 minutos; asimismo se observó en la posición del cuerpo, donde los hombros tensos, se inclinan sobre el bebé (75,0%), fue el más frecuente; mientras que cuando el cuerpo del bebé está separado de la madre y el cuello del bebé esta torcido (23,3% cada uno) fueron los menos frecuente.

En cuanto a las respuestas se observó que el bebé inquieto o llorando (45,8%), y el bebé se suelta del pecho (30,0%) fueron los más frecuentes; mientras que no hay signos de inyección de leche (11,7%) y el bebé no se muestra interesado en el pecho (6,7%) fueron los menos frecuente.

Con relación al vínculo afectivo se observó a los más frecuentes, donde sostienen nerviosamente y con torpeza (64,2%), cuando la madre lo sacude (63,3%) y cuando no hay casi contacto físico (49,2%); mientras que la madre no mira al bebé a los ojos (14,2%) fue el menos frecuente.

Por otro lado en la anatomía se observó que los pechos planos o invertidos (40,0%) y los pechos estirados (25,8%) fueron lo más frecuentes; mientras que la piel roja (17,5%) y los pechos ingurgitados (13,3%) fueron los menos frecuentes.

En la succión se encontró que oye al bebé chasqueando (70,8%), solo mamadas rápidas (36,7%), fueron los más frecuentes; mientras que el mentón del bebé no toca el pecho (46,7%) Más areola por debajo de la boca del bebé y la boca no está bien abierta (35,0% cada una), labio inferior invertido (34,2%) y las mejillas tensas o chupadas hacia adentro (26,7%) fueron los menos frecuentes. Además, en el 40,8% de casos la madre retiró al bebé del pecho.

Tabla 4. Evaluación de la técnica del amamantamiento en puérperas primiparas atendidas en el servicio de hospitalización "E" del Instituto Nacional Materno perinatal Marzo 2015.

Técnica de amamantamiento	N	%
Inadecuada	26	21,7
Regular	60	50,0
Adecuada	34	28,3
Total	120	100,0

En la tabla 4: Con respecto a la técnica de amamantar fue en la mayoría de casos regulares 50,0%; mientras que 28,3% de casos fue adecuada y el 21,7% de los casos fue inadecuado.

Tabla 5. Técnica del amamantamiento en puérperas primíparas que recibieron y no recibieron consejería de lactancia materna atendidas en el servicio de hospitalización “E” del Instituto Nacional Materno perinatal Marzo 2015.

Técnica de amamantamiento	Consejería de lactancia materna				P*
	Si		No		
	N	%	N	%	
Inadecuado	-	-	26	43,3	<0,001
Regular	30	50,0	30	50,0	
Adecuado	30	50,0	4	6,7	
Total	60	100,0	60	100,0	

* Prueba Chi Cuadrado

En la tabla 5: La técnica de amamantamiento se encontró asociada significativamente a la consejería de lactancia materna ($p < 0,001$). Por otro lado las puérperas primíparas que recibieron consejería de lactancia materna tuvieron con mas frecuencia una adecuada técnica de amamantamiento en comparación a las puérperas primíparas que no recibieron consejería de lactancia materna (50,0% vs 6,7%).

Tabla 6. Resultados de la evaluación de la técnica del amamantamiento en puérperas primíparas que recibieron y no recibieron consejería de lactancia materna atendidas en el servicio de hospitalización “E” del Instituto Nacional Materno perinatal Marzo 2015.

Puntaje	Consejería de lactancia materna		P*
	Si	No	
	$\bar{x} \pm DS$ (Mín. – Máx.)	$\bar{x} \pm DS$ (Mín. – Máx.)	
Técnica de amamantamiento	18,4 \pm 1,8 (12- 23)	10,7 \pm 4,2 (3 - 21)	<0,001

* Prueba t de Student

En la tabla 6 las puntuaciones promedio resultantes de evaluar la técnica de amamantamiento de puérperas primíparas con consejería de lactancia materna fueron mayores en comparación a puérperas primíparas sin consejería de lactancia materna (18,4 \pm 1,8 vs 10,7 \pm 4,2); además se observó que existe diferencia significativa en ambos grupos ($p < 0,001$)

Tabla 7. Características sociodemográficas en puérperas primíparas según la técnica de amamantamiento atendidos en el servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Instituto Nacional Materno perinatal 2015

Características sociodemográficas	Técnica de amamantamiento					
	Inadecuado		Regular		Adecuado	
	$\bar{x} \pm DS$ (Mín. - Máx.)		$\bar{x} \pm DS$ (Mín. - Máx.)		$\bar{x} \pm DS$ (Mín. - Máx.)	
	24 \pm 4,4(19 - 38)		25,3 \pm 4,4(19 - 37)		26,4 \pm 4,8(20 - 40)	
Edad	N	%	N	%	N	%
< 22 años	9	34,6	11	18,3	4	11,8
Entre 22 - 30 años	16	61,5	43	71,7	24	70,6
> 30 años	1	3,8	6	10,0	6	17,6
Estado Civil						
Soltera	8	30,8	8	13,3	5	14,7
Casada	6	23,1	14	23,3	10	29,4
Conviviente	12	46,2	38	63,3	19	55,9
Grado de Instrucción						
Primaria	-	-	3	5,0	-	-
Secundaria	19	73,1	43	71,7	17	50,0
Superior Técnico	5	19,2	6	10,0	10	29,4
Superior Universitario	2	7,7	8	13,3	7	20,6
Total	26	100,0	60	100,0	34	100,0

En la tabla 7 la edad promedio de las puérperas primíparas que tuvieron una adecuada técnica de amamantamiento fue 26,4 años; asimismo, las edades promedio de las puérperas con técnicas de amamantamiento regulares e inadecuadas fueron de 25,3 y 24,4 años, respectivamente. Además el estado civil y el nivel de instrucción mas frecuente en los 3 grupos fueron las convivientes y nivel secundario, respectivamente.

4. DISCUSIÓN

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. Asimismo sigue siendo la forma preferida de alimentar a los recién nacidos. Por este motivo se plantea el presente estudio con el objetivo de determinar la relación que existe entre la técnica de amamantamiento en puérperas primíparas y la consejería en lactancia materna recibida en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal, del mismo modo los resultados de la presente investigación son generalizables para la población de estudio (validez interna); asimismo, los resultados del presente estudio pueden servir de referentes para otras instituciones similares de nuestro país (validez externa).

En el presente estudio se encontró que la edad promedio fue 25,5 años, donde las edades oscilan entre 19 y 40 años. Asimismo, la mayoría de puérperas primíparas tenían entre 22 a 30 años (69,2%). En cuanto al estado civil, se encontró que la mayoría eran convivientes (57,5%), seguida casadas (25,0%). Además la mayoría tenían grado de instrucción secundaria (65,8%), seguido de superior técnico (17,5%). Estos hallazgos son similares a lo reportado por Ferro M. y col⁽¹⁹⁾ quienes al estudiar el nivel de conocimientos en cuanto a lactancia materna y su relación con factores socioculturales en puérperas del Instituto Nacional Materno Perinatal encontraron que la mayoría de puérperas tenían edades comprendidas entre 20 a 34 años (70,2%); asimismo el grado de instrucción en la mayoría de casos fue secundaria (72,8%) y en cuanto al estado civil la mayor parte de puérperas tuvieron un estado civil convivientes (72,8%).

Por su parte Sanabria M. y col⁽¹⁴⁾ en un estudio donde buscaron determinar el perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de salud de Paraguay encontraron una edad materna promedio de 24,3 años donde la mayoría se encontraba en el rango de 19 a 34 años; resultados similares también fueron encontrados por Moraes M. y col⁽¹⁶⁾ al describir y analizar la técnica de alimentación a pecho en una población de puérperas de Uruguay pues la edad materna promedio fue de 24 años.

Sin embargo, Broche R. y col⁽¹⁸⁾ al estudiar los factores vinculados a la lactancia materna exclusiva encontraron una edad promedio inferior a la observada en el presente estudio, por lo que en su estudio predominaron las puérperas menores de 20 años. Si bien el determinar que factores sociodemográficos se asocian a una técnica de amamantamiento adecuada no formó parte de los objetivos del presente estudio, es importante su

descripción pues estos en mayor o menor medida puede influencia la técnica de amamantamiento que determinada puérpera posea.

La Iniciativa Hospitales Amigos del Niño y de la Madre contempla 10 pasos estratégicos para asegurar la lactancia materna exclusiva, entre ellas una la instrucción de las puérperas en temas de lactancia materna; si bien la literatura médica refiere entre los signos de buen funcionamiento de la lactancia materna la observación del cuello del recién nacido derecho, el cuerpo del recién nacido está volteado hacia la madre y está próximo a la madre y todo el cuerpo del bebé recibe sostén; asimismo, entre los signos de una técnica correcta de agarre del recién nacido se incluyen al toque con el mentón del pecho materno, tiene la boca bien abierta, tiene el labio inferior volteado hacia afuera y se ve más areola arriba de la boca que debajo de la misma, ya que ello favorecería una lactancia materna exclusiva. Sin embargo, en algunas investigaciones se ha observado que el porcentaje de niños que egresan con lactancia materna exclusiva en hospitales se encuentra dentro de un rango apenas aceptable, de ahí que un aspecto importante de destacar es la necesidad de instruir con la práctica a la madre sobre la posición y el agarre adecuado del recién nacido, pues se observó en algunos estudios altas prevalencias de falencias en la técnica de amamantamiento.⁽¹⁴⁾ En relación a ello, en el presente estudio se observó en cuanto a signos de buen funcionamiento de la técnica de amamantamiento una posición del cuerpo, donde la cabeza del bebé está cerca (75,8%), la cabeza y el cuerpo del bebé están alineados (75,0%) fueron los más frecuentes. En las respuestas se observó que el bebé explora el pecho con la lengua (94,2%), los signos de eyección de leche (87,5%) y el bebé permanece agarrado al pecho (70,0%) fueron los más frecuentes. Con relación al vínculo afectivo se observó a los más frecuentes, donde la madre mira al bebé cara a cara (85,8%), y mucho el contacto de la madre (50,8%). Por otro lado en la anatomía se observó que los pechos blandos después de la mamada y la piel de apariencia sana (82,5% cada una) fueron lo más frecuentes. En la succión se encontró que las mejillas redondeadas (72,5%), Más areola sobre la boca del bebé, boca bien abierta, labio inferior y superior evertidos (65,0% cada uno) y el mentón del bebé toca al pecho (63,3%) fueron los más frecuentes. Además el bebé suelta el pecho espontáneamente (60,5%). Estos signos de buena técnica de amamantamiento pudieran mejorarse mediante intervenciones en el transcurso del embarazo, en el momento del parto, después del parto y la lactancia, enfatizando en las características de una adecuada técnica de amamantamiento y a la vez brindar consejos prácticos para aumentar las tasas de inicio de lactancia materna.

Según algunas investigaciones como las de Moraes M. y col⁽¹⁶⁾ la incidencia de alteraciones en la técnica de alimentación es del 29%, distribuido en 20% para uno o dos parámetros y 9% para 3 parámetros o más, incluyendo tanto variables de la posición como de la toma del pecho y la succión del bebé. Weigert E. y col⁽²⁹⁾ informaron técnicas de amamantamiento en la mayoría de casos inadecuadas superior al 90% de casos. Otros autores encontraron una incidencia de 32% de dificultades técnicas y un 18% para alteraciones de la toma y la succión, concordante con los resultados del presente estudio.
(30)

En los signos de dificultad de la técnica de amamantamiento se encontró que el tiempo promedio en que el bebé mamó fue $12,3 \pm 3,8$ minutos, donde oscilan entre 5 a 20 minutos; asimismo se observó en la posición del cuerpo, donde los hombros tensos, se inclinan sobre el bebé (75,0%), fue el más frecuente. En cuanto a las respuestas se observó que el bebé inquieto o llorando (45,8%), y el bebé se suelta del pecho (30,0%) fueron los más frecuentes. Con relación al vínculo afectivo se observó a los más frecuentes, donde sostienen nerviosamente y con torpeza (64,2%), cuando la madre lo sacude (63,3%) y cuando no hay casi contacto físico (49,2%). Por otro lado en la anatomía se observó que los pechos planos o invertidos (40,0%) y los pechos estirados (25,8%) fueron lo más frecuentes. En la succión se encontró que oye al bebé chasqueando (70,8%), solo mamadas rápidas (36,7%), fueron los más frecuentes. Además la madre retira al bebé del pecho (40,8%). Similar fueron los resultados encontrados por Sanabria M. y col⁽¹⁴⁾ donde realizaron un estudio sobre el perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal, lo cual encontraron que el 28,7% no tenía el cuerpo próximo a la madre, 26,8% no tenía el cuerpo vuelto hacia la madre, el 39,3% de los recién nacidos no tenía el cuello recto y un 23,2% no recibían sostén de todo el cuerpo; asimismo en la succión, el 44,2% de los RN no tocaba el pecho materno con el mentón, 31,4% no tenían la boca bien abierta: 40,9% no tenía el labio evertido y 45,7% se veía menos areola por arriba de la boca; asimismo fue Moraes M. y col⁽¹⁶⁾ donde encontraron que el 76,5%, de las cuales predominó el dolor al inicio de la mamada (56,3%), seguido de las grietas en el pezón (40,1%) y la ingurgitación mamaria (27,5%). Esto se debe a que existe pérdida en el cuidado de los senos y una alta prevalencia de falencias en la técnica de amamantamiento.

En la técnica de amamantamiento fue en la mayoría de casos considerada regular (50,0%); mientras que 28,3% de casos fue catalogada como adecuada y el 21,7% de los casos fue inadecuada. Hallazgos que difieren de los resultados encontrados por Moraes M. y col⁽¹⁶⁾ en un estudio donde en la mayoría de casos la técnica de amamantamiento fue considerada buena (71,0%); mientras que en el 20,0% de casos fue adecuada y en el 9% de casos fue mala, asimismo fue para Ferro M. y col⁽¹⁹⁾ los resultados de su estudio evidenciaron que solamente el 30,1% mostró un nivel de conocimiento bueno acerca de estas técnicas de amamantamiento y el 50,0% demostró tener un conocimiento regular y el 19,9% tuvo un conocimiento malo. Por lo tanto, las instituciones tienen la obligación de mejorar la información de alimentación de los recién nacidos; asimismo los profesionales de la salud también tienen una función primordial ya que deben asegurar un alto nivel de apoyo para el amamantamiento.

En la técnica de amamantamiento se encontró que se asoció significativamente a la consejería de lactancia materna ($p < 0,001$). Por otro lado las puérperas primíparas que recibieron consejería de lactancia materna tuvieron una adecuada técnica de amamantamiento en comparación a las puérperas primíparas que no recibieron consejería de lactancia materna (50,0% vs 6,7%), ello es sumamente importante pues resultados encontrados por Moraes M. y col⁽¹⁶⁾ refieren que frecuencia de complicaciones de la lactancia es elevada y en la mayoría de casos se puede deber a que no se conocen técnicas de amamantamiento; asimismo, encontraron una asociación entre las alteraciones de la posición al amamantar; dificultades en la toma del pezón y la succión por parte del bebé con la aparición de grietas del pezón.

En el presente estudio se encontró que la edad promedio de las puérperas primíparas que tuvieron una inadecuada técnica de amamantamiento fue $24 \pm 4,4$ años, las puérperas primíparas que tuvieron una regular técnica de amamantamiento fue $25,6 \pm 5,9$ años y las puérperas primíparas que tuvieron una adecuada técnica de amamantamiento fue $26,4 \pm 4,8$ años, donde el grupo etario con mayor frecuencia para los grupos fue de 22 a 30 años. Además, se observó en el estado civil que las convivientes fueron las más frecuentes en los grupos con el (46,2%, 63,3% y 55,9%), respectivamente. Asimismo, en el grado de instrucción se observó que la secundaria fue el más frecuente en los grupos con (73,1%, 71,7% y 50,0%). Similar fueron los resultados encontrados por Ferro M. y col⁽¹⁹⁾ donde encontraron que la edad más frecuente en los grupos fue 20 a 34 años (33,7%, 53,3% y 39,4%); asimismo fue en la instrucción secundaria donde fue el más frecuente

en los grupos (33,6%, 48,7% y 17,7%). Además en el estado civil fue el grupo de convivientes el más frecuente (29,1%, 52,8% y 18,1%). Finalmente se puede decir que todo esto demuestra que tenemos que incrementar e incorporar nuevas técnicas de amamantamiento para mejorar y así aspirar a que todas puérperas primíparas tengan una adecuada técnica de amamantamiento.

Por último, debido a que los resultados del presente estudio muestran la existencia de una estrecha relación entre la técnica de amamantamiento y la consejería en lactancia materna recibida, se hace necesario afianzar los conocimientos sobre prácticas de lactancia materna a través de las consejerías. Si bien esta consejería para el caso del presente estudio se dio durante las sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica, es necesario brindar este tipo de consejería en todo momento del embarazo, ya que ello de alguna u otra manera contribuye con la lactancia materna exitosa.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Cuando la técnica de lactancia tuvo con mayor frecuencia signos de buen funcionamiento el tiempo promedio de amamantamiento fue de 16,5 minutos; mientras que cuando la técnica de lactancia tuvo con mayor frecuencia signos de dificultad el tiempo promedio de amamantamiento fue 12,3 minutos.
- Los signos de buen funcionamiento se caracterizaron por: una posición cercana del cuerpo del bebé y de frente al pecho materno; la respuesta del bebé consistió en la exploración de pecho materno con la lengua; la mirada de la madre al bebé cara a cara evidenció el vínculo afectivo que existía entre ambos; la anatomía evidenció pechos blandos después de la mamada; la succión del bebé mostró en sus mejillas un aspecto redondeado; asimismo, en la mayoría de casos el bebé soltó el pecho espontáneamente.
- Los signos de dificultad se caracterizaron por: una posición materna de hombros tensos inclinados sobre el bebé; la respuesta del bebé consistió en su inquietud o llanto; el sostenimiento nervioso y con torpeza evidenció el vínculo afectivo que existía entre la madre y su bebé; la anatomía evidenció pezones planos e invertidos; la succión mostró a un bebé que realizaba chasquidos al momento de lactar; asimismo, menos de la mitad de las puérperas retiraron al bebé antes que este lo suelte espontáneamente.
- La técnica de amamantamiento fueron en la mayoría de casos catalogadas como regulares, en orden de frecuencia el segundo y tercer lugar lo ocuparon las técnicas adecuadas e inadecuadas respectivamente.
- Las técnicas de amamantamiento con mayor frecuencia se catalogaron como regulares y adecuadas en aquellas puérperas primíparas que habían recibido consejería de lactancia en comparación a aquellas que no habían recibido consejería, evidenciándose asociación significativa entre la técnica de amamantamiento y la consejería en lactancia materna ($p < 0,001$).

- El puntaje promedio resultante de evaluar las técnicas de amamantamiento fue significativamente mayor en puérperas primíparas que habían recibido consejería en lactancia materna en comparación a aquellas que no habían recibido la consejería (18,4 vs 10,7; $p < 0,001$).

5.2 Recomendaciones

- Promover la consejería en lactancia materna durante el embarazo durante la atención prenatal o en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y reforzarlo en las primeras horas postparto para garantizar una mayor sensibilización.
- Garantizar la realización de la consejería en lactancia materna por parte del profesional obstetra, previamente capacitados, durante las atenciones prenatales.
- Realizar un seguimiento de las puérperas que recibieron consejería en lactancia materna para evaluar la permanencia de la lactancia materna exclusiva.
- Incrementar la difusión de la Psicoprofilaxis Obstétrica y así contribuir a la captación de más primigestas a recibir consejería en lactancia materna.
- Realizar estudios posteriores relacionados al tema con la finalidad de determinar que variables se asocian a una técnica de amamantamiento adecuada.
- A los profesionales de la salud encargados de la atención materna seguir impulsando la lactancia materna pues si bien es una responsabilidad social, su práctica mejorará la salud materna y neonatal.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Análisis del Módulo de Lactancia Materna. Encuesta Nacional de Hogares 2010. Informe Final. San José-Costa Rica. 2010.
2. Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra: División de Salud y Desarrollo del Niño, 1998.
3. Juez G, Ortega R, Mena P, Gonzales M. Lactancia materna contenidos técnicos para profesionales de salud. UNICEF, 2^o edición 2010.
4. Kramer M, Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008; número 4. Oxford: Update Software Ltd. Obtenido de: <http://cochrane.bvsalud.org> [consulta: 20 jul.2010].
5. Page T, Lockwood C, Guest K. The management of nipple pain and/or trauma associated with breast-feeding: a systematic review. J Best Practice. 2003; 7(3): 127-147.
6. Righard L, Alade M. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. Birth. 1992; 19(4): 185-189.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima-Perú: INEI; 2012.
8. Rivara G. y col. Contacto piel a piel inmediato: efecto sobre el estado de ansiedad y depresión materna postparto y sobre la adaptabilidad neonatal hacia la lactancia materna precoz. Rev. Peru. Ped. 2007;60 (3): 140-149.
9. WHO, UNICEF, Wellstart International. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 3, Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital: a 20- hour course for maternity staff. Ginebra. WHO, UNICEF. 2009.
10. Sánchez-Griñan M. La Lactancia Materna en el Perú y el Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche Materna – Reglamento de Alimentación Infantil en Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima y Loreto. Lima-Perú: Organización Panamericana de la Salud. 2010.

11. Prendes C, Vivanco M, Gutierrez R, Guibert W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999; 15(4): 397-402.
12. Britton C, McCormick F, Renfrew M, Wade A, King S. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
13. Hernández M. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y España. En: *Lactancia materna: Guía para profesionales*. Madrid-España: Asociación Española de Pediatría. 2004. Pp.33-43.
14. Sanabria M, Coronel J, Díaz C, Salinas C, Sartori J. Perfil de la lactancia materna en cuatro servicios de referencia neonatal. *Rev Chil Pediatr.* 2005; 76(5): 530-535.
15. González J, Muñoz R, Nessi M. Promoción de la lactancia materna exclusiva en las embarazadas primigestas en la consulta prenatal-Hospital Docente "Dr. Raúl Leoní" San Félix estado Bolívar primer trimestre 2009. [Tesis de Grado]. Ciudad Guayana-Venezuela. Universidad Central De Venezuela. 2009.
16. Moraes M, Da Silva L, Faliú B, Sosa C. Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma del pezón previo al alta hospitalaria. *Arch Pediatr Urug.* 2011; 82(1): 10-17.
17. Araya Z, Brenes G. Educación prenatal: factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica.* 2012; 23:1-14.
18. Broche R, Sánchez O, Rodríguez D, Pérez L. Factores socioculturales y psicológicos vinculados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2011; 27(2): 254-260.
19. Ferro M, Flores H. Nivel de conocimiento en lactancia materna y su relación con factores socio-culturales en puérperas del IEMP de octubre a diciembre del 2005. [Tesis de Grado]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2006.
20. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la lactancia materna. [Monografía de internet]. Ginebra. OMS. 2014. [Citada 2015/03/02]. [Alrededor de 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
21. UNICEF. *Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna*. 2º ed. Venezuela. UNICEF. 2005

22. Fernández MI González F, Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enferm. Glob.* 2013;12(31):443-451.
23. Gonzales C. Manual práctico de lactancia materna. 2º ed. Barcelona. ACPAM, 2004.
24. Aguilar M. Lactancia Materna. España. Elsevier España. 2004.
25. Carmen Temborry Molina. La técnica de amamantamiento correcto. En: *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Madrid. Ergon. 2004. Pp: 184-189.
26. Valdés V. Técnicas De Amamantamiento. [Monografía de internet]. Estados Unidos. UNICEF. 2014. [Citada 2015/03/02]. [5 paginas]. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/material/index.html>.
27. OMS, UNICEF, OPS. Consejería En Lactancia Materna. Washington DC. OMS, UNICEF, OPS. 1993
28. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial No 361-2011/Minsa. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica. 2011
29. Weigert E, Giugliani E, França M, de Oliveira L, Bonilha A, do Espírito Santo L. *et al.* Influência da técnica de amamentação nas freqüências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81: 310-6.
30. Carvalhaes M, Corrêa C. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr (Rio J)* 2003;79:13-20.

7. ANEXOS

Anexo N° 1: Instrumento de recolección de datos

I. DATOS GENERALES:

1. Edad: _____
2. Estado civil:
Soltera () Casada () Conviviente () Otros: _____
3. Grado de instrucción:
Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior Técnico ()
Superior Universitario ()
4. Procedencia: _____

II. CHECKLIST PARA LA EVALUACIÓN DEL AMAMANTAMIENTO

Para el llenado del instrumento la investigadora observará la técnica de amamantamiento de la puérpera con su recién nacido y colocará un check según lo observado respecto a las dimensiones de la lactancia materna: posición del cuerpo, respuestas, vínculo afectivo, anatomía, succión y tiempo. Cuando se observe un signo de buen funcionamiento tendrá la puntuación de uno (1) mientras cuando se observe algún signo de dificultad, la puntuación será cero (0). Pudiendo obtener una puntuación final mínima de cero y máxima de 25, las puntuaciones serán clasificadas de la siguiente forma:

Técnica Adecuada: 19-23 puntos

Técnica Regular: 10-18 puntos

Técnica Inadecuada: 1-9 puntos

Adaptado en el 2009, de la ficha del mismo nombre de la “Guía de Capacitación en manejo de lactancia” de H. C. Armstrong, Nueva York, IBFAN y UNICEF, 1992.

Nº	SIGNOS DE BUEN FUNCIONAMIENTO	SIGNOS DE DIFICULTAD
POSICIÓN DEL CUERPO		
1	Madre relajada y cómoda.	Hombros tensos, se inclina sobre el bebé.
2	Cuerpo del bebé cerca, de frente al pecho.	Cuerpo del bebé separado de la madre.
3	Cabeza y cuerpo del bebé alineados.	Cuello del bebé torcido.
RESPUESTAS		
4	El bebé explora el pecho con la lengua.	El bebé no se muestra interesado en el
5	Bebé tranquilo y alerta mientras mama.	Bebé inquieto o llorando.
6	El bebé permanece agarrado al pecho.	El bebé se suelta del pecho.
7	Signos de eyección de leche (chorros,	No hay signos de eyección de leche.
VÍNCULO AFECTIVO		
8	Lo sostiene segura y confiadamente.	Lo sostiene nerviosamente y con torpeza.
9	La madre mira al bebé cara a cara.	La madre no mira al bebé a los ojos.
10	Mucho contacto de la madre.	Lo toca poco, no hay casi contacto físico.
11	La madre acaricia el bebé.	La madre lo sacude.
ANATOMÍA		
12	Pechos blandos después de la mamada.	Pechos ingurgitados (pletóricos).
13	Pezones protráctiles.	Pezones planos o invertidos.
14	Piel de apariencia sana.	Piel roja o con fisuras.
15	Pechos redondeados mientras el bebé	Pechos estirados.
SUCCIÓN		
16	Más areola sobre la boca del bebé.	Más areola por debajo de la boca del bebé.
17	Boca bien abierta.	Boca no está bien abierta.
18	Labio inferior y superior evertidos.	Labio inferior invertido.
19	El mentón del bebé toca el pecho.	El mentón del bebé no toca el pecho.
20	Mejillas redondeadas.	Mejillas tensas o chupadas hacia adentro.
21	Mamadas lentas y profundas, a veces con pausas.	Sólo mamadas rápidas.
22	Se puede ver u oír al bebé deglutiendo.	Se oye al bebé chasqueando.
TIEMPO		
23	El bebé suelta el pecho espontáneamente.	La madre retira al bebé del pecho.
	El bebé mamó: ___ minutos.	El bebé mamó: ___ minutos.

Anexo N° 2: Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO EN PUÉRPERAS PRIMÍPARAS Y SU RELACIÓN CON LA
CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA RECIBIDA EN EL SERVICIO DE PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL MARZO 2015”**

Ud. ha sido invitada para participar en una investigación titulada “Técnica de amamantamiento en puérperas primíparas y su relación con la consejería en lactancia materna recibida en el Servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal Marzo 2015”. La lactancia materna es un acto innato para la madre y su hijo, sin embargo en las últimas décadas el porcentaje de madres que dan de amamantar a sus hijos va en declive, por diversos factores, uno de ellos el desconocimiento de una adecuada técnica de amamantamiento. Este conocimiento se adquiere durante la atención prenatal a través de la consejería de lactancia materna, es así que se ve por conveniente investigar la información que teóricamente se le brinda a las gestantes durante la atención prenatal brindándole la consejería en lactancia materna y relacionarla con la técnica de amamantamiento ya que por una inadecuada práctica de esta muchas veces se ve frustrado el éxito de la lactancia materna.

Esta investigación es realizada por Chirinos Rojas Ila Lorenza, quien desea obtener el Título de Licenciada en Obstetricia, con la presentación de este trabajo de investigación.

¿Quiénes pueden participar en el estudio?

Pueden participar en presente estudio toda paciente puérpera primípara que se encuentre en el Servicio de Hospitalización del INMP en alojamiento conjunto con su recién nacido.

¿En qué consistirá tu participación?

En el caso de que su persona acepte participar en esta investigación se le hará algunas preguntas básicas y se le pedirá que por favor dé de lactar a su bebe de la forma en la que le explicaron durante su consejería de lactancia materna.

¿Existen riesgos?

No existen riesgos de daño físico o psicológico al participar en este estudio, ni para Ud. ni para su recién nacido.

¿Existe algún beneficio?

No habrá ningún beneficio directo; sin embargo, la información que se pueda obtener de este estudio será de beneficio para el INMP y su servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica, proporcionando valiosa información para posteriores investigaciones.

¿Me puedo retirar del estudio en cualquier momento?

Su participación es completamente voluntaria y puedes rehusarse a continuar con la entrevista en cualquier momento. Lo que no producirá ninguna penalidad contra usted.

¿Confidencialidad?

Para asegurar la confidencialidad de cada participante no se le pedirá ninguna información personal, como nombres y apellidos, dirección u otra información. Así la encuesta será almacenada de manera confidencial. Esto significa que ni su nombre, dirección u otra información que pudiera identificarla podrá ser revelada. Sólo el investigador podrá tener acceso a la información. Si los resultados fueran publicados, la identidad de los participantes no podrá saberse por el carácter anónimo de la encuesta.

¿A quien llamo si tengo preguntas?

Si tiene alguna consulta sobre el estudio, usted es bienvenida a hacerla en cualquier momento. Para mayor información sobre el estudio, puede contactar con Chirinos Rojas Ila Lorenza al RPC: 991557470 o al email: ila_loren@hotmail.com

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su firma en este documento indica que usted de manera voluntaria acepta participar en este estudio, que se le ha explicado el estudio, que se le ha dado tiempo para leer este documento y sus preguntas sobre el estudio han sido contestadas de manera satisfactoria. Usted recibirá una copia de este documento con la fecha y su firma antes de iniciar su participación en este estudio.

Yo he sido informada del objetivo del estudio, he conocido los beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informada de la forma como se realizara el estudio y de cómo se tomaran los datos necesarios. Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación:

Nombre de la participante

(Firma del participante)

____/____/____ (Firma
(Fecha)

Declaración del investigador

Yo certifico que se le ha dado el tiempo adecuado al participante para leer y conocer sobre el estudio, así como que, sus preguntas han sido resueltas. Es mi opinión que el participante entiende el propósito del estudio, los riesgos, beneficios y procedimientos que se seguirán en este estudio y de manera voluntaria ha aceptado participar.

(Firma del encargado que obtuvo el consentimiento)

____/____/____ (Firma del
(Fecha)

Anexo N° 3: Operacionalización de variables

Dimensión	Definición operacional	Variables	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorías
Técnica de Amamantamiento	Método que usa la madre al realizar la lactancia para el neonato.	Posición del cuerpo	Cualitativa	Nominal	Adecuada: 19-23 Regular 10-18 Inadecuada 1-9
		Respuestas	Cualitativa	Nominal	
		Vínculo afectivo	Cualitativa	Nominal	
		Anatomía	Cualitativa	Nominal	
		Succión	Cualitativa	Nominal	
		Tiempo	Cualitativa	Nominal	
Consejería	Estrategia de ayuda transdisciplinaria de estudio y acción cuyo objetivo es la comprensión integral de las habilidades necesarias hacia el amamantamiento adecuado.	----	Cualitativa	Nominal	Si No