



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

**EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE LACTANCIA
MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES PARA LA
PREVENCIÓN DE DIARREAS AGUDAS EN
LACTANTES DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN –
HUÁNUCO 2015**

**Para optar el Grado Académico de
Doctor en Ciencias de la Salud**

Autor

Mg. JULIA MARINA PALACIOS ZEVALLOS

Huánuco - Perú

2016



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
http://www.udh.edu.pe

JEFA DE LA UNIDAD DE POST GRADO- FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"



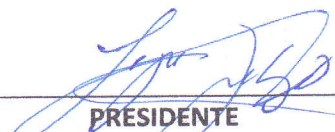
ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD


En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los veinte días del mes de mayo del año dos mil dieciséis, siendo las 9:00 horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Dra. Ligia Gutiérrez Deza, **Presidenta**, Dra. Luz Preciado Lara, **Secretaria** y Dra. Liliana Rodríguez Acosta, **Vocal** respectivamente; nombrados mediante Resolución N° 128-2016-D-EPG-UDH, de fecha nueve de mayo del año dos mil dieciséis y a la aspirante al Grado Académico de Doctora. Julia Marina Palacios Zevallos.

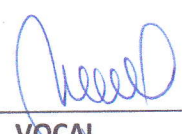
Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó a la graduando a proceder la exposición y defensa de su tesis intitulada: "EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES PARA LA PREVENCIÓN DE DIARREAS AGUDAS EN LACTANTES DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN-HUÁNUCO 2015", para optar el Grado Académico de Doctora en Ciencias de la Salud.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, luego la Presidenta del jurado comunicó el resultado, habiendo obtenido la nota 18 con la calificación de MUY BUENO; al mismo tiempo recomendó a la Escuela de Post Grado, se le otorgue el grado académico de Doctora en Ciencias de la Salud a la graduando Julia Marina Palacios Zevallos.

Se suscribe la presente Acta en tres originales y siendo las 10:15 horas, se da por concluido el acto académico de sustentación.


PRESIDENTE
Dra. Ligia Gutiérrez Deza


SECRETARIA
Dra. Luz Preciado Lara


VOCAL
Dra. Liliana Rodríguez Acosta

DEDICATORIA

A la memoria de mis padres que donde estén guían mis pasos,
a mis hijos José Carlos y Marco Antonio que son el motivo de
mi superación.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento infinito a los que contribuyeron a este esfuerzo:

- A Dios por darme la vida y guiar mis pasos.
- A la Universidad de Huánuco, alma mater de mi constante superación.
- A la asesora Dra. Lady Pumayauri de La Torre, por el apoyo desinteresado e importante que me brindó para la ejecución del presente trabajo de investigación.
- A los docentes del Doctorado en Ciencias de la salud por sus valiosas enseñanzas.
- A mis compañeros de estudios, con quienes compartí experiencias inolvidables.
- A mi esposo por el apoyo invaluable que me brindó para la conclusión de mis estudios.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	X
SUMMARY	XI
PRESENTACIÓN	XIII
INTRODUCCION	15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	15
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	21
1.3.1. TEÓRICA	22
1.3.2. TÉCNICA	22
1.3.3. ACADÉMICA	23
1.4 APOORTE DOCTORAL	23
1.5 ANTECEDENTES INMEDIATOS	25
1.6 OBJETIVOS.	31
2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS.	32
2.2. ASPECTOS CONCEPTUALES O DOCTRINARIOS.	33
2.2.1. Prevención de diarrea aguda en lactantes	33
2.2.1.1. Diarrea aguda	33
2.2.1.2. Prevención de diarrea aguda	34
2.2.2. Educación sanitaria	36
2.2.3. Lactancia materna	37
2.3. BASE TEORICA O TEORIA EN LA QUE SE SUSTENTA.	39
2.4. DEFINICIONES OPERACIONALES.	40
3.1. MÉTODO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.	41
3.2. SISTEMA DE HIPÓTESIS, VARIABLES Y ESQUEMA DE DISEÑO	41
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	44
3.4. COBERTURA DE LA INVESTIGACION	46
4.1. PRESENTACION DE RESULTADOS DESCRIPTIVOS	49
4.1.1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MADRE:	49
4.1.2. CARACTERISTICAS GENERALES DEL NIÑO:	54
4.1.4. EVALUACIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE LA MADRE SOBRE PREVENCIÓN DE DIARREAS:	57
4.1.5. CASOS DE DIARREA:	63
4.2. ANALISIS INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS	64
5.1. VERIFICACION O CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS	75
CONCLUSIONES	79

RECOMENDACIONES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	81
ANEXO	90

TABLAS

Tabla 01. Edad en años de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	50
Tabla 02. Estado civil de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	51
Tabla 03. Ocupación de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	52
Tabla 04. Nivel de educación de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	53
Tabla 05. Índice de masa corporal de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	54
Tabla 06. Edad en días de los niños de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	55
Tabla 07. Sexo de los niños de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	56
Tabla 08. Conocimiento de lactancia materna de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	57
Tabla 09. Comportamiento sobre higiene y lavado de manos de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	58
Tabla 10. Comportamiento sobre manipulación de residuos sólidos en el domicilio de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	59
Tabla 11. Comportamiento sobre consumo de agua de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	60
Tabla 12. Comportamiento sobre manipulación de los alimentos de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	62
Tabla 13. Comportamiento sobre manejo de signos de alarma de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del	63

Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Tabla 14. Casos de diarrea en niños de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	64
Tabla 15. Prueba de normalidad de las variables casos de diarrea y conocimiento de lactancia materna de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	65
Tabla 16. Comparación de conocimiento de lactancia materna de madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	66
Tabla 17. Comparación de comportamiento sobre higiene y lavado de manos en madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	68
Tabla 18. Comparación de comportamiento sobre manipulación de residuos sólidos en el domicilio en madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	69
Tabla 19. Comparación de comportamiento sobre consumo de agua en madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	70
Tabla 20. Comparación de comportamiento sobre manipulación de los alimentos en madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	72
Tabla 21. Comparación de comportamiento sobre manejo de signos de alarma en madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	73
Tabla 22. Comparación de casos de diarrea de niños de madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	74

GRÁFICOS

Gráfico 01. Porcentaje de madres adolescentes por edad en años y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	50
Gráfico 02. Porcentaje de madres adolescentes por estado civil y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	51
Gráfico 03. Porcentaje de madres adolescentes por ocupación y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	52
Gráfico 04. Porcentaje de madres adolescentes por nivel de educación y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	53
Gráfico 05. Porcentaje de madres adolescentes por índice de masa corporal y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	54
Gráfico 06. Porcentaje de niños de madres adolescentes por edad en días y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	55
Gráfico 07. Porcentaje de niños de madres adolescentes por sexo y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	56
Gráfico 08. Porcentaje de madres adolescentes por conocimiento de lactancia materna y según grupos y momentos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	57
Gráfico 09. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre higiene y lavado de manos y según grupos y momentos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	58
Gráfico 10. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre manipulación de residuos sólidos en el domicilio y según grupos y momentos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	60
Gráfico 11. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre consumo de agua y según grupos y momentos de estudio del	61

Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Gráfico 12. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre manipulación de los alimentos y según grupos y momentos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	62
Gráfico 13. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre manejo de signos de alarma y según grupos y momentos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	63
Gráfico 14. Porcentaje de niños de madres adolescentes por casos de diarrea y según grupos y momentos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	64
Gráfico 15. Media de conocimiento de lactancia materna de madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	66
Gráfico 16. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre higiene y lavado de manos según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	68
Gráfico 17. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre manipulación de residuos sólidos en el domicilio según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	69
Gráfico 18. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre consumo de agua según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	71
Gráfico 19. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre manipulación de los alimentos según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	72
Gráfico 20. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre manejo de signos de alarma según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	73
Gráfico 21. Media de casos de diarrea de niños de madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015	75

RESUMEN

OBJETIVO. Determinar el efecto de la educación sanitaria sobre lactancia materna en madres adolescentes para la prevención de diarreas agudas.

MÉTODOS. Se llevó a cabo un estudio cuasi-experimental con pre y post test para 24 lactantes que conformaron el grupo experimental y 24 lactantes el grupo control, procedentes del hospital Regional Hermilio Valdizán, Huánuco 2015. Se utilizó un cuestionario de conocimiento, una guía de observación y una ficha de registros. Para el análisis inferencial se utilizó la Prueba Mann Whitney y Chi cuadrada.

RESULTADOS. Luego de la intervención se encontró incremento de conocimiento bueno sobre lactancia materna (Grupo experimental 41,1%; control 0,0%); se logró cambios de comportamiento en higiene y lavado de manos, manipulación de residuos sólidos en el domicilio, consumo de agua, manipulación de los alimentos, y manejo de signos de alarma; y hubo disminución de casos de diarreas agudas en lactantes (Grupo experimental 79,2%; control 29,2%). Estos resultados fueron estadísticamente significativos ($p \leq 0,05$).

CONCLUSIONES. Después de la intervención de educación sanitaria se logró mejoras en conocimiento sobre lactancia materna, cambio de comportamiento para prevención de diarreas agudas y disminución de casos de diarreas en lactantes.

Palabras clave: diarrea aguda, educación sanitaria, lactantes.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the effect of health education on breastfeeding in teenage mothers for the prevention of acute diarrhea.

METHODS: A quasi -experimental study with pre and post test for 24 infants who formed the experimental group and the control group 24 infants , Hermilio Valdizán from the hospital , was carried out Huánuco 2015 a questionnaire of knowledge, an observation guide was used and a tab of records. For the inferential analysis Mann Whitney Test and Chi square was used.

RESULTS: After the intervention increased good knowledge of breastfeeding (Experimental group 41.1%; Control 0.0%) was found; behavioral changes in hygiene and hand washing , handling of solid waste at home, consumption of water, food handling , and management of warning signs was achieved ; and there were fewer cases of acute diarrhea in infants (experimental group 79.2% , control 29.2%). These results were statistically significant ($p \leq 0.05$).

CONCLUSIONS: After health education intervention improved knowledge on breastfeeding, behavior change for prevention of acute diarrhea and fewer cases of diarrhea he was achieved in infants.

Keywords: *Acute diarrhea, health education, nursing.*

RÉSUMÉ

OBJECTIF. Pour déterminer l'effet de l'éducation sanitaire sur l'allaitement chez les mères adolescentes pour la prévention de la diarrhée aiguë.

METHODES. une étude quasi-expérimentale avec le test pré et post pour 24 nourrissons qui ont formé le groupe expérimental et le groupe témoin de 24 nourrissons, de l'hôpital Hermilio Valdizán régional, 2015. Huanuco connaissances questionnaire a été utilisé, un guide d'observation a été réalisée et un onglet d'enregistrements. Pour l'analyse déductive Mann Whitney Test et chi carré a été utilisé.

RÉSULTATS. Après l'intervention accrue bonne connaissance de l'allaitement maternel (; contrôle du groupe expérimental 0,0% 41,1%) a été trouvée; les changements de comportement en matière d'hygiène et le lavage des mains, le traitement des déchets solides à la maison, la consommation d'eau, la manipulation des aliments, et la gestion des signes d'alerte a été atteint; et il y avait moins de cas de diarrhée aiguë chez les nourrissons (expérimental groupe 79,2%, le contrôle de 29,2%). Ces résultats étaient statistiquement significatifs ($p \leq 0,05$).

CONCLUSIONS. Après l'intervention de l'éducation à la santé une meilleure connaissance sur l'allaitement maternel, le changement de comportement pour la prévention de la diarrhée aiguë et moins de cas de diarrhée chez les nourrissons a été atteint.

Mots-clés: diarrhée aiguë, éducation à la santé, les soins infirmiers.

PRESENTACIÓN

La diarrea continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad, principalmente en niños. Pese a los avances en las últimas décadas en el manejo y prevención de diarrea (uso de suero de baja osmolaridad, uso de zinc, desarrollo de nuevas vacunas), esta sigue siendo la tercera causa de muerte en menores de 5 años (1).

La Organización Mundial de la Salud afirma que la medida más importante para prevenir la diarrea es la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad (2). No obstante, varios estudios informan que las proporciones de mujeres que dieron a sus hijos lactancia materna en forma exclusiva oscilan alrededor de 51% en las zonas urbanas (3) y entre 35 y 77.5% en las zonas rurales (4).

Debido a esto, es que llevamos a cabo la presente investigación con el objetivo de determinar el efecto de la educación sanitaria sobre lactancia materna en madres adolescentes para la prevención de diarreas agudas en lactantes del Hospital Regional Hermilio Valdizán – Huánuco, durante el periodo 2015.

En consecuencia, el estudio se organizó en cinco capítulos. En el primer capítulo comprende el problema, la formulación del problema, la justificación, el aporte, los antecedentes inmediatos y los objetivos del estudio.

El segundo capítulo se compone por la referencia teórica o conceptual, el cual incluye los antecedentes históricos, los aspectos conceptuales, la base teórica y las definiciones operacionales.

En el tercer capítulo comprende la metodología de la investigación, la cual está compuesta de las siguientes partes: método y nivel de investigación, sistema de hipótesis, variables y esquema de diseño, técnica e instrumentos y la cobertura de la investigación.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación. Y, en el quinto capítulo se menciona la discusión de los resultados. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La enfermedad diarreica aguda (EDA) continúa siendo un problema importante de salud pública por ser una de las principales causas de muerte en menores de 5 años, por el elevado número de casos que se presentan anualmente y por los gastos que genera el tratamiento médico general o específico de los enfermos (5).

La diarrea continúa siendo una las principales causas de morbi-mortalidad, principalmente en niños. Pese a los avances en las últimas décadas en el manejo y prevención de diarrea (uso de suero de baja osmolaridad, uso de zinc, desarrollo de nuevas vacunas), esta sigue siendo la tercera causa de muerte en menores de 5 años (6).

Entre 0,8 a 2 millones de niños menores de 5 años mueren en el mundo a causa de la enfermedad diarreica aguda siendo esta la segunda causa única de muerte después de las infecciones respiratorias (7). La EDA es también una de las causas más importantes de morbilidad en países en vía de desarrollo y países industrializados. Se estima que mil millones de episodios de diarrea ocurren anualmente en niños en el mundo (8).

En México, entre 2000 y 2010, la incidencia por EDA en la población total ha descendido a 24,8%; [7 000 a 5 264 casos/100 000 habitantes] (9).

La EDA es la segunda causa más común de morbilidad en Colombia con una incidencia de 110 casos por 100.000 habitantes (10).

En Venezuela, para el período 2004-2008 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional, registró un acumulado de 10.354.557 episodios de diarrea en niños menores de un año de edad, con un rango de 366-739 consultas por 1000 habitantes por año. Para el 2008 se registró un total de 1.768.509 casos de diarrea notificados para todas las edades con un 40% en menores de cinco años. El total de muertes registradas en menores de cinco años en el período comprendido entre el año 2000 al 2007 fue de 9.311 defunciones lo cual representa el 65% de la mortalidad en Venezuela (11).

Asimismo, en algunas zonas del Perú se ha encontrado que la incidencia de enfermedad diarreica es de 4,38 episodios por niño-año, siendo muy superior al promedio mundial (12).

En nuestro país, las EDA son responsables del 7% de la mortalidad de niños menores de 5 años de edad y son uno de los principales motivos de consulta médica. Del total de hospitalizados por EDA en el año 2010, más de 50% fueron menores de 5 años. Para el año 2014, del total de episodios de EDA, 540 307 (52,6%) fueron notificados en mayores de 5 años, 343 869 (33,5%) en niños de 1 a 4 años y 142 235 (13,9%) en menores de 1 año (13).

En el 2014, según la Dirección General de Epidemiología – MINSA (14), indicaron que en el departamento de Huánuco, se encuentra en el décimo lugar entre los 24 departamentos del país, registrando un total de 14368 casos de EDA en niños menores de cinco años.

La lactancia materna es de vital importancia para la supervivencia, es el mejor alimento nutritivo y completo para el recién nacido; lo protege contra la diarrea, infecciones, alergias, favorece el desarrollo de la inteligencia del niño y las madres se comunican mejor con sus hijos. La lactancia materna exclusiva

provee de nutrientes adecuados para el recién nacido durante los primeros seis meses de vida, sin requerir otros alimentos o agregados. La leche materna está libre de contaminantes y gérmenes, e inmuniza al recién nacido de una serie de enfermedades. Es importante que la lactancia materna se inicie en la primera hora de vida del recién nacido.

Uno de los principales derechos que tienen los niños al nacer es el de una nutrición adecuada (15). La mayoría de los recién nacidos comienzan a lactar muy pronto tras el parto, el contacto precoz piel a piel es el inicio para darle pecho a su hijo, protege al niño y marca muy fuertemente el cariño que lo unirá de por vida, es por eso se debe colaborar desde la misma sala de partos con las madres que desean comenzar la lactancia materna (16), al revisar varios trabajos de investigación relacionados con nuestro tema, encontramos que la no lactancia materna y la no lactancia materna exclusiva se asocian con la presencia de enfermedades diarreicas agudas (17).

La deficiente información sobre la lactancia materna, ha provocado múltiples molestias a la madre y el niño con el consecuente abandono anticipado del amamantamiento natural. Estudios de investigación, como Ferro y Flores en el Perú, relacionados al nivel de conocimiento de lactancia materna, mencionan que solamente el 30,1% mostró un nivel de conocimiento bueno; donde la gran mayoría 69,9% demostró un conocimiento inadecuado (entre regular y malo). Asimismo Alvarado S. y Canales M. encontraron en su investigación que el conocimiento que poseen las madres respecto a las ventajas de la lactancia materna en relación al destete temprano, encontraron que el 68,81% de las madres entrevistadas manifestaron no conocerlas.

En el Perú, desde la implementación de la iniciativa del hospital amigo, se produjo mejora en los indicadores de lactancia materna hasta en el año 2000; sin embargo, posteriormente se observa un retroceso en algunos.

ENDES del 2008, reporta una tasa de 65,6% de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses y de 80% de lactancia materna con alimentos complementarios de los 6 a los 9 meses. Igualmente en el 2009 reporta que la prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses se incrementó de 67,2 en el año 2000, a 69% en el año 2009. La misma fuente aporta que en la Costa, la proporción de niños menores de 6 meses son amamantados exclusivamente con leche materna en un 62,2%, a diferencia de la región Sierra en 85,2% y la región Selva en un 76,7%. Además contribuye que la proporción de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva, según área de residencia, en el primer semestre del 2011 la población urbana es un 67,8% a diferencia de la población rural con un 83,3%.(17)

A nivel nacional el porcentaje de gestantes menores de edad ha ido incrementándose, alcanzando en el año 2011, el 12,5%; entre los 15 a 19 años de edad son primigestas y algunas ya son madres. Muchas de ellas desconocen los cuidados que deben tener los niños; por esta razón la prevalencia de lactancia materna, se mantiene en porcentajes bajos. Asimismo la Región Huánuco no es ajena a la problemática, donde la proporción de menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva alcanzó un 82,3%.(18)

Se han identificado múltiples factores que asociados a la población infantil que potencian el riesgo de aparición de diarreas agudas, sobre todo durante el primer año de vida: lactantes menores de 6 meses de edad,

desnutrición proteica y energética, destete precoz, lactancia mixta, prácticas de una higiene doméstica deficiente y otros (18).

Serrano, Basábes, Echevarría y Rodríguez (19) encontró que predominó la edad inferior a 6 meses como un factor epidemiológico importante en la presentación de las EDA. Asimismo, indico que representa un problema la no administración de Lactancia Materna Exclusiva que influye negativamente en la aparición de esta problemática de salud y son las deficientes y malas condiciones de la vivienda otro factor condicionante de las EDA.

Bertot, Fonseca y Chávez (20) demostraron que los factores de riesgo reales de las enfermedades diarreicas agudas, en primer lugar y el más fuertemente asociado: la ausencia de lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses de vida, seguido en orden de importancia de la higiene doméstica inadecuada, bajo nivel de instrucción de los padres y bajo peso al nacer.

En los países en vías de desarrollo, la lactancia materna es común pero la lactancia materna exclusiva no lo es. Algunos de los principales beneficios son que los niños que han recibido lactancia materna tienen menos episodios de diarrea, padecen de menos episodios severos y un riesgo menor de morir por diarrea que los recién nacidos que no recibieron lactancia materna. Por ejemplo, durante los primeros seis meses de vida, el riesgo de tener diarrea severa que requiere hospitalización puede ser de hasta 30 veces mayor que para niños que no han recibido lactancia materna exclusiva (21).

Baqui, Black, Sack, Yunus, Siddique y Chowdhury (22) mostró que la poca lactancia, durante un episodio de diarrea, daba como resultado un aumento casi dos veces mayor de tener un episodio de diarrea persistente.

En el sur de Brasil, los lactantes que comenzaron a recibir suplementos alimenticios adicionales a la leche materna, durante la primera semana de vida, tuvieron cinco veces mayor riesgo de ser hospitalizados por diarrea a los tres meses de edad. Para los lactantes a los que les fue suspendida la leche materna durante la primera semana de vida, su riesgo relativo correspondiente fue de 12 (23).

Por otra parte, además de los efectos en mortalidad, la diarrea infantil afecta el crecimiento y desarrollo. Los niños con episodios prolongados de diarrea o episodios a repetición tienen mayor probabilidad de desarrollar no solo desnutrición aguda (adelgazamiento), sino también desnutrición crónica (talla baja). Los episodios de diarrea a repetición en los primeros dos años de vida se correlacionan con menor neurodesarrollo, bajo rendimiento escolar y salarios menos remunerados en la edad adulta (24).

Según León y Mancilla (25), explicaron que la complicación de la diarrea aguda es la deshidratación con acidosis. Existen también otros tipos de complicaciones como el Íleo paralítico, enteritis necrotizante, peritonitis, apendicitis; infección urinaria, shock, etc.; además de la septicemia y la insuficiencia suprarrenal aguda, etc.

En diversos estudios de intervención, la promoción de la lactancia materna exclusiva, hasta los seis meses de edad, en países en desarrollo a través de centros de atención primaria parece factible, no lleva a restricción del crecimiento y reduce el riesgo de diarrea. Adicionalmente, la educación mejora las tasas de lactancia materna exclusiva con intervenciones realizadas por medio de actividades basadas en la comunidad (26).

Por todo lo mencionado, es necesaria la implementación de programas de educación que permita reforzar el conocimiento de las familias y, en especial, de las madres adolescentes sobre las medidas de prevención, los riesgos y las prácticas de autocuidado durante las EDA en el menor de 5 años, para fortalecer la continuidad de la alimentación habitual, no suspender la alimentación al pecho materno durante los episodios de diarrea y promover el consumo de líquidos, especialmente hidratación con Vida Suero Oral, así como la identificación de signos clínicos de alarma (27).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

a. PROBLEMA GENERAL:

Se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué efecto tiene la educación sanitaria sobre lactancia materna en madres adolescentes para la prevención de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015?

b. PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

- ¿Qué efecto tiene la educación sanitaria sobre lactancia materna en el conocimiento de madres adolescentes para la prevención de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015?
- ¿Qué efecto tiene la educación sanitaria sobre lactancia materna en el comportamiento de madres adolescentes para la prevención de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015?
- ¿Qué efecto tiene la educación sanitaria sobre lactancia materna en madres adolescentes para la disminución de casos de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015?

1.3 TRASCENDENCIA TEÓRICA, TÉCNICA Y ACADÉMICA.

1.3.1. TEÓRICA

Desde esta perspectiva el estudio tiene su justificación en el contexto teórico porque se aplicarán los conceptos básicos de la Teoría de Marilyn Anne Ray; así como también los relacionados con la lactancia materna exclusiva y los beneficios que proporciona al lactante para la prevención de las diarreas agudas.

Asimismo, nuestros resultados servirán para revisar, desarrollar o apoyar conceptos y definiciones en futuros estudios.

1.3.2. TÉCNICA

La educación sanitaria es un aporte que trae como beneficios el entendimiento a profundidad de los conocimientos y prácticas en el cuidado de la salud del niño y en los factores de riesgo y protectores para ciertas enfermedades prevalentes como la enfermedad diarreica aguda, ayudando a detectar, a través de la intervención educativa, los problemas prioritarios en salud en este caso infantil, con la subsecuente generación de alternativas de solución dentro de un contexto social.

Igualmente la investigación se justifica en el contexto práctico porque pretende lograr en las madres adolescentes cambio de comportamiento hacia la práctica de la lactancia materna exclusiva para la prevención de las diarreas agudas.

1.3.3. ACADÉMICA

Académicamente, el estudio se justifica porque se utilizó métodos y técnicas científicas para diseñar los instrumentos de recolección de datos con el cual se midieron las variables en estudio y de esa forma se obtuvo una aproximación de la realidad, para dar respuesta confiable a los objetivos propuestos.

También es de interés académica, debido a que se propondrán ajustes a la curricular académica relacionada al cuidado del niño en la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia.

1.4 APORTE DOCTORAL

Nuestro aporte está implícito en la implementación del “Programa de Educación Sanitaria sobre lactancia materna con estrategias para la prevención y control de las diarreas agudas dirigido a madres adolescentes”.

Es muy importante realizar esta acción para poder evitar la aparición de enfermedad diarreica aguda en los niños menores de 5 años, lo que se logrará con este Programa es la comunicación interpersonal con los miembros del equipo de salud y la madre al entregarle e indicarle su manejo, ya que se buscó modificar sus prácticas de cuidado infantil y así contribuir a un mejor estado de salud, nutrición y desarrollo de los niños, como también mejorar el manejo inicial de las enfermedades diarreicas agudas en el hogar y evitar de esta manera el desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones.

Asimismo, el Programa de Educación Sanitaria empleado logró validar un programa aplicable y que probablemente pueda ser extrapolado a escalas

espacio temporales mayores, lo que contribuiría al perfeccionamiento de los instrumentos y métodos de trabajo sobre esta problemática.

1.5 ANTECEDENTES INMEDIATOS

Consideramos los siguientes:

En el año 2013, Bedoya, Benítez, Castaño, Mejía, Moncada y Ocampo (28) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar la presencia de enfermedades en niños menores de cinco años que fueron lactados durante 6 meses o más, en relación a los que recibieron lactancia materna durante menos de 6 meses. El estudio se realizó en un jardín infantil de la ciudad de Manizales (Colombia), en 115 niños. Se evaluaron variables demográficas, de lactancia materna, y presencia anterior de algunas patologías. La edad promedio de la población seleccionada fue de 31,35 meses, 54,8% de género femenino. El 7,8% recibieron lactancia materna exclusiva, el 51,8% fueron lactados durante 6 meses o más, tiempo promedio de lactancia materna 5,88 meses, inicio de alimentación complementaria 7,93 meses, suplementaria 4,91, duración alimentación suplementaria 10,22 meses. El 49,6% presentó diarrea, 20,9% bronquiolitis, 9,6% asma, 23,5% dermatitis, 41,7% otitis media, 15,7% faringoamigdalitis. Con relación a lactancia materna hasta los 6 meses, se encontró relación significativa ($p < 0,05$) con haber padecido diarrea, faringitis, otitis y bronquiolitis. También se encontraron relaciones significativas entre la presencia de diarrea, bronquiolitis, dermatitis, otitis y faringitis, con tiempo de lactancia, edad de inicio y duración de la alimentación suplementaria y edad de inicio de la alimentación complementaria.

En Cuba, Peralta, Tejeda, Leyva, Peralta y Maceo (29) aplicó un programa educativo sustentado en los factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda con el objetivo de evaluar su eficacia para elevar el conocimiento de los familiares de niños y niñas menores de un año atendidos

con esta enfermedad en las áreas de salud de las policlínicas René Vallejo y Bayamo Oeste del municipio Bayamo, en el período comprendido de enero a diciembre del 2011. Las variables fueron: la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, lavado de las manos, el uso de sales de rehidratación oral al inicio de un episodio diarreico, el consumo de agua hervida, el lavado de manos para manipular alimentos y después de defecar, la higiene personal y de utensilios antes de alimentar al niño, la administración de remedios caseros, la presencia de vectores en el hogar. El universo estuvo constituido por 346 familiares de niños y niñas menores de un año el que se hizo coincidir con la muestra. Una vez aplicado en programa educativo, mediante la prueba de ANOVA de Friedman se constató el incremento del conocimiento sobre los factores de riesgo en los familiares de los niños y niñas menores de un año beneficiarios de la investigación, al pasar el conocimiento de un rango promedio medio (1,14) a un rango promedio alto (1,86); ($n=346$; $X^2=252,0$; $p=0,0$; $\alpha=0,05$); demostrándose la eficacia del programa educativo para incrementar el conocimiento de los familiares de los niños y niñas menores de un año.

Serrano, Basábes, Echevarría y Rodríguez (30) realizaron un estudio descriptivo y longitudinal con el propósito de describir la presencia de algunos factores epidemiológicos asociados a las Enfermedades Diarreicas Agudas. Se estudiaron 250 niños menores de 12 meses ingresados por esta causa en el Servicio de Gastroenterología Aguda del Hospital Docente Pediátrico Provincial "Pepe Portilla" de Pinar del Río-Cuba, durante el período comprendido de Enero a Diciembre del año 2005, utilizando como fuente de información las encuestas realizadas a las madres, además de revisar las historias clínicas de

estos casos. Los resultados obtenidos demostraron que la edad menor de 6 meses constituyó un factor de riesgo, no viéndose diferencias importantes en cuanto al sexo. La malnutrición proteico - energética no representó un problema. La escasa administración de Lactancia Materna Exclusiva y las condiciones de la vivienda deficientes fueron otro factor asociado a las diarreas. Para el análisis estadístico utilizamos media porcentual y prueba de hipótesis Chi Cuadrado.

En Cuba, Bertot, Fonseca y Chávez (31) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la influencia de algunos factores de riesgo sobre las enfermedades diarreicas agudas en lactantes. Estudio observacional de cohorte. El estudio fue realizado en el área de salud de Veguitas, perteneciente al policlínico «Ramón Heredia Umpierre», Municipio Yara, provincia de Granma. De los 302 nacidos vivos en el año 2000 se seleccionaron 169 por muestreo sistemático; formaron parte de la cohorte expuesta aquellos que incidieron con alguno de los riesgos preestablecidos (el número cambió de acuerdo con la variable tratada) e integraron la cohorte no expuesta los que no presentaron ninguno en el momento de la comparación. Se hizo seguimiento a través de las historias clínicas individuales hasta diciembre del 2001, a fin de evaluar también a aquellos que completaron el primer año de vida en este período. Previamente se entrenaron los 40 médicos de familia radicado en los respectivos consultorios, aunque el control siempre se ejerció por los autores. Los datos se organizaban regularmente en un cuestionario elaborado al efecto. La ausencia de lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses de vida figuró como el riesgo más fuertemente asociado (RR=6,40; IC=2,95-13,87) seguido

en orden de importancia de la higiene doméstica inadecuada, bajo nivel de instrucción de los padres y bajo peso al nacer.

Macías, Franco, Long, Hernández, Martínez y López (32) desarrolló un estudio con el objetivo de evaluar el efecto de la lactancia materna exclusiva y sus interacciones con algunos factores socioeconómicos, en relación con la incidencia de diarrea aguda durante los primeros tres meses de la vida. En la ciudad de Durango, México, en 1994 se llevó a cabo un estudio de cohorte con tres meses de seguimiento; la muestra estuvo compuesta por 327 parejas de madre y recién nacido, residentes de la ciudad de Durango, durante el periodo abril-junio de 1994. Para el análisis se utilizaron técnicas descriptivas, análisis bivariados y modelos multivariados de regresión logística con efectos aleatorios. Los niños que no reciben lactancia exclusiva al seno materno tienen un riesgo significativamente elevado de padecer diarrea aguda desde el inicio de la vida (RMlactancia mixta= 3.23; IC 95% 1.84-5.68 y RMlactancia artificial=4.36; IC 95% 2.32-8.19). Además, el efecto protector de la lactancia al seno materno es independiente del que tienen factores de riesgo tales como la educación materna deficiente, la falta de apoyo social y el hecho de que la madre sea adolescente. Sin embargo, en el caso especial del saneamiento ambiental encontramos evidencia de una posible modificación del efecto respecto al tipo de lactancia (DG=9.26; $p=0.09$), que se traduce en una razón de momios para la carencia de agua y drenaje mayor que la suma de las RM para cada condición por separado (RMno agua/no drenaje = 2.58; IC 95% 1.10-6.03, en el modelo multivariante final).

Por otro lado, en el Perú, en el 2014, Hurtado y Gálvez (33) efectuaron un estudio de tipo cuantitativo de diseño pre prueba/pos prueba con la finalidad

de determinar la influencia de un proceso educativo de lavado de manos en el conocimiento de las madres sobre prevención de procesos diarreicos, participaron 50 madres de familia de niños menores de 5 años, se realizó en el pueblo joven "Víctor Raúl" del distrito de La Victoria en Chiclayo. Se utilizó una encuesta validada y con confiabilidad de 0,84.5%. Entre los principales resultados sobresalieron: Antes de aplicar el programa de lavado de manos, el nivel de conocimiento materno fue 70% para excelente y 10% deficiente; a diferencia de los niveles de conocimientos después de aplicado el programa, ya que el 90% de madres se ubicaron en el nivel excelente y el 10% en el nivel bueno, no se encontraron madres en el nivel deficiente. Demostrando que la influencia del programa educativo tiene efecto positivo en el conocimiento de las madres que participaron.

Injante, Huertas y Curasi (34) desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar la asociación que existe entre la lactancia materna exclusiva y la presencia de infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA) en niños entre 6 y 11 meses de edad, atendidos en el Hospital Santa María Del Socorro de Ica-Perú, entre abril 2012 y marzo del 2013. Estudio caso control. Muestra: 86 casos de EDA con 172 controles y 21 casos de IRA con 42 controles, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple. Se analizó con Chi cuadrado, test exacto de Fisher, T de Student y Odds ratio. Cuando la madre brinda lactancia materna exclusiva (OR=0,06; IC95%=0,01-0,21), tiene instrucción superior (OR=0,26; IC95%=0,07-0,84) y se lava las manos antes de preparar los alimentos (OR=0,08; IC95%=0,00-0,81), disminuye el riesgo de IRA. Asimismo, cuando la madre trabaja (OR=0,365; IC95%=0,174-0,740), es soltera (OR=0,316; IC95%=0,127-0,787), no se

almacena agua en la vivienda (OR=0,295; IC95%=0,152-0,548), existe lactancia materna exclusiva (OR=0,330; IC95%=0,190-0,568), recibieron información sobre LME (OR=0,479; IC95%=0,282-0,812), se lava las manos antes de preparar los alimentos (OR=0,240; IC95%=0,086-0,623) disminuye el riesgo de EDA.

Y, en el Perú, en el año 2013, Rodríguez, López y Valencia (35) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la efectividad del programa “La Era vive feliz sin EDAS” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de enfermedades diarreicas agudas en las madres de niños menores de 4 años del Centro Poblado Virgen del Carmen La Era. El estudio fue cuantitativo de diseño preexperimental no probabilístico, porque se trabajó con un solo grupo a quien se le aplicó un pretest y postest, a fin de determinar la efectividad del programa. Después de la implementación del programa la mayoría evidencia un nivel conocimiento excelente en el manejo de las EDAS (93.3%) y solo el 6.7% tiene un conocimiento regular; además, la mayoría presenta una actitud altamente favorable (86.7%) frente al manejo de las EDAS. Lo mismo sucede con las prácticas, donde las madres luego del programa en su mayoría practican los ítemes que previenen la aparición de las enfermedades diarreicas agudas.

1.6 OBJETIVOS.

a. Objetivo General:

- Determinar el efecto de la educación sanitaria sobre lactancia materna en madres adolescentes para la prevención de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015.

b. Objetivos Específicos:

- Establecer el efecto de la educación sanitaria sobre lactancia materna en el conocimiento de madres adolescentes para la prevención de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015.
- Valorar el efecto de la educación sanitaria sobre lactancia materna en el comportamiento de madres adolescentes para la prevención de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015.
- Evaluar el efecto de la educación sanitaria sobre lactancia materna en madres adolescentes para la disminución de casos de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015.

CAPÍTULO II

REFERENCIA TEÓRICO O CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

La diarrea es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los países en vías de desarrollo. Se ha visto que la mortalidad por diarrea ha caído substancialmente a pesar del crecimiento de la población mundial y la inclusión de China en el análisis actual, pero la morbilidad ha seguido alta durante las pasadas cuatro décadas (36).

En nuestro país, la tendencia de los episodios de EDA en los últimos 5 años (2010-2015) muestra una tendencia al descenso, con mayores episodios en las primeras semanas del año (época de verano), debido al clima que favorece la diseminación de las bacterias que las provocan, las altas temperaturas, aumentan el riesgo de deshidratación (37).

Los programas de control de la diarrea, en países en vías de desarrollo, se basan en el manejo exitoso de los casos, principalmente con la terapia de rehidratación oral y la promoción de la alimentación adecuada durante y después de un episodio de diarrea, específicamente la lactancia materna exclusiva. Se necesitan medidas que sirvan para reducir significativamente la incidencia de la diarrea. La prevención de la diarrea, cuando se lleva apropiadamente, puede ser tan importante como el manejo de los casos, y puede ser la única manera de evitar la muerte en lugares en donde el tratamiento no está disponible (38).

Actualmente, no hemos encontrado en nuestro país estudios de educación sanitaria sobre lactancia materna a madres adolescentes para la

prevención de la diarrea aguda en niños, por lo que creemos que nuestro estudio sentaran las bases para futuras investigaciones en este campo.

2.2. ASPECTOS CONCEPTUALES O DOCTRINARIOS.

2.2.1. Prevención de diarrea aguda en lactantes

2.2.1.1. *Diarrea aguda*

La Organización Mundial de la Salud define a la diarrea como la presencia de tres o más deposiciones al día o una frecuencia mayor que la normal, de heces sueltas o líquidas. La infección puede ser causada por bacterias, virus y/o parásitos y se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, así como de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente (39).

Ochoa y Zambrano (40) manifiestan que la diarrea es una enfermedad infecciosa producida por virus, bacterias, hongos o parásitos, que afecta principalmente a niños menores de cinco años.

Según explica Díaz y Delgado (41) se define la diarrea como una reducción en la consistencia de las evacuaciones (líquidas o semilíquidas) y/o un incremento en la frecuencia de las mismas (por lo general > 3 en 24 h), pudiendo acompañarse de fiebre o vómito. Su duración por lo general < 7 días y, por definición, nunca más de 14 días.

Por su parte, Gonzales Bada, Rojas, Bernanola y Chávez (42) en la Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y el Tratamiento de la Diarrea Aguda Infecciosa en Perú-2011, define diarrea aguda infecciosa como: “una disminución de la consistencia de las heces (blandas o líquidas) y/o aumento en la frecuencia de las mismas, con o sin fiebre o vómitos” e informa que: “ en

los primeros meses de vida, un cambio en la consistencia de las heces es más indicativo de diarrea que el número de deposiciones”.

2.2.1.2. Prevención de diarrea aguda

La prevención de la diarrea, cuando se lleva apropiadamente, puede ser tan importante como el manejo de los casos, y puede ser la única manera de evitar la muerte en lugares en donde el tratamiento no está disponible (43).

La OMS (44) recalca: “Entre las medidas clave para prevenir las enfermedades diarreicas cabe citar las siguientes:

- el acceso a fuentes inocuas de agua de consumo;
- uso de servicios de saneamiento mejorados;
- lavado de manos con jabón;
- lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida;
- una higiene personal y alimentaria correctas;
- la educación sobre salud y sobre los modos de transmisión de las infecciones;
- la vacunación contra rotavirus”.

“Los lactantes que reciben leche materna adquieren protección contra infecciones sintomáticas como por *Shigella* spp., *Vibrio cholerae*, *Campylobacter* spp., *Salmonella* spp., y *Escherichia coli* enterotoxigénica productora de toxina termolábil. La protección contra el Cólera y *Shigella* spp., parecen extenderse al segundo y tercer año de vida, aunque a un menor grado que cuando se es lactante. No está claro si la lactancia materna ofrece protección contra el Rotavirus, aunque los casos en que se amamantó al niño pueden experimentar episodios menos severos”, expone De Gracia (45).

A su vez, Gonzales, Bada, Rojas, Bernanola y Chávez (46) reportan: “El lavado de manos, la mejora en la calidad del agua y otras medidas higiénicas, deben ser aconsejadas a los padres y cuidadores para evitar la DAI. La vacunación contra el rotavirus está aconsejada en los lactantes. Se debe recomendar: alimentar con lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, evitar el uso de biberones, mejorar las prácticas de manipulación de los alimentos y desechar las excretas de manera apropiada”.

Las medidas de prevención contra la EDA bacteriana están directamente relacionadas al manejo de agua y alimentos para consumo humano. Teniendo en cuenta que la contaminación del agua y los alimentos son los mecanismos más importantes de la transmisión de patógenos entéricos, es primordial que la comunidad consuma agua potable y que elimine los agentes microbianos de alimentos contaminados mediante cocción (Carnes y vegetales) o lavado (frutas), o que se retiren del mercado alimentos altamente contaminados. Para determinar el grado de contaminación del agua y alimentos para consumo humano, una vigilancia epidemiológica de estos microorganismos es primordial. Reporte de contaminación permitiría a las autoridades competentes retirar alimentos altamente contaminados del mercado con el objetivo de prevenir y/o controlar brotes epidémicos de EDA en la comunidad. En el presente, vacunas contra E. coli patógenas intestinales no están disponibles en el mercado, sin embargo varias vacunas contra ECET, basadas en moléculas modificadas de LTb y/o factores de colonización, están siendo evaluadas clínicamente en varios países en estudios de fase I, II, y III. Se espera que el uso de vacunas constituya una medida de favorable costo-beneficio que pueda disminuir la alta morbilidad por este patógeno en la población pediátrica de países endémicos

como Colombia y también reducir la frecuencia de diarrea del viajero (47,48,49).

Deficiencia de zinc y otros micronutrientes en niños que viven en zonas marginadas puede asociarse a deficiencias inmunitarias y a mayor riesgo de enfermedades infecciosas, entre ellas la EDA. Suplementos de zinc a niños menores de 5 años puede reducir la mortalidad por EDA y por neumonías como lo reportan estudios en África y Asia, demostrando que el zinc es una medida esencial en la prevención de la EDA en la población pediátrica (50,51).

2.2.2. Educación sanitaria

Una de las primeras definiciones válidas de educación sanitaria la elaboró Wood (52) en 1926. Para este autor, la educación sanitaria es “la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud del individuo y de la comunidad”.

Para Grout (53), la educación sanitaria es el “procedimiento que entraña traducir los conocimientos acumulados acerca de la salud en normas de comportamiento adecuadas individuales o comunitarias, valiéndose de la educación”.

Ireland (54) indica que, la OMS define la educación sanitaria como “el proceso planeado y manejado de investigación para lograr mejorar la salud en una población”.

Redondo (55) sostiene que la educación sanitaria es un proceso de aprendizaje planificado que pretende reforzar, mantener o eliminar determinados hábitos que influyen poderosamente en la salud de la población.

Salas y Marat (56) reportan que la educación sanitaria, se refiere a la integración de conocimientos y a la adopción de prácticas de conductas en beneficio de la salud.

De igual manera, Álvarez (57) sostiene que la educación sanitaria debe estar orientada a un proceso de cambio de actitud y de conducta del individuo y de la colectividad, para la aplicación de medios que les permitan la conservación de la salud.

2.2.3. Lactancia materna

La lactancia materna se define como la forma óptima de alimentación del lactante durante los primeros seis meses de vida, debido a los múltiples beneficios que aporta al binomio madre-hijo (58).

Dueñas, Mesa, Domínguez y Moreno (59) informa que la lactancia materna es un acto natural y fisiológico que comienza con el surgimiento de la especie humana; constituye el alimento natural, exclusivo, más eficaz de los recién nacidos y se emplea como complementario de otros nutrientes durante los primeros años de vida.

Cáceres, Reyes, Malpica, Álvarez y Solís (60) señalan que la lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno.

La Organización Mundial de la Salud (61) define lactancia materna como lactancia al seno materno sin líquidos suplementarios o alimentos sólidos, aunque admite la ingestión de vitaminas y medicamentos.

En el Perú, el ministerio de salud junto a la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (62) ejecutan una labor importante fomentando la práctica de la lactancia materna exclusiva promoviendo el cumplimiento de los 10 pasos de la lactancia materna, que consiste en:

- Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
- Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
- Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
- Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén medicamente indicados.
- Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
- Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
- No dar a los niños alimentados al pecho, chupadores o chupetes artificiales (chupones).
- Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o la clínica.

2.3. BASE TEORICA O TEORIA EN LA QUE SE SUSTENTA.

El estudio se sustenta dentro de la Teoría de Marilyn Anne Ray: Factores educativos.

Marilyn Anne Ray nació en Hamilton (Ontario, Canadá) y creció en una familia de 6 hijos. Cuando Ray tenía 15 años su padre estuvo gravemente enfermo, ingreso en un hospital y estuvo a punto de morir. Una enfermera le salvó la vida. Marilyn decidió hacerse enfermera para poder ayudar a los demás y acaso también salvarles la vida (63).

Según Marriner y Raile (64) esta teoría sostiene la importancia de los programas educativos formales e informales, la utilización de medios audiovisuales para transmitir información y otras formas de docencia y transmisión de la información son ejemplos de los factores educativos que se relacionan con el significado del cuidado. También, refiere que la salud es un patrón de significado para las personas, las familias y las comunidades. En todas las sociedades humanas, las creencias y las prácticas asistenciales sobre la enfermedad y la salud son características centrales de la cultura. La salud no es, simplemente, la consecuencia de un estado físico del ser. Las personas construyen su realidad de salud y relación con la biología, patrones mentales, características de su imagen del cuerpo, la mente y el alma, las estructuras familiares, las estructuras de la sociedad y de la comunidad (políticas, económicas, legales y tecnológicas), y las experiencias de cuidado que dan significado a las maneras complejas de vida.

2.4. DEFINICIONES OPERACIONALES.

- **Diarrea:** disminución de la consistencia de las heces (blandas o líquidas) y/o un aumento en la frecuencia de las evacuaciones, con o sin fiebre o vómitos. La diarrea aguda suele durar menos de 7 días y no más de 14 días.
- **Educación sanitaria:** Programa educativo dirigido a promover estilos de vida saludables (conocimiento y prácticas) sobre lactancia materna exclusiva para la prevención de las enfermedades diarreicas agudas.
- **Lactancia materna exclusiva:** se considera lactancia materna exclusiva a aquella en la cual el lactante no recibe ningún otro alimento o bebida, incluyendo agua; excepto medicinas y vitaminas o gotas de minerales.
- **Prevención de diarrea aguda:** conjunto de atenciones de salud pública orientadas a garantizar la recuperación y la prevención de episodios repetidos de las enfermedades diarreicas agudas.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

Según el método de investigación, fue un estudio experimental, longitudinal, prospectivo y analítico.

En cuanto al nivel de investigación correspondió al nivel explicativo.

3.2. SISTEMA DE HIPÓTESIS, VARIABLES Y ESQUEMA DE DISEÑO

a) SISTEMA DE HIPOTESIS

a.1. HIPOTESIS GENERAL:

Ha: El efecto de la educación sanitaria sobre lactancia materna en madres adolescentes es significativo en la prevención de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán de Huánuco.

a.2. HIPOTESIS ESPECÍFICAS:

Ha₁: El efecto de la educación sanitaria sobre lactancia materna en madres adolescentes es significativo en el incremento de conocimiento para la prevención de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán de Huánuco.

Ha₂: El efecto de la educación sanitaria sobre lactancia materna en madres adolescentes es significativo en el cambio de comportamiento para la prevención de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán de Huánuco.

Ha₃: El efecto de la educación sanitaria sobre lactancia materna en madres adolescentes es significativo en la disminución de casos de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán de Huánuco.

b) VARIABLES Y SU OPERATIVIZACIÓN

VARIABLE DEPENDIENTE

Prevención de diarreas agudas en lactantes.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Programa de educación sanitaria sobre lactancia materna

OPERATIVIZACIÓN

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PARÁMETRO ESTADÍSTICO
VARIABLE DEPENDIENTE				
Comportamiento sobre la higiene y lavado de manos	Cualitativa	Buena Regular Mala	Ordinal	Nº, %
Comportamiento sobre la manipulación apropiada de los residuos sólidos en el domicilio	Cualitativa	Buena Regular Mala	Ordinal	Nº, %
Prácticas sobre el consumo de agua segura	Cualitativa	Buena Regular Mala	Ordinal	Nº, %
Manipulación correcta de los alimentos	Cualitativa	Buena Regular Mala	Ordinal	Nº, %
Manejo apropiado de los signos de alarma de las complicaciones de las diarreas en el hogar	Cualitativa	Buena Regular Mala	Ordinal	Nº, %
Conocimiento de lactancia materna	Cualitativa	Buena Regular Deficiente	Ordinal	Nº, %

Casos de diarrea aguda	Cuantitativa	Número de casos	De razón	Nº, %, media, mediana, D.E
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Programa de educación sanitaria sobre lactancia materna	Cualitativa	Aplica No aplica	Nominal	Nº, %
VARIABLES INTERVINIENTES				
Edad	Cuantitativa	En años	De razón	Nº, %, media, mediana, D.E
Sexo del lactante	Cualitativa	Masculino Femenino	Nominal	Nº, %
Grado de instrucción	Cualitativa	Sin estudios Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior técnico incompleta Superior técnico completa Superior universitario incompleta Superior universitario completa	Ordinal	Nº, %
Estado civil	Cualitativa	Soltero/a Casado/a Conviviente Divorciado/a Viudo/a	Nominal	Nº, %

c) ESQUEMA DE DISEÑO

El diseño del estudio fue el Diseño Cuasi experimental, como en el siguiente esquema:

GRUPO	ANTES	INTERVENCION	DESPUES
G ₁	O ₁	X	O ₃
G ₂	O ₂	-	O ₄

Dónde:

G₁:	Grupo experimental
G₂:	Grupo control
X:	Intervención (educación sanitaria de lactancia materna)
-:	Sin intervención (cuidados habituales)
O₁ y O₂:	Observación basal, antes de la intervención
O₃ y O₄:	Observación final, después de la intervención

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

A) PARA RECOLECCIÓN DE DATOS Y ORGANIZACIÓN DE DATOS

a. Instrumentos:

a.1. Cuestionario de conocimiento sobre lactancia materna:

Compuestas por preguntas concernientes a temas de lactancia materna (Anexo 01).

a.2. Guía de observación de prácticas de prevención de casos de

diarreas: se tuvieron en cuenta la observación de las prácticas positivas concernientes a la prevención de los episodios de diarreas (Anexo 02).

a.3. Ficha de registro de casos de diarreas:

Donde se registraron datos sobre la frecuencia de los casos, su tipología y las complicaciones (Anexo 03).

b. Procedimiento:

Los procedimientos realizados para el desarrollo del trabajo de investigación fueron:

- a) Coordinación con el Director del Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco.

- b) Coordinación con la responsable de la Unidad de Obstetricia del Hospital.
- c) Identificación de la población muestral.
- d) Se aplicó el instrumento de estudio, antes de la intervención y también previo consentimiento informado (Anexo 04).
- e) Desarrollo de la intervención sanitaria a las madres gestantes en estudio (Anexo 05).
- f) Se aplicó el instrumento de investigación, después de la intervención.
- g) Proceso de análisis e interpretación de datos.

B) INTERPRETACIÓN DE DATOS Y RESULTADOS

Se consideraron las siguientes fases:

- Revisión de los datos, donde se tuvo en cuenta el control de calidad de los datos, con el fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
- Codificación de los datos. Se transformó en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en el instrumento, según las variables del estudio.
- Clasificación de los datos, Se realizó de acuerdo al tipo de variables y sus escalas de medición.
- Presentación de datos. Se presentó los datos en tablas académicas y en gráficos según las variables en estudio.

C) ANALISIS DE DATOS

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y las medidas de frecuencia.

En la comprobación de la hipótesis se realizó un análisis bivariada mediante la prueba de Mann Whitney y Chi cuadrada. En todo el procesamiento de los datos se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0.

3.4. COBERTURA DE LA INVESTIGACION

A) POBLACIÓN

Estuvo constituida por todas las madres adolescentes que se atienden su parto (parto normal, cesárea) en el Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN:

a. Criterios de inclusión:

Se incluyeron en el estudio:

- Aquellas madres adolescentes que acepten el consentimiento informado.
- Con nivel de educación de primaria completa a más.
- Madres adolescentes que viven dentro de la jurisdicción del Hospital.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron del estudio:

- Madres adolescentes que presentaron complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.
- Con muerte perinatal.
- Con problemas emocionales.

- Madres adolescentes que fueron referidas de otro nivel de atención.

B) MUESTRA

- **Unidad de Análisis.**

Cada madre adolescente y su lactante.

- **Unidad de Muestreo.**

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

- **Marco Muestral.**

Relación o listado construido en una hoja de padrón nominal.

- **Tamaño Muestral.**

El cálculo de la muestra fue mediante la fórmula para dos muestras independientes:

$$n = \frac{(z\alpha + z\beta)^2 (p_1q_1 + p_2q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde:

$z\alpha = 1.96$ para un valor nivel error $\alpha = 0.05$ (5%)

$z\beta = 0.84$ para un valor nivel error $\beta = 0.20$ (20%)

$p_1 = 75,0\%$ efectividad del Programa educación sanitaria

$q_1 = 25,0\%$ (1- p_1)

$p_2 = 37,0\%$ efectividad de los cuidados habituales

$q_2 = 63,0\%$ (1- p_2)

La solución es la siguiente:

$$n = \frac{7,851204 (0,4206)}{0,1444}$$

$$0,1444$$

$$n = \frac{3,302216402}{0,1444}$$

$$0,1444$$

$$n = 23,9$$

$$n_1 = 24$$

$$n_2 = 24$$

Por tanto se trabajó con 24 madres adolescentes y sus lactantes, tanto para el grupo experimental como para el grupo control.

- **Tipo de muestreo.**

Se utilizó el muestreo probabilístico de aleatorización simple, mediante números aleatorios generados en un paquete estadístico.

C. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICO-TEMPORAL Y TEMÁTICA

- **Ubicación en el espacio.** El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, ubicado en el distrito, provincia y departamento de Huánuco.
- **Ubicación en el tiempo.** La duración del estudio fue durante el periodo de julio a diciembre del 2015.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACION DE RESULTADOS DESCRIPTIVOS

4.1.1. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MADRE:

Tabla 01. Edad en años de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Edad en años	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
13 a 14	1	4,2	3	12,5
15 a 16	11	45,8	10	41,7
17 a 18	12	50,0	11	45,8
Total	24	100,0	24	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

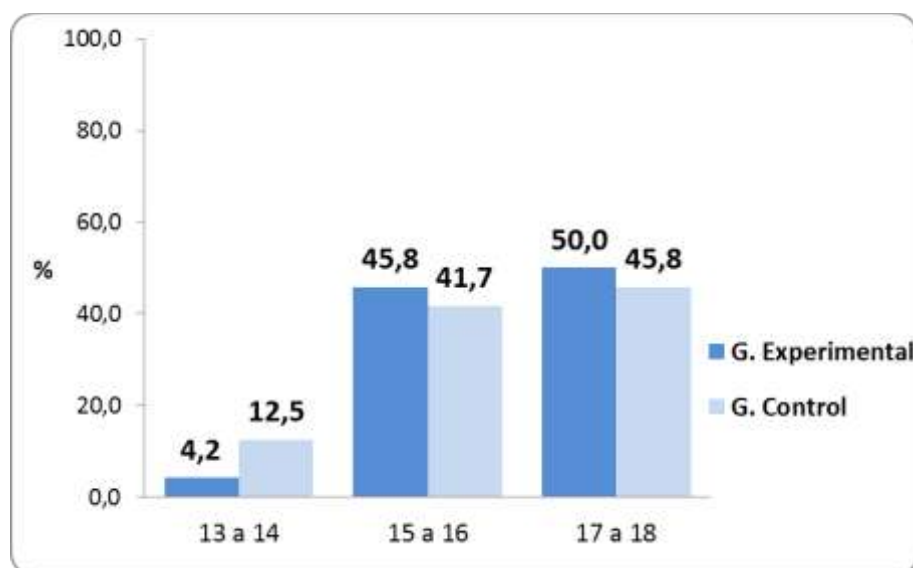


Gráfico 01. Porcentaje de madres adolescentes por edad en años y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

En cuanto a la edad en años de madres adolescentes en estudio, en el grupo experimental, el 50,0% (12 madres) tuvieron entre 17 a 18 años, el 45,8% (11 madres) entre 15 a 16 años y una de ellas entre 13 a 14 años.

Asimismo, en el grupo control, el 45,8% (11 madres) tuvieron entre 17 a 18 años, el 41,7% (10 madres) entre 15 a 16 años y el 12,5% (3 madres) entre 13 a 14 años.

Tabla 02. Estado civil de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Estado civil	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
Soltera	11	45,8	12	50,0
Casada	3	12,5	2	8,3
Conviviente	10	41,7	10	41,7
Total	24	100,0	24	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

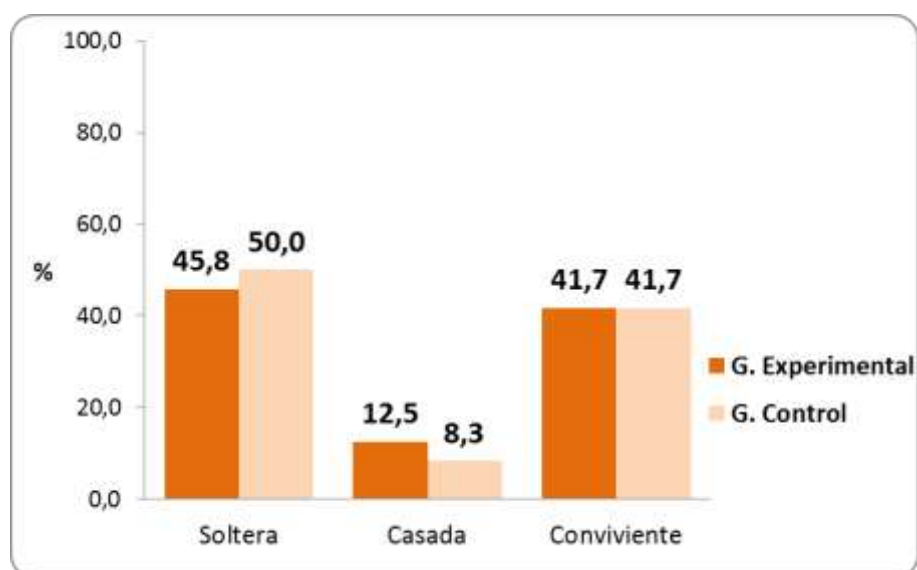


Gráfico 02. Porcentaje de madres adolescentes por estado civil y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

En relación al estado civil de madres adolescentes en estudio, en el grupo experimental, el 45,8% (11 madres) se encontraban solteras, el 41,7% (10 madres) tuvieron la condición de conviviente y el 12,5% (3 madres) estuvieron casadas.

Asimismo, en el grupo control, el 50,0% (12 madres) se encontraban solteras, el 41,7% (10 madres) tuvieron la condición de conviviente y el 8,3% (2 madres) estuvieron casadas.

Tabla 03. Ocupación de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Ocupación	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
Ama de casa	11	45,8	10	41,7
Estudiante	12	50,0	12	50,0
Empleada del hogar	1	4,2	2	8,3
Total	24	100,0	24	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

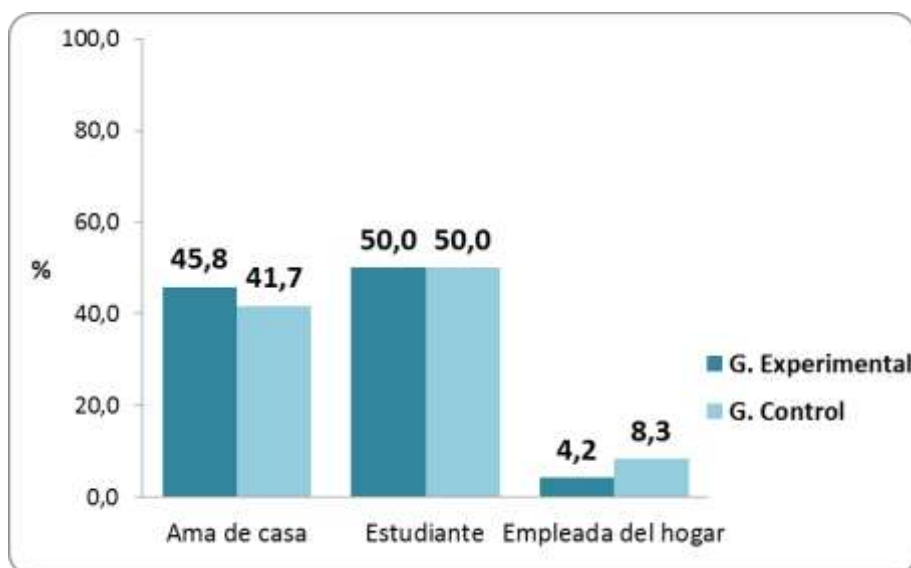


Gráfico 03. Porcentaje de madres adolescentes por ocupación y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

En razón a la ocupación de madres adolescentes en estudio, en el grupo experimental, el 50,0% (12 madres) fueron estudiantes, el 45,8% (11 madres) fueron amas de casa y una de ellas fue empleada del hogar.

Asimismo, en el grupo control, el 50,0% (12 madres) fueron estudiantes, el 41,7% (10 madres) fueron amas de casa y dos de ellas fueron empleadas del hogar.

Tabla 04. Nivel de educación de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Nivel de educación	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
Primaria incompleta	6	25,0	8	33,3
Primaria completa	8	33,3	10	41,7
Secundaria incompleta	5	20,8	6	25,0
Secundaria completa	5	20,8	0	0,0
Total	24	100,0	24	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

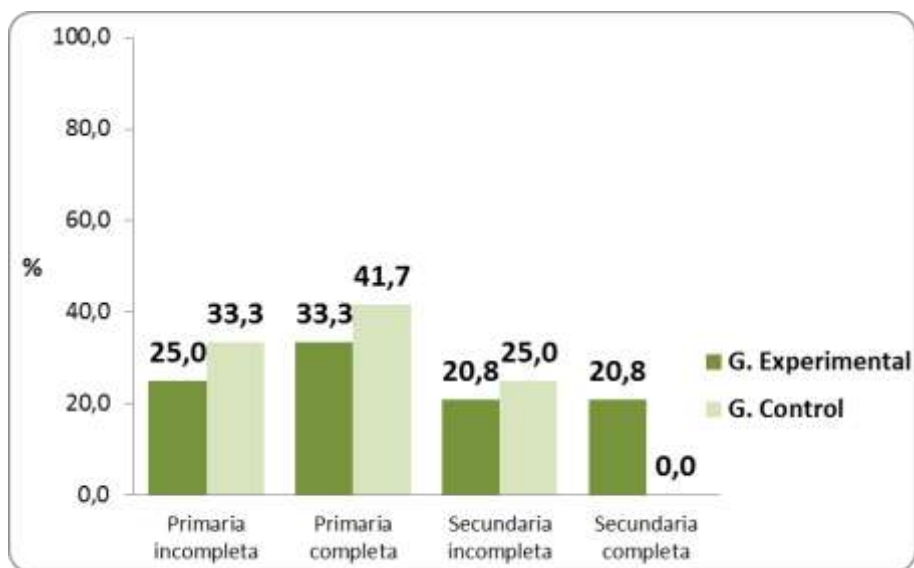


Gráfico 04. Porcentaje de madres adolescentes por nivel de educación y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Respecto al nivel de educación de madres adolescentes en estudio, en el grupo experimental, el 33,3% (8 madres) tuvieron primaria completa, el 25,0% (6 madres) primaria incompleta y el 20,8% (5 madres) alcanzaron la secundaria incompleta y la completa, cada una.

Asimismo, en el grupo control, el 41,7% (10 madres) tuvieron primaria completa, el 33,3% (8 madres) primaria incompleta y el 25,0% (6 madres) alcanzaron la secundaria incompleta.

Tabla 05. Índice de masa corporal de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Índice de masa corporal	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
Bajo peso	14	58,3	11	45,8
Normal	8	33,3	11	45,8
Sobrepeso	2	8,3	2	8,3
Total	24	100,0	24	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

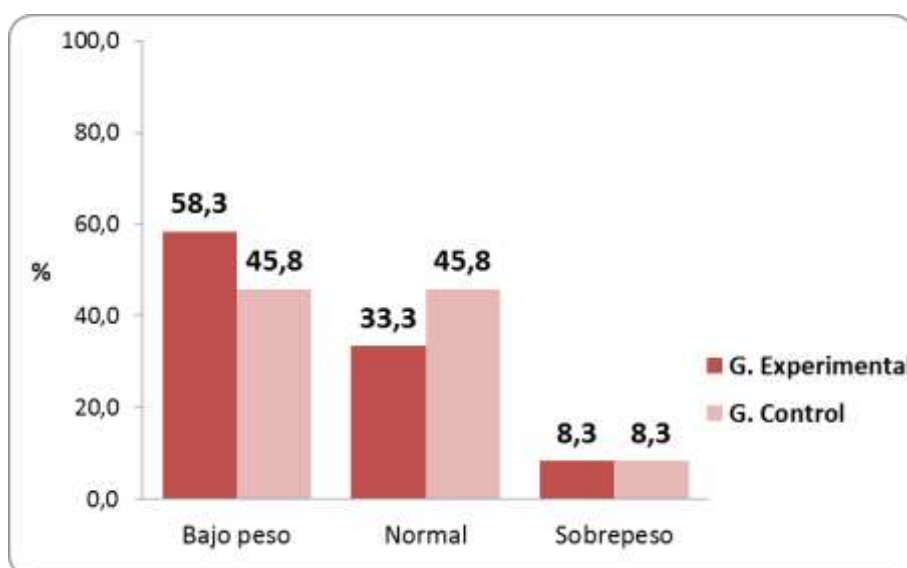


Gráfico 05. Porcentaje de madres adolescentes por índice de masa corporal y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015.

Con respecto al índice de masa corporal de madres adolescentes en estudio, en el grupo experimental, el 58,3% (14 madres) tuvieron bajo peso, el 33,3% (8 madres) se encontraban con IMC normal y el 8,3% (2 madres) tuvieron sobrepeso.

Asimismo, en el grupo control, el 45,8% (11 madres) se encontraban con IMC bajo de peso y normal, cada una y el 8,3% (2 madres) tuvieron sobrepeso.

4.1.2. CARACTERISTICAS GENERALES DEL NIÑO:

Tabla 06. Edad en días de los niños de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Edad en días	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
2	3	12,5	4	16,7
3	11	45,8	10	41,7
4	6	25,0	4	16,7
5	4	16,7	6	25,0
Total	24	100,0	24	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

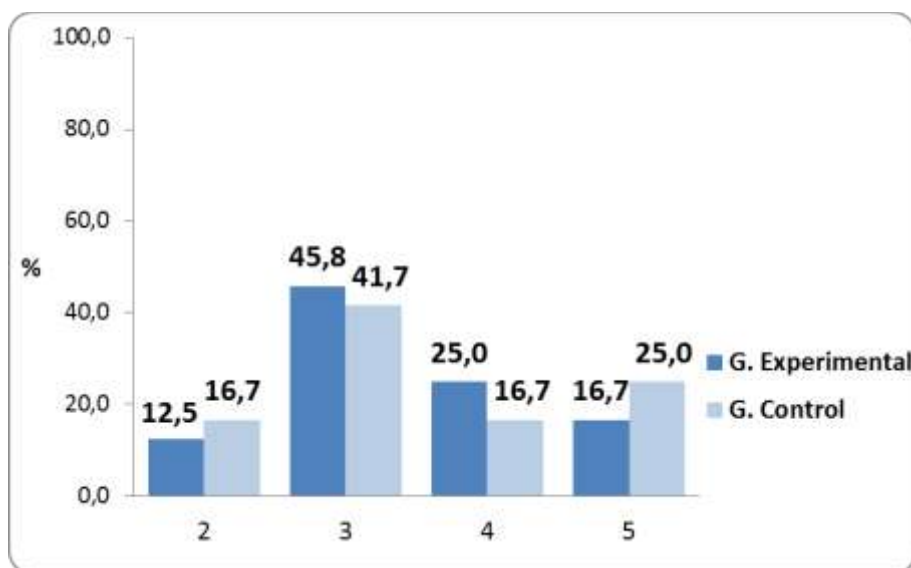


Gráfico 06. Porcentaje de niños de madres adolescentes por edad en días y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Concerniente a la edad en días de los niños de madres adolescentes en estudio, en el grupo experimental, el 45,8% (11 niños) tuvieron 3 días, el 25,0% (6 niños) 4 días, el 16,7% 5 días y el 12,5% 2 días de nacido.

Del mismo modo, en el grupo control, el 41,7% (10 niños) tuvieron una edad de 3 días, el 25,0% (6 niños) de 5 días, y el 16,7% de 2 y 4 días, cada una.

Tabla 07. Sexo de los niños de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Sexo	Grupo Experimental		Grupo Control	
	N°	%	N°	%
Masculino	13	54,2	14	58,3
Femenino	11	45,8	10	41,7
Total	24	100,0	24	100,0

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

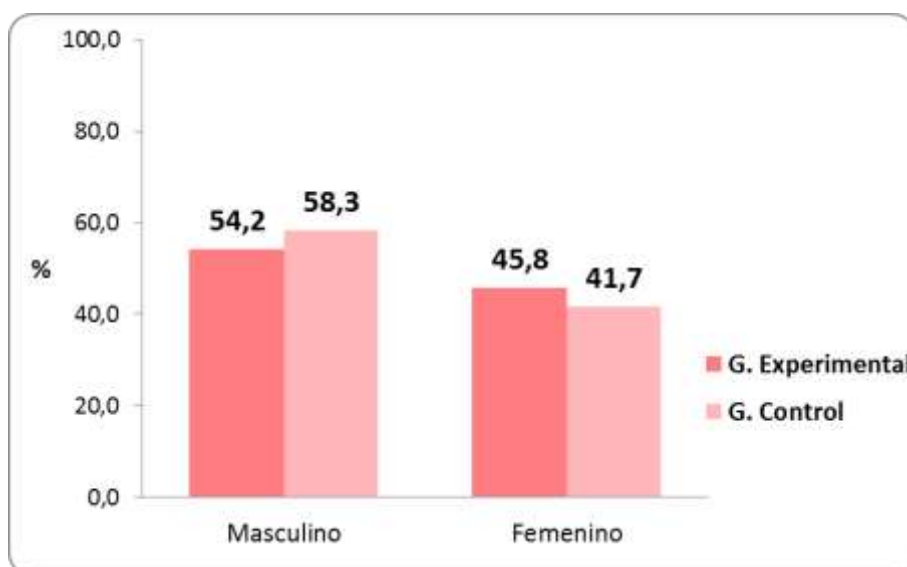


Gráfico 07. Porcentaje de niños de madres adolescentes por sexo y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Respecto al sexo de los niños de madres adolescentes en estudio, en el grupo experimental, el 54,2% (13 niños) fueron de sexo masculino y el 45,8% (11 niños) de sexo femenino.

Del mismo modo, en el grupo control, el 58,3% (14 niños) fueron de sexo masculino y el 41,7% (10 niños) de sexo femenino.

4.1.3. CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA:

Tabla 08. Conocimiento de lactancia materna de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Conocimiento de lactancia materna	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Grupo Experimental (n=24)				
Buena	0	0,0	10	41,7
Regular	3	12,5	10	41,7
Deficiente	21	87,5	4	16,7
Grupo Control (n=24)				
Buena	0	0,0	0	0,0
Regular	2	8,3	3	12,5
Deficiente	22	91,7	21	87,5

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

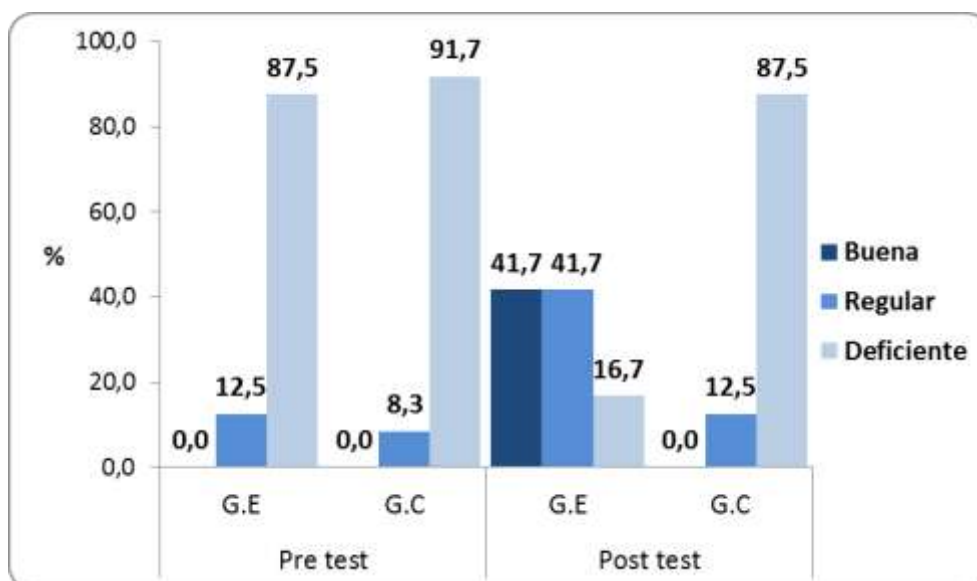


Gráfico 08. Porcentaje de madres adolescentes por conocimiento de lactancia materna y según grupos y momentos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

En cuanto al conocimiento de lactancia materna de madres adolescentes en estudio, en el pre test existió un gran porcentaje de conocimiento deficiente (experimental 87,5%; control 91,7%). Al finalizar el programa de educación

sanitaria el porcentaje de conocimiento bueno fue menor en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (41,7%).

4.1.4. EVALUACIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE LA MADRE SOBRE PREVENCIÓN DE DIARREAS:

Tabla 09. Comportamiento sobre higiene y lavado de manos de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Higiene y lavado de manos	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Grupo Experimental (n=24)				
Buena	0	0,0	14	58,3
Regular	11	45,8	10	41,7
Mala	13	54,2	0	0,0
Grupo Control (n=24)				
Buena	0	0,0	0	0,0
Regular	8	33,3	7	29,2
Mala	16	66,7	17	70,8

Fuente: Guía de observación (Anexo 02).

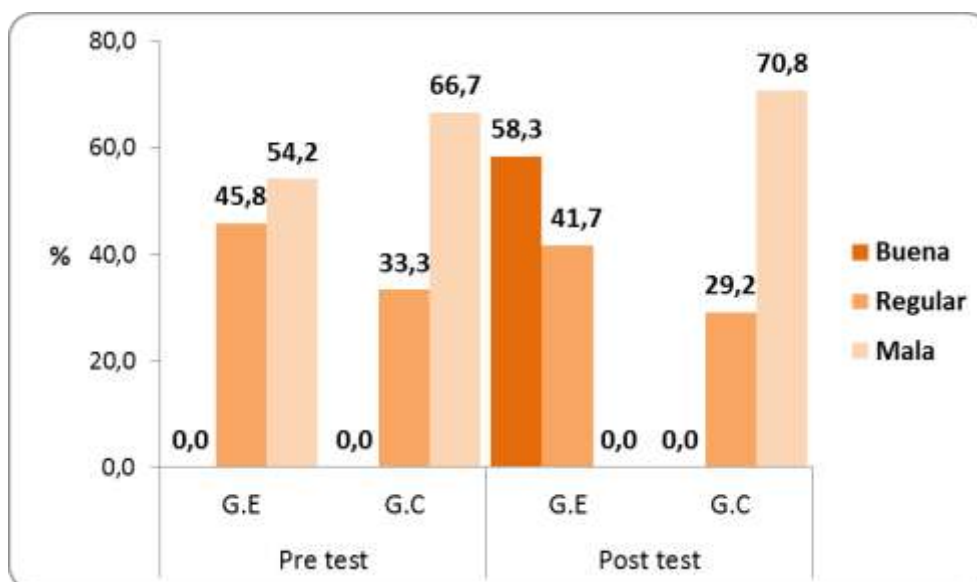


Gráfico 09. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre higiene y lavado de manos y según grupos y momentos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Respecto al comportamiento sobre higiene y lavado de manos de madres adolescentes en estudio, en el pre test existió un gran porcentaje de comportamiento malo (experimental 54,2%; control 66,7%). Al finalizar el programa de educación sanitaria el porcentaje de comportamiento bueno fue menor en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (58,3%).

Tabla 10. Comportamiento sobre manipulación de residuos sólidos en el domicilio de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Manipulación de residuos sólidos en el domicilio	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Grupo Experimental (n=24)				
Buena	0	0,0	4	16,7
Regular	9	37,5	18	75,0
Mala	15	62,5	2	8,3
Grupo Control (n=24)				
Buena	0	0,0	0	0,0
Regular	4	16,7	4	16,7
Mala	20	83,3	20	83,3

Fuente: Guía de observación (Anexo 02).

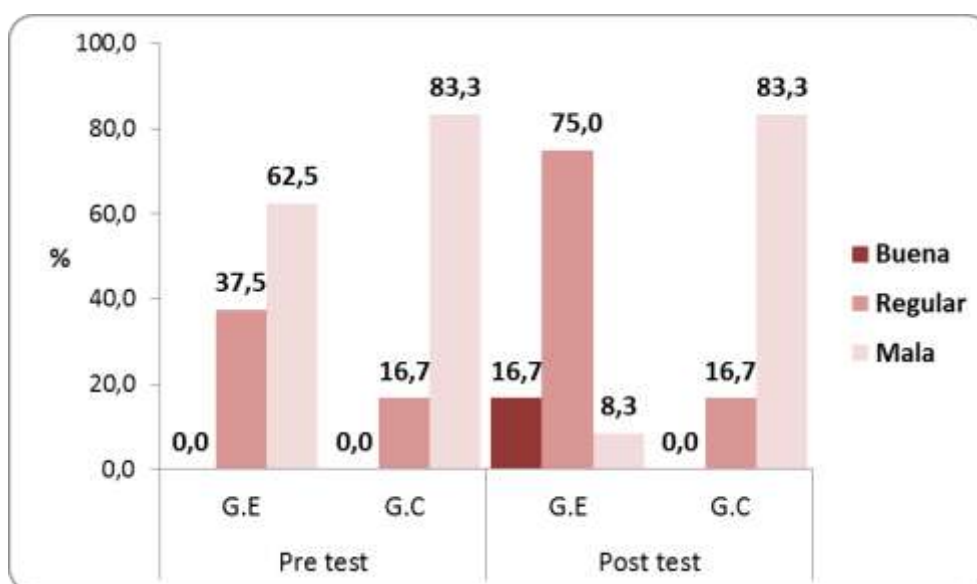


Gráfico 10. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre manipulación de residuos sólidos en el domicilio y según grupos y momentos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

En relación al comportamiento sobre manipulación de residuos sólidos en el domicilio de madres adolescentes en estudio, en el pre test existió un gran porcentaje de comportamiento malo (experimental 62,5%; control 83,3%). En cambio, al finalizar el programa de educación sanitaria el porcentaje de comportamiento bueno fue menor en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (16,7%).

Tabla 11. Comportamiento sobre consumo de agua de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Consumo de agua	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Grupo Experimental (n=24)				
Buena	1	4,2	12	50,0
Regular	14	58,3	12	50,0
Mala	9	37,5	0	0,0
Grupo Control (n=24)				
Buena	0	0,0	0	0,0
Regular	13	54,2	12	50,0
Mala	11	45,8	12	50,0

Fuente: Guía de observación (Anexo 02).

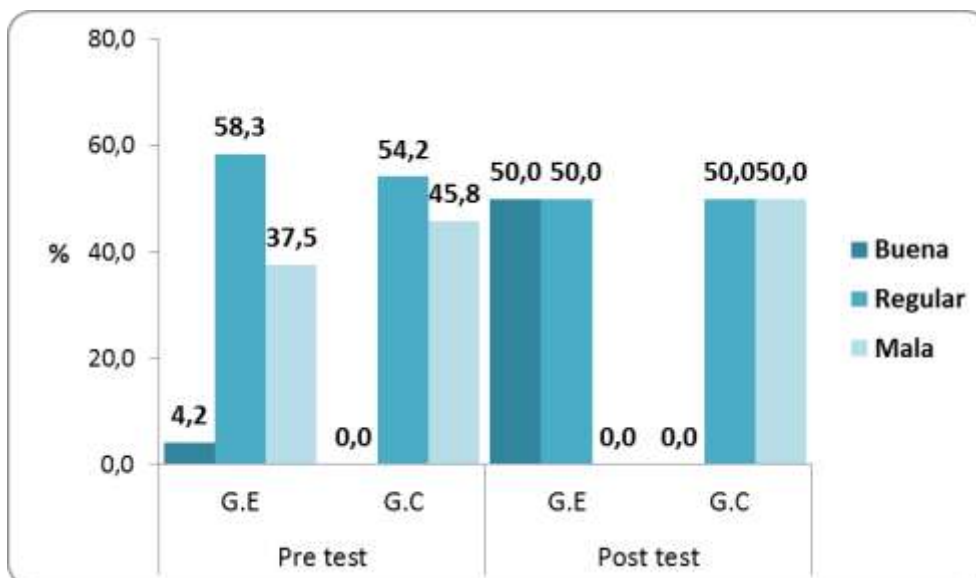


Gráfico 11. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre consumo de agua y según grupos y momentos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Concerniente al comportamiento sobre consumo de agua de madres adolescentes en estudio, en el pre test existió un gran porcentaje de comportamiento regular (experimental 58,3%; control 54,2%). Al finalizar el programa de educación sanitaria el porcentaje de comportamiento bueno fue menor en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (50,0%).

Tabla 12. Comportamiento sobre manipulación de los alimentos de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Manipulación de los alimentos	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Grupo Experimental (n=24)				
Buena	0	0,0	5	20,8
Regular	10	41,7	15	62,5
Mala	14	58,3	4	16,7
Grupo Control (n=24)				
Buena	0	0,0	0	0,0
Regular	1	4,2	1	4,2
Mala	23	95,8	23	95,8

Fuente: Guía de observación (Anexo 02).

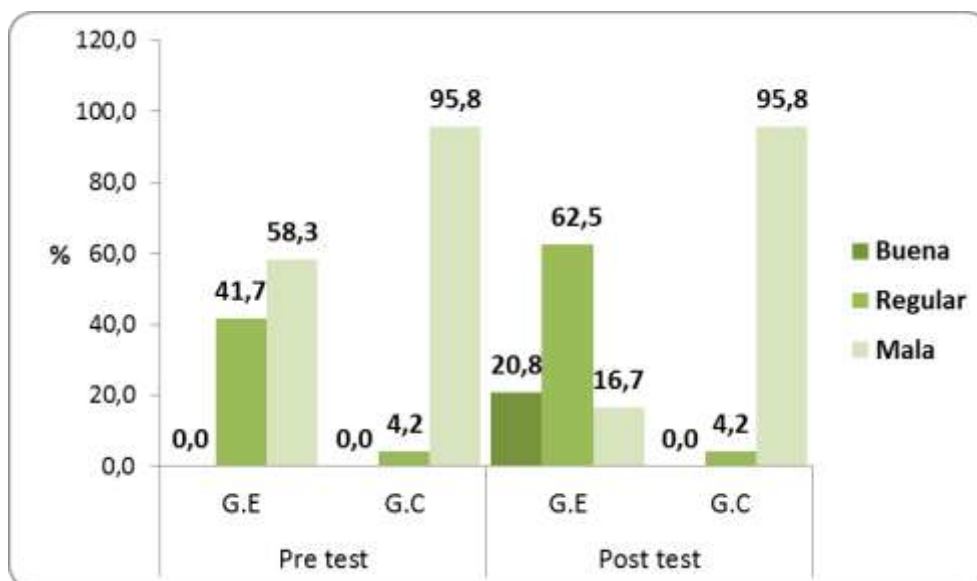


Gráfico 12. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre manipulación de los alimentos y según grupos y momentos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

En referencia al comportamiento sobre manipulación de los alimentos de madres adolescentes en estudio, en el pre test existió un gran porcentaje de comportamiento malo (experimental 58,3%; control 95,8%). Al finalizar el programa de educación sanitaria el porcentaje de comportamiento bueno fue menor en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (20,8%).

Tabla 13. Comportamiento sobre manejo de signos de alarma de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Manejo de signos de alarma	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Grupo Experimental (n=24)				
Buena	0	0,0	4	16,7
Regular	5	20,8	12	50,0
Mala	19	79,2	8	33,3
Grupo Control (n=24)				
Buena	0	0,0	0	0,0
Regular	0	0,0	0	0,0
Mala	24	100,0	24	100,0

Fuente: Guía de observación (Anexo 02).

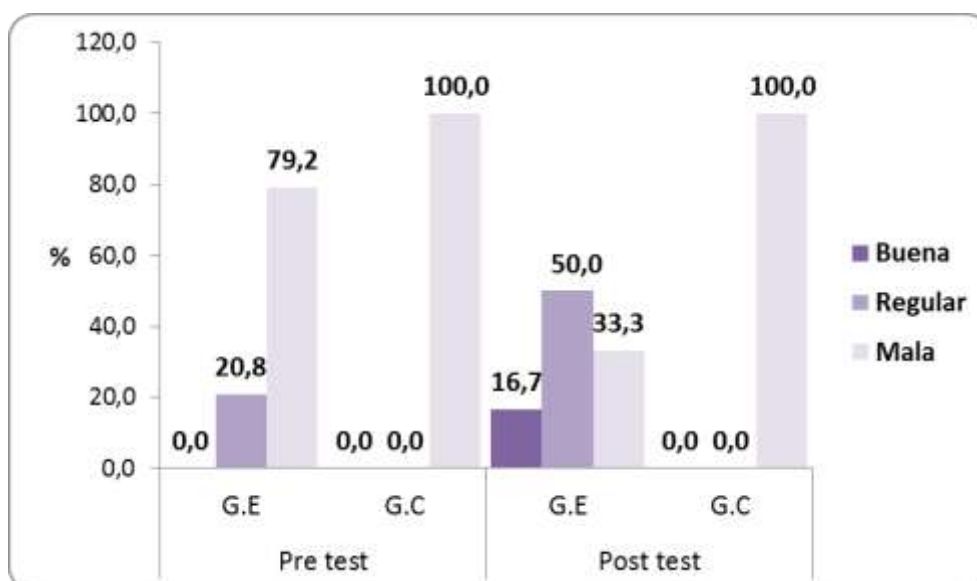


Gráfico 13. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre manejo de signos de alarma y según grupos y momentos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Con respecto al comportamiento sobre manejo de signos de alarma de madres adolescentes en estudio, en el pre test existió un gran porcentaje de comportamiento malo (experimental 79,2%; control 100,0%). Al finalizar el programa de educación sanitaria el porcentaje de comportamiento bueno fue menor en el grupo control (0,0%) respecto al grupo experimental (16,7%).

4.1.5. CASOS DE DIARREA:

Tabla 14. Casos de diarrea en niños de madres adolescentes por momentos y según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Casos de diarrea	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Grupo Experimental (n=24)				
0	24	100,0	19	79,2
1	0	0,0	1	4,2
2	0	0,0	1	4,2
3	0	0,0	1	4,2
4	0	0,0	2	8,3
Grupo Control (n=24)				
0	24	100,0	7	29,2
1	0	0,0	4	16,7
2	0	0,0	2	8,3
3	0	0,0	6	25,0
4	0	0,0	5	20,8

Fuente: Ficha de registro (Anexo 03).

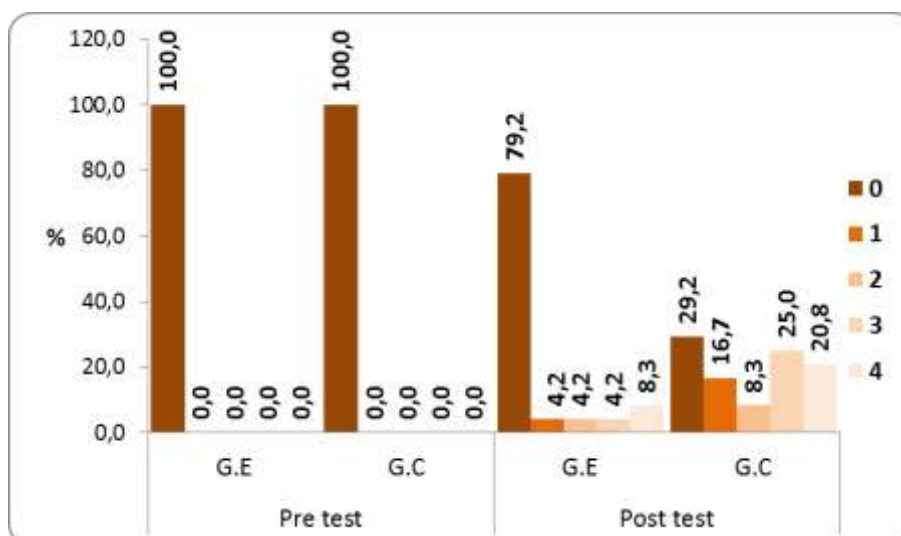


Gráfico 14. Porcentaje de niños de madres adolescentes por casos de diarrea y según grupos y momentos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Respecto a los casos de diarrea en niños de madres adolescentes en estudio, en el pre test no se presentó ningún caso de diarrea (experimental 100,0%; control 100,0%). Al finalizar el programa de educación sanitaria el porcentaje

de cero casos de diarrea fue menor en el grupo control (29,2%) respecto al grupo experimental (79,2%).

4.2. ANALISIS INFERENCIAL DE LOS RESULTADOS

Tabla 15. Prueba de normalidad de las variables casos de diarrea y conocimiento de lactancia materna de madres adolescentes según grupos de estudio del Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Variables/Grupos	Estadístico	gl	Significancia
Casos de diarrea			
Grupo Experimental (n=24)	0,52	24	0,000
Grupo Control (n=24)	0,85	24	0,002
Conocimiento de lactancia materna			
Grupo Experimental (n=24)	0,93	24	0,010
Grupo Control (n=24)	0,56	24	0,000

Fuente: Anexo 01 y 03.

Mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk tanto en el grupo experimental como control mostraron una significancia estadística menor que el valor teórico de 0,05; donde nos indica que las variables casos de diarrea y conocimiento de lactancia materna no siguen una distribución normal.

Tabla 16. Comparación de conocimiento de lactancia materna de madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Grupo de estudio	N°	Rango promedio	Prueba U de Mann-Whitney	Significancia
Grupo Experimental	24	35,75	18,00	0,000
Grupo Control	24	13,25		

Fuente: Cuestionario de conocimiento (Anexo 01).

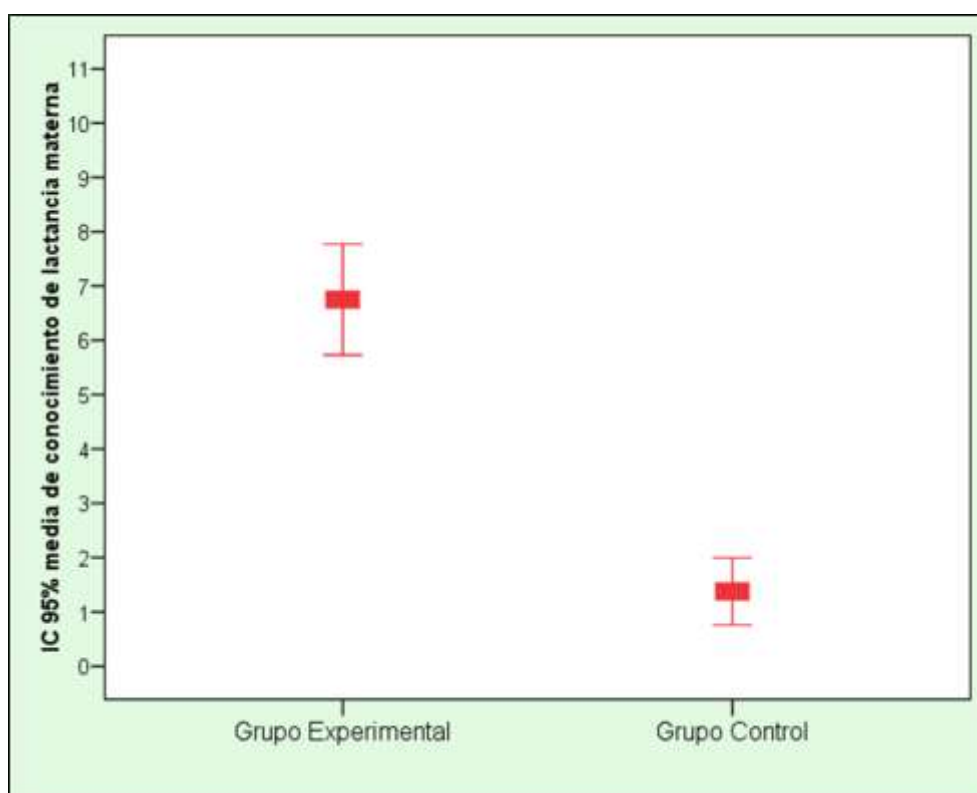


Gráfico 15. Media de conocimiento de lactancia materna de madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

En cuanto al conocimiento de lactancia materna de madres adolescentes en estudio, encontramos que después de la intervención el rango promedio del grupo experimental fue de 35,75 y del grupo control de 13,25; fue evidente que las madres del grupo experimental lograron mejores calificaciones de conocimiento que los del grupo control. Para comprobar si estos valores son significativos, se utilizó la Prueba U de Mann-Whitney reflejando una $p \leq 0,000$, la cual indica diferencias significativas estadísticamente, o lo que es equivalente, que el Programa de educación sanitaria influye en el incremento de conocimiento de lactancia materna, respecto al grupo que no recibió la intervención.

Tabla 17. Comparación de comportamiento sobre higiene y lavado de manos en madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Higiene y lavado de manos	Grupo Experimental		Grupo Control		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	N°	%	N°	%		
Buena	14	58,3	0	0,0	31,53	0,000
Regular	10	41,7	7	29,2		
Mala	0	0,0	17	70,8		
Total	24	100,0	24	100,0		

Fuente: Guía de observación (Anexo 02).

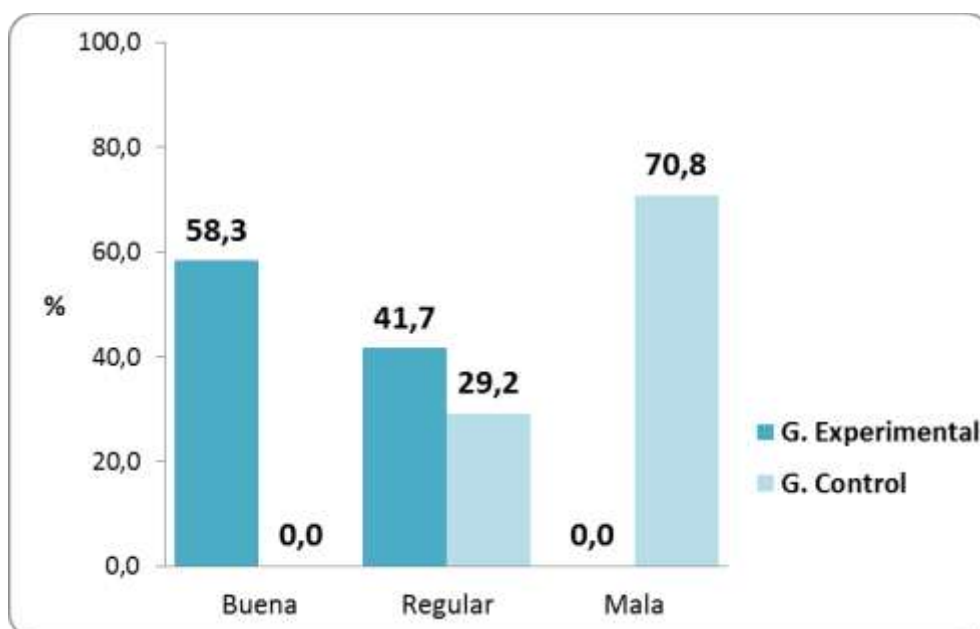


Gráfico 16. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre higiene y lavado de manos según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Respecto a la comparación de comportamiento sobre higiene y lavado de manos en madres adolescentes en estudio, también después de la intervención, encontramos que en el grupo experimental, el 58,3% de las madres lograron comportamiento bueno frente al 0,0% en el grupo control. Para comparar estos porcentajes utilizamos la Prueba Chi Cuadrada donde

encontramos una $p \leq 0,000$, indicando significancia estadística, es decir el programa de educación sanitaria influye en la mejora de comportamiento sobre higiene y lavado de manos, respecto al grupo que no recibió la intervención.

Tabla 18. Comparación de comportamiento sobre manipulación de residuos sólidos en el domicilio en madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Manipulación de residuos sólidos en el domicilio	Grupo Experimental		Grupo Control		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	N°	%	N°	%		
Buena	4	16,7	0	0,0	27,64	0,000
Regular	18	75,0	4	16,7		
Mala	2	8,3	20	83,3		
Total	24	100,0	24	100,0		

Fuente: Guía de observación (Anexo 02).

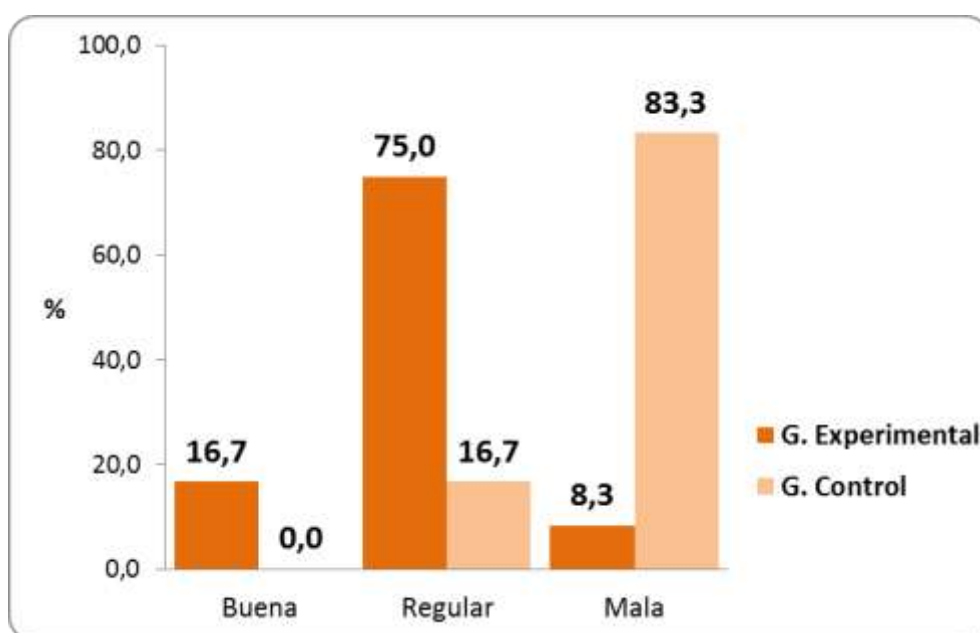


Gráfico 17. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre manipulación de residuos sólidos en el domicilio según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

En relación a la comparación de comportamiento sobre manipulación de residuos sólidos en el domicilio en madres adolescentes en estudio, después de la intervención, encontramos que en el grupo experimental, el 16,7% de las madres lograron comportamiento bueno frente al 0,0% en el grupo control. Para comparar estos porcentajes utilizamos la Prueba Chi Cuadrada donde encontramos una $p \leq 0,000$, indicando significancia estadística, es decir el programa de educación sanitaria influye en la mejora de comportamiento sobre manipulación de residuos sólidos en el domicilio, respecto al grupo que no recibió la intervención.

Tabla 19. Comparación de comportamiento sobre consumo de agua en madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Consumo de agua	Grupo Experimental		Grupo Control		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	N°	%	N°	%		
Buena	12	50,0	0	0,0	24,00	0,000
Regular	12	50,0	12	50,0		
Mala	0	0,0	12	50,0		
Total	24	100,0	24	100,0		

Fuente: Guía de observación (Anexo 02).

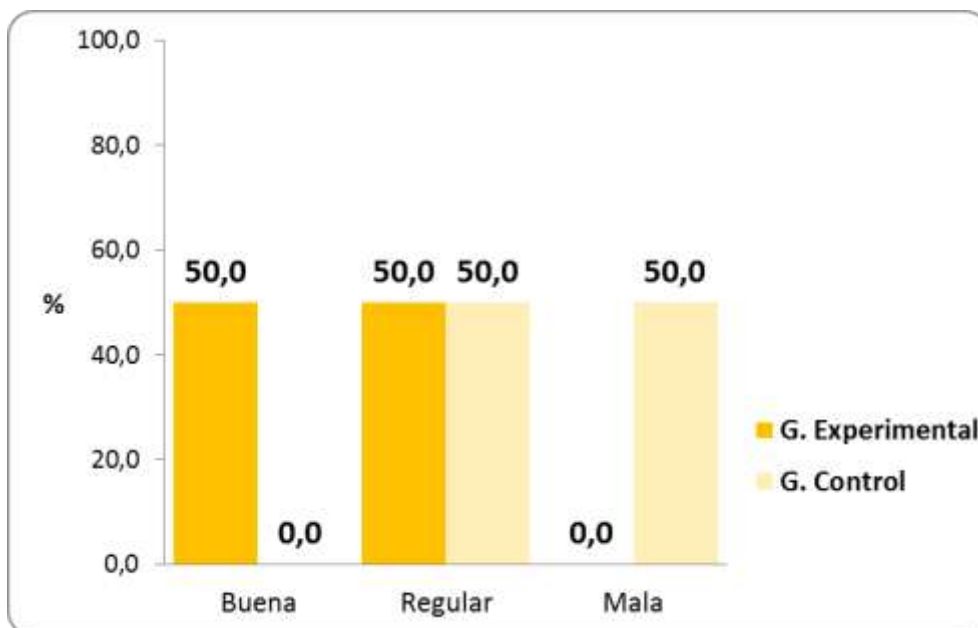


Gráfico 18. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre consumo de agua según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Con respecto a la comparación de comportamiento sobre consumo de agua en madres adolescentes en estudio, después de la intervención, encontramos que en el grupo experimental, el 50,0% de las madres lograron comportamiento bueno frente al 0,0% en el grupo control. Para comparar estos porcentajes utilizamos la Prueba Chi Cuadrada donde encontramos una $p \leq 0,000$, indicando significancia estadística, es decir el programa de educación sanitaria influye en la mejora de comportamiento sobre consumo de agua, respecto al grupo que no recibió la intervención.

Tabla 20. Comparación de comportamiento sobre manipulación de los alimentos en madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Manipulación de los alimentos	Grupo Experimental		Grupo Control		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	N°	%	N°	%		
Buena	5	20,8	0	0,0	30,62	0,000
Regular	15	62,5	1	4,2		
Mala	4	16,7	23	95,8		
Total	24	100,0	24	100,0		

Fuente: Guía de observación (Anexo 02).

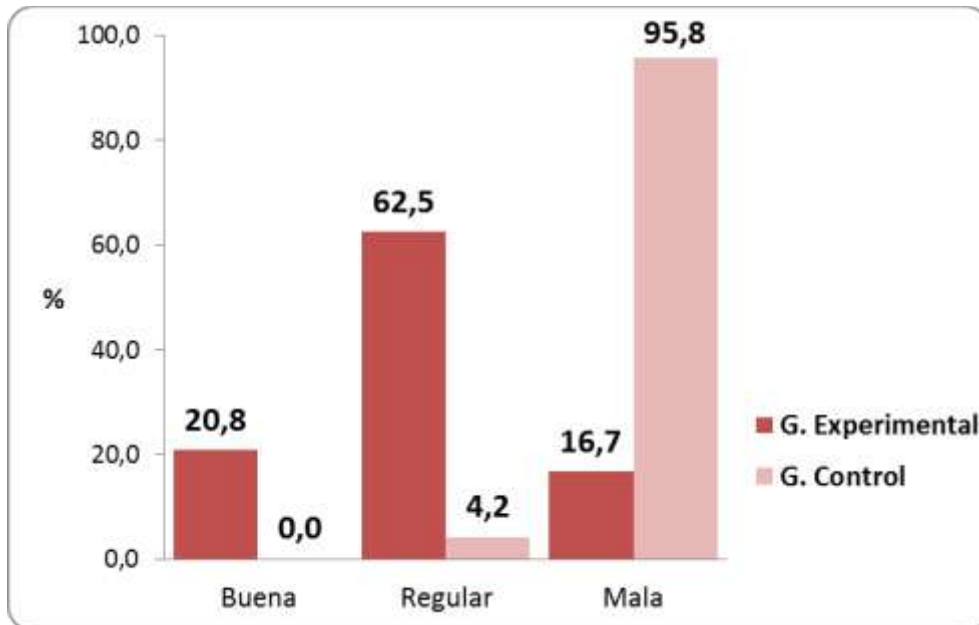


Gráfico 19. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre manipulación de los alimentos según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

En razón a la comparación de comportamiento sobre manipulación de los alimentos en madres adolescentes en estudio, después de la intervención, encontramos que en el grupo experimental, el 20,8% de las madres lograron comportamiento bueno frente al 0,0% en el grupo control. Para comparar estos porcentajes utilizamos la Prueba Chi Cuadrada donde encontramos una

$p \leq 0,000$, indicando significancia estadística, es decir el programa de educación sanitaria influye en la mejora de comportamiento sobre manipulación de los alimentos, respecto al grupo que no recibió la intervención.

Tabla 21. Comparación de comportamiento sobre manejo de signos de alarma en madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Manejo de signos de alarma	Grupo Experimental		Grupo Control		Prueba Chi cuadrada	Significancia
	N°	%	N°	%		
Buena	4	16,7	0	0,0	24,00	0,000
Regular	12	50,0	0	0,0		
Mala	8	33,3	24	100,0		
Total	24	100,0	24	100,0		

Fuente: Guía de observación (Anexo 02).

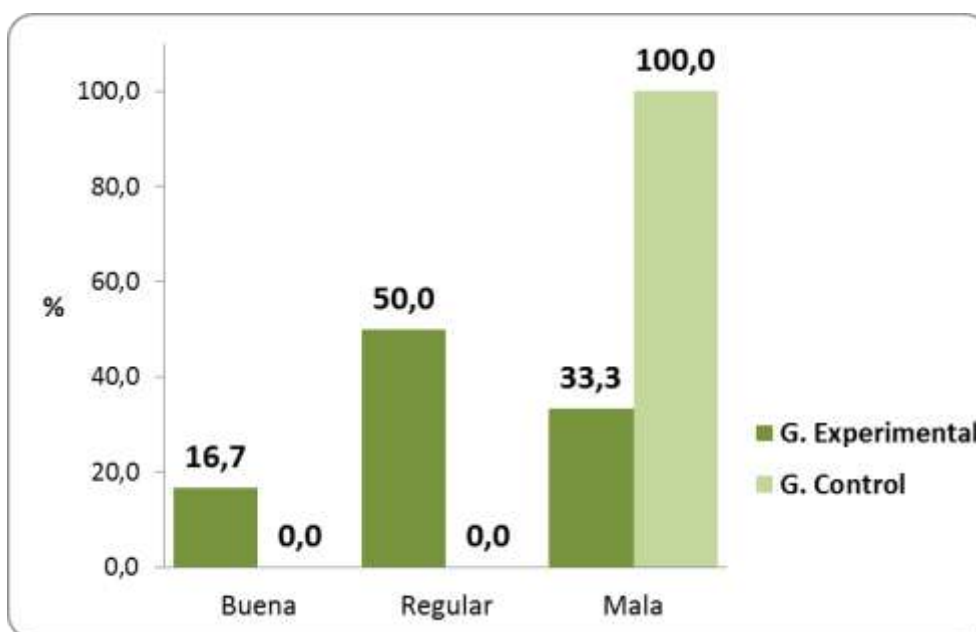


Gráfico 20. Porcentaje de madres adolescentes por comportamiento sobre manejo de signos de alarma según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Respecto a la comparación de comportamiento sobre manejo de signos de alarma en madres adolescentes en estudio, después de la intervención, encontramos que en el grupo experimental, el 16,7% de las madres lograron comportamiento bueno frente al 0,0% en el grupo control. Para comparar estos porcentajes utilizamos la Prueba Chi Cuadrada donde encontramos una $p \leq 0,000$, indicando significancia estadística, es decir el programa de educación sanitaria influye en la mejora de comportamiento sobre manejo de signos de alarma, respecto al grupo que no recibió la intervención.

Tabla 22. Comparación de casos de diarrea de niños de madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Grupo de estudio	N°	Rango promedio	Prueba de U de Mann-Whitney	Significancia
Grupo Experimental	24	18,60	146,50	0,001
Grupo Control	24	30,40		

Fuente: Ficha de registro (Anexo 03).

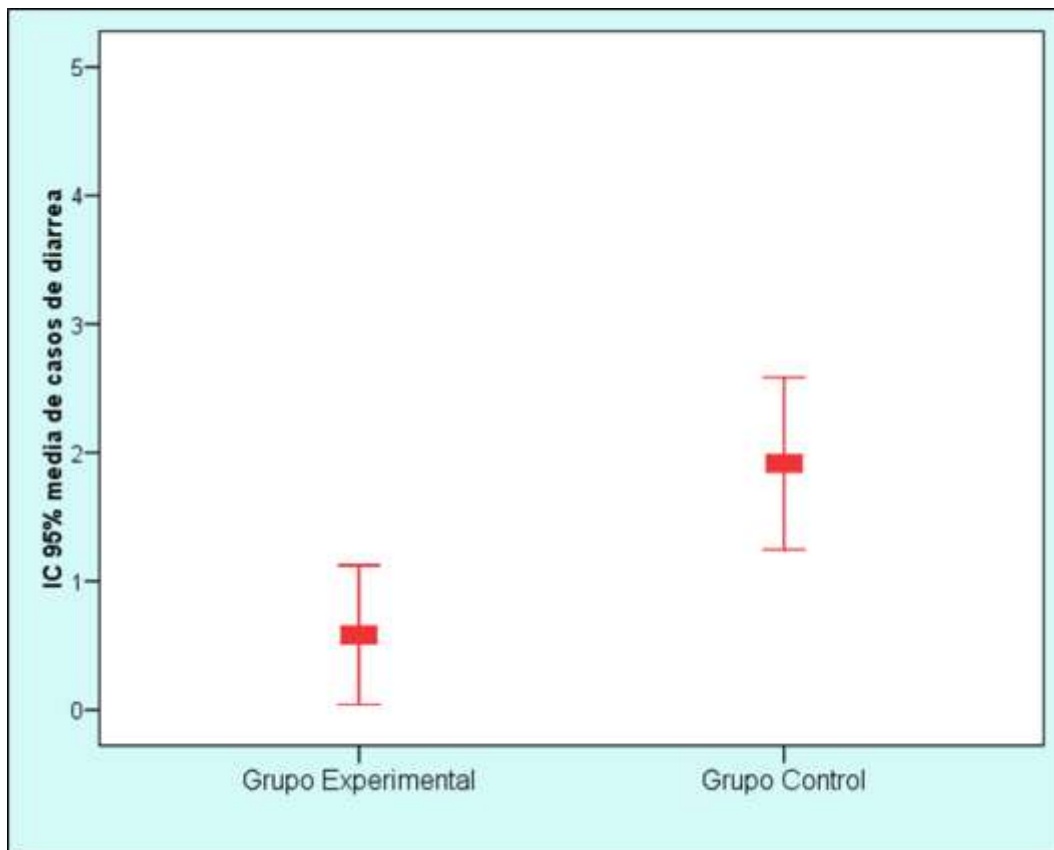


Gráfico 21. Media de casos de diarrea de niños de madres adolescentes según grupos de estudio, post test. Hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015

Y, en cuanto a los casos de diarrea de niños de madres adolescentes en estudio, encontramos que después de la intervención el rango promedio del grupo experimental fue de 18,60 y del grupo control de 30,40; fue evidente que las niños del grupo experimental presentaron menor número de casos de diarrea que los del grupo control. Para comprobar si estos valores son significativos, se utilizó la Prueba U de Mann-Whitney reflejando una $p \leq 0,001$, la cual indica diferencias significativas estadísticamente, o lo que es equivalente, que el Programa de educación sanitaria influye en la disminución de casos de diarrea, respecto al grupo que no recibió la intervención.

CAPÍTULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. VERIFICACION O CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS

En nuestra investigación se demostró que la educación sanitaria sobre lactancia materna tuvo efecto en el incremento de conocimiento sobre lactancia materna ($p \leq 0,000$). Asimismo, la educación sanitaria sobre lactancia materna logró cambios de comportamiento para la prevención de diarreas agudas como: higiene y lavado de manos ($p \leq 0,000$); manipulación de residuos sólidos en el domicilio ($p \leq 0,000$); consumo de agua ($p \leq 0,000$); manipulación de los alimentos ($p \leq 0,000$) y manejo de signos de alarma ($p \leq 0,000$). Y, la educación sanitaria sobre lactancia materna tuvo efectos en la disminución de casos de diarreas agudas en lactantes ($p \leq 0,001$).

Los estudios realizados por Mendigure (65) son similares a los nuestros ya que su programa mejoró las prácticas en el manejo de EDAS. Los resultados obtenidos antes de la intervención del programa, en las prácticas de las madres, fueron que el 80% no presentaba las manos limpias y uñas cortadas. No obstante, luego de la implementación del programa se aprecia que solo el 10% de las madres no practica estas medidas de higiene.

Peralta, Tejeda, Leyva, Peralta y Maceo (66) demostraron que la aplicación del programa educativo fue eficaz, pues contribuyeron a elevar el conocimiento sobre los factores de riesgo que condicionan la enfermedad diarreica aguda en familiares de niños y niñas menores de un año, verificado a partir que el mismo se desplazó de un rango promedio medio, antes, a un rango promedio alto, después.

Díaz y Díaz (67) indicaron que a pesar del corto tiempo transcurrido entre la aplicación de la experiencia educativa y la encuesta final, los hallazgos encontrados después de su aplicación demostraron que el programa aplicado puede mejorar los conocimientos de la población sobre las diarreas y sus complicaciones.

Rodríguez, López y Valencia (68) concluyeron que su programa “La Era vive feliz sin EDAS” fue efectivo en el incremento del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de enfermedades diarreicas agudas en las madres de niños menores de 4 años del Centro Poblado Virgen del Carmen-La Era, 2013.

Y, por último, Campos, Izquierdo y Romero (69) concluyeron que la lactancia materna ejerce un papel protector sobre la aparición de diarreas en comparación con los diferentes tipos de alimentación recibida los primeros 6 meses de vida.

5.2. NUEVOS PLANTEAMIENTOS

Nuestro planteamiento es continuar con estudios de seguimiento (nivel explicativo) sobre los otros principales factores de riesgo para adquirir la enfermedad diarreica aguda en niños, como:

- La higiene doméstica inadecuada,
- Inadecuado lavado de manos,
- Poco uso de las soluciones de rehidratación oral,
- Automedicación de antibióticos,
- Bajo nivel de instrucción de los padres.

5.3. FUNDAMENTOS DEL NUEVO APORTE

En lo científico, todavía la enfermedad diarreica aguda, constituye una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en la mayoría de los países subdesarrollados y con frecuencia transcurren sin atención médica. Según la OMS, en el mundo las enfermedades diarreicas agudas cobran la vida de 4 millones de personas, siendo el mayor número en niños con un predominio en menores de un año (70).

Asimismo, los estudios consultados a nivel nacional y el mundo relacionados con la temática abordada al igual que en esta investigación demostraron hallazgos estadísticamente significativos tras la aplicación de programas o intervenciones educativas para modificar el conocimiento y comportamientos saludables de los factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda (71).

Y, los beneficios más importantes y más visibles de la lactancia materna consisten en la inmediata salud y supervivencia del lactante. Las tasas de diarrea, así como las defunciones causadas por estas enfermedades, son menores en niños amamantados que en los que no lo son. Durante los primeros seis meses de vida, las tasas son menores entre lactantes amamantados en forma exclusiva que entre los amamantados en forma parcial (72).

En lo epistemológico, consideramos a la resistencia de los seres humanos que obliga a un cambio en los programas y en especial en la manera de entender la relación de las personas con la prevención y control de las enfermedades. Un aspecto importante a considerar allí es la educación, pero una educación que tenga como objetivo no solo vencer la resistencia de los

individuos, sino incitarlos a participar activamente en las acciones de salud que requiere el control de las enfermedades diarreicas (73).

Para vencer la resistencia de las personas se requiere entonces un mayor énfasis en el factor olvidado, en el ser humano (74). Este cambio de óptica implica dos principios que han de guiar cualquier acción sanitaria: a) es necesario conocer al ser humano; b) es necesario contar con el ser humano.

- Conocer al ser humano

Este principio tiene un postulado que pudiera definir así: Sólo conociendo al individuo y sus circunstancias es posible una acción eficiente y permanente en salud.

Conocer al Individuo Implica Comprender: Sus creencias, Sus hábitos y roles, y Sus circunstancias.

- Contar con el ser humano

Este principio tiene una premisa que pudiera postular así: Nadie puede cuidar la salud de otro, si éste no quiere hacerlo por sí mismo.

Esto quiere decir que las personas deben actuar para poder garantizarse su propia salud, quiere decir que los programas no pueden ser impuestos a la comunidad, que la comunidad debe compartir el tipo de programa de salud que se va a llevar a cabo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Después de la educación sanitaria sobre lactancia materna hubo efecto en el incremento de conocimiento bueno sobre lactancia materna (Grupo experimental 41,1%; control 0,0%), siendo significativo estadísticamente con $p \leq 0,000$.
- Asimismo, luego de la educación sanitaria sobre lactancia materna se logró cambios de comportamiento significativos para la prevención de diarreas agudas como: higiene y lavado de manos ($p \leq 0,000$); manipulación de residuos sólidos en el domicilio ($p \leq 0,000$); consumo de agua ($p \leq 0,000$); manipulación de los alimentos ($p \leq 0,000$) y manejo de signos de alarma ($p \leq 0,000$).
- Y, post la educación sanitaria sobre lactancia materna ocurrió efectos significativos en la disminución de casos de diarreas agudas en lactantes (Grupo experimental 79,2%; control 29,2%), con $p \leq 0,001$.

RECOMENDACIONES

Sugerimos:

- Es necesario capacitar de forma continua a la familia, y al equipo de salud en función de dar respuesta a las preocupaciones de las madres con relación a las diarreas.
- La promoción de salud, debe constituir una estrategia permanente del personal de salud, para disminuir el número de episodios de diarreas, los costos sociales y económicos para el país, la familia y las instituciones prestadoras de servicios.
- Es necesario el papel de las instituciones académicas, que fomentan la realización de campañas de proyección a la comunidad, la cual deben reforzarlas por los medios de difusión masiva (radio, televisión, periódicos regionales) y otros que la comunidad se identifique y los prefiera.
- Se debe hacer partícipe a otros actores locales además del personal de salud, como son los líderes de la comunidad o vecindad, las autoridades municipales, equipos de diferentes ONG y otros que se considere necesario, para que contribuyan en la interpretación de los problemas detectados, los prioricen y se produzcan reacciones, propuestas y compromisos de acción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Bhutta ZA, Black RE. Maternidad mundial, recién nacido, niño y la salud tan cerca y tan lejos. *N Engl J Med*. 2013 Dec 5;369(23):2226-35.
2. Organización Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Resolution WHA54.2 of the Fifty-fourth World Health Assembly; Ginebra: WHO; 2001.
3. Li L, Li S, Ali M, Ushijima H. La alimentación de la práctica de los recién nacidos y sus correlatos en zona urbana de Beijing, China. *Pediatr Int* 2003;45(4):400-406.
4. Vandale-Toney S, Rivera Pasquel ME, Kageyama-Escobar ML, Tirado-Gómez LL, López-Cervantes M. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. *Salud Publica Mex* 1997;39:412-419.
5. Cáceres DC, Estrada E, DeAntonio R, Peláez D. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 2014;17(1):6-14.
6. Bhutta ZA, Black RE. Op. Cit. P. 2226.
7. Black RE, Cousens S, Johnson HL, et al. Causas de la mortalidad infantil global, regional y nacional en 2008: un análisis sistemático. *Lancet*. 2010; 375(9730):1969–1987.
8. Thapar N, Sanderson IR. La diarrea en niños: una interfaz entre el desarrollo y los países desarrollados. *Lancet*. 2004; 363(9409):641–653.
9. Dirección General de Epidemiología. Perfil epidemiológico de la infancia en México 2010. [Consultado febrero 2016] Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.

10. Manrique-Abril FG, Tigne y Diane B, Bello SE, Ospina JM. Diarrhoea-causing agents in children aged less than five in Tunja, Colombia. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2006; 8(1):88–97.
11. Rodríguez. E, Sifontes S, Luna H, Gaiti J, Arias Gómez A. Epidemiología. Segundo Consenso sobre enfermedad diarreica aguda en pediatría. *Arch Venez Puer Ped* 2009;72(S2): 8-15.
12. Guillén A. Enfermedad diarreica: un problema recurrente de salud pública. *Rev Perú MedExp Salud Pública* 2011; 28(1): 3 -6.
13. Ordoñez L. Situación epidemiológica de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en el Perú 2014; 24 (01): 30 – 36.
14. Ibid. P. 32.
15. Salgado L. Lactancia Materna, mirando hacia el futuro. Lima, Decisión Gráfica SAC, 2000:7-9.
16. Heird C. La alimentación de los lactantes y los niños pequeños. En: Nelson Tratado de pediatría, 17a ed: Madrid, editorial Elseiver; 2004: 157-167.
17. Injante MA, Huertas EA, Curasi OHH. Lactancia materna exclusiva como factor de protección para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, en niños de 6 a 11 meses en un hospital general de Ica, Perú. *Rev méd panacea*. 2014;4(2):51-55.
18. Yoon PW, Black RE, Moulton LH, Becker S. Efecto de la no lactancia materna en el riesgo de mortalidad por diarrea y respiratorias en niños menores de 2 años de edad en el área metropolitana de Cebú, Filipinas. *Am J Epidemiol* 1996; 143:1142-8.

19. Serrano Y, Basábes MI, Echevarría G, Rodríguez JJ. Factores epidemiológicos en lactantes hospitalizados por diarrea aguda. Rev. Ciencias Médicas. sept-dic. 2006; 10(3):31-40. (38)
20. Bertot IA, Fonseca RA, Chávez E. Evaluación del riesgo de diarreas agudas en lactantes. Medicina de Familia (And) febrero 2004;5(1): 27-30. (29)
21. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Efectuar una consejería de pares de base comunitaria sobre prácticas de lactancia materna exclusiva en Dhaka, Bangladesh: un ensayo controlado aleatorio. Lancet 2000;356:1643-7.
22. Baqui AH, Black RE, Sack RB, Yunus MD, Siddique AK, Chowdhury HR. Características epidemiológicas y clínicas en niños que acuden por diarrea persistente en zonas rurales de Bangladesh. Acta Paediatr Suppl 1992; 381 :15-21.
23. Martines JC. Las interrelaciones entre la malnutrición y la morbilidad por diarrea en lactancia temprana entre los pobres urbanos en el sur de Brasil. PhD thesis, University of London, 1988.
24. Riveros M, Ochoa TJ. Enteropatógenos de importancia en salud pública. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(1):157-64.
25. León AS, Mancilla YK. Frecuencia de diarrea y sus complicaciones en niños menores de 5 años en la unidad de emergencia pediátrica. Hospital Uyapar. [Optar por el título de Licenciada en Enfermería].Venezuela: Universidad De Oriente Núcleo Bolívar. Escuela De Ciencias De La Salud "Dr. Francisco Virgilio Battistini Casalta"; 2011.

26. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK. Efecto de promoción de lactancia materna exclusiva en la comunidad sobre las enfermedades diarreicas y el crecimiento: Un grupo ensayo controlado aleatorio. *Lancet* 2003; 361(9367):1418-23.
27. Fondo de las Naciones Unidas para los Niños / Organización Mundial de la Salud. *Diarrea: ¿Por qué los niños siguen muriendo y qué se puede hacer?* UNICEF/WHO. 2009. [Consultado marzo de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44174/1/9789241598415_eng.pdf.
28. Bedoya J, Benítez LP, Castaño JJ, Mejía O, Moncada V, Ocampo HA. La lactancia materna y su relación con patologías prevalentes en la infancia en jardines infantiles de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Archivos de Medicina (Manizales)*, Enero-Junio 2014;14(1):29-43.
29. Peralta Y, Tejeda A, Leyva V, Peralta E, Maceo O. Aplicación de un programa educativo sobre la enfermedad diarreica aguda. *Policlínicas René Vallejo y Bayamo-Oeste*, 2011. *Multimed* 2013; 17(4):1-10.
30. Serrano Y, Basábes MI, Echevarría G, Rodríguez JJ. Op. Cit. P. 31.
31. Bertot IA, Fonseca RA, Chávez E. Op. Cit. P. 27.
32. Macías-Carrillo C, Franco-Marina F, Long-Dunlap K, Hernández-Gaytán SI, Martínez-López Y, López-Cervantes M. Lactancia materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. *Salud Publica Mex* 2005;47:49-57.
33. Hurtado IJ, Gálvez NC. Influencia del proceso educativo de lavado de manos en el conocimiento de las madres sobre prevención de procesos diarreicos de una comunidad urbano marginal en Chiclayo 2014 *Rev. Salud & Vida Sipanense* 2015;2(1):74-79.
34. Injante MA, Huertas EA, Curasi OHH. Op. Cit. P. 51.

35. Rodríguez M, López J, Valencia E. Efectividad del programa “La Era vive feliz sin EDAS” en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de enfermedades diarreicas agudas en las madres de niños menores de 4 años del Centro Poblado Virgen del Carmen - La Era, 2013. Revista Científica de Ciencias de la Salud 2014;7(2):17-21.
36. De Gracia AE. Intervenciones de eficacia probada en la prevención de la diarrea aguda. Artículo de revisión, 2005;17(2):71-77.
37. Ministerio de Salud de Argentina. Enfermedades Diarreicas. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/133-enfermedades-diarreicas>
38. De Gracia AE. Op. Cit. P. 71.
39. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades Diarreicas. Nota descriptiva N° 330; 2009. disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/print.html>.
40. Ochoa EM, Zambrano MA. Factores de riesgo socioculturales que influyen en el incremento de enfermedades diarreicas agudas detectadas en niños/as menores de 4 años de edad que acuden al Subcentro de salud “Pacheco” en el periodo de Junio-Noviembre 2012 [previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería]. Ecuador: Universidad Técnica de Manabí Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Enfermería; 2013.
41. Díez J, Delgado R. Manejo de Diarreas. Cap. 15. [Internet]. [Consultado 2014 Nov 07] Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo115/capitulo115.htm> Consultado: 18 de abril 2009.

42. Gonzales C, Bada C, Rojas R, Bernanola G, Chávez C. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Diarrea Aguda Infecciosa en Pediatría Perú-2011. Rev Gastroenterol Perú. 2011;31(3):258-77.
43. Victora CG, Bryce J, Fontaine O, Monasch R. La reducción de las muertes por diarrea mediante la terapia de rehidratación oral. Bull World Health Organ 2000;78(10):1246-55.
44. OMS. Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva. 2013 abril; 330. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
45. De Gracia AE. Op. Cit. P. 71.
46. Gonzales C, Bada C, Rojas R, Bernanola G, Chávez C. Op. Cit. P. 258.
47. Daley A, Randall R, Darsley M, et al. Escherichia coli enterotoxigénica genéticamente modificado vacunas inducen respuestas inmunes mucosas sin inflamación. Gut. 2007; 56(11):1550–1556.
48. Glenn GM, Flyer DC, Ellingsworth LR, et al. La inmunización transcutánea con la enterotoxina lábil al calor : el desarrollo de un parche de vacunas sin agujas. Expert Rev Vaccines. 2007; 6(5):809–819.
49. Turner AK, Stephens JC, Beavis JC, et al. Generación y caracterización de una vacuna viva atenuada enterotoxigénica de Escherichia coli que expresa combinación seis factores de colonización y lábil al calor de la subunidad B de la toxina. Clin Vaccine Immunol. 2011; 18(12):2128–2135.
50. Bhutta ZA, Black RE, Brown KH, et al. La prevención de la diarrea y la neumonía por la suplementación de zinc en niños de países en vías de desarrollo: análisis conjunto de ensayos controlados aleatorios. Zinc Investigators' Collaborative Group. J Pediatr. 1999; 135(6):689–697.

51. Yakoob MY, Theodoratou E, Jabeen A, et al. Los suplementos de zinc preventiva en los países en desarrollo: impacto sobre la mortalidad y la morbilidad por diarrea, la neumonía y la malaria. BMC Public Health. 2011; 11(Suppl 3):S23.
52. Wood ED. En cuarto anuario del departamento de superintendente de la asociación nacional de educación de Washington, 1926. National Educational Association. 1926.
53. Grout RE. La enseñanza de la salud en las escuelas, 1984. w.b. Saunders Company. Philadelphia. 1984.
54. Ireland R. Higiene dental y tratamiento. México, D. F.: El Manual Moderno. 2008.
55. Redondo AM. Educación para la salud [internet]. [Consultado febrero 2016] Disponible en: <http://educarensalud.blogspot.com/2009/05/educacion-para-lasalud.html>
56. Salas C, Marat L. Educación para la salud. México: Pearson Educación. 2000.
57. Álvarez R. Educación para la Salud. México, D.F.: Manual Moderno. 1999.
58. Atalah E. Situación Actual de la Lactancia en Chile [internet]. [consultado: 2014 junio 15]. Disponible en <http://www.medwave.cl/cursos/pediatraynutricion06/1/1.act>.
59. Dueñas E, Mesa LA, Domínguez F, Moreno O. Pediatría. La Habana: Edición Pueblo y Educación; 2005:19-23.
60. Cáceres W, Reyes M, Malpica E, Álvarez L, Solís L. Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. Revista Cubana de Medicina General Integral 2013;29(3):245-252.

61. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna. Ginebra: OMS; 1991.
62. OMS/ UNICEF. Cumplamos los 10 pasos para una lactancia materna exitosa [internet]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/LM_Cartillavers02.pdf
63. Ray MA. Teoría de la atención burocrática. Alligood, M.R (Ed), Modelos y teorías en enfermería (pp. 113-130). España: Elseiver. 2011.
64. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería (6ª ed.). Barcelona: Elsevier. 2007.
65. Mendigure J, Huamán S, Ramos N, Valencia E. Efectividad de un programa de intervención educativa para La disminución de diarreas infantiles en Lima, Perú. Rev. de Ciencias de la Salud 2007;2(1):87-91.
66. Peralta Y, Tejeda A, Leyva V, Peralta E, Maceo O. Op. Cit. P. 1-2.
67. Díaz JA, Díaz M. Influencia de la educación sanitaria para la prevención de las diarreas agudas en niños. MediCiego 2008;14(2).
68. Rodríguez M, López J, Valencia E. Op. Cit. P. 17.
69. Campos G, Izquierdo S, Romero Y. Efecto de la alimentación de los primeros 6 meses de vida en la aparición de diarrea aguda en lactantes menores. anexo pediátrico. Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti". Barcelona. Febrero- marzo 2010. [Tesis]. Barcelona: Universidad de Oriente; 2010.
70. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Estrategia para prevenir y tratar la diarrea. [Internet] Nueva York-Ginebra: OPS/OMS 2009. [citado Abril 2016]. Disponible en:

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/childhood_deaths_diarrhoea_20091014/es/.

71. Herrera G, Donet D, Triana I. Estrategia de capacitación para reducir las enfermedades diarreicas agudas en los menores de un año. *Mediciego*. 2010;16 (1).
72. León-Cava N. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington, D.C.: OPS © 2002.
73. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, jan-mar, 1996;12(1):7-30.
74. Gillet JD. El comportamiento de Homo sapiens, el factor forgothen en la transmisión de la enfermedad tropical. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine Hygiene*, 1985;79:12-20.

ANEXO

ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POST GRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA
PRE- TEST

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Educación sanitaria sobre lactancia materna a madres adolescentes para la prevención de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015”

INSTRUCCIONES:

A continuación le haremos una serie de preguntas relacionadas con la lactancia materna, le solicitamos su más sincera colaboración, completando o marcando con un aspa (X) las respuestas que Ud. considere la correcta. Las respuestas serán confidenciales.

GRACIAS.

I. DATOS GENERALES DE LA MADRE.

1. ¿Cuál es su edad actual?

- 13 - 14 ()
- 15 - 16 ()
- 17 - 18 ()
- 19 ()

2. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltera ()
- Casada ()
- conviviente ()
- separada ()

3. ¿Cuál es su ocupación?

- Ama de casa ()
- Estudiante ()
- Empleada del Hogar ()
- Empleada Pública ()

4. ¿Cuál es su nivel de educación que obtuvo?

- Primaria completa ()
- Primaria incompleta ()
- Secundaria completa ()
- Secundaria incompleta ()

5. ¿Cuál es el IMC de las puérperas?

- Bajo peso ()
- Normal ()
- Sobre peso ()
- obesidad ()

II. DATOS GENERALES DEL NIÑO.

Edad:

_____ días

Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

III. CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA.

1.- ¿Conoce la importancia de la lactancia materna exclusiva?

- Es el mejor alimento para el lactante ()
- Disponible en todo momento ()
- Provoca una buena relación madre – hijo ()
- Es económico ()

2- Durante los primeros 6 meses de vida del bebe Ud. debe alimentarlo con:

- Leche materna más agüita de anís ()
- Solamente leche materna ()
- Es dar leche materna más leche artificial ()

3 -Hasta que edad se le debe dar pecho al bebe:

- Hasta los 2 años ()
- Hasta los 6 meses ()
- Hasta los 12 meses ()

4- Cuando debe iniciar la lactancia materna a su bebe:

- A las 4 horas de nacido ()
- Inmediatamente después del parto ()
- Cuando él bebe llora de hambre por primera vez ()

5.-Cómo debes colocar la mano para darle el pecho al bebe:

- En forma de C
- En forma de tijera
- En forma de U

6.- Cada qué tiempo debe de mamar el bebe:

- Cada 2 horas
- Cada vez que el niño llore o a libre demanda
- Cada 6 horas

7.-- La próxima vez que amamanta al bebe, debes comenzar con:

- El pecho que tomó último
- El pecho que tomó primero
- Cualquiera de los dos pechos

8.- Si Ud. trabaja o estuviera fuera de su casa, ¿Cómo debe de alimentar al bebe?:

- Tendría que darle leche artificial
- Le daría leche materna mientras este con mi bebe y leche artificial cuando me separe del
- Preferiblemente tendría que darle leche materna extraída en el hogar o en el trabajo

9.- La leche materna guardada a temperatura ambiente dura hasta:

- Hasta 1 hora
- Hasta 8 horas
- No sabe

10.- Si su bebe menor de 6 meses tuviera diarrea:

- Le suspende la lactancia materna
- Le daría pecho con mayor frecuencia
- Le da panetela y otras agüitas

11. Puede Ud. decirme la razón principal por la que Ud. le daría leche materna a su bebe

- Me ahorro dinero
- Le da nutrientes necesarios y además de prevenir enfermedades
- Me da más tiempo de pasar en compañía con mi bebe

ANEXO N° 02

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POST GRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

GUIA DE OBSERVACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE DIARREAS

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Educación sanitaria sobre lactancia materna a madres adolescentes para la prevención de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015”

INSTRUCCIONES:

Estimado Sr. (a) A continuación Ud. evaluará las prácticas sobre la prevención de casos de diarreas, le solicitamos su veracidad de respuesta ante el evento en mención.

GRACIAS.

a. DATOS GENERALES:

- i. Evaluador:.....
- ii. Madre:.....
- iii. Fecha:.....
- iv. Lugar:.....

b. EVALUACION DE COMPORTAMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE DIARREAS:

- i. Higiene y lavado de manos:

- Buena
- Regular
- Mala

- Manipulación de residuos sólidos en el domicilio:

___ Buena

___ Regular

___ Mala

- Consumo de agua:

___ Buena

___ Regular

___ Mala

- Manipulación de los alimentos:

___ Buena

___ Regular

___ Mala

- Manejo de signos de alarma:

_ Buena

_ Regular

_ Mala

OBSERVACIONES:

ANEXO N° 03

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POST GRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

FICHA DE REGISTRO DE CASOS DE DIARREAS

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Educación sanitaria sobre lactancia materna a madres adolescentes para la prevención de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015”

INSTRUCCIONES:

Estimado Sr. (a) A continuación Ud. registra los casos ocurridos de diarrea durante el periodo de evaluación, se le solicita la máxima veracidad de la información.

GRACIAS.

A. DATOS GENERALES:

- ii. Evaluador:.....
- iii. Madre:.....
- iv. Lactante:.....
- v. Fecha:.....
- vi. Lugar:.....

B. DATOS DE CASOS DE DIARREA:

- 1. Número de casos: _____
- 2. Tipo de diarrea:
 - Acuosa ()
 - Disenterica ()
 - Persistente ()
- 3. Características de las evacuaciones:

Líquidas ()

Con sangre ()

Con moco ()

4. Numero de evacuaciones:

5. Complicaciones:

Sin deshidratación ()

Deshidratación ()

Deshidratación con shock ()

ANEXO Nº 04

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO ESCUELA DE POST GRADO DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE ESTUDIO

Educación sanitaria sobre lactancia materna en madres adolescentes para la prevención de diarreas agudas en lactantes del hospital Hermilio Valdizán – Huánuco 2015.

PROPÓSITO

Se lleva a cabo el estudio con el propósito de establecer el efecto de la educación sanitaria en la prevención de casos de diarreas en lactantes.

METODOLOGÍA

Se aplicará un cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento de la madre sobre lactancia materna, una guía de observación para evaluar las prácticas de la madre sobre la prevención de diarreas en lactantes y una ficha de registro para los casos de diarrea.

SEGURIDAD

El estudio no pondrá en riesgo su salud física ni psicológica de la madre adolescente y su lactante.

PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Se incluirán a todas las madres adolescentes y sus lactantes del Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco.

COMPROMISO

Se le pedirá que conteste a las preguntas del cuestionario que se efectuará, así como su participación activa durante el transcurso de la investigación.

TIEMPO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Tomaremos un tiempo aproximado de 30 minutos para la aplicación del cuestionario y del tiempo necesario en la observación de las prácticas en la prevención de las diarreas.

CONFIDENCIALIDAD

La información recabada se mantendrá confidencialmente, no se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

COSTOS

El estudio no afectará la economía familiar ya que todos los gastos serán asumidos por el profesional que desarrolla el estudio de investigación. Usted no recibirá ninguna remuneración por participar en el estudio.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede decidir si participa o puede abandonar el estudio en cualquier momento. Al retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO.

“Yo he leído la información de esta página y consiento voluntariamente participar en el estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme en cualquier momento sin que esto implique riesgo a mi persona o a mi bebé”

Participante:

NOMBRE.....

EDAD.....

D.N.I.....

Firma:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 05
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POST GRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

**PLAN DE LAS SESIONES DEL PROGRAMA SANITARIO SOBRE
LACTANCIA MATERNA A MADRES ADOLESCENTES PARA
PREVENCIÓN DE DIARREAS AGUDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HERMILO VALDIZAN MEDRANO**

Bloque I: Estrategias dirigidas a la prevención y control de las diarreas agudas.

Sesiones	1 Evaluación Presentación	2 Importancia de la lactancia materna	3 Cómo funciona la lactancia materna	4 Evaluación de una mamada
Revisión de tareas de casa		Revisar y comentar una dinámica.	Gráfica de Lactancia materna Práctica de relajación y Ensayo en respiración. Revisar-comentar	¿Se ha practicado la relajación? Revisar y comentar "dinámica"
Sección didáctica	Cronograma Objetivos – Recordar normas de funcionamiento. – Explicar las bases del tratamiento	La lactancia materna: definición, posiciones características.	Estrategias de amamantamiento	Posiciones para la lactancia materna

Bloque II: Estrategias dirigidas a la mejora comportamientos de la lactancia materna

Sesiones	5 Observación de una mamada	6 Cómo colocar el bebé al pecho	7 Examen del pecho	8 Extracción de leche materna	9 Cómo mantener la lactancia
Revisión de tareas	¿Se ha practicado	¿Se ha leído el	Revisar y comentar .	Cierra y abre	Evaluación de procesos

de casa.	la relajación?	cuento del QUESO?			y problemas comunicativos.
Sección didáctica	Actitud en las practicas adecuadas de la lactancia materna	Competencia emocional. Actitud en la autoayuda. Actitud para el Cambio.	Objetivos. Reglas de oro.	Conducta verbal Conducta no verbal. El mundo de los gestos. Errores.	Definición Entrenamiento Lenguaje corporal. Estrategias asertivas. Estrategias para bloquear.

Bloque III: Estrategias dirigidas a las prácticas de higiene.

Sesiones	10 Cómo cambiar las prácticas incorrectas	11 Protección contra las infecciones	12 Ventajas del alojamiento conjunto y la alimentación a demanda
Revisión de tareas de casa	¿Ha practicado las técnicas de amamantamiento?	Lavado de manos Lavado en la manipulación de alimentos	¿En qué he mejorado? ¿Qué me falta por mejorar?
Sección didáctica	Frecuencia de alimentos Variedad de alimentos Cantidad de consumo de alimentos	. Alimentación variada. . Inocuidad de los alimentos	• El arte de informar • Procedimientos ofensivos y defensivos. • Petición de cambios.



PERU

Ministerio de
Salud

Gobierno Regional
de Huánuco

Hospital Regional
"Hermilio Valdizan"

"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL
FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"

Huánuco, 26 de Octubre del 2015

OFICIO N° 964- 2015-GR-DRS-HRHVM-DE

Señora:

MG. JULIA MARINA PALACIOS ZEVALLOS



Presente.-

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DEL CAMPO CLÍNICO PARA LA APLICACIÓN DE LA TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR.

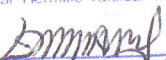
REFERENCIA: Solicitud S/N de fecha 25/10/2015

Es grato dirigirme a Usted, para saludarlo muy cordialmente y a la vez en atención al documento en referencia, esta Dirección en coordinación con la unidad de capacitación y Docencia del Hospital Regional "Hermilio Valdizan" Medrano de Huánuco, autoriza el Campo Clínico en el Departamento de Gineco-Obstetricia para realizar el Trabajo de Investigación Titulada "Educación Sanitaria Sobre Lactancia Materna a Madres Adolescentes para la Prevención de Diarreas Agudas en los Recién Nacidos del Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano", de Huánuco – 2015", durante los meses de Noviembre 2015 al mes de Marzo 2016.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hermilio Valdizan Medrano"


Med. Ped. Eslly V. Anderson Motta
CMP 35691 RNE 23847
DIRECTOR EJECUTIVO

"La responsabilidad es la sabiduría que da la experiencia para poder cumplir con las obligaciones."