



**Intervención educativa sobre lactancia materna. Consultorios 14,15 y 16.
Octubre - diciembre 2020.**

Autores: Dra. Rosío Annabel Curbeco Maga.

Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Dra. Doreyis Anyell Navaza Buzón.

Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral.

Master en atención integral al niño y educación médica superior.

Profesora Auxiliar. Investigador agregado.

Dr. Henry Daniel Avalos Rivas

Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna

Profesor asistente

Correo electrónico: avalosh420@gmail.com

Teléfono: 52064202

Holguín 2021

Resumen

Introducción: Se identificó un incremento del abandono de la lactancia materna exclusiva en el área de salud “Julio Grave de Peralta” del municipio Holguín; por lo que se decidió realizar un estudio cuasi experimental en los consultorios médico de familia 14,15 y 16 con el objetivo de implementar una intervención educativa sobre la temática de octubre a diciembre del 2021. **Método:** La población de estudio quedó constituida por 43 embarazadas, de la cual se escogió de manera intencionada una muestra 38 madres en el período de lactancia y gestantes. Se utilizaron como métodos empíricos la aplicación de un cuestionario a los participantes y un cuestionario a los informantes claves para la validación del programa. Como métodos estadísticos se utilizaron el cálculo porcentual, el coeficiente de variación para determinar la significación estadística de los resultados, y el porcentaje simple de acuerdo para determinar el consenso de los informantes claves respecto al programa diseñado. La investigación se desarrolló en tres etapas: diagnóstica, intervención y evaluación. **Resultados:** Después de implementada la intervención educativa se logró modificar los conocimientos sobre la definición de lactancia materna exclusiva con un coeficiente de variación 90.00%, los beneficios de la lactancia materna para el niño 84.61%, beneficios para la madre 89.65%, las técnicas de amamantamiento 77.10% y sobre las contraindicaciones 77.10%. **Conclusiones:** Inicialmente existía desconocimiento sobre el tema a investigar, con la intervención educativa se logran modificar los conocimientos al respecto de manera significativa.

Descriptores: lactancia materna, nivel de conocimientos, intervención educativa.

Introducción

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señalan asimismo que la lactancia «es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños».¹

La OMS y la UNICEF recomiendan como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses del recién nacido. También recomiendan seguir amamantando a partir de los seis meses, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos propios para su edad complementarios, hasta un mínimo de dos años.²

La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año.³ El Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría coincide en sus recomendaciones con OMS y UNICEF al plantear que a partir de los dos primeros años la lactancia materna tiene que mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo.⁴

No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. Los referentes sobre los términos y características de la lactancia se comprenden desde el contexto cultural de las madres que lactan, de tal forma que los periodos de lactancia se pueden extender tanto como la variabilidad de culturas existentes en el mundo.⁵

En el mundo podemos referir casos en donde se considera un acto únicamente de bebés de pocas semanas o meses, así como también se encuentran casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años. Algunos estudios antropológicos publicados concluyen que la franja natural de lactancia en humanos se encuentra situada entre los dos años y medio y los siete años.⁶

La leche materna humana es el alimento natural producido por la madre para alimentar al recién nacido. Se recomienda como alimento exclusivo para el lactante hasta los seis meses de edad y con alimentación complementaria hasta los dos años de edad ya que contiene todos los nutrientes necesarios para su correcto crecimiento

y desarrollo. Además, contiene inmunoglobulinas y otras sustancias que protegen al bebé frente a infecciones y contribuye a estrechar el vínculo madre-hijo, favoreciendo un adecuado desarrollo psicomotor.⁷

Es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales, que ha permanecido como referente para los bebés humanos desde los orígenes de la humanidad hasta finales del siglo XIX, tanto si se trata de leche de la propia madre o leche de otra madre, a cambio o no de algún tipo de compensación.⁸

A principios del siglo XX se inicia lo que ha sido considerado como «el mayor experimento a gran escala en una especie animal»: a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial y los niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta.⁹

La frecuencia y duración de la lactancia materna disminuyeron rápidamente a lo largo del siglo XX. En 1955 se había creado en las Naciones Unidas el Grupo Asesor en Proteínas GAP, para ayudar a la OMS Organización Mundial de la Salud a ofrecer consejo técnico a Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia y FAO en sus programas de ayuda nutricional y asesoría sobre la seguridad y la adecuación del consumo humano de nuevos alimentos proteicos.¹⁰

En los años 70 la OMS emite informes donde advierte la preocupación por el problema de la malnutrición infantil derivada del abandono de la lactancia materna e invita a la industria a cambiar sus prácticas de publicidad de productos para la alimentación infantil. En 1979 la OMS/UNICEF organiza una reunión internacional sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño. De la reunión sale una resolución llamando a la elaboración de un Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.¹¹

Paralelamente resurge el interés de la comunidad científica por la lactancia materna y son múltiples las investigaciones que se hacen sobre la misma. Empieza a acumularse la evidencia sobre la superioridad de la leche humana para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Otros investigadores dirigen sus esfuerzos al estudio de los condicionantes de la lactancia y de los factores que influyen en la elección del amamantamiento y en su duración.

Los movimientos sociales, grupos de apoyo a la lactancia materna y la evidencia científica de que el abandono de la lactancia materna supone un problema de salud pública prioritario en todos los países del mundo empujaron a las instituciones internacionales y nacionales, con la OMS a la cabeza, a poner en marcha diferentes iniciativas.

En 1981 se convocó la 34 Asamblea Mundial de la Salud ¹² que aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, compromiso ético que los distintos gobiernos debían adoptar. La lentitud de los gobiernos para transformar en leyes las recomendaciones del Código llevó a la OMS y el Unicef a promover reuniones internacionales que promovieran el apoyo a la lactancia materna.

En 1989, la OMS/UNICEF hace público un comunicado dirigido a los gobiernos: protección, promoción y apoyo de la lactancia natural.¹³ En el mismo año las Naciones Unidas adoptaron la Convención sobre los Derechos de la Infancia. El apartado e) del artículo 24 hacía referencia expresa a la necesidad de asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan las ventajas de la lactancia materna y reciban apoyo para la aplicación de esos conocimientos. ¹⁴

En un antiguo orfanato de Florencia Ospedale Degli Innocenti, en 1990 se celebró una Cumbre mundial con el lema «La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a nivel mundial» a la que asistieron representantes de 30 países que respaldaban la Convención sobre los derechos de la infancia y firmaron una declaración de compromiso: Declaración de Innocenti que servirá de referencia para la promoción de la lactancia materna durante muchos años, siendo revisada posteriormente en el 2005.¹⁵

Consecuencia directa de esta Declaración fue la creación, en 1991, por un lado World Alliance of Breastfeeding Action –WABA-, red internacional de personas y organismos que trabajan en colaboración con OMS/UNICEF con la misión, entre otras, de organizar anualmente la Semana mundial de la lactancia materna, y por otro la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia –IHAN-, que busca evaluar la calidad asistencial a madres e hijos en maternidades.

En 1992, la Conferencia internacional sobre nutrición, convocada por FAO y OMS en Roma, acepta las metas para el año 2000 de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, destacando la promoción de la lactancia entre los ocho temas más importantes de la nutrición mundial. ¹¹

En 1994, la Cumbre sobre promoción y Desarrollo recomendó la lactancia materna como herramienta para mejorar la salud materna y espaciar los embarazos. En la Cumbre Mundial sobre Mujer y Desarrollo (Pekín, 1995) se apoyó la necesidad de dar facilidades para la lactancia a las mujeres trabajadoras.

En 1999, la Conferencia Internacional de la OIT revisó el convenio de Protección de la Maternidad que consolidaba el derecho a un permiso pagado por maternidad para todas las mujeres trabajadoras y el derecho a intervalos pagados para amamantar durante la jornada laboral. ¹²

La Asamblea de la OMS de 1994, en la resolución 47.5, fijó la duración óptima de la lactancia materna exclusiva en 6 meses y llamó la atención sobre el error de distribuir sucedáneos de leche materna en situaciones de emergencia y propuso recoger datos sobre el crecimiento de lactantes amamantados que sirvieran para elaborar un nuevo patrón de crecimiento. ¹³

Con el objetivo de que los gobiernos se impliquen de una forma más decidida con la lactancia materna y aporten recursos económicos, se aprueba la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño –EMALNP-, por consenso de la 55 Asamblea de la OMS WHA 55.25, en mayo del 2002 y por la Junta Ejecutiva del Unicef, unos meses después. ¹⁶

La estrategia marca líneas de actuación que deben seguir los países miembros, basadas en pruebas científicas. La mayor parte de las recomendaciones están dirigidas a mejorar los índices de lactancia materna. Se reconoce que la lactancia es, en parte, un comportamiento aprendido y que hay que ofrecer a las madres lugares donde poder aprender, como los grupos de apoyo a la lactancia materna, protegidos de la publicidad de las casas comerciales.¹⁷

En el mundo en desarrollo, el progreso de la lactancia materna exclusiva ha sido modesto, mejorando de un 32% en 1995 a un 39% en 2010, logrando un aumento

relativo de 7%. La prevalencia ha aumentado en todas las regiones donde se han obtenido datos, a excepción del Medio Oriente y Norte de África. Muchos países han alcanzado mejoras sustanciales.

En Cuba en 1990 solo el 62,7 % de los niños recibían este tipo de lactancia de forma exclusiva y a los 90 días la prevalencia de este modo de alimentación era de un 24,5 %. En nuestro país en 1991, se elaboró el Programa de Acción PNA emanado de los acuerdos y compromisos contraídos en la Primera Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

En nuestro país, a pesar de la promoción que se realiza para lograr la lactancia exitosa, y de que en los consultorios de los médicos de familia, se les orienta a las madres lactar de manera exclusiva en los primeros seis meses y luego, mantener la leche humana con la introducción paulatina de otros alimentos según el tiempo del lactante, en nuestra práctica médica hemos constatado que muchas de ellas la abandonan precozmente por varias razones entre las que se destacan: cambios en los patrones sociales de vida y la introducción de excelentes sustitutos de la lactancia materna en el mercado, que la dejan como una segunda opción alimentaria.^{17,18}

Cuba no está exento de estas y otras situaciones, a pesar de las grandes bondades que el gobierno ha implementado en materia social y de salud para la mujer, que garantiza que la madre pueda estar el primer año de vida dedicada por entero a su hijo, sin restricciones ni preocupaciones.¹⁹ No obstante, se destaca un significativo incremento de la incidencia en el abandono de la lactancia materna exclusiva en lactantes.

En la bibliografía médica consultada existen estudios acerca de este problema, y entre las principales barreras identificadas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna figuran: educación prenatal inadecuada, falta de seguimiento y apoyo competente por parte de los profesionales de la salud, ausencia de apoyo social y familiar, así como retorno precoz al trabajo y/o estudio de la madre del lactante.²⁰

En nuestra isla, los logros alcanzados en la esfera de la Salud Pública son el fiel reflejo de una política estatal encaminada a proteger al individuo y su entorno, no

obstante, en lo concerniente a la salud materno-infantil. metas referidas al incremento de la lactancia materna exclusiva, persisten aún aspectos sobre los cuales debemos trabajar con mayor empeño, con la finalidad de mejorar la situación prevaleciente, puesto que, de acuerdo a estudios realizados los niveles de lactancia no han experimentado cambios favorables en las últimas dos décadas.

Al respecto, se han constatado factores que favorecieron la utilización de lactancia mixta, ablactación precoz y la errónea idea de considerar la obesidad en los niños como signo de salud. En Holguín se ha recuperado el adiestramiento en técnicas que constituyen el núcleo central del modelo donde la labor del médico es esencial. Hemos comprobado que el modelo otorga una nueva dimensión a la salud materno infantil y propicia el incremento de la salud colectiva.

En nuestro medio las madres han percibido una nueva calidad de la atención en los servicios de asistencia a la embarazada, a la puérpera y al recién nacido. En el marco del área de salud consta en los registros que desde el período de octubre 2019 a octubre 2020 el número total de lactantes con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad era de 38 según los nacidos en ese período, para los consultorios médicos 14, 15 y 16.

Actualmente la lactancia materna exclusiva tiene un alto índice de abandono antes de los 6 meses de edad, partiendo de esta motivación se desarrolló esta intervención educativa para contribuir al conocimiento de las gestantes y mujeres en el período de amamantamiento sobre la importancia de la temática en nuestra área de salud. Por lo antes expuesto nos planteamos el siguiente **problema científico**:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en gestantes y mujeres que lactan?

Objetivos:**General:**

Implementar una intervención educativa sobre lactancia materna en los consultorios 14,15 y 16 pertenecientes al Policlínico Julio Grave de Peralta, en el período comprendido de octubre a diciembre 2021.

Específicos:

1. Evaluar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna antes y después de realizada la intervención educativa.
2. Diseñar y ejecutar una intervención educativa sobre la temática.

Marco Teórico

Desde tiempos inmemoriales, la práctica del amamantamiento se menciona como la única e ideal para la alimentación de los bebés humanos. Se puede señalar que la supervivencia de la raza humana ha dependido de dos actos biológicos fundamentales, el coito fértil y el amamantamiento. Desde que existe la humanidad la leche materna ha constituido la fuente principal de alimento para el niño pequeño. Contradictoriamente en los últimos años ha existido alarmante. tendencia a la declinación en esta práctica.²¹

A pesar de sus ventajas, el abandono precoz de la lactancia o la decisión de no amamantar ha sido un problema ancestral; el Código de Hammurabi (1800 a.C.) contenía regulaciones en la práctica de la lactancia. Desde hace 4 000 años, en Europa, existen antecedentes sobre técnicas de alimentación en bebés no amamantados.

Hipócrates dijo a propósito de la lactancia "la leche de la propia madre es benéfica, la de otras mujeres es dañina". En el siglo XVIII predominó el amamantamiento por nodrizas; las madres francesas de la época deseaban mantener su belleza y frescura, esta influencia continuó durante el siglo XIX y XX.²¹

Aristóteles (384-322 a.C.) en su Historia Animalium se interesa por la lactancia y describe métodos para determinar si la leche de una mujer, sea la propia madre o de una nodriza es apta para el lactante. Dejando aparte algunas culturas como la espartana clásica, en la que existían leyes que obligaban a todas las mujeres a amamantar a sus hijos, fuese cual fuese su clase social.²¹

En la antigua Esparta una mujer aunque fuera la esposa de un rey estaba obligada a amamantar a su hijo mayor y las plebeyas se encargaban de la alimentación de los otros. Plutarco explica que el segundo hijo del Rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo porque su madre le había dado el pecho, el hijo mayor había sido amamantado por una extraña y por tanto fue rechazado.²¹

Se conocen numerosos textos históricos en los que se aprecia que en muchas civilizaciones mujeres de distintas generaciones y clases sociales no han amamantado a sus hijos. Hay referencias antiquísimas al sistema de amas de cría en

dos códigos babilónicos de las culturas paleo-semíticas de la antigua Mesopotamia: una de las Leyes de Esnunna (final del siglo XIX a.C.) estipula el pago debido a la nodriza, y el Código de Hammurabi, unos treinta años posterior al anterior, contiene una disposición sobre las nodrizas.²¹

El hebreo Jeremías se lamenta en el año 600 a.C. que las mujeres de la época eran peores por no amamantar a sus hijos y se pueden encontrar hasta diez referencias en nueve libros diferentes de la Biblia judeocristiana y una en el Nuevo Testamento sobre las amas de cría.

La lactancia es la alimentación con leche del seno materno. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia señalan que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños".²²

La leche materna es una sustancia viva, contiene tantas células vivas como la propia sangre. Incluso en algunas culturas se la denomina "sangre blanca". Estas células pueden destruir a parásitos, bacterias, virus y hongos y contribuyen a regular la respuesta inmunológica, los gérmenes se multiplican menos y con menos rapidez en la leche materna. No solo es un buen alimento, es además una buena medicina. Las mujeres que amamantan son eficaces en función de la energía, es decir pueden producir leche aun estando ellas desnutridas.²²

La composición de la leche a lo largo de cada mamada, va cambiando como ninguna leche artificial. La leche inicial que el niño obtiene tan pronto se agarra al pezón se parece mucho a la leche descremada. Satisface al niño inicialmente, es alta en volumen y baja en grasa y en calorías.

A medida que la mamada progresa, el contenido en grasa va aumentando y la leche correspondiente se parece más a la leche entera. Finalmente, hacia el final de la mamada, la leche es rica en grasas, alta en calorías y baja en volumen. La leche final se parece a un rico postre cremoso. La concentración en lactosa (el azúcar de la leche) es relativamente constante a lo largo de la mamada.²²

La cantidad de proteínas de la leche humana es menor a la leche de vaca, pero es perfecta para el crecimiento del niño y el desarrollo del cerebro. El nivel de proteínas

de la leche no se ve afectado por la ingesta materna. La proteína de la leche materna se digiere fácilmente y se absorbe bien. Cuando se da leche de vaca a un niño, no se digieren todas las proteínas y los productos de descomposición de las mismas pueden afectar el desarrollo del cerebro. ²²

Las grasas son la principal fuente de calorías para el recién nacido. Sólo es el nivel de grasas lo que puede verse afectado por la dieta de la madre. La grasa de la leche de madre contiene ácidos grasos de cadena larga, indispensables para el desarrollo del cerebro. Como dijimos previamente, el nivel de grasas es bajo al comenzar el amamantamiento (por eso la leche se ve clara o aguada y puede interpretarse como poco nutritiva) a esto se le llama leche del principio de la comida.

El nivel de grasas aumenta a medida que el bebé mama (leche del final de la comida), es por eso que es conveniente dejar al bebé que termine el primer pecho antes de pasar al segundo. ³ Las enzimas de la leche materna predigieren las grasas, de manera que se le da al niño en forma de energía. ²²

El hierro de la leche materna se absorbe bien en el intestino del bebé (alrededor del 49%) debido a que la leche suministra factores especiales de transferencia para ayudar en este proceso. Esto se compara con una absorción del 10% del hierro de la leche de vaca y 4% en las leches fortalecidas con hierro. La anemia por carencia de hierro es rara en los niños alimentados exclusivamente con leche materna los primeros seis a ocho meses. ²²

Consta de tres fases: el calostro, la leche pretermino y la leche madura. El calostro se produce en los pechos en el séptimo mes del embarazo. Tiene una apariencia gruesa y pegajosa y un color claro amarillento. Es el alimento perfecto para los recién nacidos, tiene más proteínas y vitamina A que la leche madura y es más concentrado, ya que los riñones del recién nacido no pueden soportar grandes volúmenes de líquido.

Además, es laxante natural y ayuda al recién nacido a expulsar el meconio (las primeras deposiciones del bebé, lo que ayuda a prevenir la ictericia. Las inmunoglobulinas (principalmente Ig A) del calostro, protegen al niño contra infecciones. Es la primera inmunización del niño contra muchas bacterias y virus. ²²

En cuanto a la leche pretérmino se plantea que la leche de madre puede usarse antes que el niño esté en condiciones de mamar. La madre puede extraer la leche de su pecho y darla al niño con una taza o una cucharita. La leche pretérmino tiene más proteínas, Ig A y lactoferrina que la leche madura, lo que la hace más adecuada a las necesidades de un niño prematuro que cualquier preparación. ²²

La leche madura se diferencia de las fórmulas artificiales para lactantes. Esta leche varía en relación con la hora del día, la duración de la mamada, las necesidades del lactante y las enfermedades con las que ha estado en contacto la madre. El niño al que se le permite mamar cuando lo desea no necesita agua, aún en climas cálidos y secos. La leche materna no sobrecarga los riñones del niño y este no retiene fluidos innecesarios. ²²

Por todas estas razones y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y la Academia Americana de Pediatría, el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros seis meses de la vida del niño y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias adecuadas hasta los dos años de edad o más. ²²

Pérez García ²² en su estudio plantea que la lactancia materna exclusiva es sin agregar otro tipo de líquido o sólido, con fines nutricionales o no, y casi exclusiva es la alimentación del seno materno, pero se le brinda agua o té, entre las tetadas, o bien, una vez al día, un complemento alimenticio por necesidades de la madre.

Algunos autores tales como Forero Y ²³, González de Cosío ²⁴ y Aguilar Cordero ²⁵, discrepan de la anterior clasificación, y presentan la siguiente, que actualmente es la más utilizada y conocida por los médicos y pediatras.

Lactancia materna exclusiva: se entiende que el niño recibe solamente leche materna y puede o no incluir rehidratación oral o gotas de vitaminas, minerales o medicinas.

Lactancia materna predominantemente: es aquella que la leche materna es la fuente principal de alimentación, pero una o más de su toma son sustituidas por otros líquidos no lácteos tales como agua, jugo de frutas y otras bebidas.

La alimentación complementada: se refiere a la práctica alimentaria de dar a los infantes leche materna y otros alimentos sólidos y semisólidos, con el uso optativo adicional de líquidos, incluyendo leche no materna.

El abandono de la lactancia materna natural constituye uno de los problemas de salud que más atención recibe en estos momentos en el mundo; ya que este fenómeno que se desarrolla con gran rapidez, durante las últimas décadas ha sido progresivamente desplazado por la alimentación artificial.²²

En los Estados Unidos, a pesar del esfuerzo realizado mediante programas nacionales de educación en nutrición materno infantil, existe un porcentaje muy bajo de madres que brinda lactancia materna exclusiva a sus hijos, con apenas un 35% de prevalencia, en contradicción a información pertinente, que revela datos según la etnia, en la que se estima un 41.3% en madres afroamericanas, y un 63.6% en madres latinas.²⁶

En países de América Latina y El Caribe, existen diferencias en los porcentajes de amamantamiento con leche materna durante los primeros seis meses de nacimiento, en 10 de sus 22 países, se obtienen cifras entre el 25% y el 40%, sin embargo, se encuentran tasas mayores en países como Perú (67%), Bolivia (60%) y Chile (82%), así como también, tasas muy bajas como en Surinam (3%), República dominicana (7%), México (14%).²⁷

En Cuba, actualmente, no más del 33 por ciento de los niños reciben la leche materna como único alimento hasta sus seis meses de vida, según los resultados de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados MICS4 de 2014, desarrollada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), lo cual demanda un cambio en la dinámica familiar, las organizaciones comunitarias y los medios de comunicación con el objetivo de potenciar esta acción vital.²⁸

Son múltiples las ventajas de la lactancia materna. Se plantea que para el niño la leche de la madre es el alimento más adecuado y natural durante los primeros meses de vida ya que le proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo, al tiempo que se adapta perfectamente a su función digestiva.²²

Una de las propiedades más importantes de la leche materna es la de proteger al bebé frente a las infecciones como diarrea, infecciones respiratorias (catarros, bronquiolitis, bronquitis, neumonía), otitis, anemias entre otras, ya que durante el primer año de vida sus defensas no están completamente desarrolladas. Del mismo modo, los problemas de tipo inmunológico (alergias, asma, leucemia, diabetes, enfermedades crónicas intestinales) son menos frecuentes o retrasan su aparición en los niños que reciben lactancia natural.²²

La leche materna que toma el bebé está siempre preparada y a temperatura adecuada, presentando en todo momento perfectas condiciones higiénicas.⁴ El amamantamiento desarrolla un estrecho vínculo afectivo entre la madre y su hijo, proporcionándole al bebé consuelo, cariño, compañía y seguridad, y ayudando a la madre en su desarrollo personal.²²

Múltiples estudios evidencian el fuerte efecto protector de la lactancia contra enfermedades infecciosas, especialmente contra las infecciones respiratorias agudas del tracto superior e inferior, enfermedades gastrointestinales y otitis media durante la infancia y posterior a ella.

Prendes²⁹ en su estudio Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna concluye que la leche materna es un fluido cambiante que se adapta a las necesidades del recién nacido, y por su parte ha demostrado seguir siendo una fuente de energía y nutrientes de gran calidad, incluso después de los dos años, siendo capaz de proporcionar hasta un tercio de la energía y proteínas que necesita un niño durante el segundo año vida.

Allen³⁰ menciona un metaanálisis donde se indica que el efecto protector se debe a las propiedades inmunológicas y antibacterianas de la misma, así como a la eliminación de exposición a patógenos que pudieran ser introducidos por medio de la preparación y administración de la fórmula láctea, de modo que el riesgo de muerte por diarrea entre lactantes de menos de 6 meses de edad, alimentados con lactancia materna parcial es 8.6 veces mayor, en comparación con niños alimentados con lactancia materna exclusiva. Para aquellos que no la reciben, el riesgo fue 25 veces mayor.

Entre las ventajas para la madre se encuentran que favorece la recuperación de la mujer tras el parto al hacer que el útero se contraiga más rápidamente y la pérdida de sangre tras el parto (loquios) acabe antes. También se ha visto que la lactancia es un factor que puede proteger a la madre frente al cáncer de mama. Amamantar hace que la madre pierda calorías y consiga su peso anterior más rápidamente y proporciona a la madre placer físico y emocional. Tienen menos riesgo de hipertensión y depresión postparto. ²²

Rojas J ³¹ identifica que antes de la intervención solo 13 embarazadas respondieron adecuadamente sobre las ventajas de la lactancia materna para un 43.33% y después de aplicado el programa educativo se revierte pues 30 responden positivamente para un 93.75%.

Brito y colaboradores ³² identifican que inicialmente desconocían las ventajas de la lactancia materna tanto para la madre, el niño y hasta la familia. Luego de aplicada la intervención educativa se elevó este conocimiento hasta un 97.8 %.

La lactancia materna exclusiva constituye un método de anticoncepción. El método de amenorrea de la lactancia consiste en el uso de la lactancia materna como método de planificación familiar temporal, tiene aproximadamente una protección eficaz del 98% contra el embarazo siempre que se cumplan los tres criterios siguientes: La madre continúa sin menstruación desde el parto, se mantiene la lactancia materna exclusiva a demanda con varias tomas nocturnas, y cuando el bebé tiene menos de seis meses de edad.

Se han dado muchos casos de embarazos en este período de tiempo por no cumplir los tres criterios, incluso cumpliendo los tres criterios existe un 2% de posibilidad de embarazo imprevisto. ²²

Para la familia la lactancia natural supone un considerable ahorro económico en el presupuesto familiar, no solo derivado del precio que no habrá de pagar por la leche artificial, sino del menor consumo en consultas médicas y adquisición de medicamentos que se ha demostrado en los bebés alimentados con la leche de sus madres. El ahorro también se debe al nulo gasto en tetinas, biberones, esterilizadores, entre otros utensilios necesarios para la lactancia artificial. ²²

Para la sociedad representa menor mortalidad por enfermedades prevenibles con la leche materna, menores costos en consultas, medicamentos, secuelas, ausentismo laboral y el número de hospitalizaciones etc. ²²

Entre las ventajas ecológicas se encuentran que no desperdicia recursos naturales. La sobreproducción de leche vacuna trae como consecuencia un mal aprovechamiento de la tierra: dos acres de tierra mantienen a dos personas si se cría ganado, a veinticuatro personas si se cultiva trigo y a sesenta y una personas si se cultiva soja. La producción de un litro de fórmula infantil consume 12,5 m² de bosque. Por otra parte, no contamina, no requiere envases en su producción ni en su transporte, no necesita utensilios para ser usada, no requiere tratamiento térmico, no gasta energía, no gasta agua, elemento escasísimo indispensable para la vida. ²²

Para una correcta técnica de amamantamiento es importante la higiene: lavar los pechos sólo con agua hervida fresca, no usar jabón ni alcohol. En cuanto al horario el niño debe ser amamantado siempre que tenga hambre y durante el tiempo que desee, procurando que no sea menos de diez minutos en cada pecho. La posición debe ser lo más cómoda posible, tanto para la madre como para el niño.

Preferentemente la madre sentada con apoyo de sus brazos y con los pies levantados sobre un banco flexionando las rodillas. La posición adoptada debe permitir que el pecho caiga hacia el bebé. Su cabeza debe apoyarse sobre la parte interna del codo, la espalda debe ser sostenida por el antebrazo materno. El oído, el hombro y la cadera del niño deben estar en línea recta. ²²

Entre las posiciones más utilizadas se encuentran la sentada clásica: con la espalda recta, colocar una almohada bajo el niño para que quede más cerca del pezón. La posición de acostada en el decúbito lateral: el cuerpo del bebé sigue el cuerpo de la madre y están juntos abdomen con abdomen. La madre ofrece el pecho del lado en que está acostado.

Posición de balón de fútbol: el cuerpo del bebé se encuentra debajo de la axila de la mamá con el estómago pegado a la costilla de la madre. La mamá sostiene el cuerpo del bebé con el brazo del mismo lado y con la mano le sostiene la cabeza. Se

aconseja que se varíen esas posiciones para que el bebe comprima con las encías y con la lengua, distintos sitios de la areola y el pezón.²²

La de gemelos nacidos a término: Para esto se puede aconsejar la técnica habitual y alimentar solamente a un niño a la vez, la segunda opción es que amamante a ambos niños al mismo tiempo, para ello se deberá mostrar muy bien cuál es la posición de sentada o de balón de futbol; existen otras variantes, como son el cruzar a los niños por delante o darle semiacostado.²²

Para una adecuada técnica de lactancia, se debe ofrecer los dos pechos en cada tetada, comenzando siempre por el ultimo que ofreció de esta manera aseguramos un mejor vaciamiento de las mamas, y, por tanto, mayor producción de leche y una cantidad adecuada de grasa en todas las tetadas.²²

El niño debe succionar, alcanzando con su boca todo el pezón y gran parte de la areola. No debe hacer pinza con los dedos cerca de la areola, porque así se obstruyen los conductos mamarios y disminuye la salida de la leche. Debe sostener el pecho con una mano colocando el pulgar por encima de este y los cuatro dedos restantes por debajo, asegurando que no toquen la areola.

Al tocar el pezón el labio inferior del niño, este abre su boca. Se debe centrar el pezón en la boca del niño, encima de la lengua y rápidamente acercarlo a la madre. Sus labios deben quedar en la parte exterior de la areola con el pezón bien adentro.

²²

Entre los signos de buen agarre se encuentran labios bien evertidos (sobre todo el inferior). La barbilla pegada contra el pecho, y la nariz apoyada ligeramente sobre él. Gran parte de la areola dentro de la boca (se ve más areola por encima de la boca que por debajo). Las mejillas del bebé están redondeadas y se mueve mandíbula, sien y oreja. La madre no tiene sensación dolorosa. Soltará el pecho espontáneamente. No hace ruido de “chasquidos” al mamar, ni se le hunden los mofletes.²²

La lactancia no supone llevar una higiene especial. Es suficiente la ducha diaria con agua y el jabón habitual y lavarse las manos en cada toma. Antes y después de las tomas es mejor no lavarse y mucho menos con jabones “especiales”, que suelen ser

muy agresivos y sólo consiguen más humedad en la zona, y mayor predisposición a grietas.²²

Los pezones deben mantenerse sin humedad. Se pueden utilizar protectores entre el pecho y el sujetador que empapen el posible goteo y cuando estén húmedos, cambiarlos. Para prevenir grietas e incluso para “cerrarlas”, en el caso de que éstas apareciesen, se recomienda después de dar de mamar exprimir unas gotas de leche y extenderlas sobre el pezón y areola mamaria.²²

Durante los primeros días, cuando las mamas están más sensibles y todavía no se tiene instaurado el hábito de la lactancia, se puede aplicar unas gotas de aceite de oliva. Si se tuviera alguna duda al respecto o se reciben informaciones contradictorias, conviene pedir consejo a la matrona o pediatra y seguir sus indicaciones. El uso de “pezoneras” no es necesario ni aconsejable en la mayoría de los casos, sólo en casos especiales y prescritas por un profesional experto en lactancia.²²

Relacionado con la técnica de la lactancia materna, *Cairo Lavado J y colaboradores*³³ luego de aplicada la intervención educativa, plantean que se logró elevar el conocimiento hasta un 94.2 % sobre las técnicas de la lactancia materna, con una asociación muy significativa en la modificación de los conocimientos.

Similares resultados obtuvieron *López Calzadilla y colaboradores*,³⁴ quienes comprobaron que las pacientes antes de la intervención no conocían los beneficios de la lactancia materna 41,2% con evaluación de regular. Apreciaron también que el conocimiento con respecto a las técnicas de amamantar fue evaluado de mal.

La promoción de la lactancia materna debería incluirse en casi todos los programas de educación sanitaria porque, como ya se ha comentado, probablemente hasta que no se vuelva a adquirir una cultura de lactancia materna por gran parte de la población, el hábito de la lactancia no va a ser fácil. El personal sanitario ocupa una posición privilegiada para realizar la promoción de la lactancia.

Sería deseable una visita prenatal para que los futuros padres contactaran previamente al nacimiento de su hijo con el pediatra. En esta visita, uno de los objetivos fundamentales es informar de forma extensa sobre las ventajas de la

lactancia, considerando uno a uno todos los aspectos. Sería deseable que el pediatra informara ya a las adolescentes de las ventajas de la leche de madre, para que ya dispongan de cierta información previamente al momento de la gestación.

No se aconseja la exploración del pecho de la mujer para valorar la posibilidad de lactancia, es absolutamente excepcional que una mujer tenga dificultades anatómicas que limiten el amamantamiento. Cuando se realizan estas exploraciones, los comentarios sobre pezones invertidos, pechos demasiados pequeños o demasiado grandes, son absolutamente devastadores y con mucha frecuencia hacen fracasar la lactancia.²²

El personal sanitario debe tener conocimientos extensos sobre la fisiología, ventajas, técnica y manejo clínico del niño amamantado al pecho. Es aconsejable que en cuanto se detecte alguna dificultad en la lactancia materna, el pediatra o la enfermera vean cómo mama el niño, muchos de los fracasos de la lactancia son consecuencia de una técnica incorrecta.

El pediatra de Atención Primaria de Salud debe conocer y estimular las iniciativas de la maternidad de referencia en relación con la lactancia. Debe comunicar a los pediatras hospitalarios las deficiencias que refieren las madres o que detecte el mismo, en relación con la promoción de la lactancia en la maternidad.

El personal sanitario debe disponer de información sobre los recursos de apoyo a la lactancia (liga de la leche, madres voluntarias que se ofrecen para ayudar a otras). Igualmente debe poder aconsejar sobre las formas de extraerse la leche, posibilidad de comprar sacaleches y cómo se puede conservar y transportar la leche de madre.

Debe asegurarse de que la madre conoce los derechos laborales que tienen como objetivo facilitar la lactancia, disponer de información escrita asequible para las madres sobre las ventajas de la lactancia materna, la técnica de lactancia, mantenimiento de la lactancia e incorporación laboral.

El pediatra debe rechazar cualquier tipo de publicidad directa o indirecta presente en el centro de salud, en relación con las fórmulas adaptadas. Debe ocuparse de que el conocimiento sobre la lactancia materna del personal que trabaja en su centro y de los residentes en formación sea adecuado, para que nadie haga comentarios

improcedentes que en ocasiones son suficientes para terminar con una lactancia materna.²²

Diseño Metodológico:

Se realizó una investigación cuasi-experimental sobre la lactancia materna en gestantes que se atienden en los Consultorios Médico de la familia 14, 15 y 16 del Policlínico Universitario Julio Grave De Peralta, con el objetivo de implementar una intervención educativa sobre la temática en el período comprendido desde octubre a diciembre del 2020.

El universo estuvo constituido por 41 gestantes y mujeres en el período de lactancia de los consultorios médico de la familia 14, 15 y 16. Fueron seleccionadas 38 participantes teniendo en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y de salida. Se utilizó este tipo de muestreo ya que permite una cuidadosa y controlada elección de sujetos con características especificadas en el planteamiento del problema.

Criterios de inclusión:

- ✓ Consentimiento de participar en la investigación
- ✓ Capacidades mentales que les permitan participar en este estudio.

Criterios de exclusión:

- ✓ Gestantes y mujeres en el período de lactancia que no residan en el área

Criterios de salida:

- ✓ Gestantes de alto riesgo que requirieron ingreso precoz
- ✓ Abandono de la investigación por otras causas.

Métodos de investigación.

Teóricos:

- ✓ Inducción-deducción: para la identificación de los elementos que sustentan y fundamentan la necesidad de implementar un programa de intervención.
- ✓ Análisis-síntesis: Se utiliza cuando se obtiene datos que conllevaron al planteamiento del problema. Se realizó una profunda revisión bibliográfica de libros de textos, revistas y otros documentos nacionales e internacionales existentes, relacionados con el tema, impresos y en soporte magnético, así

como citas de internet publicadas en sitios autorizados. La estrategia de búsqueda bibliográfica de la temática, se sustentó en texto clásicos y revistas en formato digital auxiliándonos por el enlace Pubmed de la página web: <http://www.sld.cu>

Empíricos

- ✓ Cuestionario aplicado a las participantes - Anexo 2-: Se diseñó por la autora un cuestionario acorde a los intereses de la investigación, en el cual se utilizaron cinco preguntas cerradas de varias alternativas. Para determinar la coherencia interna y la confiabilidad de las preguntas del cuestionario se determinó el Alfa de Cronbach, cuyo resultado fue 0.74.
- ✓ Cuestionario aplicado a los informantes claves para que emitieran sus criterios evaluativos sobre los aspectos incluidos en la intervención educativa utilizada. Se utilizó una pregunta combinada y dos preguntas donde se aplicaron escalas de estimación numérica. - Anexo 5- Para determinar la coherencia interna y la confiabilidad de las preguntas del cuestionario se determinó el Alfa de Cronbach, cuyo resultado fue 0.68.

Para la selección de los mismos se tuvo en cuenta que fueran especialistas en Medicina General Integral , Ginecobstetricia y Pediatría con más de diez años de experiencia profesional, con categoría docente superior-asistentes o auxiliares-, y conocedores del tema investigado. - Anexo 4-

Operacionalización de las variables:

La información obtenida en el cuestionario fue organizada en las siguientes variables:

1. Nivel de conocimientos sobre la definición de lactancia materna exclusiva: variable cualitativa nominal dicotómica. Se tuvo en cuenta la definición de lactancia materna exclusiva establecida en la literatura. Se expresó en números y porcentajes. Se utilizó la siguiente escala:
 - ✓ Suficiente : Cuando respondían la opción correcta.
 - ✓ Insuficiente: Cuando respondían otras opciones que no eran la respuesta correcta.

2. Nivel de conocimientos sobre beneficios de la lactancia para los niños: variable cualitativa nominal dicotómica . Se tuvo en cuenta las ventajas de la lactancia materna para el niño establecida en la literatura. Se expresó en números y porcentos. Se utilizó la siguiente escala.
 - ✓ Suficiente : Cuando respondían seis o más beneficios para el niño.
 - ✓ Insuficiente: Cuando respondían menos de cinco beneficios.
3. Nivel de conocimientos sobre beneficios de la lactancia para la madre: variable cualitativa nominal dicotómica. Se tuvo en cuenta las ventajas de la lactancia materna para la madre establecida en la literatura. Se expresó en números y porcentos. Se utilizó la siguiente escala.
 - ✓ Suficiente : Cuando respondían cinco o más beneficios para la madre.
 - ✓ Insuficiente: Cuando respondían menos de cinco beneficios.
4. Conocimiento de las técnicas para lactar. Variable cualitativa nominal dicotómica. Se tuvo en cuenta las técnicas para lactar establecida en la literatura. Se expresó en números y porcentos. Se utilizó la siguiente escala.
 - ✓ Suficiente : Cuando correctamente respondían seis incisos o más
 - ✓ Insuficiente: Cuando respondían menos de seis incisos.
5. Conocimientos sobre las contraindicaciones: Variable cualitativa nominal dicotómica. Se tuvo en cuenta los conocimientos sobre las contraindicaciones de la lactancia materna establecidas en la literatura. Se expresó en números y porcentos. Se tuvo en cuenta las siguientes escalas:
 - ✓ Suficiente : Cuando respondían seis o más contraindicaciones.
 - ✓ Insuficiente: Cuando respondían menos de seis contraindicaciones .

Procesamiento estadístico

Finalmente la información se almacenó en una base de datos realizada a través del programa Microsoft Excel, auxiliándonos en un computador HP . Dicha información se procesó a través de métodos de estadística descriptiva a partir de los indicadores

señalados en la operacionalización de las variables. Los métodos de nivel matemático y estadístico permitieron la cuantificación y el procesamiento de los datos para la interpretación de las características externas, cuantitativas, del fenómeno investigado. Para revelar su esencia se realizó un análisis cualitativo teórico de los datos cuantitativos obtenidos. Se utilizaron:

- ✓ Cálculo porcentual: para resumir los datos obtenidos en las variables.
- ✓ Para determinar la significación estadística de los resultados una vez aplicada la intervención se calculó el coeficiente de variación donde:

Coeficiente de Variación (CV) = (Valor inicial – Valor final) x 100 / Valor inicial

Donde el valor inicial es la totalidad de los participantes en la investigación con conocimientos inadecuados antes de la intervención educativa y el valor final la totalidad de los participantes con conocimientos inadecuados después de la misma. Se consideró que la intervención resultó eficaz siempre que el resultado del CV fue de un 70 % o más.

- ✓ El porcentaje simple de acuerdo permitió determinar el consenso de los informantes claves respecto al programa de intervención educativa. Se consideró que existía consenso cuando el resultado es superior al 75%.

Los resultados obtenidos fueron ubicados en cuadros de distribución de frecuencia simple para facilitar su análisis y discusión.

Etapas de la intervención.

El desarrollo de esta intervención educativa se dividió en tres etapas:

- ✓ Diagnóstica: Para el desarrollo de esta etapa, una vez aprobada la investigación por la comisión científica y la comisión de ética de las investigaciones, se procedió a la revisión de las historias de salud familiar del consultorio para la identificación de la población de estudio de la cual fue escogida la muestra. Las participantes fueron visitadas en sus domicilios y se les explicó el objetivo de la investigación. Una vez obtenido el consentimiento informado se les aplicó el cuestionario, una vez iniciada las sesiones de trabajo, el cual permitió evaluar el nivel

de conocimientos sobre la lactancia materna inicialmente. Para la calificación del cuestionario se utilizó una clave de calificación diseñada por la autora Anexo 3.

✓ Intervención: Para la intervención se utilizó un programa de intervención educativa previamente diseñado por otros autores. Los cuales fueron validados por informantes claves y demostrada su eficacia en otras investigaciones. Las actividades programadas conllevaron a la participación de todas las pacientes o por lo menos a mayor del 85 % de participación y la necesidad de apoyo del cónyuge. Las actividades programadas en sentido general fueron: lluvia de ideas y talleres interactivos.

Es necesaria una aclaración por parte de los investigadores, el tiempo de las clases fue de 1 hora, una vez a la semana, durante 3 meses en los horarios de la tarde para no afectar los horarios de estudio o trabajo de las pacientes y el tema en cuestión, en esta investigación se utilizó el menor tiempo posible de una clase de otra para no aumentar el estrés por salir del local y ayudar a una mayor concentración.

Los encuentros se hicieron en semanas continuas siempre planificados con el grupo y puestos de acuerdo según el día y la hora más oportuno para todas las pacientes, las actividades participativas se desarrollaron con la misma frecuencia y se aplicaron diferentes técnicas para ejercitar los temas tratados. La muestra se dividió en dos grupos para facilitar el desarrollo del programa educativo.

✓ Evaluación: En esta etapa se aplicó nuevamente el cuestionario (Anexo 2), evaluando de esta forma la efectividad de la intervención, comprobando así los conocimientos adquiridos.

Aspectos éticos

En todo momento se respetó el consentimiento informado y escrito de los pacientes, basado en lo establecido como principio bioético, la autodeterminación, la justicia y la beneficencia para la realización del estudio, se le informará a las pacientes que su participación será de forma voluntaria y anónima, que no presentara ningún compromiso y que tendrán total libertad de aceptarlo o no, y se les explicaron que los datos obtenidos solo serán utilizados con fines investigativos, en cumplimiento de los

principios éticos, se le entregará a firmar el acta de consentimiento informado.(Anexo I)

El estudio se realizó con los debidos consentimientos del Comité de Ética Médica institucional y el compromiso de la autora a no divulgar los resultados de ellos donde puedan verse identificado individualmente los participantes (Anexo 1)

Aunque la investigación incluye la utilización de personal humano no se requirió de procederes y autorizaciones internacionales, ya que no fueron utilizados métodos invasivos que pusieran en peligro la integridad de las personas y no quedasen secuelas que comprometieran su bienestar.

Análisis y discusión de los resultados

Cuadro 1: Nivel de conocimientos sobre la definición de lactancia materna exclusiva.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Suficiente	18	47.37	36	94.74
Insuficiente	20	52.63	2	5.26
Total	38	100.00	38	100.00

CV=90.00%

Antes de la intervención el 52.63% de las participantes desconocía sobre la definición de lactancia materna exclusiva, después de la intervención solo el 5.26% la desconocía para un CV =90.00%.

*Rojas J y colaboradores*³¹ identifican que inicialmente existía desconocimiento por el 28% de las gestantes relacionado con la definición de la lactancia materna exclusiva, después de aplicado un programa los resultados obtenidos evidencian el aumento del nivel de conocimiento a un 60.8%. Se clasificó como efectiva la estrategia educativa si el 50% o más de las participantes habían adquirido un nivel de conocimiento superior al obtenido antes de la intervención.

*Melendez Díaz*³⁵ en su investigación realizada en Huacho 2019 identifica que alrededor de un 90% de las gestantes modificaron sus conocimientos sobre la temática.

*Urquiza B y colaboradores*³⁶ en un estudio realizado en Yara, Granma en un hogar materno, previo a la intervención de sesión educativa un alto porcentaje (66.43%) tenía conocimientos bajos, sobre lactancia materna exclusiva, posteriormente a la intervención el porcentaje sobre conocimientos llegó a nivel alto (95.00%).

*Brito M,*³² en su estudio con finalidad de realizar y evaluar un programa educativo sobre lactancia materna para gestantes obtuvo como resultado antes de implementada la intervención, un 30% del nivel de conocimiento acerca lactancia materna exclusiva y después de la intervención el 100% obtuvo resultados excelentes, demostrando el éxito del programa.

Por otro lado *Hernández* ³⁷ en su intervención "Efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimientos de las madres adultas jóvenes primíparas acerca de la lactancia materna", después de aplicada la intervención obtuvo un nivel de conocimiento de lactancia materna exclusiva de un 80%.

Núñez LA ³⁸ en su estudio "Nivel de conocimientos de las madres sobre lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses, obtuvo un 63.3% en el nivel de conocimiento medio, un 19% en nivel bajo y solo el 17.1% logró alcanzar un nivel de conocimientos alto.

En la opinión de los autores los resultados alcanzados en la investigación inicialmente se atribuyen a la falta de conocimiento que existe en las gestantes en relación a la temática, a la falta de motivación del tema por parte de ellas y el grado de escolaridad que presentan, es por ello la importancia de este trabajo para revertir el nivel de conocimiento y lograr una lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.

Impartir educación genera que quien la reciba pueda asumir su rol, porque tiene la posibilidad de tener una fuente creíble y que la motiva a través del conocimiento a hacerse responsable de la demanda de su niño.

A criterio de los autores, es necesario acotar, que la presencia de un nivel de conocimientos adecuados sobre la definición es importante pues en esta etapa de vida existe un abandono o destete precoz por falta de conocimiento de la misma que se manifiesta a través de conductas inadecuadas, en este caso de la madre, porque este abandono puede llevar a un inadecuado desarrollo psicomotor del niño además de enfermedades como las IRA, EDA, Anemias, mal nutrición, fallo de medro entre otros.

En el siguiente cuadro se puede observar que el 68.42 % de los participantes desconocía inicialmente sobre los beneficios de la lactancia para el niño, después de la intervención solo el 10.53% desconocía sobre el tema para un coeficiente de variación de 84.62%.

Cuadro 2: Nivel de conocimientos sobre los beneficios para el niño.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Suficiente	12	31.58	34	89.47
Insuficiente	26	68.42	4	10.53
Total	38	100.00	38	100.00

CV=84.62%

Del Castillo N 39 al evaluar los conocimientos de los beneficios de la lactancia materna para el niño identifica que antes de la intervención el 24% no conocían bien el tema, el 32% tenía conocimiento regular y el 44% conocimiento bueno. Luego en el post test aumentó al 60% el nivel de conocimiento adecuado y 40% regular. Por lo que concluye que con la intervención se logró elevar los conocimientos en las madres adolescentes y gestantes.

Maliza MB ⁴⁰ en su estudio realizado en Ecuador en el año 2017, identifica que el 60% de las madres primerizas no conocían los beneficios de la lactancia materna para los niños.

Noemí Arroyo ⁴¹ en su estudio realizado en Lima plantea que del 84% de la muestra tienen un nivel de conocimiento adecuado acerca de los beneficios para el niño; por su parte *Calzado Mustelier* ⁴² identifica similares resultados en el 91% de su muestra.

Los autores coinciden con la investigación desarrollada por los autores antes citados con el objetivo de valorar la efectividad de un Programa Materno Infantil. Después de aplicada la intervención en lo que respecta a conocimientos, se observa un aumento con importante significación estadística de prácticamente todos los parámetros analizados incluyendo los relacionados con el conocimiento de los beneficios para los lactantes.

Cabanillas M, Casanova C ⁴³, con el objetivo de saber el resultado sobre el conocimiento de los beneficios de la lactancia materna para los niños se realizó una intervención educativa en Trujillo encontrándose inicialmente que el 65% de las

madres tenían nivel regular, 20% obtuvieron un nivel bueno y el 15% resulto tener conocimiento nivel deficiente. Sin embargo, luego de la intervención educativa los conocimientos fueron altos en un 90 % de las madres y 10% por ciento de las demás madres lograron un incremento de entendimiento en el nivel medio.

A criterio de los autores, antes de la intervención existía poco conocimiento sobre la temática condicionado por la falta de promoción de salud realizada por el equipo básico de salud al respecto. En opinión de la autora se debe perfeccionar la consulta de puericultura prenatal en los consultorios médicos de familia, espacio en el cual se debe fomentar la lactancia materna exclusiva. El conocimiento adecuado sobre la temática aporta los grandes beneficios para el bebé: constituye el alimento más completo e ideal, con todos los nutrientes, proteínas, minerales hasta el año de edad.

Cuadro 3: Nivel de conocimientos sobre los beneficios para la madre.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Suficiente	9	23.68	35	92.11
Insuficiente	29	76.32	3	7.89
Total	38	100.00	38	100.00

CV=89.66%

Antes del estudio el 76.32% de las gestantes y madres que lactan que participaron en la investigación demostraron desconocimiento sobre el tema, después de la intervención solo tres de ellas para un 7.89% mostraron desconocimiento sobre algunas de las ventajas para la madre. Resultados significativamente superiores demostrados por un 89.66%.

*Bach Peña*⁴⁴ en una investigación desarrollada en Perú, identifica que el 98% de las participantes conocía los beneficios para la madre al amantar al bebé hasta el año de edad. Lograron un aumento significativo en la percepción de los beneficios en un alto por ciento de las amamantadoras dadas las características de la población estudiada. Por su parte *Barbara Hernández*⁴⁵ identifica conocimiento en un 96%. Resultados superiores a los identificados por la autora.

Resultados similares fueron identificados por *Hernández*³⁷ que plantea que antes de realizar las acciones educativas no identificaron adecuadamente los beneficios de la lactancia materna para ellas mismas, después de aplicada la intervención el mayor porcentaje logró identificar correctamente los beneficios de la lactancia materna para la madre, lo que demuestra que el trabajo realizado por el personal de salud es aún insuficiente.

En un estudio realizado por *Villegas W*⁴⁶, el 73.2% de las madres desconocían los beneficios de la lactancia materna para ellas, cifras que se revirtió después de aplicada la intervención educativa.

En concordancia con *Urquiza B, y colaboradores*³⁶ quienes tenían como objetivo evaluar el nivel de conocimientos en 140 gestantes a través de una intervención educativa sobre lactancia materna exclusiva, en el pre test descubrieron que las madres tenían nivel de conocimientos bajo en un 66.43% y luego después de intervenir en el post test el nivel de conocimientos mejoró alcanzando el 95% en el nivel alto.

Estos resultados fueron muy similares a los obtenidos en esta investigación donde se evidenció que después de aplicada la intervención se logró modificar el conocimiento acerca de los beneficios de la lactancia materna para las madres.

*Rodríguez B, y Merchán F*⁴⁷, en su investigación identifican que las que de 83 primigestas que participaron, el 94% de ellas alcanzaron nivel alto de conocimientos y solo el 6% se encontraba en nivel bajo después de aplicada la intervención.

Los autores consideran que existen deficiencias en las vías y formas de promoción de la lactancia materna, sus ventajas y técnicas en las embarazadas encuestadas, o sea que las técnicas preventivas empleadas en la actividad asistencial diaria no son suficientes para llegar a las futuras madres e incrementar en ellas la percepción del riesgo y que reconozcan los verdaderos beneficios de la lactancia materna exclusiva.

Por otra parte se debe señalar que las participantes que demostraron desconocimiento después de la intervención, no asistieron al encuentro en el cual se abordó la temática durante la ejecución del programa educativo. A criterio de la autora, el conocimiento adecuado sobre la temática aporta los grandes aportes como

la anticoncepción, prevención del cáncer, alimento práctico, económico, ayuda crear un rapor entre madre e hijo, entre otras.

Cuadro 4: Nivel de conocimientos sobre la técnica correcta para lactar.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Suficiente	3	7.89	30	78.94
Insuficiente	35	92.11	8	21.06
Total	38	100.00	38	100.00

CV=71.10%

El 92.11 % de las participantes demostró conocimientos insuficientes sobre la técnica correcta para lactar antes de la intervención, incluyendo las madres que lactan. Después de la intervención disminuyó al 21.06%. Resultados significativamente superiores CV=71.10%.

Se realizó en Colombia en el año 2019 un estudio acerca de la práctica de lactancia exclusiva. Se concluyó que especialmente en mujeres adolescentes existía desconocimiento acerca de las técnicas de la lactancia materna. ²⁰ Por su parte *Del Castillo N* ³⁹ en su estudio identifica que el 35% no conocían las técnicas adecuadas para el amamantamiento, después de aplicada la intervención un 80% conocía las técnicas. Resultados similares a los de la autora.

Guerra Domínguez E y colaboradores ⁴⁸ constata que entre las encuestadas no existía un correcto conocimiento de cuáles eran las posiciones para amamantar luego de aplicada la intervención se modificó el conocimiento a un 91.3%.

En un estudio similar realizado por *Borre & Cortina* ⁴⁹ en 2016 en el Centro de Salud 11 de Noviembre de Santa Marta (Colombia), con respecto a la técnica de amamantamiento, la encuesta arrojó que el 48.9% de las participantes se sienta en una silla, con la espalda recta y los pies apoyados, el 40% manifestó no tener una posición específica, sino que busca la manera de sentirse cómoda ella y el bebé con mayor porcentaje, y el 11.1% considera que la mejor posición para amamantar a su hijo es estar acostada de lado en la cama.

Datos similares a una investigación realizada en Chile por *Macay Moreira* ⁵⁰ con respecto al agarre y succión del bebe para lactar una de las opciones es introducir en la boca del niño el pezón y la areola, el 52%, la mayoría, expresa un conocimiento malo, el 30% parcialmente regular y solo el 10% un conocimiento bueno.

Bautista Hualpa y colaboradores ⁵¹ en relación a la técnica de amamantamiento identifica que un 70% de las madres tienen conocimientos inadecuados mientras que solo el 30% tiene conocimientos apropiados. Por su parte *Brahm P y colaboradores* ⁵² en un estudio realizado en Chile a madres gestantes identifican que un porcentaje alto de madres no conocen acerca de la posición correcta del bebe para lactar, mientras que un bajo porcentaje la conoce.

Durante la intervención educativa los participantes mostraron interés por los temas relacionados con las técnicas de la lactancia materna, los mismos refirieron que desconocían las otras técnicas mostradas, solo conocían la clásica y la acostada de lado, lo que evidencia la importancia de intensificar la labor por parte del equipo básico de salud en la demostración de las técnicas en las gestantes.

A criterio de los autores el conocimiento sobre las técnicas de amantar es fundamental, estas constituyen un elemento práctico para una buena alimentación y desarrollo del lactante porque una adecuada nutrición es el resultado de una correcta técnica. Estos ejemplos hacen que dentro de un grupo de madres se hagan más efectivas las charlas impartidas.

Cuadro 5: Nivel de conocimientos sobre las contraindicaciones de la lactancia materna.

Nivel de conocimientos	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Suficiente	3	7.89	30	78.94
Insuficiente	35	92.11	8	21.06
Total	38	100.00	38	100.00

CV=71.10%

Antes de realizar la intervención educativa el 92.11 % de las participantes demostró conocimientos insuficientes sobre las contraindicaciones de la lactancia materna. Una vez realizada la intervención demostraron dominio sobre el tema el 78.94 de las participantes, demostrando desconocimiento solo el 21.06%. Resultados significativamente superiores, demostrados por un coeficiente de variación de un 71.10%.

*Maliza MB*⁴⁰ en su estudio realizado en Ecuador en el año 2017, al valorar el nivel de conocimientos sobre las contraindicaciones de la lactancia materna identifican que la mayor parte del grupo muestra un nivel medio, seguido por el nivel bajo. Por su parte *Urquiza B y colaboradores*³⁶ identifican que antes de las actividades educativas no había una buena identificación de las contraindicaciones de la lactancia materna. Después de las actividades reconocieron, el cáncer de mama, el SIDA, herpes simple y pacientes con tratamientos para el cáncer. Resultados similares a los identificados por la autora.

*Rodríguez B, y Merchán F*⁴⁷ plantean que inicialmente se encontró un bajo nivel de conocimientos acerca de las contraindicaciones, con 75 gestantes que desconocían las contraindicaciones de la lactancia materna para un 90.36%. Luego de aplicada la intervención educativa se elevó este conocimiento hasta un 98.7 %.

*Riverón Corteguera*⁵³ en su estudio realizado acerca del valor inmunológico de la lactancia materna plantea que a menudo por desconocimiento o miedo, se suspende la lactancia por causas no justificadas a la luz del conocimiento científico, por lo que parece importante destacar que no contraindican la lactancia: infección materna por virus de la hepatitis: los hijos de madre con hepatitis B, infección materna por virus de la hepatitis C, la mastitis, la ictericia neonatal, y la fenilcetonuria.

En el mundo subdesarrollado y desarrollado cada vez es más frecuente embarazarse y lactar después de tener un trabajo y estar maduras para asumir esta etapa de la vida eficazmente. Otros autores plantean que a medida que se incrementa el conocimiento y se mejora en calidad de vida las mujeres esperan más tiempo para embarazarse y tener familias. Estos estudios junto con el nuestro reflejan que conforme aumenta la edad las madres asumen embarazos pero también son las que

lactan de forma exclusiva mayor tiempo pues en sentido general tienen un mayor nivel de asimilación y deseo de tener un hijo por lo que están más preparadas para lactar.

El abandono del amamantamiento, como forma habitual de alimentación de los lactantes, puede traducirse en un problema con importantes implicaciones personales, sociales y sanitarias. Su relevancia ha sido destacada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en diferentes declaraciones.

En la opinión de los autores el médico y enfermera de la familia son los principales proveedores de la información de la lactancia materna por lo que deben propiciar el acceso a las informaciones y la calidad de la atención prenatal. Deben educar a las mujeres y su familia desde la etapa prenatal acerca de las contraindicaciones reales de la lactancia materna, para evitar así que la influencia de creencias populares influyan desfavorablemente sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y complementada a partir de esta edad.

Conclusiones:

Antes de la intervención educativa se evidenció desconocimiento acerca de la lactancia materna, su definición, ventajas para la madre y el niño, técnica correcta de amamantamiento y contraindicaciones. Después de realizar la intervención se modificaron los conocimientos sobre el tema de manera significativa.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. «Lactancia materna». <http://www.who.int/es>. Consultado el 22 de octubre de 2017.
2. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding. A guide for the medical profession. 6th ed. Philadelphia (PA): Elsevier Mosby; 2015
3. Vahlquist, B. O. «Introducción», en *Organización Mundial de la Salud. Modalidades de la lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
4. Wright, A. «Incremento de la lactancia materna en Estados Unidos.» *Pediatr Clin North Am* (ed esp). 2011;1:1 -12.
5. UNICEF - Convención sobre los Derechos del Niño - Introducción».UNICEF Nutrición - Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding» http://innocenti15.net/declaration_spanish.pdf 2015
6. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Conferencia Internacional de Nutrición, Roma; diciembre de 2012
7. Organización Mundial de la Salud: *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño*. Organización Mundial de la Salud. 2012.
8. Comisión Europea, Ministerio de Sanidad y Consumo, Organización Mundial de la Salud, IRCSS, UNICEF. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y ayuda de Lactancia en Europa: plan estratégico. [monografía en Internet]: Comisión Europea;2004 [fecha de acceso: 28 de noviembre de 2016] Disponible en: <https://web.archive.org/web/20100707084755/http://www.vialactea.org/files/Plan%20estrat%C3%A9gico%20LM%20Europa.pdf>
9. EUNUTNET. Infant and young child feeding: Standard recommendations for the European Union. Available from: http://www.burlo.triest.it/old_site/Buro%20English%20version/Activities/research_develop.htm 2013

10. «Social Impact Improved Breastfeeding rates | SIOR. Social Impact Open Repository». *sior.ub.edu*. Consultado el 5 de septiembre de 2017.
11. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr*. 2016; 50: 333-340 12 Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2013.
12. Disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndic e20 06.htm>
13. Material de promoción de la lactancia materna. Encuesta de lactancia materna 2015. Generalitat de Catalunya. departamento de Salud. Disponible en: <http://www.grupslactancia.org/es/federacion-catalunya/datos-de-2015>
14. Organización Mundial de La Salud Nutrición del lactante y del niño pequeño: 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Informe cuatrienal. Informe de la Secretaría A59/13 Punto 11.8 del orden del día provisional 4 de mayo de 2016.
15. Bronner YL, Paige DM. Prevalencia y duración de la lactancia Materna. *NutrHop*. 2009;24(2):213-217 217
16. AvalosGM; QuinteroCC; AguilarCMAJ; CabreraAE. Morbilidad de lactantes con Lactancia Materna. Municipio Cienfuegos. Enero-Diciembre 2006. Trabajo para optar por el Título de Especialista de 1er grado en Enfermería Materno Infantil. Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticos Torrados. Cienfuegos. 2015.
17. Veliz, José; Sanabria, Giselda; Gálvez Ana M. y Cols. Relación entre la duración de la lactancia materna exclusiva y la edad materna, escolaridad, conocimientos y estado emocional en el policlínico “Hermanos Cruz”. Pinar Del Río, 2014. *Avances*. Vol 9. N 1 enero-marzo 2014:4.
18. Álvarez Poveda JL, Martínez Martí M, Martí Ferreiro Z, Méndez Torres Y. Intervención educativa sobre lactancia materna en madres adolescentes en Venezuela. [Tesis para optar por el título de especialista de primer grado en medicina general integral]. 2015.

19. Calzadilla Montes Yanet .lactancia materna exclusiva .factores que influyen en su abandono precoz. Área de salud Ricuate. Venezuela. [Tesis para optar por el título de especialista de primer grado en medicina general integral]. 2017.
20. Gorrita Pérez RR, Ravelo Rodríguez Y, Ruiz Hernández E, Brito Herrera B. Información sobre la lactancia materna de las gestantes en su tercer trimestre. Rev Cubana Pediatr. 2016; 84 (4).
21. Durán P. Importancia de la leche materna en la alimentación enteral. MedUNAB. 2015; 8 Suppl 1:30-36 2.
22. Pérez García D, Valdés-Ibargollín M. Acciones de salud sobre la familia para incrementar la lactancia materna exclusiva. Medicentro Electrónica [Internet]. 2015 [citado 2017 Nov 6]; 19(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1338>
23. Forero Y, Isaac MA, Rodríguez SM, Hernández JA. La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de la ciudad de Bogotá. Biomédica. 2016; 33(4): 1_29
24. González de Cosío T, Escobar Zaragoza L, González Castell LD, Rivera Dommarco JA. Prácticas de nutrición infantil y deterioro de la Lactancia materna en México. Salud Pública Mex. 2018; 55 (2): 170-9
25. Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Madrid Baños N, Mur Villar M, Expósito Ruiz M, Hermoso Rodríguez E. Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática. NutrHosp. 2016; 31(2):226_33.
26. Schanler R (ed.). Breastfeeding 2016. Part I: The evidence for breastfeeding. Pediatr
27. Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. Situación de la lactancia materna. En: Manual de lactancia materna para el primer nivel de atención. México, DF: SSA, 2017:7-20.
28. Serpa de Cavelier M. World Wide Science.Org. [Online]; 2017 [cited 2018 Enero martes. Available from: <https://worldwidescience.org/topicpages/l/lactancia+materna+una.html>

29. Prendes, M.; M. Vivanco; R. Gutiérrez; W. Guibert. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. 2016 Rev. Cubana Med Gen Integr. 15(4):397-402.
30. Allen J, Debra H. Benefits of breastfeeding. New South Wales Public Health Bull 2015; 16(3):42-6
31. Rojas J, Contreras I, Chaparro C, Quintero Á, González R. Evaluación en el nivel de conocimiento de las madres después de aplicada una estrategia educativa. Venezuela 2015. Revista Chilena de Nutrición. 2018 Oct 16;2(46): p. 112.
32. Brito M, Carvajal M, Cifuentes G, Delgado A, Escalona S y Galarreta D. Diseño, aplicación y evaluación de un programa educativo sobre lactancia materna dirigido a las embarazadas con menos de 30 semanas de gestación. Ambulatorio San José Barquisimeto - Estado Lara enero – mayo [Tesis de grado]. [Barquisimeto]: Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado; 2007. [Citado el 2018 agosto 21]
33. Cairo Lavado J, Livia C. Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Seis Meses y Factores Asociados en Niños Nacidos Sanos. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos Vol. 61, Nº 3 – 2015
34. López Calzadilla AY, Escalona Aguilera R, Gumucio Villarroel MA, Rodríguez Ramírez R, Tejada González RC. Estrategia de Intervención sobre Lactancia Materna. Gibara. 2014. Revista científica de la SOCECS. 2014; p. 19
35. Meléndez Díaz Milagro Katerine. Factores de riesgo relacionados con el nivel de conocimiento sobre LME 3.3 pg48-50 Hucho 2019
36. Urquiza B, Urquiza O, Chacón Y. Efecto de una sesión educativa de lactancia a gestantes del hogar materno. Sociedad Cubana de Enfermería. [Tesis para obtener el grado de Licenciatura] Cuba 2016-2017. Disponible en: <http://www.enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/viewFile/497/418>
37. Hernández Y. Efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimientos de las madres adultas jóvenes primíparas acerca de la lactancia materna. consultorio de crecimiento y desarrollo. centro de salud san

- Sebastián 2012 [Tesis de licenciatura]. [Lima]: Universidad San Martín de Porres; 2012. [Citado el 2019 mayo 09] Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2388>
38. Núñez LA, Tabraj RS. Nivel de conocimientos de las madres sobre lactancia materna exclusiva en niños menores de seis meses que acuden al Centro de Salud Infantes – S.M.P. [Tesis para obtener el título de Licenciada]. Lima: Escuela Académico Profesional de Enfermería, Universidad Privada Norbert Wiener. Lima 2015. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/269/N%C3%9A%C3%91EZ%20-%20TABRAJ.pdf?sequence=3&isAllowed=>
39. Del Castillo N. Intervención de enfermería en el fomento de la lactancia materna a embarazadas que asisten al SCS de la parroquia. La Unión de Atacames Del Cantón Atacames en los meses de octubre 2014-marzo 2015. [Tesis para obtener el grado de Licenciatura]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas; 2015. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/413/1/DEL%20CAS>
40. Maliza MB. Estrategias educativas para las madres primigestas orientado a la lactancia materna [Tesis para obtener el grado de Licenciatura]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes, 2017. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/7041/1/PIUAENF042-2017>
41. Noemí Arroyo Puga. Actitudes de la LME en un centro de Salud. Lima .Perú. 4.6pg. 2021.
42. Calzado Mustelier .Influencia en de la lactancia materna en niños Rev Cubana Enfermer v16 n 2 Ciudad de la Habana Mao -agosto 2016.
43. Cabanillas M, Casanova J. Efectividad de un programa Educativo en el nivel de Conocimiento Materno sobre Lactancia Materna. [Tesis para obtener el grado de Licenciatura]. Trujillo: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo; 2016. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8611/1705.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

44. Bach Peñas Yerson Smith. Conocimientos actitudes sobre la LME en adolescentes. Piura Perú 4.1-4.pg44-45,2019
45. Barbara Hernández Peña. Beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva para mujeres en edad fértil. Cuba. Pinar del Río pg 43-49.2019.
46. Villegas W. Nivel de conocimiento de las madres primíparas en la práctica de lactancia materna exclusiva Centro de Salud Tambo Grande, 2016 [Tesis para obtener el grado de Licenciatura]. Sullana: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Señor Pedro; 2016. Disponible en: http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/2842/Tesis_46072.pdf?sequence=1&isAllowed=
47. Rodríguez B, Merchán F. Intervención de enfermería sobre lactancia materna en embarazadas primigestas del Hospital Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena [Tesis para recibir grado de Licenciatura]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2014.
48. Guerra Domínguez E, Martínez Guerra ME, Arias Ortiz Y, Fonseca RL, Martínez Jiménez A. Impacto de estrategia educativa sobre lactancia materna a futuras madres. 2005-2016. Revista Médica. Granma. 2017 Marzo-Abril; 2(21): p. 28-43.
49. Borre Y, Cortina C, González G. Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente? Rev Cuidarte. 2016 julio; 5(2).
50. Macay Moreira RR, Salas Jaramillo LA, Vélez Astudillo AM, Chávez Moreira FL. Abandono de la lactancia materna en las madres del Centro de Salud Los huerfanitos. Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. 2017; 1(4).
51. Bautista Hualpa R, Díaz Rivadeneira IR. Conocimientos y prácticas de lactancia materna en madres adolescentes que asisten al Centro de Salud de Bagua. Revista Enfermería Herediana. 2017; 10(1).
52. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev. chil. pediatr. 2017; 88(1).

53. Riverón Corteguera, R. Valor inmunológico de la leche materna. Lactancia Materna Exclusiva Hasta los Seis Meses. Rev Cub Pediat; Mayo- Ago 2012; 67(2), p. 0-0 ISSN 0034-7531.

Anexo I. Consentimiento Informado

Yo _____ participo voluntariamente en una investigación que tiene como objetivo incrementar los conocimientos de la población en estudio acerca lactancia materna a partir de una Intervención Educativa. Estoy dispuesta a participar en el estudio y permito el uso de la información obtenida mediante las encuestas por parte de los investigadores, sabiendo que toda la información recogida se mantendrá reservada y confidencial.

Conozco que la investigación está basada en evaluar inicialmente los conocimientos sobre la lactancia materna, y partiendo de ello aplicar una intervención educativa que nos permita perfeccionar esos conocimientos. Los resultados obtenidos no tienen fines diagnósticos sino investigativos y de capacitación, por lo cual autorizo su utilización en publicaciones y con otros fines investigativos, siempre y cuando se mantenga sin revelar mi identidad.

Se me ha explicado que puedo abandonar la investigación cuando lo desee, sin necesidad de dar explicaciones por eso, y sin que se afecten las relaciones existentes. Mis familiares pueden participar y están de acuerdo en que yo lo haga. Conforme con todo lo expuesto y para que así conste firmo a continuación expresando mi consentimiento

Nombre Apellidos _____

Firma _____ Fecha _____ Lugar _____

Firma del testigo _____ Firma de la autora _____

Anexo II. Cuestionario.

Estimadas Pacientes, el presente cuestionario forma parte de un trabajo investigativo en el cual se exploran diversos aspectos relacionados a la lactancia materna. Necesitamos su colaboración con el propósito de conocer el nivel de conocimiento respecto a la temática. Por su colaboración, muchas gracias.

Marque con un x la respuesta que usted crea correcta para cada pregunta:

1. La lactancia materna exclusiva se considera cuando:
 - a) ___ Es cuando él bebe se alimenta exclusivamente de leche materna alternándolo con onzas de agua segura desde las primeras horas de nacido hasta los 6 meses de edad.
 - b) ___ Es cuando el niño se alimenta con leche materna y sucedáneos de la leche
 - c) ___ Es cuando el bebé se alimenta exclusivamente de leche materna desde la primera hora de nacido hasta los 6 meses.
2. Cuál o cuáles de estos beneficios tiene la lactancia materna para su hijo:
 - a) ___ Favorece el desarrollo de la mandíbula y las estructuras de la boca, potencia la inmunidad del bebé.
 - b) ___ Mejora el desarrollo cognitivo.
 - c) ___ Brinda los nutrientes necesarios en las diferentes etapas del desarrollo.
 - d) ___ Los niños con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad tienen mayor riesgo de contraer enfermedades
 - e) ___ Es más fácil de digerir que los productos alternativos.
 - f) ___ Reduce el riesgo de infección gastrointestinal, respiratoria, urinaria y otros.
 - g) ___ Reduce los riesgos de alergia.
 - h) ___ Desarrollo de la visión, sobre todo de los bebés prematuros.
 - i) ___ Los niños alimentados con leche materna están más propenso a padecer anemia en los primeros años de vida
3. Cuál o cuáles de estos beneficios tiene la lactancia materna para usted:
 - a) ___ Fortalece el vínculo afectivo madre e hijo.

- b) ___Reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario, reduce el riesgo de hemorragia posparto, contracción del útero y facilita la retracción.
 - c) ___Al lactar se tiene más riesgo de sufrir patologías como hipertensión y depresión
 - d) ___Ahorra dinero, tiempo y trabajo
 - e) ___Ayuda a recuperar su peso más rápido.
 - f) ___Ayuda como un método anticonceptivo.
 - g) ___Fortalece la confianza y seguridad de la madre.
- 4.** Cuál o cuáles pertenecen a una correcta técnica de amamantamiento tanto para él bebe como para usted.
- a) ___La madre se sienta cómoda, con la espalda apoyada apoya la cabeza del niño sobre el ángulo del codo. Sostiene la mama con los dedos en forma de "C".
 - b) ___Acomodar los dedos en forma de tijeras a nivel del pezón para regular el flujo de leche
 - c) ___estimular con el seno los labios del bebe para que abra la boca y agarre el pezón
 - d) ___El bebé enfrenta a la madre; abdomen con abdomen, quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea.
 - e) ___Las grietas de los pezones aparecen siempre que se lacta.
 - f) ___ Para retirar el pezón usted debe introducir su dedo meñique por la comisura de los labios del niño para ventilar la cavidad bucal y hacer que suelte el pecho.
 - g) ___las posiciones más utilizadas para amamantar son las clásica, acostada el lado izquierdo, y balón de futbol.
 - h) ___Usted sabe que él bebe tiene un buen agarre cuando el pezón y la mayor parte de la areola quedan dentro de la boca del bebe.
- 5.** Cuál o cuáles usted consideraría contraindicación de la lactancia materna :
- a) ___SIDA
 - b) ___Caída del cabello
 - c) ___Nuevo embarazo

- d) ___ Herpes simple
- e) ___ Exposición radiografías
- f) ___ Mastitis
- g) ___ Cáncer de mama
- h) ___ Hepatitis B
- i) ___ Rayos UVA

Anexo III. Clave de calificación del cuestionario

Pregunta No.1: Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva.

Inciso correcto: c

Pregunta No. 2: Nivel de conocimiento sobre beneficios de la lactancia materna para el niño.

Incisos correctos: a, b, c, e, f, g, h.

Pregunta No. 3: Nivel de conocimiento sobre beneficios de la lactancia materna para la madre.

Incisos correctos: a, b, d, e, f, g,

Pregunta No. 4: Nivel de conocimiento sobre las técnicas de la lactancia materna.

Incisos correctos: a, c, d, f, g, h,

Pregunta No. 5 Nivel de conocimiento sobre las contraindicaciones de la lactancia materna.

Incisos correctos: a, d, g, h

Anexo IV. Formulario para la selección de informantes claves.

Estimado colega. Usted ha sido seleccionado como posible informante clave para ser consultado respecto al diseño de un programa de intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia. Se necesita para ser incluido como informante clave, determinar su dominio sobre el tema, así como su preparación pedagógica. Por tal motivo le pedimos que responda las siguientes preguntas de la forma más objetiva posible. Le agradecemos de antemano.

1. Datos del profesor

Nombre _____

Categoría docente _____

Años de experiencia en la docencia _____

Asignatura que imparte _____

Título académico _____

Grado científico _____

2. Marque con una x en la tabla siguiente el valor que se corresponda con el grado de conocimiento que usted posee sobre el embarazo en la adolescencia (considere la escala que le mostramos de manera ascendente).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Realice una autovaloración del grado de influencia que cada una de las fuentes que le presentamos a continuación ha tenido en su conocimiento sobre el tema.

Fuentes de conocimiento	1	2	3
Análisis teórico realizado por usted			

Experiencia de trabajo			
Trabajos de autores nacionales consultados			
Trabajos de autores extranjeros consultados			
Su conocimiento sobre el estado actual del problema			
Su intuición			

Anexo V. Cuestionario aplicado a los informantes claves para la validación del programa de intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia.

Estimado profesor:

La Comisión Científica del Policlínico Universitario Julio Grave de Peralta de la provincia de Holguín, aprobó el proyecto de investigación relacionado con una intervención educativa sobre lactancia materna en las gestantes. La presente investigación tiene como objetivo implementar un programa de intervención educativa sobre la temática. El mismo fue diseñado a partir del diagnóstico inicial del nivel de conocimientos que tiene los participantes en el proyecto y se hace necesario antes de su ejecución la validación por un grupo de informantes claves. Por estas razones, usted ha sido seleccionado para participar como informante clave, atendiendo a su experiencia en la temática y su maestría pedagógica. Necesitamos que usted valore integralmente la propuesta de las acciones, resaltando aquellos aspectos susceptibles a reformular. Muchas gracias.

1. En cuanto a las propuestas de los temas evalúe en la escala del 1 a 5, donde 1 es el valor mínimo y 5 el máximo, los siguientes aspectos según su importancia para la preparación de las participantes.

Temas	Puntuación				
	1	2	3	4	5
Definición de lactancia materna exclusiva					
Beneficios de la lactancia materna para el niño					
Beneficios de la lactancia materna para la madre					
Técnicas de amamantamiento					
Contraindicaciones de la lactancia materna					

2. En cuanto a la estrategia para la implementación del programa ¿Piensa usted que es adecuada la forma en que será desarrollada? Si — No —

Opinión al respecto: _____

3. En relación al programa educativo propuesto. Evalúe en la escala del 1 a 5, donde 1 es el valor mínimo y 5 el máximo, los siguientes aspectos:

Temas	Puntuación				
	1	2	3	4	5
1. La concepción teórica y práctica del Programa Educativo propuesto refleja los principios teóricos que la sustentan.					
2. La concepción estructural y metodológica del Programa Educativo propuesto, permite modificar el nivel de conocimiento sobre el cáncer cervicouterino					
3. Cumple con los requerimientos técnicos y recursos humanos para aplicar la propuesta.					
4. Aceptación de la propuesta como contribución a la solución del problema y posibilidades reales de su generalización en la práctica social.					
5. Contribución que realiza la propuesta a la prevención y control de la problemática planteada.					

Anexo VI. Programa educativo.

Título: Intervención educativa sobre lactancia materna en embarazadas.

Total: de horas: 8h.

Objetivo general: Perfeccionar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna en embarazadas y madres que lactan.

Fundamentación: Este programa va dirigido a embarazadas y madres que lactan. Se seleccionó esta muestra porque el problema de abandono de la lactancia materna está presente en cada consultorio. Existe falta de información por parte de las embarazadas y madres que lactan, otros presentan un nivel bajo sobre el tema o no hacen uso de sus conocimientos. El diseño del programa fue concebido para ser impartido por profesionales de la salud. Su instrumentación precisó de habilidades pedagógicas y conocimientos acerca del tema. Este programa incorporó como elemento distintivo la integración de un conjunto de temas que resultan fundamentales en la adquisición de conocimientos relacionados con la lactancia materna tales como:

1. Aspectos generales sobre lactancia materna. Definición, historia y repercusión.
2. Ventajas de la lactancia materna tanto para el niño como para la madre.
3. Técnica correcta de lactar
4. Contraindicaciones de la lactancia materna.

El programa se realizó en seis sesiones con una duración de hasta una hora y varió en dependencia de los niveles de asimilación de las participantes. Se impartieron cuatro temas que se desarrollaron semanalmente.

Sesión 1

Tema: Presentación de la intervención educativa.

Objetivo:

1. Presentar el programa de intervención.

2. Identificar Necesidades de aprendizaje.

Técnica Educativa: Evaluación inicial del tema.

Desarrollo: Se inició la sesión con la presentación del moderador. Luego se entregaron tarjetas con el inicio y el final de refranes populares. Se le pidió a una voluntaria que leyera en voz alta el inicio de un refrán y a otra, su continuación. Después, ambas expusieron sus criterios acerca del mismo. De esta forma se hizo con los restantes. Se estimuló a los dúos que analizaron cada refrán a la comunicación entre ellos para darse a conocer uno a otro y establecer una buena relación entre los mismos, es decir, intercambiar sobre sus características, motivaciones y otros aspectos personales.

Finalmente, cada miembro de la pareja presentó a su compañera y la caracterizó delante del grupo para propiciar la interrelación entre ellos. De esa forma se estimuló la comunicación entre las participantes, promoviendo el desarrollo de condiciones sociales y afectivas que favorecieron el proceso de la intervención.

Luego se les explicó en qué consistía el programa de intervención y se establecieron las normas grupales. Una vez culminada la presentación del programa se procedió a aplicar el cuestionario, que permitió valorar de forma individual y por escrito la magnitud del problema. Se motivó a los embarazadas a participar en la próxima actividad.

Responsable: Autor.

Sesión 2

Tema: La lactancia materna Definición. Comportamiento de la problemática en el mundo, la región de las Américas y en Cuba

Objetivo:

1. Definir el embarazo en la adolescencia
2. Explicar el comportamiento en el mundo, la región de las Américas y en Cuba.

Técnica Participativa: Lluvia de ideas.

Técnica Educativa: Taller interactivo

Desarrollo: Se informó el tema específico a tratar y se les pidió que expresaran sus ideas al respecto, tratando de que la mayoría participara, respetando siempre los criterios emitidos. A partir de las ideas expresadas se procedió a realizar el taller interactivo guiado por la autora del trabajo. Para ilustrar el comportamiento de la problemática se utilizó como medio de enseñanza imágenes fijas con ayuda de una computadora. La conductora realizó un resumen de lo acontecido en la sesión y luego realizó una interrogante relacionada con las ventajas de la lactancia materna para el niño y la madre, logrando la motivación de las embarazadas a participar en la próxima actividad. Por último, despidió a los participantes hasta el próximo encuentro.

Responsable: Autor

Duración: 1h.

Sesión 3 Tema: Ventajas de la lactancia materna para el niño y la madre.

Objetivo: Identificar las ventajas de la lactancia materna para la el niño y la madre.

Técnica Participativa: Lluvia de ideas.

Técnica Educativa: Taller interactivo.

Desarrollo: Se inició la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Se informó el tema específico a tratar y se les pidió que expresaran sus ideas al respecto, tratando de que la mayoría participara. Luego se dividió el grupo en 3 equipos y se les solicitó a cada uno que resumieran los las ventajas de la lactancia materna para guiadas por la autora del trabajo. Posteriormente cada equipo expuso los resultados del debate frente al resto de los participantes. La conductora realizó un resumen de lo acontecido en la sesión y luego propició la motivación para que participaran en el próximo encuentro.

Responsable: Autor

Duración: 1h

Sesión 4

Tema: Técnica correcta de amamantamiento.

Objetivo: Demostrar la técnica correcta de como lactar y posiciones que pueden adoptar.

Técnica Educativa: Demostración.

Desarrollo: Se inició la sesión con un breve recordatorio sobre la actividad anterior. Se efectuó una demostración sobre la técnica correcta de como lactar y posiciones que pueden adoptar. Un participante realiza el proceso como fue indicado guiado por la autora del trabajo.

Responsable: autor.

Duración: 1h

Sesión 5.

Tema: Contraindicaciones de la lactancia materna.

Objetivo: Modificar los conocimientos sobre las contraindicaciones de la lactancia materna.

Técnica Participativa: Demostración

Técnica Educativa: Taller interactivo

Desarrollo: Se informó el tema específico a tratar y se les pidió que expresaran sus ideas al respecto, tratando de que la mayoría participara. Luego se dividió el grupo en 3 equipos y se les solicitó a cada uno que resumieran las contraindicaciones de la lactancia materna para guiadas por la autora del trabajo. Posteriormente cada equipo expuso los resultados del debate frente al resto de los participantes. La conductora realizó un resumen de lo acontecido en la sesión y luego propició la motivación para que participaran en el próximo encuentro.

Responsable: Autor

Duración: 1h

Sesión 6. Conclusiones

Duración: 1 hora

Objetivos: 1. Evaluar los conocimientos adquiridos por los participantes. 2. Conocer el criterio sobre lo positivo, lo negativo y lo interesante de la intervención.

Técnica Educativa: Evaluación final del tema

Desarrollo: Se inició con la aplicación del cuestionario para evaluar los conocimientos adquiridos, posteriormente se les pide que expresen su criterio sobre lo positivo y lo negativo de la investigación. Se les agradeció por su participación en la investigación.

Responsable: Autor