

**Universidad médica de Cienfuegos.
Policlínico “Ernesto Guevara de la serna”.**

Cienfuegos.

**Trabajo de terminacion de tesis para optar la especialidad de Medicina
General Integral**

Título: Intervención educativa sobre la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses aplicado a embarazadas en el consultorio 16 área IV.

Autor: Dra. Lianet Martínez Castellanos

Residente de tercer año de la especialidad de Medicina General Integral.

Tutor: Dr. Juan Miguel Guerra Cabrera. Especialista en 1er grado de pediatría.
Profesor Asistente

Asesor: Dra. Dayme Rodríguez Fumero. Especialista de primer grado de grado de Medicina General Integral, Profesor Asistente.

Cienfuegos, 2023

“Año 64 de la Revolución”

RESUMEN

Fundamentación: La leche materna es el principal alimento natural para los niños recién nacidos, ya que contiene micronutrientes y la energía que requieren en sus primeros seis meses de vida, sin embargo, algunas madres no tienen el suficiente conocimiento acerca de los beneficios que tiene en los lactantes para su crecimiento y desarrollo.

Objetivo Implementar una intervención educativa sobre la lactancia materna exclusiva a las embarazadas del CMF# 16 del Área IV

Diseño Metodológico: se realizó un estudio de Investigación de desarrollo, de intervención educativa desde febrero 2021 a noviembre del 2023. La muestra quedó constituida por 21 embarazadas pertenecientes al consultorio 16 del área IV.

Resultados. El rango de edad de mayor incidencia fue 18 a 35 años con 16 pacientes para un 76.2 % del total. El nivel escolar el nivel medio con 11 gestantes para un 52.3 %. Estado civil que predominaron las gestantes con unión consensual con 16 para un 76.2 %. El nivel de conocimiento por temas predominaba al aplicarse el programa educativo paso a predominar el adecuado y fue el tema de beneficios de la lactancia materna exclusiva el de mejores resultados con 16 que representa 76.2% y en el nivel de conocimiento general predomina en un nivel de conocimiento en su mayoría medio con 10 que representó 47.6 %, con la aplicación del programa predomina el nivel de conocimiento alto con 11 para 52.3 %.

Conclusiones: Con la aplicación de la intervención educativa se logró elevar los conocimientos generales sobre la lactancia materna en las gestantes.

Palabras Clave: lactancia materna exclusiva, embarazadas.

INDICE	PÁGINA
Introducción	4-10
Marco teórico - conceptual	11-34
Objetivo general y específicos	35
Diseño metodológico	36-40
Discusión de los resultados	41-49
Conclusiones	50
Recomendaciones	51
Referencias Bibliográficas	52-59
Anexos	

Introducción

La lactancia materna exclusiva (LME) es la alimentación que se basa en el uso exclusivo de leche materna, representa la opción con mayor cantidad de nutrientes y provee de beneficios positivos para la madre y el niño. Por ello, algunas instituciones como la organización mundial de la salud (OMS) y la organización de naciones unidas (ONU) recomiendan su uso durante los 6 primeros meses, o en todo caso, hasta los 2 años de edad con alimentación complementaria, contribuyendo de manera efectiva a su desarrollo físico, intelectual y social a corto y largo plazo. ^(1, 2)

La decisión de amamantar al hijo de parte de la madre está influenciada por muchos factores, como son los beneficios que tanto para el niño como para la madre promueve la lactancia materna, así también para no hacerlo existen muchas causas de diferente origen como el apoyo familiar, el entorno social y el personal de salud ⁽³⁾.

Los niños necesitan nutrientes para un crecimiento y desarrollo saludable, toda madre puede amamantar a su hijo y una de las mejores formas de nutrir adecuadamente a los niños desde su nacimiento, es a través de la lactancia materna, motivo por el cual es necesario que tengan acceso a una información oportuna, además del apoyo de su familia y del personal de salud, ya que su práctica optima será el resultado de la intervención adecuada y oportuna, tanto de los servicios de salud como de su entorno familiar ⁽³⁾.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la lactancia materna exclusiva constituye la alimentación óptima que debe recibir todo niño desde el momento de su nacimiento y hasta los 6 meses de edad, a partir de la cual se inicia la alimentación complementaria ⁽⁴⁾

En el corto plazo, se debe considerar que, en el momento del amamantamiento, la madre ejerce el contacto piel a piel, necesario e importante en el establecimiento del vínculo afectivo, contribuye además en los procesos prolactina y oxitocina); y en el caso del niño, el calostro presente en la leche materna le proveerá de inmunidad, adquirida de forma pasiva y, por tanto, menor

riesgo de presentar procesos diarreicos, infecciones respiratorias, otitis media y síndrome de muerte súbita. (2,4, 5,6)

A largo plazo, la LME favorece al binomio madre-hijo: en el niño se desarrolla sus capacidades intelectuales y motoras, debido a que la leche materna contiene ácidos grasos de cadena larga; mientras que, en la madre, menor riesgo de obesidad, diabetes, cáncer de mama y de ovario. Asimismo, se debe indicar que los beneficios a largo plazo dependerán del momento de inicio, duración e incorporación de la alimentación. (2, 6, 7)

La nutrición de los recién nacidos y de todo infante en general, es de vital importancia para el correcto desarrollo biológico y supervivencia de este grupo de edad; a causa de esto, la LM resulta fundamental en su nutrición y es una herramienta óptima para prevenir numerosas enfermedades frecuentes en la etapa de crecimiento, sus beneficios se deben a sus conocidas ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas, además, su composición es la ideal para el mejor crecimiento y desarrollo del niño. (6)

La maduración del sistema inmunitario, se produce a todo lo largo del periodo perinatal, este proceso determina en gran medida el nivel de vulnerabilidad de los recién nacidos a las enfermedades infecciosas. (6)

La lactancia materna es reconocida como inductor de maduración inmunológica puesto que transfiere mediadores y efectores de la respuesta inmunitaria de origen materno hacia el hijo, además de que contiene gran cantidad de componentes inmunológicos humorales y celulares, los cuales tienen función protectora contra virus, bacterias y parásitos. Los factores antiinflamatorios e inmunomoduladores de la leche materna son esenciales ya que el 90 % de las infecciones acceden al cuerpo humano por las mucosas. (6)

El ser primípara, pezones adoloridos, “baja producción de leche”, malformaciones congénitas y estados nutricionales mórbidos se ha reportado como factores de riesgo vinculados al abandono de la LME (8).

Al nacimiento están presentes condiciones fisiológicas para ingerir, digerir y absorber completamente algunos nutrientes, y durante los dos primeros años de vida se produce la maduración de los sistemas digestivo, renal, inmunológico y

neuromuscular para lograr una gradual transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria.

Sin embargo, a pesar de sus ventajas, el abandono precoz de la lactancia ha sido un problema ancestral. Desde hace 4000 años, en Europa, existen antecedentes sobre técnicas de alimentación en bebés no amamantados. ⁽⁹⁾

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. Hoy es un hecho aceptado universalmente que la leche materna debe constituir el único alimento que el niño reciba durante los primeros 4 a 6 meses de vida lo cual garantiza el alimento ideal para el desarrollo y crecimiento pleno, reduce la morbilidad en edades tempranas y disminuye el riesgo de adquirir enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez. ⁽⁹⁾

Que un niño reciba y se alimente con lm en las sociedades actuales, cada día es una tarea más compleja. Es paradójico, pero para un evento totalmente natural y fisiológico, deben conjugarse armoniosamente diferentes factores maternos y paternos, del ambiente familiar y del entorno social.

En un reporte de la OMS en el 2018 se plantea que en el mundo tan sólo un 35% de los lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida; la alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde y con frecuencia los alimentos son nutricionalmente inadecuados e insalubres. Hoy día sobre todo en los países ricos, lo artificial es sublimado en detrimento de lo natural. ⁽¹⁰⁾

Ese mismo reporte sostiene que alrededor del 90% de las mujeres en los países en desarrollo amamantan a sus hijos después del parto. En Asia y África el porcentaje es un poco mayor que en América Latina y el Caribe (85%), y la lactancia natural se extiende hasta los 6 meses en el 70% de los niños asiáticos y africanos. En cambio, en América Latina y el Caribe, la lactancia dura de 2 a 5 meses como promedio, y solo de 35 a 60% sigue recibéndola a los 6 meses. ⁽¹⁰⁾

Aunque este trascendente tema ha merecido dedicación especial de la OMS y de otras organizaciones internacionales para promover el hábito natural de lactar

a los hijos, lamentablemente la actividad propagandística contraria que realizan corporaciones transnacionales con el objetivo supremo de ganar dinero sin escrúpulos, confunde a madres potenciales, gestantes y paridas para que incorrectamente sustituyan la alimentación natural por cualquier producto artificial, o papilla de envase multicolor, al tiempo que les infunden temor sobre hipotéticas consecuencias que el amamantar a los hijos podría acarrear para mantener una esbelta figura femenil. ⁽¹¹⁾

Estudios recientes en América Latina indican que la prevalencia y duración de la lactancia materna es más baja que en África y Asia. En Venezuela, se ha observado un importante descenso de la utilización de la lactancia natural, especialmente en la etnia Guajira, caracterizada por utilizar la lactancia natural en forma exclusiva posiblemente por el intercambio de otras culturas. ⁽¹¹⁾

En Argentina aun cuando el 95% de los recién nacidos reciben leche materna, sólo el 54% de los bebés menores de 6 meses de edad reciben Lactancia Materna Exclusiva (LME) y sólo el 30% de los bebés de 6 meses de edad. Entre niños y niñas de 12 a 15 meses, el 61% recibe Lactancia Materna Continuada (LMC); este número baja al 29% al llegar a los 24 meses. Se estima que la duración de LME es en promedio menor a 2 meses. ⁽¹¹⁾

En la tercera versión de la encuesta por conglomerados múltiples realizada en Cuba, el 77% de los recién nacidos recibieron lactancia materna dentro de la primera hora de vida, y el 90 % en el primer día, pero solo el 49% recibieron LME hasta el 6TO mes. La región oriental del país fue la más beneficiada, con el 58,7% y los de peores resultados estuvieron en las provincias centrales, con el 29,6%. ⁽¹²⁾

En esta misma encuesta las madres con mayor nivel escolar brindaron LME en 45,1% de los casos, mientras aquellas con nivel de secundaria lo lograron en 58,7% en ese tiempo, esta diferencia se hizo más notable con los meses, cuando las madres con nivel de secundaria lograron 42,8% de lm y las de nivel superior solo en 19,1 %. Similar a lo reportado por López m, y otros. ^(13, 14)

Otras investigaciones, como las de Estrada Rodríguez y Pérez Calleja han hecho énfasis en el nivel de conocimientos que las madres poseen con respecto a la utilización del lm, y centrado sus esfuerzos en diferentes intervenciones de

capacitación, y evaluado los conocimientos de estas sobre la LM, sus ventajas y su técnica. ^(14, 15, 16)

Gorrita Pérez, a partir de una intervención educativa realizada previamente sobre la LM en las gestantes en el tercer trimestre de embarazo, compararon los niveles alcanzados en la LM y su repercusión en diferentes aspectos de la morbilidad y del estado nutricional de los lactantes en sus primeros 6 meses de vida. ⁽¹⁷⁾

Estudios realizados por el MINSAP se concluyó que durante los primeros 6 meses de vida predomina la lactancia artificial con un 57,6%, frente a la lactancia materna exclusiva, coincidiendo en la hipogalactia como principal causa de su abandono en el 47,1%. ⁽¹⁸⁾

En Cienfuegos, según estudios nacionales realizados, es la provincia en que la práctica de la lactancia materna tiene menor prevalencia entre las provincias del país. Durante el año 2020 este indicador alcanzó cerca un 38%.

En el área de salud IV durante el año 2020 solo el 48 % de los niños y niñas lactaron en la primera hora de haber nacido y el 42,2 % recibieron lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y un 24 % lactancia continuada hasta los dos años.

Planteamiento del problema

En los últimos años en el área de salud Ernesto Guevara de la Serna ha existido y existe una tendencia a la disminución de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida. En la práctica profesional, se aprecian problemas en las madres (principalmente en primíparas) relacionados con insuficientes conocimientos sobre el tema que obstaculizan de alguna manera su buena práctica, es por ésta razón que surge la necesidad de estudiar tal situación.

Existen madres que escucharon que la alimentación con el biberón es la forma moderna de alimentar a su hijo y, por tanto, creen que es la mejor; lo mismo sucede con las madres que salen del hogar para trabajar, ven el biberón como solución a su problema. Madres que, por tener hijos no deseados, inicialmente se niegan a establecer el vínculo afectivo con su hijo. Fundamentalmente se presentan estas situaciones en primíparas. Al parecer los escasos

conocimientos o tal vez la falta de estos, las creencias en relación a la lactancia materna, influencia de familiares, medios de comunicación, etc.; hacen que la práctica de la lactancia materna exclusiva se dificulte.

No obstante, de que existe como norma la educación a todas las gestantes que acuden al control prenatal sobre la preparación de estas para la lactancia materna y que en el tercer trimestre debe estar sensibilizada para lograr tal fin, esta no logra ser suficiente. Es necesario establecer qué y cuánto saben las gestantes sobre lactancia materna exclusiva, su importancia y técnicas, para dar solución a las dificultades que estas presentan y lograr que la práctica de la lactancia materna exclusiva sea exitosa.

A pesar de la trascendencia manifiesta expuesta anteriormente de como constituye un problema de salud pública a nivel mundial y en el área de salud Ernesto Guevara de la Serna, en el CMF # 16 no se constatan estudios que evalúen el nivel de conocimiento materno sobre la lactancia materna y su relación con el abandono precoz de la misma.

Razón por la que se hace pertinente la realización de la presente investigación para elevar los conocimientos maternos acerca de lactancia lo que puede ser de gran utilidad para fomentar la LME, evitar su abandono y reducir la morbilidad en los lactantes del área.

Teniendo en cuenta el fundamento anterior es que nos enfrentamos al siguiente

Problema científico:

¿Cómo contribuirá una intervención educativa en la modificación de los conocimientos sobre lactancia materna en las gestantes del cmf # 16, área IV?

Hipótesis de la investigación

La aplicación de una estrategia de intervención educativa en las gestantes del CMF # 16 incrementará su conocimiento sobre lactancia materna.

Justificación del estudio

Desde una perspectiva global el abandono de la lactancia materna exclusiva, es un problema de salud pública en el mundo, donde provoca una morbilidad y por lo tanto gastos importantes al sistema de salud.

Es preocupante y lamentable apreciar cómo a pesar de contar en nuestro país con las bondades del sistema de atención a la madre y el niño, se detectan cada vez más madres que abandonan la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida de sus hijos, teniendo esto en ocasiones lamentables consecuencias para estos niños, quienes muchas veces llegan hasta la atención secundaria producto a un mal manejo de su alimentación, ya sea por un destete precoz o una innecesaria o inadecuada inclusión de la lactancia artificial.

Marco teórico y conceptual

El **conocimiento** se entiende como el conjunto de hechos, datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad, información relativa a un campo determinado o a la totalidad del universo y la conciencia o familiaridad adquirida por la experiencia de un hecho o situación, incluyendo el “saber qué”, el saber “como” y el saber “donde”. ¹⁹

Se define también, como el proceso activo en el que interviene el pensamiento, la voluntad, a fin de lograr una respuesta del individuo, especialmente consiste en cambios de conducta obtenidos por experiencia que permita encarar situaciones futuras en forma diferente. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna. La ciencia considera que, para alcanzar el conocimiento, es necesario seguir un método, el conocimiento científico no sólo debe ser válido y consistente desde el punto de vista lógico, sino que también debe ser probado mediante el método científico o experimental. ^{20,21}

La **práctica** proviene de un término griego y hace referencia a la “práctica”. Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Una persona práctica, es aquélla que piensa y actúa de acuerdo a la realidad y que persigue un fin útil, es el ejercicio que se realiza de acuerdo a ciertas reglas, bajo la dirección de un instructor, hasta adquirir destreza. Suele usarse para nombrar al proceso por el cual una teoría pasa a formar parte de la experiencia vivida. ²²

El comportamiento está formado por prácticas, conductas, procedimientos y reacciones, es decir, todo lo que le acontece al individuo y de lo que el participa. Las prácticas regulares se denominan hábitos, una buena práctica es una experiencia o intervención que ha generado un resultado valioso para el (la) persona, que se ha implementado con resultados positivos siendo eficaz y útil en un contexto concreto; contribuyendo así al afrontamiento, regulación, mejora o

solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario de las personas en el ámbito clínico, de la gestión, satisfacción usuaria u otros.²³

Una buena práctica es aquella intervención implantada en un territorio que responde a las necesidades de salud de las personas, relacionadas a estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación basada en el mejor conocimiento científico que haya demostrado ser efectiva y puede ser transferible.²³

Antecedentes históricos del problema

Sin embargo, 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.⁽²⁴⁾

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.⁽⁵⁾ 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.⁽²⁴⁾

En los siglos XII al XIX las mujeres de clase media y alta no amamantan a sus hijos haciéndolo por medio de nodrizas, lo hacían a través de leches de diversos animales y preparados de cereales. Ambroise paré (1509-1590), el médico

francés más famoso de su época, titula un capítulo de una de sus obras, acerca de los senos y el pecho de la nodriza y una discípula suya, louisebourgeoise publica en el año 1609 el primer libro francés sobre obstetricia escrito por una matrona, en el que explica los consejos para la elección de una buena nodriza. (24)

En 1780, de 21.000 niños nacidos en París, 1.801 son amamantados por sus madres, 19.000 por una nodriza en el domicilio familiar, (nourrice sur lieu) o en la inclusa y 199 en casa de una nodriza, generalmente en el campo. En el siglo XVIII se desarrollan disposiciones para proteger a los niños amamantados por nodrizas y garantizar la remuneración de las mismas y en 1769 se crea en París el bureau des nourrices, oficina de nodrizas, dependiente del gobierno, que entre 1770 y 1776 recluta 15.000 amas de cría, contribuyen a la desaparición de la lactancia mercenaria a partir de 1900. (24)

En 1981 se convocó la 34 asamblea mundial de la salud 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. (25)

En 1989, la OMS/UNICEF hace público un comunicado dirigido a los gobiernos: «protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función de los servicios de maternidad». (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. (24)

En un antiguo orfanato de Florencia (Ospedale Degli Innocenti, 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. ⁽²⁴⁾

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

Situación actual

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) podrían salvarse en el mundo, más de 1 millón de vidas infantiles al año si las madres alimentaran exclusivamente con leche materna a sus hijos, durante los primeros 6 meses de vida. Globalmente, menos de 35% de los niños menores de 6 meses de edad son alimentados únicamente al seno materno, debido a diversos factores que no permiten que la lactancia materna exclusiva se lleve a cabo exitosamente. Algunos de ellos son la falta de apoyo a las madres en las casas, en el trabajo y en la comunidad, además de las molestias que esta práctica genera y el miedo de la madre a no tener suficiente leche para el bebé. ⁽¹⁰⁾

En el Perú desde 1992, la mortalidad infantil descendió de 53 a 11 por mil nacidos vivos hasta el año 2010. Sin embargo, los principales indicadores de salud restantes, no han mostrado avances importantes en los últimos 5 años. La malnutrición crónica, medida a través del retardo en el crecimiento de los niños, se evidencia desde antes de los dos años y es más frecuente en el área rural. En Latinoamérica y el Caribe, excluyendo Brasil, el porcentaje de lactantes menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva se incrementó de 33% a 37%, entre el 2010 y el 2015. ⁽¹⁰⁾

La duración de la lactancia materna en México es de cerca de 10 meses; cifra estable en las tres encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006 y 2012 (9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente). Según los resultados de la encuesta nacional de salud y nutrición (Ensanut) 2011-2012, entre los años 2006 y 2012, a nivel nacional, la lactancia materna exclusiva en lactantes menores de 6 meses disminuyó de 22.3% a 14.4%, siendo mayor en el medio rural, donde la reducción fue de 36.9% a 18.5%. Únicamente 38.3% de los lactantes son expuestos al

seno en la primera hora de vida y la mediana de la duración de lactancia materna es de 10.2 meses. ⁽¹⁰⁾

De acuerdo a la relevancia de este tema la OMS realizó un estudio en los países que conforman América Latina y el Caribe, de los que se contaba con información disponible, los países que mayor porcentaje de inicio temprano de la lactancia materna durante la 1ª hora de vida son: Honduras (78.6), República Dominicana (65.2), Bolivia (63.3) y Uruguay (60.0); los países con mayor porcentaje con lactancia materna exclusiva menores de 6 meses son Perú (63.9) y Argentina (55.0) y los países con mayor porcentaje de duración media de la lactancia materna (meses) son Guatemala (21.0), Honduras(20.3), El Salvador (20.5) y Perú (19.6). ⁽²⁶⁾

En Estados Unidos se han reportado tasas de inicio del 69.5% y prevalencia a los seis meses del 32.5% en 2010; se propuso que para el año 2020 al menos el 75% de las mujeres, al cumplirse el alta hospitalaria, estén lactando a sus hijos, el 50% continúen lactando a los 6 meses y el 25.5% cuando el niño llegue al año de edad. ⁽²⁶⁾

Según datos de un estudio publicado en el 2015 sobre la prevalencia de la lactancia materna en el mundo, los lactantes menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva no llegan al 40%. En España, la prevalencia para las primeras 6 semanas de vida es del 66,2%, para los 3 meses es del 53,6% y para los 6 meses es del 28,5%. En comparación con otros países, esta prevalencia se situaría en un nivel intermedio; los países nórdicos, Japón, Canadá y Nueva Zelanda son los que muestran prevalencias más altas (71% a 81%) a los 3 meses, mientras que países como Reino Unido, Estados Unidos, Irlanda y Francia muestran prevalencias inferiores (15% a 43% a los 3 meses, 0,2% a 14% a los 6 meses). ⁽²⁷⁾

En Cuba en la década de los 90 sólo el 62,7% de los niños recibían la lactancia materna de forma exclusiva y a los noventa días la prevalencia de este modo de alimentación era de un 24%. Teniendo en cuenta que nuestro país se propone planes ambiciosos en cuanto al incremento de la lactancia materna, se hace necesario incrementar nuestros esfuerzos para elevar estos indicadores que aún se encuentran por debajo de los propósitos trazados por nuestro sistema

nacional de salud, que demandan estrategias gubernamentales en torno a la problemática, siendo las áreas de salud el escenario ideal para tales empeños. (11)

En Cuba a partir de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, se intensificaron acciones específicas contenidas en el programa nacional de atención materno infantil a fin de cumplir los acuerdos emanados de dicha cumbre, así como la iniciativa de crear el hospital amigo de la madre y el niño, lo cual se ha convertido en una importante opción para el impulso de la lactancia natural exclusiva hasta los 6 meses de edad, como única forma de aportar al bebé los nutrientes necesarios y elementos protectores para hacer frente a las adversidades del medio externo. (23)

Concepto de leche materna

La leche materna o también llamada leche humana, es la secreción producida por las glándulas mamarias después del calostro, cuya función es alimentar al lactante estando la madre en condiciones saludables, contiene todos los nutrimentos que el niño o la niña requieren para su crecimiento y desarrollo en los primeros meses de vida y le proporciona múltiples beneficios como los anticuerpos o sustancias que lo protegen contra infecciones respiratorias y gastrointestinales. ¹³

Lactancia materna exclusiva de acuerdo a la organización mundial de la salud OMS el niño recibe solamente leche materna durante los primeros seis meses de vida, y no debe recibir ningún otro alimento, o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y jarabes (vitaminas, minerales o medicamentos).

Lactancia materna complementaria: la lactancia complementaria es la introducción de alimentos al lactante acompañado por leche materna. La OMS y la Asociación Española de Pediatría recomiendan introducir alimentos complementarios a partir de los seis meses de vida del infante, mientras se continúa con el amamantamiento frecuente y la demanda hasta los dos años de edad. (asociación española de pediatría, 2008)

Además, esta misma fuente menciona que la lactancia materna contiene grandes cantidades de componentes inmunológicos que realizan en el niño una función protectora contra virus, bacterias y parásitos, causantes de la diarrea aguda.

Leche materna y composición

La infancia del ser humano es el periodo de mayor vulnerabilidad, es una etapa de maduración y de desarrollo de los órganos vitales y del sistema de defensa inmunológico que permitirá combatir futuros cuadros clínicos. Se entiende, entonces, que la nutrición neonatal es fundamental para su desarrollo biológico. En efecto, la leche materna posee gran importancia como fuente de factores que favorecen el desarrollo del sistema inmune, capaz de prevenir múltiples enfermedades frecuentes en los primeros meses, gracias a la combinación de los diversos componentes bioactivos presentes en ella. ⁽¹⁵⁾

La composición de la lactancia materna varía según sus etapas, por ello, se considera un elemento vivo que evoluciona según la necesidad del niño. La composición del calostro es más rica en inmunoglobulinas y proteínas que grasa en general, en relación con la leche transaccional y madura, lo que facilita en el infante la protección. Sin embargo, la leche de transición ⁽¹⁵⁾ en relación con el calostro posee mayor contenido de lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles y disminuye en proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles

La leche humana contiene proteínas, azúcares, grasas, minerales, vitaminas, hormonas y enzimas que se encuentran en la concentración ideal para el óptimo crecimiento del bebé y en la exacta proporción entre los componentes, lo que implica menor sobrecarga renal y cardíaca (situación diferente si se alimenta con otras leches). ¹⁴

- *agua*: la leche materna contiene un 88% de agua y su osmolaridad es semejante al plasma, permite al niño mantener un perfecto equilibrio electrolítico, cubre las necesidades del lactante si es amamantado exclusivamente y a demanda.

- *proteínas*: cada madre elabora la mejor calidad de leche para las necesidades nutricionales de su hijo. Las proteínas de la leche materna se distribuyen en 40% caseína y 60% proteínas de suero. Los fragmentos de caseína producidos por la digestión enzimática actuarían estimulando el sistema inmune del neonato.

El 75% del nitrógeno se encuentra como proteína, el 25% como nitrógeno no proteico (urea, creatinina, creatina, glucosamina, aminoácidos libres, ácido úrico, amoníaco), de los aminoácidos libres el más importante es la taurina ya que actuaría como modulador del crecimiento, siendo la leche materna su única fuente, y los aminoácidos esenciales que son: valina, leucina, isoleucina, lisina, triptófano, tironina, fenilalanina, metionina e histidina. ^{16,17}

- *carbohidratos*: el 15% está compuesto por oligosacáridos, glucopeptidos, glucosa y galactosa, y el resto es lactosa que constituye el carbohidrato predominante. El carbohidrato más importante de la leche es la lactosa, el cual es sintetizado en la glándula mamaria a partir de la glucosa.

La lactosa de la leche humana se hidroliza de forma más lenta en el intestino que la lactosa añadida a las fórmulas artificiales, propiciando que parte de la lactosa sea aprovechada por la flora intestinal para generar ácido láctico. Esta es la causa de que las heces del niño alimentado con leche materna sean más ácidas. Provee el 40% de la energía, pero además tiene otras funciones. La porción galactosa participa en la formación de los galactolípidos necesarios para el sistema nervioso central. ^{16,17}

- *minerales*: es bajo su aporte lo cual favorece al riñón inmaduro del lactante, aporta una menor carga renal de solutos. Su concentración de la mayoría de los minerales en la leche humana es calcio, hierro, fósforo, magnesio, zinc, potasio, y flúor, no es afectada significativamente por la dieta materna. Además, su alta biodisponibilidad conlleva a su aprovechamiento máximo de su contenido, como ocurre con el hierro cuya fracción de absorción es del 70%.

- *calcio, fósforo*: la relación calcio fósforo es de 2 en 1, lo que favorece su absorción, cuando la madre ingiere poco calcio y fósforo, se movilizan los depósitos óseos. Incluso en situaciones de deficiencia de vitamina D la mineralización del niño es buena, por lo que se especula que exista también una absorción independiente de la vitamina D.

- *hierro*: el hierro de la leche humana tiene una excelente biodisponibilidad, es el resultado de una serie de interacciones complejas entre los componentes de leche y el organismo del niño, esta biodisponibilidad se debe a la acidez del tracto digestivo. Con la presencia de niveles adecuados de zinc y cobre, el factor de transferencia de lactoferrina, impide que el hierro esté disponible para las bacterias intestinales, liberándolo solo cuando los receptores específicos se unen a la transferrina, son factores importantes para aumentar la absorción de hierro. ^{18, 16}

- *zinc*: es esencial para la estructura y funcionamiento de las enzimas, para el crecimiento y el desarrollo de la inmunidad celular. Las cantidades de zinc en la leche humana son pequeñas pero suficientes para cubrir las necesidades del niño sin alterar la absorción del hierro y del cobre.

- *lípidos*: contiene una importante variación dentro de una misma mamada, siendo la leche del final de la mamada, 4 a 5 veces más concentrada en grasa que la primera, se cree que esta mayor concentración de grasa de la segunda parte de la mamada tiene que ver con el mecanismo de saciedad del niño. La membrana globular que recubre los lípidos no polares, como los triglicéridos y el colesterol está compuesta de fosfolípidos complejos. La composición de los ácidos grasos de la leche humana es relativamente estable, con un 42% de ácidos grasos saturados y 57% poliinsaturados. Los ácidos grasos araquidónico y docosahexaenoico participan en la formación de la sustancia gris y en la mielinización de las fibras nerviosas. Se forman a partir de los ácidos linoleico y linolenico respectivamente. ^{16,17}

- *vitaminas*: la concentración de vitaminas en la leche humana depende de su pool plasmático y es relativamente sensible a la ingesta materna. En las hidrosolubles influye la dieta reciente y los depósitos.

- *vitaminas liposolubles*: en zonas poco soleadas la leche humana es deficitaria en vitamina d, pero aun así no se observan carencias en los niños amamantados. Se suministra a todos los recién nacidos para evitar la enfermedad hemorrágica. Sus niveles son superiores en el calostro que, en la leche madura, pero a partir de las 2 semanas se obtiene de la flora intestinal, el déficit en vitamina a es raro en la leche materna.

- *vitaminas hidrosolubles*: en estas vitaminas pueden ocurrir variaciones dependiendo de la dieta materna. Los niveles son más altos en las madres bien nutridas como el ácido fólico (esencial para la síntesis de hemoglobina y de aminoácidos, interviene en la síntesis de adn y arn). Vitamina c, (interviene en la formación e integridad de los tejidos, en especial en el tejido conectivo y vascular, aumenta la absorción de hierro). ^{18,16}

Anatomía y fisiología de la glándula mamaria

Glándula mamaria

La glándula mamaria es una glándula sudorípara, su función principal es la producción de leche para alimentar y proteger al recién nacido posteriormente al nacimiento. (Trinidad, 2009)

Recibe su denominación del vocablo latino: mama y es el único órgano que no está plenamente desarrollado en el momento del nacimiento. Muestra cambios en tamaño, forma y función desde el nacimiento hasta las etapas del embarazo y posteriormente lactancia. La glándula mamaria pasa por fases principales de crecimiento y desarrollo antes de las etapas de embarazo y lactancia: fase intrauterina, fase correspondiente a los 2 primeros años de vida y fase de la pubertad (Lawrence, 2007)

Las mamas están situadas en la pared torácica anterior (en la facia superficial), compuestas de tejido glandular, tejido graso, tejido conectivo de soporte. Anatómicamente se ubican entre la segunda costilla y el sexto espacio intercostal, los ligamentos suspensorios de Cooper son los encargados de fijarlas por su parte profunda a la fascia del musculo pectoral mayor y en la parte superficial a la dermis. (trinidad, 2009)

Estructura interna de la glándula mamaria

La mama madura está formada por tres estructuras: piel, tejido subcutáneo y tejido mamario.

La mama se considera una glándula secretora, formada por un conjunto de 15 a 20 glándulas pequeñas, cada una forma una unidad llamada glóbulo mamario y que drena hacia el pezón por un conducto llamado lactífero.

Estos conductos están próximos a la aréola y se dilatan para formar los conductos lactíferos, auténticos almacenes de la leche materna. (Aguilar, 2005)

La mama es la unión de numerosas glándulas o glóbulos separados por tabiques conectivos; cada glóbulo está formado por abundantes lobulillos, se encuentra rodeado por tejido conectivo que envuelve a la glándula secretora de la glándula mamaria. Su unidad funcional es el alveolo, cada uno formado por una capa de células glandulares mamarias, que vierten secreción en el interior del mismo, para posteriormente drenar al sistema de conductos que finalizan en el pezón. (Aguilar, 2005)

Estructura externa de la glándula mamaria

Pezón

Está ubicado en el cuarto espacio intercostal, la piel suele ser muy fina y delgada, la epidermis que lo recubre está formada por un epitelio plano estratificado y queratinizado; es eréctil ante los estímulos táctiles, sensoriales. Fisiológicamente está formado por glándulas sebáceas y sudoríparas, donde existen abundantes conductos lactíferos que desembocan en el exterior. (Aguilar, 2005)

El pezón está determinado por terminaciones nerviosas y sensitivas. Está formado por musculatura lisa, actúa como soporte de los conductos, senos galactóforos y otros conductos del pezón. Además, está rodeado por tejido conectivo móvil lo que resulta fundamental para la erección del pezón, lo que facilita vaciar los senos galactóforos durante la lactancia materna. (Aguilar, 2005)

Areola

La areola es circular y pigmentada, suele medir entre 20 y 60 mm de diámetro, posee numerosas glándulas sebáceas que se muestran como pequeños nódulos bajo la piel. Está formada por musculo liso y fibras elásticas, así como de tejido conectivo en forma circular; que aumenta durante el embarazo.

En la areola se ubican los conductos de Montgomery, donde se localizan las glándulas sebáceas, lactíferas y sudoríparas; estas glándulas crecen durante el embarazo y la lactancia, se encargan de segregar una sustancia que favorece la hidratación de la mama, finalizado el embarazo y la lactancia, la glándula queda en posición de hipo-funcionalidad (Aguilar, 2005)

Regulación de la síntesis, secreción y expulsión de la leche

La leche materna se produce de forma continua en los alveolos, la producción láctea varía en función de la rapidez de la síntesis de las células alveolares (dependen de la madre) y la eficacia, frecuencia del vaciado (dependen del niño). Entre toma y toma, la leche que es producida durante el proceso de amamantamiento va rellenando los alveolos, conductos y senos galactóforos. (Valdez, 2008)

La eyección láctea se produce por la contracción de la capa miocelular perialveolar, inducida por la acción de la hormona oxitocina que empuja la leche a través del sistema de conductos galactóforos a los senos lactíferos, donde vacía el lactante por medio del masaje y la presión negativa que ejerce al succionar. (asociación española de pediatría, 2008)

Sobre estos dos procesos (producción y eyección) actúan varios sistemas de regulación; los centrales, estimuladores de la producción y eyección láctea., tienen el objetivo de conseguir la mejor diferenciación y funcionamiento de la glándula mamaria. Los locales, de acción inhibitoria, ajustan la producción de leche a la demanda específica de él o de los lactantes. Y todos ellos están fuertemente influidos por la succión del niño y otros estímulos sobre el pezón. (asociación española de pediatría, 2008)

La regulación central de la producción de leche se produce a través de la acción de diversas hormonas; prolactina, oxitocina, hormonas tiroideas, hormona de crecimiento insulina y suprarrenales (Valdez, 2008)

Factores o circunstancias de la glándula mamaria (anatomía y fisiología) que pueden inducir para que la madre no ofrezca leche materna

El desarrollo natural de la glándula mamaria alcanza su desarrollo durante el embarazo: el sistema de conductos se ramifica y el tejido alveolar está conformado por células productoras de leche (lactocitos), logra un alto grado de diferencia y función. Esto ocurre de manera adecuada en la mayoría de las mujeres quienes al final del embarazo, tienen el potencial de alimentar a su bebé al seno materno de forma exitosa, sin embargo, existen algunas consideraciones

anatómicas y fisiológicas de la glándula mamaria que puede causar inseguridad en la madre o incluso ser un impedimento real para que no se lleve a cabo la lactancia materna. (Flores, 2011)

Algunos factores que pueden interferir durante el proceso de amamantamiento son:

El tamaño del seno materno: es una característica que normalmente genera preocupación a la mujer, con la relación de producción de suficiente leche para su bebé. La apariencia del seno materno no predice la capacidad de leche materna. La cantidad de tejido adiposo no es independiente de la cantidad de tejido glandular, y no se relaciona con el volumen de leche. (Flores, 2011)

Forma del seno materno: el seno materno puede estar invertido, plano, sin embargo, al final del embarazo habrá logrado proyección suficiente y estará listo para que la madre inicie la lactancia materna.

Problemas anatómicos que reducen la capacidad para iniciar la LM:

El tejido mamario disfuncional o insuficiente, como consecuencia de alguna malformación congénita, como la reducción de la glándula mamaria, o bien indicaciones terapéuticas como las radiaciones. Es común que algunas mujeres no experimenten crecimiento y cambios en el seno materno durante el embarazo, en estos casos se debe seguir de cerca el consumo de leche del infante. (Flores, 2011)

Etapas de la leche materna:

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son calostro, leche de transición, leche madura. ²⁰

- Calostro

Se produce durante los primeros tres a cuatro días después del parto, es un líquido espeso. Es una eficiente protección contra gérmenes y alérgenos del medio ambiente, se caracteriza por una mayor cantidad de proteínas y menor cantidad de lactosa y grasa dando esto a un potente energético menor comparado con la leche madura. Esta leche tiene un color amarillento, dado por los betacarotenos (precursores de la vitamina A) y un sabor salado, por contenido

de sodio. El calostro, posee mayor proporción de proteínas, vitaminas solubles en grasa (vitaminas e, a y k), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El calostro contiene gran cantidad de inmunoglobulinas, sustancias que protegen al recién nacido contra enfermedades, ya que éste aún posee un sistema inmune inmaduro y frágil. ²⁰

- Leche de transición

Se produce entre el 4° y el día 15° día postparto. Entre el 4° y el 6° día se produce un aumento brusco en la producción de la leche materna, (bajada de la leche) la que sigue aumentando hasta alcanzar aproximadamente 600 a 700 ml/día, entre los 15 a 30 días postparto. Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche, la leche de transición va variado día a día hasta alcanzar las características de la leche madura. ²¹

- Leche madura

Se produce a partir de la tercera semana luego del parto, su composición varia a lo largo de la toma, la del principio es más “aguada” (rica en lactosa) para calmar la sed, la cantidad de grasa va aumentando a medida que sale la leche, concentrándose al final de la toma, cosa que provoca la saciedad del bebe. ^{22,21}

Beneficios de la lactancia materna exclusiva:

La lactancia materna está ligada a la supervivencia de la especie humana, sus beneficios son múltiples, como los nutricionales porque está compuesta de nutrientes esenciales, factores de crecimiento, hormonas, enzimas, son inmunitarios porque posee factores intelectuales que incrementa el coeficiente intelectual; son psicológicos porque favorece el vínculo afectivo entre la madre e hijo que proporciona confianza y seguridad entre ambos; así como beneficios sociales, económicos y medioambientales, porque no supone un gasto económico que se añade a la familia ni contaminación del medio ambiente como cuando se usan biberones es decir, es el alimento más completo y seguro, que se asocia a la disminución del riesgo de diarrea, infecciones respiratorias, otitis, muerte súbita del lactante y enfermedades crónicas como diabetes mellitus y obesidad. ^{22,23}

A) beneficios de la lactancia materna exclusiva para el niño

La composición de la leche materna se adapta en función de las necesidades del crecimiento, además se digiere con facilidad, contiene las enzimas apropiadas que mejoran las digestiones facilitando el establecimiento de una flora bacteriana bífida que protegerá el aparato digestivo del lactante incluso en su vida adulta, contiene endorfinas que producen relajación y sueño, hormonas y muchos otros componentes beneficiosos. ²⁴

- Beneficios nutricionales

- alimentación completa: la leche materna proporciona nutrientes de alta calidad que él bebe absorbe fácilmente y utiliza con eficacia. Los niños pueden ser alimentados hasta los seis meses solo con leche materna, asegurando con ello un desarrollo y crecimiento normal, continuarán creciendo bien si a esa edad se inicia la alimentación complementaria y se mantiene la leche materna como único alimento lácteo hasta los doce meses.

- desarrollo cerebral: los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, una mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos del lenguaje que los niños alimentados con mamadera. Se asocia a la lactancia materna con un mayor coeficiente intelectual del niño.

- digestivos: por tener la concentración adecuada de grasa, proteínas y lactosa, la leche materna es de fácil digestión. Se aprovechan al máximo todos sus nutrientes y no produce estreñimiento ni sobrecarga renal. Reduce el riesgo de enterocolitis necrotizante. ²⁵

- Beneficios inmunológicos

La leche materna es indispensable para formar un eficiente sistema inmunitario en el niño y para sentar bases de una buena salud en general para el adulto. El niño amamantado, rara vez presenta enfermedades digestivas, respiratorias, otitis y alergias.

El calostro, la leche y la leche de transición contienen suficiente inmunoglobulina IgA que protege al niño mientras él es capaz de producirla. ²⁶

- infecciones: la leche materna estimula el sistema inmune, posee agentes (anticuerpos), que contribuyen a proteger a los lactantes de las bacterias y los virus. Los bebés alimentados con leche materna son más capaces de combatir todo tipo de infecciones; gastrointestinales, infecciones de vías respiratorias (como neumonías y bronquiolitis), otitis y diarrea. Los lactantes amamantados durante más de tres meses sufren menos infecciones y estas son más leves. Algunos autores consideran el pecho materno como el órgano inmunitario del bebé.

- prevención de alergia: factores genéticos y ambientales interactúan con la lactancia materna. Madres que saben que sus hijos están en riesgo de alergia pueden estar más dispuestas a amamantar y prolongar la lactancia materna durante más tiempo que las madres de bebés sin riesgo familiar de alergia. ²⁷

- Beneficios emocionales

- estimula el descanso: al momento de alimentarlo provee al bebé de paz y tranquilidad, hace que el sueño sea más reconfortante.

- ayuda al aprendizaje verbal: en el momento del amamantamiento el bebé será capaz de estimular su interacción con la madre de manera visual. Este momento está dedicado para que el bebé analice el rostro de la madre.

- establecimiento del apego: se inicia inmediatamente después del parto, produce un reconocimiento mutuo, entre madre e hijo y se establece entre ellos un fuerte lazo afectivo o “apego”. Este apego induce en la madre un profundo sentimiento de ternura, admiración y necesidad de protección para su pequeño hijo.

- estado de alerta: durante al menos 3 meses el niño necesita tener contacto físico regular y constante con su madre para organizar sus propios ritmos basales y su estado de alerta. Disminuye el riesgo de apneas prolongadas, de asfixia por aspiración e incluso de la muerte súbita del lactante. ²⁸

B) beneficios de la lactancia materna exclusiva para la madre

La lactancia materna es el mejor alimento para todo bebé, asimismo la leche materna ofrece grandes beneficios para la salud física y emocional de las madres, entre ellas tenemos: ²⁹

- ✓ Reduce la probabilidad de embarazo

La lactancia materna exclusiva retrasa la menstruación y reduce efectos anticonceptivos, siendo en la actualidad el método de anticoncepción (mela) mundialmente más utilizado en el postparto. La lactancia materna exclusiva es un método de anticoncepción peculiar, ya que fisiológicamente protege a la mujer de un nuevo embarazo mientras aún se recupera del que acaba de finalizar y atiende al recién nacido.

- ✓ Mejora de la anemia y aumento de reservas de hierro

El cierre precoz del lecho vascular de la placenta disminuye el sangrado puerperal, contribuyendo a la recuperación de la anemia del embarazo. Además, durante varios meses, la acción de la lactancia sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovarios, inhibe la ovulación, por lo que no hay menstruación, lo que contribuye a un importante ahorro de hierro. ^{29,30}

- ✓ Metabolismo del calcio optimizado

Durante la lactancia materna, el metabolismo de cálcico se acelera, produciéndose una movilización de los depósitos óseos del mismo. Aumenta la calcemia para que sea mayor su disponibilidad a nivel mamario para la producción de leche. Sin embargo, se produce un aumento de la absorción del calcio y a largo plazo, a pesar de este aparente incremento del gasto de calcio y de su remoción del tejido óseo, las mujeres que dan el pecho mucho tiempo ven disminuida la probabilidad de sufrir fracturas de cadera o de columna espinal en la postmenopausia.

- ✓ Disminución del riesgo de cáncer

Amplios estudios poblacionales han demostrado una disminución del riesgo de cáncer ovárico, asimismo se observa un riesgo menor de hasta un 4,6% de cáncer de mama, que aparece antes de la menopausia por cada 12 meses de lactancia materna. Las razones de esta disminución no están claras, pero el hipoestronismo transitorio de la lactancia sería una de las razones. ^{29, 30}

Amamantamiento:

El amamantamiento es importante para la salud a corto y largo plazo de los niños, tanto la acción de amamantar como la composición de leche materna son importantes. El amamantamiento favorece el vínculo afectivo entre madre e hijo y el desarrollo físico emocional del niño, la madre disfruta de la lactancia, mejora su autoestima y disminuye su riesgo de cáncer de mama y ovario, la leche materna proporciona los nutrientes ideales para el niño y los protege de infecciones y muerte, así como de algunas enfermedades a largo plazo.³¹

A) frecuencia y duración del amamantamiento

La lactancia materna exclusiva a demanda también es llamada “dirigida por él bebe”, esto significa que la frecuencia y duración de las mamadas son determinadas por las necesidades y señales del bebe, el volumen de leche depende del vaciamiento del pecho (extracción del factor inhibidor) y la frecuencia de las mamadas está determinada por la capacidad de almacenamiento de la glándula mamaria.³²

El bebe puede controlar la composición de la leche, principalmente el componente lípido con tres variables, el intervalo entre tomas, la duración de las mamadas y si mama de uno de los dos pechos satisfaciendo así sus necesidades, por otro lado, los lactantes a quienes se permite que controlen la frecuencia y duración de la mamada aprenden a reconocer sus propios signos de hambre y saciedad, desarrollando una capacidad de autorregulación.³³

- Frecuencia: las mamadas son a libre demanda y su frecuencia es variable de un bebe a otro, se ha observado una mediana de 8 a 12 mamadas en 24 horas en los recién nacidos; a medida que el lactante crezca se establecerá un patrón de ganancia ponderal adecuado en relación a la frecuencia de mamadas durante las 24 horas (día y noche) y la producción de leche posteriormente ira aumentando de forma progresiva.
- Duración: la duración del amamantamiento es a libre demanda, siempre que él bebe pida y el tiempo que quiera, cada bebe tiene su propio ritmo de alimentación, como cada madre tiene su propio ritmo de salida de leche, la madre y su bebe se regulan entre sí.³⁴

B) técnica de amamantamiento

El éxito de lactancia materna depende principalmente de una correcta técnica de amamantamiento, la buena disposición y confianza de la madre en su capacidad de amamantar se logra si el equipo de salud demuestra interés, promueve, apoya y facilita la práctica de la lactancia materna como la forma naturalmente dispuesta para alimentar al niño o niña. ³⁵

La lactancia materna depende bastante de una posición adecuada de la madre y su hijo, así como un buen agarre de la boca del niño al pecho de su madre. Existen muchas posiciones para el amamantamiento, pero la más adecuada en cada momento, será aquella en que la madre y el niño se encuentren más cómodos ya que pasará muchas horas al día amamantando. ³⁶

✓ Posición

Una buena posición al pecho permite al bebe un menor esfuerzo y un estímulo adecuado y eficaz para alcanzar una buena producción de leche, él bebe se queda satisfecho, el aumento de peso es el adecuado, la madre no tiene sensación dolorosa ni grietas y ambos disfrutan de la lactancia. Lo fundamental para la lactancia es la posición y el movimiento de los labios y de la lengua. Si los labios y la lengua están bien, el lactante mamará bien en cualquier posición.

³⁷

Buena posición de la o él bebe:

- La cabeza y el cuerpo del bebe están en línea recta.
- La cara del bebe mira hacia el pecho, no obstruida por el pezón.
- La madre mantiene el cuerpo del bebe cerca de ella.
- La madre lo envuelve con un abrazo.

La posición incorrecta se produce cuando él bebe mama solo del pezón, esto daña el pezón causando dolor y grietas a la vez que se impide vaciar bien el pecho, provocando ingurgitación, inflamación, a veces mastitis por no vaciarse bien el pecho. ³⁷

✓ Agarre

Para que se realice un buen agarre, se debe asegurar que el área alrededor del pezón y areola tengan flexibilidad o elasticidad antes del agarre del niño para facilitarlo. Se debe favorecer el agarre y la succión, exprimiendo manualmente

unas gotas de leche, los labios del niño deben tener la boca bien abierta y debe cubrir gran parte de la areola, el labio inferior estará revertido y la lengua acanalada por debajo del pezón y rodeando. Se observa más areola por encima de la boca del bebé que por debajo. ³⁸

Buen agarre:

- La boca del bebe está bien abierta.
- El labio inferior esta hacia afuera.
- El mentón está tocando el pecho (o casi lo toca).
- Se ve más areola arriba de la boca del bebe que debajo de ella.

Mal agarre:

- La boca no está bien abierta.
- El labio inferior está invertido.
- El mentón está lejos del pecho.
- Mas areola visible por debajo de la boca del bebe (se puede ver igual porción de areola por encima y debajo de la boca)

✓ Succión

Al inicio la succión es rápida y superficial, después de alrededor de un minuto cambia a succiones lentas y profundas, con pausas intermedias. El ritmo normal de la succión de un recién nacido es de ciclos encadenados de 10 a 30 succiones en los que el bebé respira con normalidad sin necesidad de interrumpir la succión. Si el bebé realiza de 3 a 5 succiones consecutivas, seguidas de una pausa de la misma duración del episodio de succión para poder respirar, probablemente tenga una succión inmadura y ello pueda causar dificultades para que se alimente bien. ³⁸

Si un bebe está bien agarrado, es probable que este succionando bien y obteniendo leche durante la mamada. Al realizar una succión eficaz estimula la producción de leche, de manera que más succión produce más leche, pero también puede succionar ineficazmente.

Lo más importante para aumentar la producción de leche es que él bebe succione con frecuencia. ³⁷ soporta el seno con la mano en forma de “c”,

colocando el pulgar por encima y los otros cuatro dedos por debajo del pezón detrás de la areola, pues si chocan los labios del niño con los dedos de la madre se impide que pueda coger todo el pezón y parte de la areola para succión adecuada. ^{38,39}

Buena succión:

- Tiene succiones lentas y profundas, haciendo a veces pausas cortas.
- Se puede ver u oír al bebe deglutir.
- Las mejillas del bebe están llenas y no se hundén durante una mamada.
- Él bebe termina de mamar, suelta el pecho por sí mismo y luce satisfecho.
- La madre nota como fluye/ baja la leche, reflejo de la oxitocina.

Mala succión:

- Tiene solo succiones rápidas.
- Hace sonidos de chupeteo o chasquido.
- Tiene las mejillas hundidas.
- Es inquieto en el pecho, se queja, toma y suelta el pecho una y otra vez. Se alimenta muy frecuentemente – más frecuente que cada hora todo el día.
- Mama por largos periodos – por más de una hora en cada mamada, a no ser que este fuera de bajo peso.
- No está satisfecho al final de la mamada. ³⁹

Posturas para la madre para el amamantamiento:

Es la forma en que se coloca la madre para amamantar, todas sirven y la elección de una u otra dependerá del lugar, las circunstancias o las preferencias de cada madre. Aparte de que, para amamantar la madre disponga de varias posturas, también existen distintas posiciones para colocar al bebé y múltiples combinaciones de ambas. ^{38,40}

- ✓ Postura sentada - posición tradicional o de cuna: la espalda de la madre debe de estar recta y los hombros relajados. El niño está recostado sobre el antebrazo de la madre del lado que amamanta. La cabeza del niño se queda apoyada en la parte interna del ángulo del codo y queda orientada en el mismo sentido que el eje de su cuerpo. El abdomen del niño toca al

de la madre y su brazo inferior lo abraza por el costado del tórax, la cabeza del niño queda en el antebrazo de la madre. ⁴¹

- ✓ Postura sentada - posición “de rugby o canasta”: el cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a su espalda. Esta posición es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos, y así prevenir o si es el caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque pueden darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en esa. Tanto la posición estirada como la de rugby funcionan perfectamente si la madre en vez de estar sentada, está colocada en postura semi-reclinada. ⁴¹
- ✓ Postura sentada – posición caballito: en esta posición el bebé está sentado sobre una de las piernas de su madre, esta posición puede ser muy útil con bebés hipo/hipertónicos, fisura palatina y mamas muy grandes. En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte “hacia arriba” en dirección a su paladar, de forma que una buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior facilitando el agarre.
- ✓ Postura estirada – posición estirado y/o echada (en paralelo): muy útil por la noche o en las cesáreas, madre e hijo se acuestan en decúbito lateral frente a frente, la cara del niño enfrente al pecho y el abdomen del niño pegado al cuerpo de su madre. La madre apoya su cabeza sobre una almohada doblada, la cabeza del niño sobre el antebrazo de la madre. ⁴¹

Problemas para una inadecuada técnica de amamantamiento:

Muchas mujeres que han decidido amamantar a su bebe, terminan destetando precozmente debido a problemas, que en su mayoría pueden prevenirse o tratarse. Casi todas las mujeres pueden producir leche para más de un bebe, sin embargo, la razón más común por la que las madres suspende la lactancia materna o añaden otros alimentos, es por que presentan los siguientes problemas: ⁴²

- ✓ Dolor al amamantar: algunas mujeres pueden experimentar cierta molestia inicial al amamantar, sin embargo, si las mamas están sanas,

este proceso no debería doler. Es necesario entonces, verificar la técnica de lactancia que sea adecuada para lograr un buen agarre, comprobando la posición de la madre y del niño, de manera que el pezón no se deforme por la compresión de la boca del niño, la principal causa de dolor es un mal agarre con el pezón de la madre.

- ✓ Grietas en el pezón: son heridas en los pezones producto de una presión inadecuada producida por la boca del niño, generalmente se producen por mal acoplamiento, aun cuando existan grietas, si el pezón queda bien introducido en la boca del niño, el amamantar no debería producir dolor.

42

- ✓ Cuidado e higiene de los pezones:

Para lograr un adecuado amamantamiento bajo las más estrictas condiciones de higiene, se requiere tener cuidado muy especial con los pezones pues a través de ellos, que él bebe se pondrá en contacto con la leche materna. La limpieza de forma general es necesaria en especial las manos, y masajear los senos antes de dar de lactar. Los aceites que excreta el pezón contienen antisépticos naturales, al igual que las enzimas lácteas constituyendo un apósito fisiológico.

42

La intervención educativa como alternativa para perfeccionar el proceso de educación para la salud con la futura madre.

La promoción de la salud ha exigido y generado amplios procesos de cambio de personas, equipos y servicios en el mundo. Los recursos humanos, la estructura de los servicios de salud y las estrategias aplicadas para lograr los objetivos de la promoción constituyen los tres factores críticos para el éxito de la propuesta de Ottawa.

La organización panamericana de la salud y la organización mundial de la salud, en su sesión del comité ejecutivo del 19 al 23 de junio de 2006 emitió el documento promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la carta de Ottawa y la carta de Bang Kok y perspectivas para el futuro, se plantea que se ha avanzado bastante en la formación de recursos humanos, pero menos en el campo de las estrategias, la intersectorialidad ha sido más bien débil y el logro

en lo referente a las estructuras continúan presentando márgenes importantes de rigidez al cambio.

El ministerio de salud pública de cuba ha planteado la necesidad de enfrentar los problemas de salud con tecnologías apropiadas, dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el medio, mediante un enfoque clínico, epidemiológico y social, como guía fundamental de actuación en la atención primaria para mejorar aún más los indicadores de salud.

En lo referido al programa de atención materno infantil se ha exigido la dedicación al estudio y profundización en aquellos factores que inciden desfavorablemente en el estado de salud materno infantil, comprender cómo influyen e incorporar propuestas de solución.

Una alternativa que posibilita el análisis y el enfoque integrador de los componentes del sistema que participan en el proceso de educación para la salud de los niños y niñas, es la elaboración y aplicación de una estrategia de intervención.

El término intervención se refiere a la puesta en práctica de un sistema de conocimientos y habilidades asociadas a un campo del saber. La intervención considera dos procesos básicos: la intencionalidad, porque se inducen procesos inexistentes e imprescindibles y se potencian otros inoperantes; busca efectos predecibles que aparecen asociados a las particularidades de la estrategia concebida. El otro elemento es la autoridad, asociada al reconocimiento por parte del objeto de la capacidad técnica, profesional, moral que tiene el agente de intervención de implementar la estrategia para incidir en el cambio.

Objetivo general:

Modificar los conocimientos sobre lactancia materna exclusiva de las gestantes en el Consultorio Médico de la Familia # 16 del Policlínico “Ernesto Guevara de la serna”.

Objetivos específicos:

1. Describir las características socio demográficas de las gestantes participantes en la investigación.
2. Aplicar un programa de intervención educativa dirigido a las gestantes.
3. Evaluar el conocimiento acerca de lactancia materna exclusiva en gestantes antes y después de la aplicación del programa.

Diseño Metodológico

Clasificación de la investigación: Investigación Desarrollo

Tipo de estudio: se realizó de intervención educativa

Contexto geográfico donde se realizará el estudio: consultorio 16 Área IV Cienfuegos.

Periodo en tiempo que abarca el estudio: de febrero 2021 a noviembre del 2023

Universo: 21 embarazadas

Criterios de inclusión

- Embarazadas que acepten participar en la investigación a través del consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Embarazado VIH positivas
- Embarazadas que no deseen participar en el estudio.
- Embarazadas con alguna discapacidad física (auditiva, lenguaje que dificulte el nivel de comprensión) o retraso mental.

Criterios de salida

- Embarazadas que desean abandonar el estudio
- Embarazadas que cambian de área de salud
- Embarazadas que en periodo de intervención presenten alteraciones del embarazo que dificulten la participación del mismo (gestorragias de la primera mitad del embarazo)
- Ausentes al 30% de las secciones realizadas

Descripción de las variables

Variables	Definición conceptual	Clasificación de la variable	Escala de medición codificada

Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta un momento concreto	Cuantitativa discreta	12 a 18 años 19 a 35 años 36 y mas
Escolaridad	Elementos dependiente de la cultura de las madres que intervienen directa o indirectamente en el conocimiento de la lactancia materna	Cualitativa Nominal politómica	1-Primaria 2-Secundaria 3- Nivel medio 4-Superior
Estado civil	Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos	Cualitativa Nominal politómica	1-Soltera 2-Casada 3-Unión Consensual
Características de la lactancia materna exclusiva.	Grado de información sobre las características	Cualitativa nominal	Adecuado inadecuado

	de la lactancia materna.		
Beneficios de la lactancia materna exclusiva.	Grado de información sobre los beneficios de la lactancia materna	Cualitativa nominal	Adecuado inadecuado
Producción de leche por la madre que lacta.	Grado de información sobre la Producción de leche por la madre que lacta.	Cualitativa nominal	Adecuado inadecuado
Composición de la leche materna	Grado de información sobre la Composición de la leche materna.	Cualitativa nominal	Adecuado inadecuado
Posiciones adecuadas para lactar.	Grado de información sobre las Posiciones adecuadas para lactar.	Cualitativa nominal	Adecuado inadecuado
Nivel de conocimientos	Según el nivel de conocimiento demostrado en la encuesta inicial.	Cualitativa nominal	1-Adecuado 2-Inadecuado.

La investigación estuvo conformada de 3 etapas:

- 1.- De diagnóstico. En esta etapa se explicó el objetivo del estudio, las instrucciones de llenado y determinación de datos sociodemográficos y nivel de conocimiento.
- 2.- De Intervención: Se aplicó un Programa Educativo la lactancia materna a embarazadas.
- 3- De evaluación: Se evaluó los conocimientos adquiridos sobre lactancia materna.

1ra Etapa: Inicial / Diagnóstico

Para dar cumplimiento al objetivo 1 y objetivo 3; con previo consentimiento del director de la institución donde se realizó la investigación (anexo 1) y de los pacientes (anexo 2), se aplicó de forma individual y privada, un cuestionario utilizado y validado en la investigación, Intervención educativa sobre *lactancia materna* exclusiva aplicado a embarazadas, consultorio 22. Báguanos 2018-2019. en Holguín por la Dra. Deyanira Rodríguez Reyes (Anexo 3). Para la escala evaluativa se elaboró una clave de calificación (Anexo 4)

2da Etapa: Intervención

Para dar cumplimiento al objetivo 2 y 3 se aplicó la intervención educativa (Anexo 5). Se desarrolló un encuentro semanal de 60 minutos por un periodo de 2 meses, en el lugar que ocupa la sala de espera del consultorio 16, teniendo en cuenta el universo de estudio se dividió en 2 subgrupos para mejor comprensión y empatía entre los participantes. El método de enseñanza que se empleó fue el activo participativo y se realizó lluvias de ideas, talleres, demostraciones y reuniones grupales. El programa de intervención utilizado, fue validado y en la Estrategia educativa para promover la lactancia materna exclusiva en embarazadas Frank País, Holguín 2022, por la Dra Marisol Peña González 2022. Posteriormente, se procedió a aplicar de nuevo el cuestionario (Anexo 3) con solamente las preguntas que miden conocimiento.

3ra Etapa: Evaluación

Luego de concluidas todas las temáticas del programa de intervención se aplicó nuevamente, en el último encuentro, el cuestionario inicial para evaluar los conocimientos adquiridos a través de la intervención. Cada pregunta abordó un tema específico, quedando estructurada la encuesta como sigue:

- Preguntas de la 1 a la 3: Características de la lactancia materna exclusiva.
- Preguntas de la 4 a la 7: Beneficios de la lactancia materna exclusiva.
- Preguntas de la 8 a la 9: Producción de leche por la madre que lacta.
- Pregunta 10: Composición de la leche materna.
- Pregunta 11: Posiciones adecuadas para lactar.

Para evaluar los conocimientos, primero se determinó el conocimiento que tenían sobre cada tema abordado en la encuesta y partiendo de ello se obtuvo el nivel de conocimiento general sobre la lactancia materna exclusiva.

En la determinación de los conocimientos en cada tema tratado se confeccionó una tabla para otorgar las categorías de conocimiento **adecuado** o **inadecuado** en dependencia de la cantidad de respuestas acertadas en cada caso (Anexo 6).

Para la apreciación del conocimiento general sobre la lactancia materna fueron tomadas en cuenta las evaluaciones obtenidas de las preguntas en la encuesta y se otorgó categorías de nivel alto a quienes tuvieron conocimientos adecuados en ocho preguntas o más correctas, medio a quienes presentaron conocimientos adecuados en cinco a siete de ellas y bajo cuando solo se obtuvo conocimientos adecuados en cuatro o menos.

Consideraciones éticas:

La obtención del consentimiento informado de los pacientes y de la dirección del policlínico Ernesto Guevara de La Serna fue un requisito obligatorio para participar en el estudio. El proyecto se sometió a la consideración del Comité de Ética de la Investigación de la Institución para su aprobación. Se cumplieron además los principios bioéticos establecidos en la declaración de Helsinki para el desarrollo de las investigaciones en salud, así como la confidencialidad de los resultados presentados con fines científico y profesional.

Análisis y Discusión de los resultados

Tabla 1. Distribución de las embarazadas según edad del CMF 16 del Policlínico Ernesto Guevara De La Serna

Grupo Etario	No	%
12 A 18 Años	5	23.8
19 A 35 Años	16	76.2
Total	21	100

Fuente: Encuestas

En la tabla 1 se muestra la distribución de las embarazadas según la edad donde se comprobó que el rango de edad de mayor incidencia fue el de 19 a 35 años con un 76.2 %, y el 23.8% de las gestantes se encontraron en el grupo etario 12-18 años.

Se asemeja a los resultados de Palomino M. en su estudio realizado en Cajamarca, donde la edad predominante osciló entre 14 a 24 años (50,9%), con grado de instrucción secundaria (45.8%) y el 59.3% convivientes. ⁴³

Asimismo, Barboza A. Morales S. en un estudio llevado a cabo en Chíncha, por lo contrario, su rango de edad fue de 26 a 31 años (42%) ⁴⁴ A su vez Panduro K. en Loreto halló en su investigación un rango de edad predominante entre de 21 a 35 años ⁴⁵

Mientras Bazán R. obtuvo un el 60% de la muestra tenía entre 26 a 42 años sin restricción de paridad ⁴⁶. Sangama G. realizó su estudio en dos comunidades nativas en Tarapoto, en una de ellas las edades oscilaban entre 16 a 25 años en su mayoría ⁴⁷. Por último, Aroca S. en Ecuador encontró que gran parte de su muestra oscilaba entre 19 a 25 años ⁴⁸.

La mayoría de los autores coinciden que entre los 20-34 años, se considera el rango de edad óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social y está mejor preparada para la procreación, lo que no ocurre en las edades extremas de la vida.

La autora de este trabajo opina, que la edad constituye uno de los principales factores de riesgo para el abandono de la lactancia materna, siendo las adolescentes (menores de 19 años) el grupo más vulnerable pues están bajo constantes cambios, aún no se ha formado ni consolidado el carácter, se carece de juicio crítico, responsabilidad y se preocupan más por conservar la estética de sus mamas.

Tabla 2. Distribución de las gestantes según nivel escolar del cmf #16 del policlínico Ernesto Guevara De La Serna

Escolaridad	No	%
Secundaria	4	19.0
Nivel Medio	11	52.3
Superior	6	28.5
Total	21	100

Fuente: encuestas

En la tabla 2 se muestra la distribución de las gestantes según nivel escolaridad donde se evidencia un mayor número en el nivel medio para un 52.3 %, seguido de nivel superior con un 28.5% y el 19 % secundaria.

Palomino M. en su estudio realizado en Cajamarca predominaron las gestantes con grado de instrucción secundaria con un 45.8%⁴³ no coincidiendo con el estudio realizado. A su vez Panduro K. en Loreto halló que el 38% presentaba secundaria completa⁴⁵

Marghel Alvarez, en su tesis de maestria titulada Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de santo Tomás Ajusco, tuvo como resultados que las adolescentes embarazadas encuestadas, 49% completaron la escuela secundaria, mientras que 18% contaba con secundaria incompleta. Únicamente 18% había terminado la preparatoria y 11%, carrera técnica. ⁴⁹

El autor considera que el nivel escolar se encuentra en relación con el nivel educacional del pueblo, gracias a los disímiles programas lanzados a través de

todos los medios y a través de los años por el PAMI, sobre tan importante acto maternal. Entre mayor nivel educacional, debe existir mejor preparación en cuanto a varios temas relacionados con el tema de estudio en cuestión.

Tabla 3. Distribución de las gestantes según estado civil del CMF# 16 del Policlínico Ernesto Guevara De La Serna

Estado Civil	No	%
Soltera	2	9.52
Casada	3	14.2
Unión Consensual	16	76.2
Total	21	100

Fuente: Encuestas

La tabla # 3 en cuanto a la distribución de las gestantes según estado civil, se observa que predominaron las gestantes con Unión consensual con un 76.2 %, seguido de un 14,2% las casadas y el 9,52 % son solteras.

En un estudio realizado por Palomino ⁴³ con respecto al estado civil, el 59,3% eran convivientes, casadas 28.8% y solteras 11,9%. Las madres que cuentan con su pareja tienen un apoyo emocional que ayuda a que sigan brindando la lactancia a su niño, además la condición de convivientes y solteras hace que las madres no gocen de una estabilidad económica, afectando la salud de la madre y del niño. Estos resultados coinciden con los estudios de Barboza y Morales (2021) ⁴⁴ donde concluyen que el 30,5% son convivientes, 28,8% casadas y 11,9% solteras y coinciden con el estudio realizado.

El estado civil, es un factor importante para el abandono de la LME, pues resulta bastante estresante para las madres solteras mantener la economía familiar y sostenerse emocionalmente. Esta situación no resultó de gran significación en nuestro estudio pues predominaron las madres con unión consensual.

Tabla 4. Distribución de las embarazadas según Conocimiento por temas. del CMF# 16 del Policlínico Ernesto Guevara De La Serna

Tema	Antes				Después			
	Adec.	%	Inadec.	%	Adec.	%	Inadec	%
Características de la lactancia materna exclusiva.	6	28.5	15	71.4	14	66.6	7	33.3
Beneficios de la lactancia materna exclusiva.	11	52.3	10	47.6	16	76.2	5	26.8
Producción de leche por la madre que lacta.	3	14.2	18	85.7	11	52.3	10	47.6
Composición de la leche materna	3	14.2	18	85.7	12	57.1	9	42.8
Posiciones adecuadas para lactar	8	38.1	13	61.9	14	66.6	7	33.3

Fuente: Encuestas

La evaluación del conocimiento por temas antes de aplicado el programa educativo representado en la tabla anterior muestra que predominaba al comenzar el programa los conocimientos inadecuado marcado en los temas producción de leche por la madre que lacta con un 85.7% y con conocimientos adecuados solo el 14.2 % coincidiendo con el tema composición de la leche materna con 85.7 %con conocimientos inadecuados y solo el 14.2 con conocimientos adecuados, seguido del tema características de la lactancia materna exclusiva con el 71.4 %con conocimientos inadecuados y solo el 6% con conocimientos adecuados. El tema Posiciones adecuadas para lactar estuvo

representado por 61.9% de las gestantes con conocimientos inadecuados y solo el 38.1% con conocimientos adecuados. El tema que menos por ciento de gestantes con conocimientos inadecuados solo el 47.6% fue el de Beneficios de la lactancia materna exclusiva y el 11% de las gestantes con conocimientos adecuados.

Al aplicarse la intervencion educativa observamos como predominaron los conocimientos adecuados y fue el tema de beneficios de la lactancia materna exclusiva el de mejores resultados con 16 76.2 % de la muestra con conocimientos adecuados y el 26.8 con conocimientos adecuados. Los temas Características de la lactancia materna exclusiva y Posiciones adecuadas para lactar ambos se comportaron de igual forma con el 66.6% de las gestantes con conocimientos adecuados y solo el 33.3% con conocimientos inadecuados seguido del tema Composición de la leche materna representada por el 57.1 % conocimientos adecuados y el 42.8% con conocimientos inadecuados fue el tema Producción de leche por la madre que lacta con 52.3% de las gestantes con conocimientos adecuados solo el 47.6% con conocimientos inadecuados.

Veramendi Espinoza y colaboradores en su estudio Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana evidenciaron que antes la intervención existía un inadecuado conocimiento de tema en el 100%, después de implementada la intervención educativa se elevó a la categoría de adecuado en el 85.71% de las participantes.⁵⁰

Cuentas Mamani y Quispe Coaquira en su investigación observó que el grado de conocimiento de las participantes era baja noción que presentaban al inicio del estudio observándose que antes de aplicar la intervención educativa solo 4 embarazadas (20.0%) conocían el concepto de lactancia complementaria; 7 (35.0%) el de lactancia mixta; 8 (40.0%) el de lactancia artificial; después de aplicar el programa educativo se elevaron a un 100 por ciento los conocimientos acerca de los tipos de lactancia materna.⁵¹

Sota Peña expone que antes de la intervención, solo el 18,3 % de las embarazadas poseía alto nivel de conocimiento, el 34,4 %, medio y un 47,3 %, bajo; luego de aplicada la misma, el 96,7 % había alcanzado el nivel alto de conocimiento; el 3,3%, el medio, no quedando ninguna en el nivel bajo.⁵²

Las intervenciones educativas, audiencias sanitarias, actividades de promoción, charlas educativas y técnicas dinámicas, son capaces de potenciar enseñanzas y sabidurías sobre el tema. Estos métodos permiten concientizar a las madres sobre todos aquellos beneficios que la LME aporta tanto para el recién nacido como para ellas y finalmente contribuye a la disminución del abandono de esta práctica.

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Gorrita Pérez et al y Guerra Domínguez E.^{53,54}, quienes refirieron que la mayoría de las encuestadas poseían un nivel de conocimiento inadecuado antes de aplicada la intervención la cual se elevó posterior a la misma. También Aguirre et al.⁵⁵ plantearon que luego de aplicada la intervención predominó el nivel de conocimiento adecuado (53,3 %). Esto discrepa con lo planteado por Paredes-Juárez et al.⁵⁶ quienes refirieron que el 92 % de las participantes conocían los beneficios de la leche materna antes de aplicada la intervención.

Cuba desarrolla una intensa labor para extender el tiempo de LME hasta el sexto mes de vida y la complementada hasta los dos años, ya que la utilización de la misma puede mejorar en términos de morbilidad los procesos infecciosos sobre todo diarreicos

La autora de esta investigación considera, que son varias las causas manejadas por las madres para abandonar o hacer mixta la lactancia materna exclusiva, pero realmente se trata de un mal manejo de la población y de la familia que así lo aconsejan. Pues cuando sienten que el niño llora “es porque tiene hambre” o “no se llena”, y en realidad no es así, los bebés lloran por varias causas, es su forma de expresar los sentimientos pues no pueden hablar, lloran cuando tienen sueño, si tienen cólicos o un dolor, cuando se orinan o tienen alguna otra necesidad. 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.

Tabla 5. Distribución de las embarazadas según Nivel de conocimiento general del CMF# 16 del Policlínico Ernesto Guevara De La Serna

Nivel de Conocimientos	Antes		Después	
	No de embarazadas	%	No de embarazadas	%
Alto	5	23.8	11	52.3
Medio	10	47.6	7	33.3
Bajo	6	28.5	3	14.3
TOTAL	21	100	21	100

Fuente: encuestas

En relación al nivel de conocimiento general se aprecia en la tabla anterior que las embarazadas en la encuesta inicial obtuvieron una evaluación del conocimiento en su mayoría medio que representó 47.6 %, seguido de 28.5 % con nivel conocimientos bajos y solo 23.8 % con nivel de conocimiento alto. Con la aplicación del programa educativo predomina la evaluación del conocimiento alto con el 52.3 % del total de las gestantes, seguido del 33.3% con nivel de conocimiento medio y solo el 14.3 % con nivel de conocimientos bajos.

Datos que discrepa con Palomino M. encontró que el 70% poseía conocimientos de nivel alto y 30% bajo⁴³. Por otro lado, Barboza y Morales poco menos de la mitad tenían un nivel medio de conocimiento, 20.34% bajo y 32.2% alto ⁴⁴, así mismo, Panduro encontró un predominio del nivel de conocimiento regular (50%) seguido por un conocimiento malo y en menor cantidad un conocimiento bueno ⁴⁵. Bazán R. en su estudio el 50% presentó nivel de conocimiento medio seguido por 27.5% nivel bajo.⁴⁶

En un estudio realizado en México Téllez, el conocimiento global sobre lactancia materna se encontró que el 69% presentó un nivel medio⁵⁷; al igual que en este estudio las participantes poseían un nivel de conocimiento inadecuado antes de

la intervención, aunque fue incrementado posterior a la misma, dando cumplimiento al objetivo de la intervención.

Por su parte Gracia Méndez et al. ⁵⁸ reveló que el 55,7 % presentó un nivel de conocimiento adecuado luego de la intervención, aun así, refiriere existir desconocimiento sobre la importancia del tiempo de duración de la misma. Resultado que se acerca al encontrado en esta investigación.

Por su parte Chu et al. ⁵⁹ obtuvo como resultado final un incremento en el nivel de conocimiento sobre estas técnicas posterior a la intervención en el 32,5 % de las participantes. En la presente investigación este nivel de conocimiento ascendió en un porcentaje mucho mayor de embarazadas.

En otro estudio realizado por Rodríguez ⁶⁰ obtuvo como resultados en relación al nivel de conocimiento general se apreció que las embarazadas en la encuesta inicial obtuvieron un nivel de conocimiento en su mayoría bajo con 25 que representó 65%, con la aplicación del programa predomina el nivel de conocimiento alto con 29 para 76.3 % del total.

Brindar información sobre este tema a futuras madres proporciona al recién nacido una mejor calidad de vida, contribuye a la disminución de enfermedades frecuentes en estas edades, y a largo plazo disminuye el riesgo de comorbilidades. También otorga beneficios a las madres sobre todo de tipo psicológico pues fortalece la relación madre e hijo.

Es de opinión de la autora que es importante e imprescindible, aplicar las técnicas de promoción sobre lactancia materna por el personal médico y de enfermería, además del personal autorizado. Así como, intervenir de una forma adecuada sobre los principales factores o barreras que sean identificados y que impiden un adecuado mantenimiento de la lactancia materna, para modificar las brechas existentes relacionadas con este tema, tan importante para la sociedad, el niño y la familia. Además, se debe insistir en cada área de salud el cumplimiento de las consultas de puericultura prenatal, entre las 26 y 28 semanas de gestación, punto clave para la enseñanza y aprendizaje de los cuidados del recién nacido, y dentro de estos, las técnicas de amamantamiento, tipos de leche materna y las ventajas o beneficios de la lactancia materna.

La LM exclusiva es un acto de amor que lamentablemente aun por desconocimiento, por mitos, por una mala práctica se puede ver afectada y es importante saber que todos los niños tienen derecho a ser amamantados por los múltiples beneficios ya mencionados.⁶¹

Conclusiones.

El grupo etario de mayor incidencia fue 18 a 35 años, el nivel escolar el nivel medio, las gestantes con unión consensual. Se diagnosticó un conocimiento insuficiente de las embarazadas sobre conocimientos generales y por temas de la lactancia materna antes de la intervención. Con la aplicación de la intervención educativa se logró modificar los de conocimientos generales sobre la lactancia materna.

Recomendaciones.

Generalizar el uso de este proyecto de intervención en nuestra área de salud y otras áreas con el objetivo de lograr el incremento los conocimientos sobre la lactancia materna en las embarazadas para que de este modo se enfrenten a este acto cuando se conviertan en puérperas con una mejor preparación y sin tabúes logrando así su exclusividad hasta el sexto mes de vida del lactante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burgio M, Lagana A, Sicilia A, Prosperi Porta R, Porpora M, Ban Frangez H, et al. Breastfeeding Education: Where Are We Going? A Systematic Review Article. *Irian Journal of Public Health*. 2019; 45(8):970-7.
2. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Haizea B, Santa L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*. 2019; 29(1):4-9.
3. Novillo-Luzuriaga N, Robles-Amaya J, Calderón-Cisneros J. Beneficios de la lactancia materna y factores asociados a la interrupción de esta práctica. *Enferm. investig.* [Internet]. 9 de octubre de 2019 [citado 18 de octubre de 2023];4(5):29-35. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/729>
4. Torre P, Salas M, Silva CI. Desafíos para la promoción de la salud: El caso del mercado de las Fórmulas Infantiles en México. *Glob Health Promot*. 2020 [acceso 20/11/2021];27(2):175-83. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31033418/>
5. Robles Mirabal V, Fonseca León Y, Serrano Díaz C, Barrios Rodríguez T, Kin Rodríguez G, Álvarez Rodríguez C. Comportamiento de la lactancia materna. *Consultorio Médico de Familia No. 16. Policlínico "Manuel Piti Fajardo". Revista Médica Electrónica*. 2019; 41(3):655-68.
6. Cortés-Rúa L, Díaz-Grávalos GJ. Early interruption of breastfeeding. A qualitative study. *Enferm Clin*. 2019 [acceso 20/11/2021];29(4):207-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30638896/>
7. Muñoz R, Rodríguez M. Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de Madrid. *Enfermería*. 2020; 6(1): 19-24.
8. Martínez L, Hermosilla M. Razones de abandono de lactancia materna en madres con hijos menores de 2 años. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. 2019 [acceso: 31/12/2022]; 15(2):73-8. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v15n2/1812-9528-iics-15-02-00073.pdf>

9. Romero Pacheco A. La lactancia materna a través de la historia. una práctica de beneficio para la madre y el niño. Rev. Med. Colombia. Bogotá: Ed. Med. Y Enf. 2020. (78) 890-932
10. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2021 [citado 2022 30 de agosto]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
11. Martínez Pupo R, Almaguer Mejías Y. Intervención educativa sobre lactancia materna en gestantes del Grupo Básico de Trabajo 1 de enero a marzo de 2020. Holguín 2021 [Tesis]. Holguín: Universidad De Ciencias Médicas De Holguín; 2021.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública (Minsap). Dirección Nacional de Estadísticas. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. Monitoreo de la Situación de los Niños y las Mujeres. La Habana: Minsap; 2019.
13. López M, Beatriz E, Martínez G, Leidy J, Zapata L, Natalia J. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Rev Fac Nac Salud Pública. 2019 Mar; 31(1):117-26.
14. Estrada Rodríguez J, Amargós Ramírez J, Reyes Domínguez B, Guevara Basulto A. Intervención educativa sobre lactancia materna. AMC [serie en Internet]. 2017 [citado 6 de Abril de 2020]; 14(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000200?=
15. Rodríguez Avilés DA, Barrera Rivera MK, Tibanquiza Arreaga LP, Montenegro Villavicencio AF. Beneficios inmunológicos de la leche materna. RECIAMUC. 2020;4(1):93-104. DOI:10.26820/reciamuc/4.
16. Gorrita Pérez RR, Bárcenas Belló Y, Gorrita Pérez Y, Brito Herrera B. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. Rev Cubana Pediatr [serie en Internet]. 2014 Jun [citado 6 de Abril de 2022]; 86(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312014000200006 &lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

17. Gorrita Pérez RR, Brito Linares D. Deseos, aptitudes y conocimientos de las gestantes sobre lactancia materna: algunos factores asociados. *Revista de Ciencias Médicas La Habana*. 2017; 17(2).
18. MINSAP-UNICEF. Dirección Nacional Materno Infantil. Manual de lactancia materna. Ciudad de La Habana: Ed. Ciencias Médicas. 2022.
19. Bunge MD. Teoría del Conocimiento. España: Origen del conocimiento. 2020, 2(8):3
20. Davenport T, Prusak L. El conocimiento humano [Internet]. 2nd ed. Cuba: Harvat Bussines School Press; 2013 [cited 9 August 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102494352006000100003.
21. Segarra Cipres M, Bou Llusar J. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. *Rev. Economía y empresa* [Internet] 2013 – 2010 [cited 16 August 2022]. p. 175-196. URL disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2274043>.
22. Salido, R. <http://definicion.de/practica/Definiciondepractica>, (2013).
23. Gonzales C. Manual práctica de lactancia materna. 2004. Barcelona´.
24. Hernández Gamboa E. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. *Rev. Enf Actual en Costa Rica* [en línea]. 2008, No.15 [2017 oct 8]. Disponible: <http://www.revenf.ucr.ac.cr/genealogiahistorica.pdf>.
25. OMS, LIVª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Ginebra. 2015. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño; Informe de la Secretaría. Consultado el: 11 de 12 de 2017).
26. Rivera Ledesma E, Bauta León L, Fornaris Hernández A, et al. Factores determinantes de la lactancia materna exclusiva: Policlínico "Aleida Fernández". 2015. *Rev habancien cméd* [Internet]. 2017 [citado 23/03/2023]; 16(6):879-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2017000600005&lng=es
27. Gorrita Pérez RR. Respuesta: Semana mundial de lactancia materna y su impacto en países sudamericanos. *Rev cubana Pediatr* [Internet]. 2017 [citado

23/03/2020]; 89(1):103-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000100014&lng=es

28. Ortega VG. Ventajas de la lactancia materna para la salud bucodental. Rev Cubana Ortod 2015;13(1):53-4.

29. Barbosa BM, Palma D, Domene SMA, Taddei JAAC, López FA. Factores de riesgo asociados al abandono precoz de la lactancia materna. Rev Paul Pediátrica 2019; 27: 272-81.

30. Villanueva M, Alvarez J, Peña L. Factores condicionantes de la lactancia materna durante el puerperio inmediato en el Hospital Universitario MaternoInfantil de Canarias. Rev española Nutr Comun 2020; 14: 30-41.

31. Prendes, M.; M. Vivanco; R. Gutiérrez; W. Guibert. 2009. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. Rev. Cubana Med Gen Integr.

32. Osorno J. Hacia una feliz lactancia materna. Texto práctico para profesionales de la salud. Editorial Gente Nueva, 2017:47-66.

33. Gandarias, A.; A. Nuñez; Vaillant, G. 2016. El inicio de la lactancia materna durante el alumbramiento en el Hospital Materno Norte de Santiago de Cuba. Rev. Cubana Enfermer. 2016 12(1).

34. Mederos Molineda K. Abandono de la Lactancia materna en menores de seis meses. Jimaguayo. Máster en atención Integral al niño (tesis). Camagüey: Instituto superior Carlos J Finlay; 2008.

35. Ley Chang Z, Torres Clúa A, Arreguitía Ortiz O, Bermúdez Martín LP, Muro Ley Y. Caracterización de la lactancia materna en lactantes del Grupo básico de Trabajo 3. Policlínico XX Aniversario. Acta Med. del centro. 2017; 6 (4).

36. Ruiz Silva María Dolores, Pouymiró Brooks Yalili, Dumas Nicó Yermína Alejandra. Lactancia materna exclusiva a menores de seis meses pertenecientes al Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba. MEDISAN [revista en la Internet]. 2017 Feb [citado 2022 oct 8]; 18(2): 226-234. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>

37. Palmero Pérez N. Comportamiento de la lactancia materna en niños de cero a seis meses en el consejo popular Argentina Sur. Máster en atención Integral al niño. (Tesis) Las Tunas: Universidad de Ciencias Médicas Las Tunas; 2009.
38. Díaz Argüelles V. Lactancia materna: evaluación nutricional del recién nacido. Rev Cubana Ped 2017; 77.
39. Rey A, YaipenAyca A, Risco Denegri RV, Pereyra Elías R. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva en una muestra de madres de Lima, Perú, 2013. Archivos de medicina. (Internet).2017(Citado 5 de abril 2023); 87(3).Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5209186>.
40. González-de Cossío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell D, Shamah-Levy T, Rivera-Dommarco JA. La lactancia materna exclusiva en menores de seis meses se asocia con un mejor peso para la longitud en hogares con inseguridad alimentaria en México. Salud pública de México [Internet]. 2016 [Citado 12 de julio de 2023]; 56 (supl 1). Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002982>
41. Remigio R, Pérez G. Impacto de la lactancia materna sobre la morbilidad en el primer año de vida. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [Citado 10 de sept del 2020]; 10(1): [Aprox 10p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10_supl1_%202004/articulos/t-3.html
42. Coronado Iglesias M, Sánchez Negrín O, Rodríguez Mendiola A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre lactancia materna en madres con niños de cero a 1 año de edad, que acuden al Centro de Salud No 1 de la Ciudad de Tulacán Provincia del Carchi de Enero_Agosto del 2010.Universidad de Técnica del Norte, 2021.
43. Palomino M. Nivel de conocimiento, prácticas y actitudes sobre lactancia materna exclusiva en madres primíparas de niños menores de 6 meses. Puesto de Salud Chontapaccha- Cajamarca 2020. [Internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022. <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4976>

44. Barboza A. Morales S. Conocimiento y práctica de lactancia materna exclusiva en madres de niños menores de 6 meses que acuden al Centro de Salud Condorillo, Chíncha 3 2021. [Tesis]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021.

<http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/1124/1/BARBOZA%20-%20MORALES.pdf>

45. Panduro K. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en puérperas atendidas en la IPRESS I-4 Bellavista Nanay, 2020. [Tesis]. Loreto: Universidad Científica del Perú; 2022.

<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1663/KATHERINE%20FIORILA%20PANDURO%20TELLO%20%20TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

46. Bazan R. Quispicondor R. Talaverano G. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en madres de lactantes menores de seis meses que asisten al centro de salud Alta Mar, Callao 2019. [Tesis]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2021.

http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5895/TESIS%20PREGRADO_BAZAN_QUISPICONDOR_TALAVERANO_FCS_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

47. Sangama G, Bartra M. Lactancia materna en Comunidades Nativas: Conocimientos y prácticas en madres de Chiricyacu y Aviación - Distrito de San Roque. Periodo junio - noviembre 2018. [tesis]. Tarapoto: Universidad nacional de San Martín; 2019. <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/337>

49. Aroca S. Muñoz R. Técnicas y posturas de amamantamiento en las madres de niños menores de 1 año que asisten a un subcentro de salud de la ciudad de Guayaquil. [tesis]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7499>

49. Marghel P, Latinovic L, Leyva AG. Propuesta de intervención para promover una práctica correcta de la lactancia materna exclusiva en adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco, México 2013. [Tesis]. México: Escuela de Salud Pública de México; 2013.

50. Veramendi Espinoza LE, Zafra Tanaka JH, Ugaz-Soto LM, Villa Santiago NM, Torres-Bravo LA, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia materna en madres de niños de comunidad rural peruana y su asociación con la diarrea aguda infecciosa. CIMEI. [Internet]. 2012 [cited 2023 junio 14]; 17(2):8288. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71729116006>
51. Cuentas Mamani G, Quispe Coaquira N. Conocimientos y Actitudes hacia la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes con niños de 0-6 meses que acuden al puesto de Salud Canchi Grande Juliaca 2015. [Tesis]. Perú: Universidad Peruana Unión; 2015. Disponible en: http://repositorio.upeu.edu.pe:8080/bitstream/handle/UPEU/243/Gladys_Tesis_bachiller_2015.pdf
52. Sota Peña LE. Actitudes y prácticas de lactancia materna exclusiva en madres primerizas que acuden al Hospital Antonio Lorena – cusco 2017. [Tesis]. Cusco – Perú: Universidad Andina de Cusco; 2017. Disponible en: http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/1156/3/Liseth_Tesis_bachiller_2017.pdf
53. Gorrita Pérez Remigio Rafael, Ortiz Reyes Daniurkys, Alfonso Hernández Lázaro. Tiempo de lactancia materna exclusiva y estructura familiar. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2016 Mar [cited 2023 junio 14] ; 88(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000100006&lng=es
54. Guerra Domínguez E, Cueto Montoya JE, Machado Solano AM, Sánchez Hidalgo MR, Valdés Madrigal Factores maternos asociados a prácticas alimentarias con lactancia materna exclusiva. Multimed. Bol [Internet]. 2020 mayo.-jun. [citado 2020 Nov 14]; 24(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102848182020000300616&lng=es&nrm=iso&tlng=es
55. Aguirre Tapia PV, Changana Sosa IG. Intervención educativa en el conocimiento y prácticas sobre lactancia materna exclusiva en madres, puesto de salud de carquin 2020–2021. Huacho–Perú. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. 2021 [citado 23/03/2021]. Disponible en: <http://repositorio.unifsc.edu.pe>

56. Paredes Juárez E, Trujillo Orozco LA, Chávez Fernández MA, Romero Anguiano A, León Sánchez D, Muñoz-Cortés G. Conocimiento y práctica sobre lactancia materna de mujeres primigestas derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar. RevEnfermInsMex Seguro Soc. [Internet]. 2019 [Citado 17 junio 2023]; 26 (4):239-47. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim184c.pdf>
57. Téllez-Pérez E, Romero-Quechol GM, Galván-Flores GM. Conocimiento sobre lactancia materna de mujeres puérperas que acuden al primer nivel de atención. Rev Enferm IMSS. 2019;27(4):196-205.
58. García Méndez LF, Salazar Romero AE, Perdomo Torres AX, López Benavides IR. Conocimiento sobre lactancia materna exclusiva en primigestantes que asisten a control prenatal en Neiva, 2020. Rev Neuronum [Internet]. 2020 [citado:23/03/2023];6(3):7-24. Disponible en: <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/268/294>
59. Chu M, Soca CV. Efecto de la intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre lactancia materna en madres del AA.HH. Oropeza Chonta, 2019. Facultad de ciencias médicas escuela profesional de enfermería. Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería. LIMA–PERÚ [Tesis].2019 [citado 23/03/2023]. Disponible en:<https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/37051>
60. Rodríguez Reyes D, Rodríguez Rodríguez A. Intervención educativa sobre lactancia materna exclusiva aplicado a embarazadas, consultorio 22. Báguanos 2018-2019.” [Tesis de pregrado] Cuba. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. 2019.
61. Zeña N. Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de la técnica de lactancia materna en madres lactantes del Hospital Regional de Loreto, 2020 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2023.

Anexo. 1 Consentimiento Informado Institucional.

El que suscribe: _____

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en que nuestra institución participe en el proyecto de investigación titulado "Intervención educativa sobre lactancia materna exclusiva aplicado a embarazadas, consultorio 16 area IV con previa explicación recibida por parte del Dr. Juan Miguel Guerra Cabrera. Nos fue explicada la importancia de la investigación

- Se mantendrá la confidencialidad de los datos personales a los que solo tendrán acceso las personas vinculadas a la investigación.
- Se nos ha explicado claramente las actividades incluidas en el estudio, sus objetivos y los medios que serán utilizados en la misma.
- Nuestro consentimiento de permitir el desarrollo del estudio es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendrá ninguna implicación en la relación con el personal de salud.
- Puede retirarse la institución en cualquier momento del protocolo de investigación que lo crea necesario sin que sea necesario explicar las causas y sin que esto afecte la relación con el personal de salud.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con el autor a los ____ días del mes de _____ del _____

Firma del Director de la Institución

Firma Jefa del Proyecto

Anexo 2 Consentimiento Informado de embarazadas

A través de la presente yo: _____ con carné de identidad _____, doy mi consentimiento para participar como objeto de estudio en el trabajo investigativo titulado: "Intervención educativa sobre lactancia materna exclusiva aplicado a embarazadas, consultorio 16 area IV.

Afirmo que mi participación es completamente voluntaria. Conozco todo lo referente a dicho estudio, que no voy a sufrir daño físico o mental y que mis datos estarán estrictamente protegidos. Cooperaré con el estudio y a pesar de que se me explicó que puedo abandonar la investigación en cualquier momento, si así lo estimo pertinente, sin que deba dar explicaciones acerca de mi decisión, lo cual no afectará mis relaciones con el personal de salud a cargo de la misma. Acudiré a consulta cuando sea necesario, con el fin de que sean obtenidos los resultados de la forma más satisfactoria posible. He realizado todas las preguntas que considere necesarias acerca de la investigación, y en caso de que desee aportar algún nuevo dato o recibir más información sobre el estudio, conozco que puedo dirigirme a: Dra. Lianet Martínez Castellanos.

Teniendo en cuenta estos elementos, acepto participar en la investigación y como constancia de mi decisión firmo la presente a los ____ días del mes de _____ del año _____. Firma _____.

Miembro del Proyecto _____ Firma _____

Anexo 3: *Cuestionario de recolección de datos*

Encuesta.

Este proyecto forma parte de un trabajo investigativo relacionado con sus conocimientos acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva. Por ello necesitamos de su colaboración al responder el siguiente cuestionario. Les anticipamos nuestro agradecimiento. Datos generales

I- Edad: _____

II- Escolaridad:

___ Ninguna. ___ Primaria ___ Secundaria ___ Nivel medio ___ Universitario

III- Estado civil: 1___ soltera 2___ casada. 3___ Unión Estable

1- Ofrecer leche materna exclusiva, es reconocido como el medio ideal para lograr de forma armónica el crecimiento y desarrollo del niño. ¿Sabe usted que significa el término "exclusivo" en la lactancia materna?

___ Solo se le ofrece agua además de leche materna.

___ Solo se le ofrece leche materna.

___ Además de leche materna puede recibir leche artificial.

2- La lactancia materna debe ser obligatoria y exclusiva hasta:

a) ___ Tres meses.

b) ___ Cuatro meses.

c) ___ Seis meses.

d) ___ No sé.

3- ¿Cada cuánto tiempo se le debe administrar leche materna al bebé?

a) ___ Cada 3 horas.

b) ___ Cada vez que lo pida el bebé. (A libre demanda).

c) ___ Desconozco.

4- ¿Considera usted que la leche materna ofrece más ventajas que otro tipo de leche?

a) ☐ Sí.

b) ☐ No.

c) ☐ No se.

5- Marque con una x la opción correcta ¿A quién proporciona beneficios la lactancia materna?

a) ☐ a la madre

b) ☐ al niño

c) ☐ a ambos

d) ☐ al padre

6- Entre los beneficios que reporta la lactancia materna exclusiva para la madre podemos encontrar:

a) ☐ Disminuye el riesgo de osteoporosis.

b) ☐ Ayuda a la aparición del cáncer de mama.

c) ☐ Ayuda a recuperar el peso corporal tras el embarazo.

d) ☐ Disminuye la incidencia de cáncer de mama y de ovarios.

e) ☐ Constituye un método anticonceptivo.

f) ☐ Limita el sangrado después del parto.

g) ☐ Favorece el crecimiento del cabello.

h) ☐ Menor costo económico.

7- Marque con una x los beneficios que usted considere provee la lactancia materna al niño:

a) ☐ Permite un mejor crecimiento.

b) ☐ Previene la desnutrición

c) ☐ Ayuda a la rápida recuperación de las enfermedades.

- d) ☐ Disminuye la frecuencia de caries dentales en el bebé y la necesidad de ortodoncia.
- e) ☐ Permite que el aparato digestivo se desarrolle con rapidez.
- f) ☐ Aumenta las posibilidades de cólicos en el lactante y las diarreas.
- g) ☐ Disminuye las posibilidades de cólicos en el lactante y las diarreas.
- h) ☐ Les brinda un coeficiente de intelectualidad 8 veces mayor que los niños que no son amamantados.
- i) ☐ Contribuye a la obesidad del niño.

8- La producción de leche en una madre guarda relación con el tiempo y cantidad de tetadas al día. Marque con una x la respuesta correcta.

- a) ☐ Cuantas más veces se le brinde de mamar más leche se producirá.
- b) ☐ Cuantas más veces se le brinde de mamar menos leche se producirá.
- c) ☐ No sé.

9- Usted considera que la insuficiente producción de leche en una madre (hipogalactasia) se debe a:

- a) ☐ Tamaño de los senos.
- b) ☐ Herencia familiar.
- c) ☐ consecuencia del cúmulo variado de motivaciones psicológicas, sociales y culturales.
- d) ☐ Enfermedad o deficiencia natural.

10- La leche materna está compuesta por:

- a) ☐ carbohidratos y proteínas.
- b) ☐ inmunoglobulinas.
- c) ☐ proteínas, lípidos, carbohidratos e inmunoglobulinas.
- d) ☐ proteínas y minerales.

11- Circule las opciones correctas. La posición que la madre debe adoptar con su bebé durante el amamantamiento es:

- a) posición de cuna (vientre con vientre).
- b) posición de fútbol americano.
- c) posición recostada de lado.
- d) posición acostada boca arriba.
- e) todas las anteriores.

Anexo 4

Clave de calificación para la encuesta del anexo 3.

Preguntas	Respuestas correctas	aprobado
1	b	
2	c	
3	b	
4	a	
5	c	
6	a,c,d,e,f,h	5 correctas
7	a,b,c,d,e,g,h	6 correctas
8	a	
9	c	
10	c	
11	a,b,c	2 correctas

Anexo 5

Programa de intervención educativa

Título: “Camino hacia el logro de una lactancia materna exclusiva”

Metodología de las actividades.

Sesión 1

Tema: “Conociéndonos”

Introducción al programa educativo

Objetivos:

Presentación del profesor y de las participantes. (Crear relaciones afectivas entre las mismas.)

Presentar el curso y sus objetivos.

Aplicar cuestionario inicial.

Motivar a la divulgación de los temas impartidos a sus amigas, vecinas u otras personas.

Actividades:

Introducción: Se realizará por parte del autor la presentación de la investigación, además de la presentación de cada participante a través de la técnica: “Presentación cruzada”, ésta consiste en:

Se le indicará al grupo que intercambie información de pareja durante 3 o 4 minutos. Luego cada miembro de cada pareja presenta en plenario al otro integrante de la misma.

Actividad principal: Se abordarán los temas relacionados con la investigación, teniendo en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar, duración y se realizarán algunas preguntas acerca de los mismos.

Se aplicará el cuestionario inicial.

Cierre: Breve resumen de la labor realizada, se precisa cuándo será el próximo encuentro.

Tiempo: 1 hora.

Medios: Humanos

Material mimeografiado

Sesión 2.

Tema: "La lactancia materna exclusiva"

Ventajas sobre la lactancia materna para la madre y para el niño.

Objetivo: Dar a conocer aspectos generales sobre los beneficios de la lactancia materna.

Actividad principal: Se informa el tema específico a tratar en el encuentro y se pide que expresen sus ideas al respecto (lluvia de ideas). Luego se procede a realizar el taller interactivo, haciendo énfasis en los aspectos sobre los que menos hayan comentado o se detecte más desconocimiento. Se utiliza como medio de enseñanza una computadora para mostrar en una presentación de Power Point los elementos relacionados con la temática abordada.

Cierre: Breve resumen de la labor realizada, se precisa cuándo será el próximo encuentro.

Tiempo: 1 hora.

Medios: Humanos. Computadora

Material mimeografiado

Sesión 3.

Tema: "Lactancia materna para una vida feliz y en salud"

Ventajas sobre la lactancia materna para la madre y para el niño.

Objetivo: Dar a conocer aspectos generales sobre los beneficios de la lactancia materna.

Actividad principal: Se informa el tema específico a tratar en el encuentro y se pide que expresen sus ideas al respecto (lluvia de ideas). Luego se procede a realizar el taller interactivo, haciendo énfasis en los aspectos sobre los que

menos hayan comentado o se detecte más desconocimiento. Se utiliza como medio de enseñanza una computadora para mostrar en una presentación de Power Point los elementos relacionados con la temática abordada.

Cierre: Breve resumen de la labor realizada, se precisa cuándo será el próximo encuentro.

Tiempo: 1 hora.

Medios: Humanos. Computadora

Material mimeografiado

Sesión 4.

Tema: “Más tetadas más leche”

Tipos de leche materna y fisiología de las mamas.

Objetivo: Explicar qué se considera como leche materna, su producción y tipos de leche materna.

Actividad principal: Se iniciará con un recordatorio del tema del encuentro anterior. Luego se proyectará un breve video documental de 20 minutos de duración donde se expondrán algunas consideraciones del tema. Posteriormente se pedirán comentarios y el grupo aclarará dudas con el apoyo del moderador.

Cierre: Breve resumen de la labor realizada y precisar cuándo será el próximo encuentro.

Tiempo: 45 min.

Medios: Humanos. TV Y DVD

Material mimeografiado

Sesión 5.

Tema: “Adecuada posición y composición de la leche”.

Principales técnicas de amamantamiento y composición de la leche materna.

Objetivos: Orientar sobre las principales técnicas de amamantamiento y explicar cada una, así como la composición de la leche materna.

Actividad Principal: Será aplicada la técnica de trabajo en equipo o método participativo, ésta consiste en que el alumno sea el protagonista de estos procesos de aprendizaje lo que permitirá una discusión amplia del problema.

Por parte del autor se enfatizará en el tema.

Cierre: Para lograr la consolidación de conocimientos se aplicará la técnica participativa las matemáticas donde el que se equivoque o demore más de 10 segundos en mencionar el número deberá responder una pregunta sobre el tema.

Se precisará cuando será el próximo encuentro.

Tiempo: 1 hora.

Medios: Humano.

Pizarra.

Tizas.

Material Mimeografiado.

Sesión 6.

Tema: "Final del camino"

Conclusiones.

Objetivos: Evaluar el nivel de conocimientos adquiridos después del programa educativo.

Actividad principal: Se aplicará nuevamente el cuestionario, donde se hará la aclaración a las participantes que no es necesario poner su nombre.

Cierre: Se realizará la técnica: PNI que consiste en que, al finalizar la aplicación del cuestionario, las participantes digan los factores positivos, negativos e interesantes de este proceso educativo.

Tiempo: 1 hora.

Medios: Humanos.

Material Mimeografiado

Anexo 6.

Tabla para otorgar las categorías de conocimiento

Tema	Total de respuestas correctas	Categoría de conocimiento	
		Adecuado	Inadecuado
Características de la lactancia materna exclusiva	3	2 ó 3	Solo 1 ó ninguna
Beneficios de la lactancia materna exclusiva.	16	9 ó más	8 ó menos
Producción de leche por la madre que lacta.	2	2	1 ó menos
Composición de la leche materna.	1	1	ninguno
Posiciones adecuadas para lactar	3	2 ó más	1 ó menos

