

## ELABORACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE LA CLÍNICA CENTENARIO PERUANO JAPONESA

### Development of an educational intervention for exclusive breastfeeding in the Service of Gynecology and Obstetrics of the Centenario Peruano Japonesa Clinic

Juan P. Matzumura Kasano<sup>1</sup>, Hugo F. Gutiérrez Crespo<sup>2</sup>

#### RESUMEN

**Objetivo:** mejorar la práctica de la lactancia materna exclusiva y; a la vez, concientizar a las madres acerca de los beneficios que trae dicha práctica para que la mantengan hasta los 6 meses establecidos.

**Material y método:** la población sujeto de estudio correspondió a una población de clase socioeconómica media a alta. Se elaboró material didáctico para la enseñanza y se realizaron charlas sobre la lactancia materna exclusiva. La actividad central de capacitación a las madres se dividió en cuatro sesiones: una vez por semana, de 2 horas cada una, según la demanda de madres que tuviera el servicio durante el mes de junio de 2011. Incluyó la toma de un pre-test y un post-test para evaluar el nivel de comprensión de las madres.

**Resultados:** un gran número de madres (91,3%) afirmó que la lactancia materna establece un vínculo de amor con su hijo. Además, el 95,65% terminó conociendo la importancia de la lactancia materna, siendo igual el número de madres que supo que la lactancia materna proporciona agua y nutrientes a sus hijos, mientras que 82,61% de madres afirmó que la lactancia materna protege contra las enfermedades a sus hijos.

**Conclusiones:** la investigación mostró que una intervención educativa en lactancia materna es importante y efectiva para mejorar el conocimiento sobre los beneficios y la práctica de la lactancia materna exclusiva como medio de alimentación.

**Palabras clave:** Lactancia materna, madres, niño

#### ABSTRACT

**Objective:** To improve the practice of exclusive breastfeeding and, at the same time, awareness among mothers about the benefits that brings the practice to keep it set to 6 months.

**Material and Method:** The subject population corresponded to a middle to upper class. Materials and conducted lectures on exclusive breastfeeding were developed for teaching. The core training the mothers was divided into four sessions: once a week, 2 hours each, on demand of mothers who had the service during the month of June 2011. The study included a pretest and a posttest to assess the understanding level of mothers.

**Results:** A large number of mothers (91.3%) stated that breastfeeding establishes a bond of love with their child. In addition, 95.65% ended knowing the importance of breastfeeding, with the same number of mothers who knew that breastfeeding provides water and nutrients to their children, while 82.61% of mothers said that breastfeeding protects their children from disease.

**Conclusions:** The study showed that an educational intervention on breastfeeding is important and effective in improving knowledge about the benefits and practice of exclusive breastfeeding as a means of supply.

**Keywords:** Breastfeeding mothers, child

1) Médico Ginecólogo Obstetra. Profesor Asociado de la FOE de la USMP.

(2) Obstetra. Magíster en Docencia e Investigación en Salud.

#### INTRODUCCIÓN

El institución de salud al cual realizamos la visita observacional durante la primera práctica fue la Clínica Centenario Peruano Japonesa.

Para la determinación de la población sujeto a estudio se evaluó la situación actual de consulta ambulatoria, hospitalización de la clínica,

atenciones por especialidades y número de intervenciones quirúrgicas en los últimos cuatro meses de 2011. Mediante este análisis se determinó que el servicio que recibía mayor número de atenciones por consultas ambulatorias y de intervenciones quirúrgicas correspondió a Ginecología y Obstetricia. Al analizar las causas de atenciones evidenciamos que el principal

motivo de consulta en los consultorios externos del Servicio de Ginecología y Obstetricia era el control prenatal con 337 consultas que corresponden al 24,98% del total de atenciones en el mes de abril del 2011, así como el número de cesáreas correspondía al 48,93% en febrero y abril y las intervenciones quirúrgicas gineco-obstétricas correspondían al 56,58% del mes de enero. Esto nos hizo notar que la atención para gestantes es de suma relevancia en la Clínica y es una población a la cual se puede educar para que brinde la mejor alimentación al recién nacido mediante la lactancia materna exclusiva, la cual ha cobrado especial importancia a nivel sanitario y gubernamental como medida principal para el óptimo crecimiento y desarrollo de la población neonatal y pre-escolar.

Asimismo, de conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se estableció un Reglamento de Alimentación Infantil en el año 2006 que en su título primero artículo 7° de los Comités de Lactancia Materna, señala que “Los establecimientos de salud públicos y privados que cuentan con servicios de maternidad y/o de recién nacidas(os) están en la obligación de contar con un Comité de Lactancia Materna, conformado por un mínimo de tres personas designadas por la máxima autoridad de dichos establecimientos de salud”<sup>1,2</sup>.

Las Direcciones de Salud de las Personas del nivel regional vigilarán el cumplimiento de las funciones de los Comités de Lactancia Materna en el ámbito de su jurisdicción. De esta manera se tuvo conocimiento de la existencia de un Comité de Lactancia Materna de reciente instauración en la Clínica y al conversar con su personal se notificó que existían actividades que podían ser complementadas para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna.

### **Intervención Sanitaria**

El recién nacido recibe atención en Neonatología y las subetapas restantes en el área de Pediatría. El recién nacido por parto en la Clínica recibe automáticamente su vacuna del BCG. Todas las gestantes y púerperas reciben orientación, de parte del Servicio, sobre lactancia materna exclusiva, sus beneficios y el cumplimiento de los 10 pasos; sin embargo aún estas conductas no tienen una sólida implantación en el ideario de las púerperas de la Clínica. Esta inauguró en abril del presente año su Comité de Lactancia Materna, el

cual viene recogiendo datos sobre las púerperas y su salida al alta con lactancia materna exclusiva, uso de fórmula exclusiva o uso mixto. Sin embargo, el Comité en pleno desarrollo aún tiene áreas en las cuales requiere consolidarse.

Al analizar los indicadores de la Clínica en Atención Integral de Salud al Niño, se evidencia que tanto la tasa de mortalidad materna como de mortalidad neonatal es cero. Como lo señala el MAIS, el supuesto detrás de su aplicación es que si atendemos integralmente, mejoramos la atención prenatal, incrementamos la probabilidad de supervivencia del recién nacido en el periodo neonatal.

A diferencia de lo que se puede realizar en un Centro de Salud en el cual es posible establecer una interrelación entre los agentes comunitarios, dada la población a la que va dirigida la Clínica que comprende un amplio sector geográfico sólo a nivel provincial, es difícil elegir actores sociales involucrados con los cuales idear un plan para la comunidad. Todas las mejoras que se apliquen en favor de la promoción y prevención se hacen con fines netamente internos para la óptima atención de los usuarios de la Clínica.

Durante la investigación se estableció comunicación con el Comité de Lactancia Materna, con el cual aunamos funciones para poder llevar a cabo el estudio. Este comité fue creado el 17 de abril del año 2011 y conformado por profesionales de las diferentes áreas de salud, para lo cual se estableció como objetivo principal difundir al personal de salud y al público en general la importancia de los beneficios de la lactancia materna exclusiva para lograr una eficiente atención y cuidado de la alimentación de las niñas y niños.

La función principal del comité de Lactancia Materna es promover y vigilar el cumplimiento del reglamento de Alimentación Infantil (DS N°009-2006-S), así también promover los diez pasos para una lactancia exitosa: estos pasos están orientados a apoyar a las madres y facilitar el logro de sus deseos de amamantar. Además, ofrecen una guía al personal de salud para que puedan apoyar mejor a las madres y fomentar la lactancia materna, estas son:

- a. Implementar una política de lactancia materna escrita de forma participativa
- b. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y la práctica de la lactancia materna.
- c. Brindar apoyo y asesoría a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto.
- d. Enseñar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia si se separan de sus bebés.
- e. Promover el desarrollo del alojamiento conjunto a todas las puerperas.

### Investigación e Intervención

Luego de realizar el análisis situacional de la Clínica, ubicamos que el área de Gineco-Obstetricia tiene gran afluencia de usuarios, donde un gran porcentaje de población gestante se atiende, en la cual existe un Comité de Lactancia Materna en pleno proceso de implementación y crecimiento; es por ello que nuestro problema priorizado fue esta etapa de la vida, y dado esto diseñamos una intervención que buscara lograr cambios en las conductas de las madres gestantes hacia la lactancia materna exclusiva y reforzar lo iniciado por este comité.

Las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez. Las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la estrategia mundial son: lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días) e iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más<sup>3,4</sup>.

Para los países en vías de desarrollo, el abandono precoz de la lactancia materna ha significado efectos a corto plazo sobre la salud del niño menor, aumentando el riesgo de muerte, morbilidad, desnutrición y la frecuencia de hospitalizaciones. Alrededor del 32% de niños menores de cinco años de edad en países en vías de desarrollo presentan baja talla para la edad y el 10% están emaciados (bajo peso para la talla). Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provocan 1,4 millones de muertes y el 10% de la carga de enfermedades entre los niños menores de 5 años. Además, es necesario

considerar el elevado costo económico que representa el reemplazo por leches artificiales de mayor costo de elaboración<sup>5</sup>.

La lactancia materna no sólo ofrece la nutrición perfecta para el bebé en desarrollo, también provee protección inmunológica de valor incalculable contra una larga lista de enfermedades (infecciones respiratorias, alergias, enfermedades del intestino, meningitis, síndrome de muerte súbita del lactante, diarrea y neumonía). Los beneficios del amamantamiento en términos de salud se extienden a la madre. Amamantar reduce el riesgo de cáncer de mama, endometrio y ovario, la osteoporosis y la hemorragia posparto y actúa como un espaciador natural de los nacimientos, asegurando que el cuerpo de la madre tenga tiempo suficiente para recuperarse y prepararse para los futuros nacimientos.

A pesar de la evidencia de los beneficios de la lactancia materna, los conocimientos y prácticas de las madres en el país no son consistentes con estas ventajas. ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) del 2010 reporta que el 68% de los menores de 6 meses de edad son alimentados exclusivamente con leche materna, según el área de residencia. Esta proporción es mayor en el área rural (83,9%) que en el área urbana (59,9%). Al comparar los resultados con ENDES 2007, se observa que las niñas y niños de seis meses de edad con lactancia exclusiva han disminuido en 0,4%. Por ello, la promoción, protección y apoyo a las prácticas de la lactancia materna son actividades esenciales de los sistemas de salud para preservar este recurso natural, pues contribuyen a la crianza de niños más sanos, seguros y felices, por lo tanto, el fomento de la lactancia es una de las herramientas más útiles y de más bajo costo que se puede utilizar a nivel local para contribuir a la salud y bienestar de las madres y al crecimiento y desarrollo de los niños<sup>6,7</sup>.

El objetivo de la investigación fue elaborar un plan de intervención educativa para mejorar la práctica de la lactancia materna exclusiva en las madres atendidas en la Clínica Centenario Peruano Japonesa.

Los objetivos específicos fueron:

- a. Lograr el aprendizaje de los diez pasos de lactancia materna en las madres

- atendidas en la Clínica Centenario
- b. Concientizar y mejorar el conocimiento sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva en las madres atendidas en la Clínica Centenario Peruano Japonesa.
  - c. Describir y analizar la prevalencia del uso de lactancia materna exclusiva antes y después de la intervención en las puérperas atendidas en la Clínica Centenario Peruano Japonesa.
  - d. Reducir el uso de productos sustituyentes de la lactancia materna.

Existen muchas pruebas de los beneficios para la salud de la lactancia materna. La Organización Mundial de la Salud recomienda que todos los recién nacidos sean alimentados exclusivamente con leche materna desde el nacimiento hasta los seis meses de edad. Las revisiones de estudios realizados en países en desarrollo muestran que los niños que no reciben lactancia materna tienen una probabilidad de 6 a 10 veces más de morir durante los primeros meses de vida<sup>11</sup>, en comparación con los niños que son alimentados con leche materna<sup>9, 10</sup>. Muchas de estas muertes son causadas por la diarrea y la neumonía, que son más frecuentes y tienen mayor gravedad entre los niños que son alimentados de manera artificial (con leche artificial comercial). Otras infecciones agudas, como la otitis media, la meningitis por *Haemophilus influenzae* y las infecciones del tracto urinario, son menos comunes y menos graves entre los niños alimentados con lactancia materna<sup>12, 13, 14</sup>. A largo plazo, los niños alimentados de manera artificial tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades que tienen una base inmunológica, como el asma y otras condiciones atópicas; diabetes tipo 1; enfermedad celíaca; colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn. La alimentación artificial también ha sido asociada con un mayor riesgo para desarrollar leucemia durante la niñez<sup>16, 17, 18</sup>. Diversos estudios sugieren que la obesidad, durante la niñez tardía y la adolescencia, es menos frecuente entre los niños amamantados y que existe un efecto dosis-respuesta: a mayor duración de la lactancia materna menor riesgo de obesidad. Este efecto puede ser menos claro en poblaciones donde algunos niños son desnutridos. Una creciente cantidad de pruebas vincula a la alimentación artificial con riesgos para la salud cardiovascular, incluyendo incremento de la presión sanguínea; niveles anormales de

Peruano Japonesa.

colesterol en sangre y aterosclerosis durante la edad adulta<sup>19</sup>. En relación con la inteligencia, un metanálisis de 20 estudios mostró puntajes de la función cognitiva, en promedio, 3,2 puntos más elevados entre los niños que fueron alimentados con lactancia materna, en comparación con niños que fueron alimentados con leche artificial comercial. Esta diferencia fue mayor (alrededor de 5,18 puntos) entre los niños que nacieron con bajo peso al nacer. El incremento de la duración de la lactancia materna ha sido asociado con mayor inteligencia en la niñez tardía y edad adulta; esto puede influenciar la capacidad que tiene el individuo para contribuir a la sociedad. Lactancia materna exclusiva (LME) significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos<sup>20</sup>.

Si la técnica de la lactancia materna es satisfactoria, la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida cubre las necesidades de energía y de nutrientes para la gran mayoría de niños. No son necesarios otros alimentos ni líquidos. Varios estudios han demostrado que si los lactantes sanos reciben lactancia materna exclusiva, no requieren agua adicional durante los primeros 6 meses de vida, incluso en climas cálidos. La leche materna, que está compuesta por un 88% de agua, es suficiente para satisfacer la sed del lactante. Los líquidos adicionales desplazan la leche materna y no incrementan la ingesta total. Sin embargo, el agua y las infusiones son administrados frecuentemente a los lactantes, muchas veces desde la primera semana de vida. Esta práctica se ha asociado con una duplicación del riesgo de diarrea<sup>21</sup>.

Para la madre, la lactancia materna exclusiva puede demorar el reinicio de la fertilidad y acelerar la recuperación del peso que tenía antes del embarazo. Las madres que amamantan de manera exclusiva y frecuente tienen menos del 2% de riesgo para volver a embarazarse durante los 6 meses siguientes al parto, siempre y cuando sigan con amenorrea.

A pesar de que se han demostrado sus beneficios, muchas madres no lactan a sus hijos o si lo hacen es por poco tiempo. Son varios los factores que

influyen en la reducción de la tradicional lactancia, la ansiedad, el estrés, falta de interés. La disminución de la duración de la LME, especialmente en las zonas urbanas, también está relacionada con los nuevos estilos de vida, la incorporación de la mujer al mundo laboral, interferencia con los estudios, la gran influencia en la publicidad de los sucedáneos de la leche materna y la utilización del biberón, entre otros. En Latinoamérica y el Caribe, excluyendo Brasil y México, el porcentaje de lactantes con lactancia materna exclusiva se ha incrementado del 30%, alrededor del 1996, al 45% alrededor del 2006. Según ENDES 2010-Primer Semestre ratifica que la mayoría de las madres alimentan a los menores de seis meses con la leche materna, siendo esta práctica mayor en el área rural (81,2%) que en el área urbana (54,6%). Asimismo, da una alerta que dicha proporción ha disminuido seis puntos porcentuales en el área urbana la misma que se expresa en el promedio nacional cuya proporción disminuyó cinco puntos porcentuales respecto a la ENDES 2009 (de 68,5% a 63,2%)<sup>29</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODO

La población sujeto de estudio correspondió a una población de clase socioeconómica media a alta, con un poder adquisitivo mayor al que usualmente cuenta la población que se atiende en el sector público. Es una población dispuesta a pagar un precio superior a fin de contar con mayor comodidad, reducción en los tiempos de espera, un trato más respetuoso y amable de parte del personal de la clínica, que pueda elegir con quién y dónde atenderse y que aspira a un nivel mayor de satisfacción. Es importante dar cuenta que un 58% de sus usuarios son usuarios externos, afiliados a compañías de Seguros, EPS; por lo tanto, es más difícil aún establecer un vínculo de adherencia entre esta población y su Clínica. El 42% restante son los usuarios que por cuenta propia acuden para su atención en la institución y con los cuales es más factible establecer un vínculo de apoyo, siendo parte de esta población de ascendencia japonesa, vinculada a la Asociación Peruano Japonesa, con la cual existe un nexo económico.

Para la realización de la intervención en el tema de lactancia materna exclusiva se realizaron tres etapas para la elaboración completa de un

- e. de 2 horas cada una, según la demanda de madres que tenga el servicio durante

programa en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Fase preparatoria: en esta fase se revisaron sistemáticamente todos los conceptos sobre lactancia materna exclusiva, modelos de programas de intervención en otras instituciones, hospitales y políticas nacionales de distintos países. Una vez configurado este marco teórico sobre el cual se armaría la intervención se realizó la difusión y distribución del material procesado entre todos los agentes involucrados en la elaboración del programa, entre ellos el Director Médico de la Clínica, el coordinador del Servicio de Ginecología y Obstetricia y el personal del Comité de Lactancia Materna Exclusiva. Parte de la revisión incluyó las técnicas para elaborar material didáctico para las pacientes y formas de perennizar la metodología de enseñanza sobre lactancia materna en los servicios. Estos temas también fueron discutidos con el Comité de Lactancia Materna de la Clínica. Seguidamente se incluyó la elaboración de rotafolios, afiches para periódico mural y trípticos, que sirvieron de material didáctico para realizar la intervención sanitaria en las madres puérperas hospitalizadas en el servicio de Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa. Por último, se acondicionaron los ambientes donde se brindaron las charlas sobre lactancia materna y otros tópicos que necesitaban la implementación de material multimedia y didáctico como maquetas, áreas de lactancia comunitaria entre otros. Todo esto fue registrado y archivado en el servicio para tomarlo como fuente de información en cada una de las siguientes intervenciones que se realicen en el futuro.

Fase de intervención: luego de la elaboración del material y la autorización por la Dirección Médica y Gerencia de la Clínica se acordó con el Comité realizar la intervención en las siguientes sub-fases:

- a. Calendarización de actividades.
- b. Invitación de personal administrativo y profesionales de la salud del servicio para exponer los lineamientos del plan de intervención.
- c. Invitación a las madres que deseen participar de la intervención voluntariamente.
- d. Realización de la actividad central de capacitación a las madres que se dividió en cuatro sesiones: una vez por semana,

el mes de junio. Incluyó la toma de un pre-test y un post-test para evaluar el nivel de comprensión de las madres.

Fase de consolidación de la información: esta fase consistió en la elaboración de la tabla de resultados, el resumen y la difusión de los resultados a todo el personal involucrado en la intervención estratégica para la toma de decisiones.

Asimismo, esta fase se dividió en dos momentos: en la primera etapa se realizó la elaboración del informe final que constata los resultados hallados en la intervención, como son el alta de las madres con lactancia materna exclusiva, fórmula sola o mixta; los resultados de los exámenes tomados a las madres antes y después de la intervención y por último la percepción de la intervención que tuvo la comisión organizadora.

En la segunda etapa se discutió con el Comité de Lactancia Materna la implementación de decisiones y políticas de institución acorde con los resultados obtenidos y los resultados deseados para poder modificar las conductas del personal administrativo y personal de salud orientado a la

mejora del programa de lactancia materna exclusiva que se desarrolla en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa.

## RESULTADOS

La intervención realizada en la Clínica Centenario Peruano Japonesa tuvo una concurrencia de 23 madres que se encontraban en puerperio durante el mes de junio de 2011. Este número representó el 58,97% del total de puérperas del Servicio de Ginecología Obstetricia de la Clínica Centenario Peruano Japonesa durante el mes de junio del 2011.

Las madres que participaron tenían una edad promedio de 31,6 años. El número de hijos que tenía cada madre varió de 1 a 3 hijos, siendo estas en su mayoría primigestas (44%). Por otra parte, el tiempo de permanencia en la sala de puerperio fue de 172,2 minutos (2,87 horas) y el tiempo de inicio de la lactancia materna fue en promedio de 218,6 minutos (3,64 horas) después del parto.

**Tabla 1. Valores promedio de las características principales de las madres que participaron de la charla educacional sobre Lactancia Materna**

Características	Promedio	DE
Edad	31,6	± 5,9
Número de hijos	1,7	± 0,8
Tiempo en sala de puerperio	172,2	± 38,2
Tiempo de inicio de LM (minutos)	218,6	±91,2

Con respecto al tipo de parto, el 39% de madres tuvo un parto eutócico (vaginal) mientras que el 69% (14 madres) restante tuvo un parto por cesárea. La práctica del contacto piel a piel luego del nacimiento del bebé se dio en un 48% de las madres. Al evaluar el tipo de alimentación, se encontró que el 43% (10) de las madres practicaba la lactancia materna exclusiva (LME), mientras que un 35% (8 madres) utilizaba fórmula para la

alimentación de su hijo. El 22% (5 madres) restante usaba ambos recursos.

Las razones que dieron las madres que no utilizaban la LME se observan en la figura 1, donde se aprecia que la principal razón era que no producían suficiente leche (69,23%), seguida por la falta de tiempo que tenían para hacerlo (38,46%). Cabe observar que un 7,69% de las madres no querían dar de lactar a sus hijos.



**Figura 1. Razones que dieron las madres por la que no usaban la lactancia materna exclusiva como método de alimentación de sus hijos.**

Los resultados obtenidos de la evaluación previa a la charla sobre LME se muestran en la Tabla 2. Se observa que un 60,9% de las madres se sienten cómodas dando de lactar a su hijo; el 56,62% respondió que sí volvería a dar de lactar a su hijo en un próximo embarazo; además, el 78,26% de las madres piensa que la lactancia materna establece un vínculo de amor con sus hijos. El 47,83% de madres ya habían recibido anteriormente información sobre lactancia materna. Con respecto a los conocimientos sobre la lactancia materna, se observó que un 56,52% sabe que la lactancia materna es importante; 82,61% de las madres cree que el dar de lactar a su bebé le proporciona agua y nutrientes, y un 60,87% que protege a sus hijos de las enfermedades. Además, un gran porcentaje de madres (73,91%) piensa que la leche de fórmula es igual a la leche materna. Un 47,83% de madres sabe que la lactancia materna puede ser usada como método anticonceptivo.

En cuanto a las acciones complementarias a la lactancia materna, el 34,78% de madres cree que debe darle otro alimento a su hijo en los primeros 6 meses mientras esté lactando. El 52,17% piensa que es bueno el uso de biberones o chupones para alimentar a su hijo. Sobre el contacto piel a piel en los primeros instantes del nacimiento, el 60,87% tiene conocimiento de esta práctica y una misma cantidad de madres cree que esta es importante. En cuanto a las molestias experimentadas durante la lactancia materna, el 52,17% experimenta dolor en los pezones luego de dar de lactar; el 56,62% piensa que la lactancia hará que sus senos no se vean bien; el 60,87% piensa que la lactancia materna dificulta la vida sexual con su pareja; y de un total de 5 madres que respondieron a esta pregunta, el 80% ha respondido que estas molestias han hecho que decida no darle de lactar a su bebé en la actualidad.

**Tabla 2. Resultados del Test efectuado a las madres antes del comienzo de la charla educativa sobre Lactancia Materna Exclusiva.**

PREGUNTA	Sí	%	No	%
¿Se siente cómoda dándole de lactar a su(s) hijo(s)?	14	60,87	9	39,13
Para su siguiente hijo(a), ¿volvería a darle de lactar?	13	56,52	10	43,48
¿Darle de lactar a tu bebé establece un vínculo de amor con él?	18	78,26	5	21,74
¿Sabe Ud. la importancia de dar de lactar?	13	56,52	10	43,48
¿Ha recibido información sobre lactancia materna antes?	11	47,83	12	52,17
¿Darle de lactar a su bebé le da agua y nutrientes?	19	82,61	4	17,39
¿Darle de lactar a su bebé lo protege contra enfermedades?	14	60,87	9	39,13
¿La leche de fórmula es igual a la leche materna?	17	73,91	6	26,09

¿La lactancia puede ser usada como método anticonceptivo?	11	47,83	12	52,17
¿Debes darle otro alimento a tu bebé mientras está lactando durante los primeros 6 meses?	8	34,78	15	65,22
¿Es bueno usar biberones y chupones para alimentar a tu bebé?	12	52,17	11	47,83
¿Conoce lo que es el contacto piel a piel apenas el bebé nace?	14	60,87	9	39,13
¿Es importante el contacto piel a piel apenas tu bebé nace?	14	60,87	9	39,13
¿Siente que le duelen mucho los pezones luego de darle de lactar?	12	52,17	11	47,83
¿Cree Ud. que la lactancia hace que luego sus senos no se vean bien?	13	56,52	10	43,48
¿Cree Ud. que la lactancia dificulta la vida sexual con su pareja?	14	60,87	9	39,13
¿Esas razones han hecho que Ud. decida no darle de lactar a su actual bebé?	4	80,00	1	20,00

Posteriormente se realizó un nuevo test al finalizar la charla educativa, evaluando la mayor parte de las preguntas analizadas en el primer test. Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 3. El número de madres que volverían a darle de lactar a su siguiente hijo aumentó mínimamente (65,22%). Un gran número de madres (91,3%) afirmó que la lactancia materna establece un vínculo de amor con su hijo. Además, el 95,65% terminó conociendo la importancia de la LM, siendo igual el número de madres que supo que la LM proporciona agua y nutrientes a sus hijos, mientras que 82,61% de madres afirmó que la LM protege contra las enfermedades a sus hijos. En este nuevo test, el número de madres que pensaba que la leche de fórmula era igual a la leche materna fue menor

(30,43%); en contraste el número de madres que respondió que la lactancia materna puede ser usada como método anticonceptivo fue mayor (82,61%). Con respecto a las acciones complementarias a la lactancia materna, solo un 8,7% creía que se debe dar otro alimento además de la leche materna al bebé durante los primeros 6 meses. Un 17,39% cree que es bueno usar biberones o chupones para alimentar a su bebé. Por otra parte, el porcentaje de madres que sabía que el contacto temprano piel a piel con su bebé es importante fue de 82,61%. Las creencias con respecto a las molestias ocasionadas por la lactancia materna también variaron. Un 34,78% de madres creía que la lactancia materna haría que sus senos no se vean bien, y un 21,74% creía que dificultaría la vida sexual con su pareja.

**Tabla 3. Resultados del test efectuado a las madres después de la charla educativa sobre lactancia Materna exclusiva.**

PREGUNTA	SÍ	%	NO	%
Para su siguiente hijo(a), ¿volvería a darle de lactar?	15	65,22	8	34,78
¿Darle de lactar a tu bebé establece un vínculo de amor con él?	21	91,30	2	8,70
¿Sabe Ud. la importancia de dar de lactar?	22	95,65	1	4,35
¿Dar de lactar a su bebé le da agua y nutrientes?	22	95,65	1	4,35
¿Darle de lactar a su bebé lo protege contra enfermedades?	19	82,61	4	17,39
¿La leche de fórmula es igual a la leche materna?	7	30,43	16	69,57
¿La lactancia puede ser usada como método anticonceptivo?	19	82,61	4	17,39
¿Debes darle otro alimento a tu bebé mientras está lactando	2	8,70	21	91,30

durante los primeros 6 meses?

¿Es bueno usar biberones y chupones para alimentar a tu bebé?	4	17,39	19	82,61
¿Es importante el contacto piel a piel apenas tu bebé nace?	19	82,61	4	17,39
¿Cree Ud. que la lactancia hace que luego sus senos no se vean bien?	8	34,78	15	65,22
¿Cree Ud. que la lactancia dificulta la vida sexual con su pareja?	5	21,74	18	78,26

## DISCUSIÓN

En esta intervención se obtuvo la participación de 23 madres con una edad promedio de 31,6 años, similar a la intervención realizada por Rodríguez et al, en cuya intervención el grupo predominante fue el de 30 – 34 años. Las intervenciones realizadas en Cuba por el grupo del Dr. Rodríguez Delgado y el grupo de la Dra. Estrada también describieron el nivel educativo de las madres con relación a la práctica de la lactancia materna, lo cual no fue realizado en este trabajo<sup>32, 33</sup>. Se observó en este trabajo que la razón principal que manifestaron las madres para no dar de lactar a sus hijos fue la hipogalactea (no producen suficiente leche), razón presente en el 69,23% de las madres. En el estudio de Serra et al, la razón principal fue la incorporación a las actividades sociales del niño (22,4%), mientras que la hipogalactorrea representó tan solo el 6,1%<sup>34</sup>.

En esta intervención se observó que los conocimientos de las madres sobre la lactancia materna mejoraron en cierta medida, sobre todo en cuanto a las ventajas que ofrece la lactancia materna para los bebés, también se observó una disminución en la creencia de que la lactancia materna tiene desventajas para la madre como perjudicar la apariencia de sus senos o afectar la vida sexual con su pareja. Esto contribuye a una mejora de la actitud de las madres frente a la lactancia materna. En comparación con la intervención realizada por Rodríguez et al, se observó un aumento en el conocimiento de las madres sobre la lactancia materna luego de la intervención educativa. Esto se evidencia por un aumento del porcentaje de madres que alcanzó una evaluación de bien de aproximadamente 56% (de 14,54% a 70,9%) y un aumento de casi 13% de resultados de 'muy bien' en la evaluación<sup>32</sup>. Por otro lado, la intervención de Estrada et al alcanzó una mejora de cerca de 65% (de 35% a 100%) en cuanto al conocimiento de las ventajas que ofrece la lactancia materna<sup>33</sup>. En otro estudio

realizado por Serra et al, en el que se compararon dos cohortes de madres diferenciadas por la implementación de una intervención educativa sobre lactancia materna en una de las cohortes, se observó que el grupo que recibió la intervención tenía un mejor conocimiento sobre las ventajas para el hijo y la madre que ofrece la lactancia materna. Cabe resaltar que los mismos autores evaluaron además el conocimiento de las técnicas de la lactancia materna y el tiempo de duración del estudio fue mayor en comparación con el presente trabajo<sup>34</sup>.

## Conclusiones

La realización de esta intervención mostró que una intervención educativa en lactancia materna es importante y efectiva para mejorar el conocimiento sobre los beneficios y la práctica de la lactancia materna exclusiva como método de alimentación. Además, a pesar de las intervenciones, persisten algunas malas creencias que pueden perjudicar la práctica de la lactancia materna, por lo cual es recomendable realizar futuras intervenciones que pongan énfasis en tratar de erradicar o corregir estas creencias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley General de Salud. Ley N° 26842. Artículo 7. (2006).
2. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington: OPS; 2010.
3. Juez G, Díaz F, Peralta M. Lactancia Materna Exclusiva: Crecimiento del Lactante en un Grupo Seleccionado de Niños Chilenos. Revista Chilena de Pediatría 2003; 55(4): 225-230.
4. León N, Lutter C, Martín M. Cuantificación de los beneficios de la Lactancia Materna:

- reseña de la evidencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2002.
5. UNICEF, MINSA. Promoción y apoyo a la lactancia materna en establecimientos de salud amigos de la madre y el niño. Ministerio de Salud del Perú y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 2009.
  6. Gonzalez I, Huespe M, Auchter M. Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina*, 2008; 177 (2): 34-54.
  7. Fewtrell MS. The long-term benefits of having been breastfed. *Current Paediatrics*, 2004, 14:97-103.
  8. Organización Mundial de la Salud. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization, 2007.
  9. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and childhood mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, 2000, 355:451-455.
  10. Bahl R et al. Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83: 418-426.
  11. Bachrach VR, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory diseases in infancy: a meta-analysis. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2003, 157:237-243.
  12. Marild S et al. Protective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatrica*, 2004, 93:164-168.
  13. Oddy WH et al. The relation of breastfeeding and Body Mass Index to asthma and atopy in children: a prospective cohort study to age 6 years. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:1531-1537.
  14. Sadauskaite-Kuehne V et al. Longer breastfeeding is an independent predictive factor against development of type 1 diabetes in childhood. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 2004, 20:150-157.
  15. Akobeng AK et al. Effect of breastfeeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Archives of Diseases in Childhood*, 2006, 91:39-43.
  16. Kwan ML et al. Breastfeeding and the risk of childhood leukaemia: a meta-analysis. *Public Health Reports*, 2004, 119:521-535.
  17. Harder T et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 162:397-403.
  18. Martin RM, Gunnell D, Davey Smith G. Breastfeeding in infancy and blood pressure in later life: systemic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 2005, 161:15-26
  19. Owen CG et al. Infant feeding and blood cholesterol: a study in adolescents and a systematic review. *Pediatrics*, 2002, 110:597-608.
  20. Victora C et al. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*, 1987, 330:319-322.
  21. Arifeen S et al. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhoea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics*, 2001, 108:1-8.
  22. Kramer M et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 months of exclusive breastfeeding. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 78:291-295.
  23. Butte N, Lopez-Alarcon MG, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the Amenorrhoea. III. Pregnancy during breastfeeding. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertility and sterility*, 1999, 72:431-440.
  24. LINKAGES. Exclusive breastfeeding: The only water source young infants need. FAQ Sheet 5 Frequently Asked Questions. Washington DC: Academy for Educational Development; 2002.
  25. The World Health Organization Multinational Study of Breast-feeding and Lactational
  26. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol*. 2004; 554:63-77.
  27. WHO. Global Data Bank on Infant and Young. *Child Feeding*, 2009.
  28. UNICEF. Progress for children: a world fit for children. Statistical Review Number 6. New York: UNICEF; 2007.
  29. Salinas W, Valenzuela R, Valdivia S, Blitchtein D, Flores M, Lino J, Cuevas C, Munayco C, Sachún M, Campos J. Documento técnico: lineamientos de first six months of life. Geneva: World Health Organization, 2002.

- gestión de la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable. Lima: MINSA; 2011.
30. Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA). Plan Operativo Institucional U.E. 005: PRONAA - Año 2011. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES). Lima: PRONAA; 2010.
  31. Organización Mundial de la Salud / 107ª Reunión Ginebra, 54 Asamblea Mundial de la Salud. EB 107 R16. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS, 2001.
  32. Rodríguez C, Prieto M, Payan M, Quesada M. Intervención educativa sobre lactancia materna. Archivo Médico de Camagüey [en línea] 2010, 14 (3). [citado 03 de julio de 2011] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=211114981005>> ISSN
  33. Estrada J, Amargós J, Reyes B, Guevara A. Intervención educativa sobre lactancia materna. Archivo Médico de Camagüey [revista en la Internet]. 2010. 14 (2) [citado 03 julio 2011]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_ar](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_ar)
- tttext&pid=S1025-02552010000200009&Ing=es.
34. Serra E, Solarana J, Cruz R, Parra C, Serra Y. Intervención educativa sobre efectividad de la lactancia materna en la policlínica "Mario Gutiérrez Ardaya". *Corr Med Cient Holg* 2008; 12(1).

**Correspondencia:**

Juan P. Matzumura Kasano  
Correo electrónico:  
jmatzumura@yahoo.com

Recibido: 14/10/11

Aceptado para su publicación: 24/01/12