

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA



TÍTULO: Intervención educativa sobre lactancia materna a mujeres en edad fértil del consultorio 1. Área de salud Primero de Enero.

Autora: Dra. Yanaimy Pina Chaviano.

2018

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Intervención educativa sobre lactancia materna a mujeres en edad fértil del consultorio 1 .Área de salud Primero de Enero.

Trabajo de Terminación de Especialidad para optar por el título de Médico Especialista de Primer Grado en MGI

Autora: Dra.Yanaimy Pina Chaviano.

Residente 2do año en MGI.

Policlínico Universitario José Agustín Más Naranjo.

Tutor: Dra. Yesenia Miranda León.

Especialista de Primer Grado en MGI.

Profesor Asistente

Máster en asesoramiento Genético.

Policlínico José Agustín Más Naranjo.

2018

Pensamiento:

“... en el campo de la atención primaria tengo la impresión que Cuba ha encontrado el sistema ideal más avanzado del mundo; tendremos una atención óptima desde la base desde el niño que nace hasta el anciano.

El médico de familia es un paso colosal de avance en la atención primaria de salud que se brinda a la población, una cosa excelente”.

Fidel Castro.

Agradecimiento:

Se me hace difícil en breves líneas mi más profundo agradecimiento a todas aquellas personas que de una forma u otra me han ayudado a la realización de este trabajo, a todos GRACIAS.

Dedicatoria:

Le agradezco en primer lugar a Fidel Castro Ruz y a Nuestra Revolución por darme la oportunidad de formarme como profesional.

A mis padres y familia, porque siempre confiaron en mí.

A mis amigos, por el apoyo incondicional.

A todos los profesores que con su enseñanza, sabiduría y dedicación han formado profesionales de la salud.

Resumen:

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) para evaluar la eficacia de una intervención educativa participativa, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna en mujeres en edad fértil del Consultorio Médico de la Familia 1 de la comunidad Delia, correspondiente al Policlínico José Agustín Mas Naranjo, del municipio 1ro de Enero, durante el período comprendido entre los años 2017 y 2018. Trabajamos con mujeres entre 15 y 49 años de edad, a las cuales se les aplicó inicialmente un cuestionario para evaluar el conocimiento que poseían sobre el tema, luego se diseñó y aplicó el programa educativo y, por último, se les realizó el cuestionario final. Trabajamos con un universo de 96 mujeres, se obtuvo como resultado que las mujeres alcanzaron niveles aceptables en cuanto al conocimiento de la lactancia materna y su importancia, factores de riesgos que trae consigo, abandono precoz de la lactancia materna, aportes nutritivos, ventajas y técnica de como lactar, y clasificación de la misma. Luego de ejecutada la intervención se logró mejorar los conocimientos de los participantes sobre tan importante forma de alimentación del niño y una mayor responsabilidad ante el cumplimiento de la misma durante el periodo propuesto. La intervención educativa realizada llegamos a la conclusión que fue eficaz porque se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de los cuestionarios antes-después de la intervención educativa.

PALABRAS CLAVES

LACTANCIA MATERNA, VENTAJAS, DESVENTAJAS, IMPORTANCIA, MUJERES EN EDAD FÈRTIL, INTERVENCIÒN EDUCATIVA.

Índice

Capítulos	Páginas
I-Introducción -----	8
II-Marco Teórico -----	12
III- Materiales y métodos -----	26
IV-Resultados y Discusión -----	30
V-Conclusiones -----	38
VI-Recomendaciones -----	39
Referencias Bibliográficas -----	40
Anexos	

I- Introducción:

A través de todos los tiempos, la lactancia materna ha constituido el modo de alimentación que ha garantizado la supervivencia del género humano y las ventajas que ella proporciona son muy conocidas; representa además, uno de los temas más apasionantes de la práctica médica.

En los últimos años se ha producido un cambio substancial en los conceptos sobre la alimentación del niño menor de un año y la lactancia materna ha adquirido la dimensión que le corresponde. La Cumbre Mundial a Favor de la Infancia ha marcado un cambio cualitativo en cuanto al tratamiento de los temas relacionados con la niñez y la adolescencia. (1, 2,3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna exclusiva como la ingesta de leche materna que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea la leche materna. (4, 5)

Uno de los primeros y fundamentales nutrientes de que dispone el ser humano desde su nacimiento, es la leche de la especie, que desde épocas remotas era un requisito para la supervivencia del niño en el período crítico de la infancia.

Según estimaciones de la OMS podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche natural a sus hijos durante los primeros seis meses de nacido. (6)

La alarmante tendencia al abandono de la práctica de la lactancia materna ha sido preocupación a nivel internacional. En 1991 la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) se reunieron para diseñar programas y estrategias de promoción de la lactancia materna y lanzaron una campaña global denominada Hospitales Amigos del Niño y la Madre. Esta campaña estimulaba a los profesionales de la salud a promover, proteger y apoyar la lactancia materna como el método óptimo de nutrición del lactante, así como facilitar a la familia la información necesaria acerca de la alimentación del pequeño.(7)

Toda la sociedad se sensibiliza ante un niño maltratado, desprotegido y sin derechos; sin embargo, no ocurre así cuando se le niega la lactancia materna a pesar de que la leche humana es el mejor alimento para los recién nacidos.

Las ventajas de la lactancia materna son múltiples para el niño y muy favorecedoras para la madre. A medida que ha ido evolucionando el desarrollo científico son mayores las ventajas que se les han reconocido a la lactancia materna sobre cualquier otro tipo de alimentación pues: no necesita preparación, siempre está disponible, tiene la temperatura ideal, no se contamina, contiene los componentes indispensables para su crecimiento y desarrollo, además permite una interacción más intensa entre madre e hijo, le

confiere una mayor protección contra la intolerancia alimentaria y algunas enfermedades diarreicas y respiratorias, ofrece mayor estabilidad psicológica al niño, evita estados alérgicos al aportar elementos inmunológicos, facilita el desarrollo de los maxilares, la erupción y alineación dentaria, entre otras muchas ventajas. Además de propiciar una involución rápida de los órganos de procreación materna, mejor evolución psicológica y mayor estabilidad psicoafectiva. (8, 9, 10, 11, 12,13)

El modo de alimentación durante esa fase inicial influye en el estado de nutrición y puede repercutir en la niñez, adolescencia y adultez.

Las ventajas psicológicas de la alimentación a pecho han sido ampliamente reconocidas tanto para la madre como para el niño y el éxito de la lactancia materna supone una experiencia satisfactoria para ambos. Le proporciona al lactante una realización física, íntima y confortable con la madre. Debe hacerse hincapié en que la calidad de la relación madre-hijo, el sentimiento de maternidad y el grado de seguridad y afectos ofrecidos son perfectamente comparables.

La lactancia materna ha sido el método más empleado a pesar de los avances en la producción de sucedáneos de la leche materna, ya que ningún otro puede comparársele en calidad. (14,15)

En los últimos años ha existido una alarmante tendencia a la declinación en la práctica de la lactancia materna a nivel mundial. Se cree que solo el 62.7 % de los niños reciben lactancia materna exclusiva y a los 90 días la prevalencia de este modo de alimentación se reduce a un 24.5 %. A pesar de un amplio programa de promoción esta cifra sigue en detrimento. (16,17)

En estudios realizados se señalan que la glándula mamaria está integrada por 2 compartimientos principales; el primero responsable de la producción de leche formado por los alvéolos y los conductos galactóforos y el segundo constituido por los senos galactóforos cuya función es el almacenamiento. Tanto la producción como la excreción se encuentran bajo regulación neuroendocrina. Como repuesta a los movimientos de succión del bebé sobre las terminales sensitivas del pezón y de la areola se desarrollan dos reflejos tardíamente, la leche se sigue sintetizando pero al no haber reflejo de bajada se produce consiguiente el fracaso de la lactancia materna.

Aunque no se han descifrado todas sus propiedades, la superioridad de la leche de mujer en la alimentación infantil es incuestionable. Están perfectamente establecidas las ventajas de ofrecer lactancia materna (LM) desde la primera media hora después del parto, y continuar con esta, de forma exclusiva (LME), durante los 6 primeros meses de vida. Existen políticas precisas de la OMS y la Unicef que también proponen continuar a partir de ese momento con lactancia materna complementada (LMC), al menos hasta los 2 años. A partir de ese momento la lactancia materna podría mantenerse hasta que el niño y la madre lo decidan.

Muy a pesar de estos esfuerzos los resultados en la utilización de la LM aún son reiteradamente insuficientes en la generalidad de los escenarios, privación que repercute, según se ha demostrado, en incrementos de la morbilidad y mortalidad en las primeras etapas de la vida, y aún en la salud de individuo en la adultez. (18,19)

Dentro de los objetivos del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) cubano, está extender el tiempo de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, y la complementada hasta los 2 años. Para alcanzarlos se elaboró un grupo de estrategias donde se expone que la lactancia materna exclusiva debe superar el 80 %, más del 50 % hasta el cuarto mes de vida, y complementada hasta el año de edad. Posteriormente, se han realizados talleres provinciales y nacionales, donde se orienta la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y la complementada hasta los 2 años. (20)

Problemas de investigación:

En CMF 1 perteneciente a la comunidad de Delia del municipio Primero de Enero hay un gran número de mujeres que abandonan la lactancia materna antes de los cuatro meses de vida, incrementando la morbilidad infantil.

Pregunta investigativa:

¿Cómo elevar el nivel de conocimiento en mujeres en edad fértil sobre la lactancia materna?

Hipótesis:

Si se aplicara una intervención educativa sobre la lactancia materna a mujeres en edad fértil en CMF1, del municipio Primero de Enero, se incrementara el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna logrando la disminución del abandono de la misma antes de los 6 meses de vida y la morbilidad.

Objetivo General:

Desarrollar una intervención educativa sobre la lactancia materna a mujeres en edad fértil del CMF1, del municipio Primero de Enero.

.

Objetivos específicos:

1. Distribuir la muestra según nivel educacional y edad.
2. Distribuir la muestra según nivel de conocimiento antes y después de la intervención educativa sobre la importancia de la lactancia materna, ventajas de la misma, factores de riesgo de abandono precoz, amamantamiento y técnica.
3. Evaluar el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna antes y después de la intervención educativa.
4. Diseñar y aplicar el programa educativo sobre lactancia materna.

II- Marco teórico:

Antecedentes de la lactancia materna

En el siglo XVIII existían teorías que apuntaban las bondades de la lactancia. William Mossdo, cirujano de la maternidad de Liverpool, en 1794 escribió: “Se ha observado repetidamente que el alimento que se proporciona en la lactancia seca (lactancia artificial) causa cólicos y suelta el intestino y que es muy difícil dar sustituto adecuado al pecho. Por tanto, no es de extrañar que haya niños que no puedan mantenerse o existir sin él (el pecho)”. (21)

A principio de la década de los 90, prácticamente en toda Latinoamérica, más de 95 % de los niños eran amamantados en algún momento, pero las cifras de LME hasta los 4 meses estipulada por la Organización Mundial de la Salud, aunque altas para otras regiones, muestran un descenso en los últimos años, pues están en menos de 20 %, e incluso, de 10 % (región caribeña), con excepción de Bolivia, que mantiene cifras superiores a 50 % en los primeros 4 meses de vida.

En Cuba, entre los años 80 y principios de los 90, comenzó la capacitación y evaluación de los Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, en un esfuerzo conjunto del Programa Materno Infantil del Minsap y la UNICEF/OMS, por aumentar esta práctica tan beneficiosa para la salud. Por otra parte, la legislación cubana ha instrumentado leyes que protegen a la madre trabajadora económica y laboralmente durante el primer año de vida, para que pueda lograr una lactancia exitosa.

La lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida también es baja, pues no supera el 64% de los bebés, dijo la OPS. “Las horas y los días inmediatamente después del nacimiento son un período de alta vulnerabilidad para los recién nacidos. El inicio temprano de la lactancia materna durante la primera hora de vida y la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses pueden ayudar a prevenir enfermedades y muertes”, sostuvo la OPS. (22)

Algunos de los obstáculos para mejorar las tasas de lactancia materna son, según el fondo, “la comercialización generalizada y sin ética de los fabricantes de sucedáneos de leche materna, las deficientes políticas nacionales que no

apoyan los permisos por maternidad, y la falta de comprensión de los riesgos que conlleva no dar el pecho”. UNICEF expone datos en su llamada a la acción que indican que un niño que no se alimenta exclusivamente de leche materna tiene 14 veces más probabilidades de morir durante los primeros seis meses de vida que un niño alimentado de esta manera.

“La leche materna cumple con todas las necesidades nutricionales del bebé y es una de las mejores prácticas a favor de la supervivencia infantil, ya que el costo principal es la nutrición de la madre”, añade el comunicado de UNICEF. (23)

La asociación e incidencia de diferentes enfermedades infecciosas o no en la infancia y la utilización de la lactancia materna, ha sido perfectamente establecida por diferentes investigadores, y es atribuida a factores epidemiológicos, microbiológicos e inmunológicos, que son inseparables de la correcta utilización de la lactancia materna. (24)

En nuestro país, al igual que en muchos otros existieron un declive de la lactancia materna, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se dio a la tarea de realizar campañas para fomentarla, esto ocurre a partir del año 1989 cuando se realiza una declaración conjunta de la OMS / UNICEF como un movimiento mundial para la promoción y apoyo de la lactancia materna. Pero a pesar de todos los esfuerzos realizados aún los índices se encuentran por debajo de los objetivos que se quieren para el año 2000.

En Cuba en 1990 sólo el 62,7 % de los niños recibían este tipo de lactancia de forma exclusiva y a los 90 días la prevalencia de este modo de alimentación era de un 24,5 %. Teniendo en cuenta que nuestro país se propone planes ambiciosos en cuanto al incremento de la lactancia natural, que dispone de un sistema de salud primario constituido por el médico y la enfermera de la familia, que el municipio no alcanzó los propósitos establecidos de prevalencia de la lactancia materna, debido al incremento del abandono de la misma antes de los cuatro meses de vida y considerando la influencia que tiene el nivel de conocimiento de las embarazadas, es que nos motivamos a realizar este estudio para valorar la efectividad de la intervención educativa sobre la lactancia materna en embarazadas de consultorios de nuestra policlínica.(25)

Acerca de la lactancia materna:

En nuestro país, a pesar de la promoción que se realiza para lograr la lactancia exitosa, y de que en los consultorios de los médicos de familia, se les orienta a las madres lactar de manera exclusiva en los primeros seis meses y luego, mantener la leche humana con la introducción paulatina de otros alimentos según el tiempo del lactante, en nuestra práctica médica hemos constatado que muchas de ellas la abandonan precozmente, constituyendo un problema de salud.

La mujer además de sus valores como ser humano, es el taller natural donde se forja la vida, la persona más valiosa en la familia para garantizar la alimentación más sana, brindando a su hijo lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Para lactar de forma exitosa es necesaria una madre apta física y psíquicamente, con una actitud positiva hacia la lactancia materna, que posea los conocimientos necesarios, el manejo de la técnica adecuada, y que esté enmarcada en un entorno familiar y social contribuyente con el objetivo propuesto. De no ser así, los niveles de estrés y ansiedad que se desarrollan pueden convertirse en un factor infranqueable, y que arruinará todos los esfuerzos por la Lactancia materna. Es función del médico y enfermera en la atención primaria y del pediatra del Grupo Básico de Trabajo identificar aquellas familias vulnerables, y en las que sería escenario, intervenir tempranamente con ese propósito.

Lograr la lactancia natural por cada madre, no solamente es producto de una conducta instintiva, sino también de una práctica adquirida, en la que influye la actitud que la mujer ha desarrollado hacia esta, el medio familiar y social, así como la información o experiencias que ella ha adquirido por diferentes vías sobre la alimentación del niño. (26)

La leche materna es la alimentación óptima para el recién nacido, tanto desde el punto de vista nutricional, como desde el punto de vista afectivo y familiar siendo la primera y más completa vacuna que lo protegerá contra numerosas enfermedades en una etapa muy vulnerable de su existencia.(27)

La lactancia materna o natural es un término usado, en forma genérica, para señalar la alimentación del recién nacido y del lactante a través del seno

materno; es un hábito alimentario que desde la antigüedad ha estado íntimamente unido al niño, desde los primeros meses de su vida, es un acto fisiológico, instintivo, específico de cada especie.(28)

La lactancia materna exclusiva proporciona el alimento ideal durante los primeros seis meses de vida del niño pues le aporta todos los nutrientes, los anticuerpos, las hormonas, los factores inmunitarios y los antioxidantes que necesita para sobrevivir, los protege frente a la diarrea y las infecciones respiratorias y estimula sus sistemas inmunitarios. La leche materna ha probado su eficacia a lo largo de las generaciones y gracias a ella la humanidad ha subsistido. Entre las ventajas de la misma tenemos que: estimula sistemas enzimáticos y metabólicos; logra mayor rendimiento nutritivo con menor sobrecarga metabólica; mayor desarrollo cerebral y sensorial sobre todo en los prematuros; es el órgano inmunológico de transición del recién nacido y estimula el desarrollo del sistema inmune; logra mejor establecimiento del vínculo afectivo entre la madre y el niño; en la madre permite un puerperio más fisiológico; disminuye el sangrado postparto; mejor recuperación de sus reservas de hierro; disminuye el sangrado postparto; permite un ahorro para la economía familiar y sin riesgo derivado de la preparación de las leches; se logra un estado nutricional óptimo en el lactante; menor riesgo de alergia; previene de enfermedades en la adultez tales como la aterosclerosis, hipertensión y obesidad, entre otras; es considerada como un método anticonceptivo.(29)

Paralelamente, el estado psíquico de la gestante, también es un factor desencadenante de muchas alteraciones neurológicas y psicológicas del futuro hijo, y pueden relacionarse con su alimentación, incluido el proceso de lactancia. Una embarazada, insatisfecha con su posición social, situación de pareja, o emocionalmente inestable, adopta actitudes con manifestaciones, incluso físicas, de rechazo a su embarazo. A su vez, los efectos de ansiedad, perturbación emocional y tristeza crónica durante el embarazo, se relacionan altamente con la hiperactividad, irritabilidad, llanto y dificultades para la alimentación y sueño en los lactantes. Madres con hijos propensos a los cólicos, estuvieron más tensas y ansiosas durante sus embarazos. De todo esto se deduce que, la actitud de rechazo al embarazo, parece ser el aspecto central que afectará la calidad de la

interacción madre-hijo, obstaculizando en gran medida la disposición psicológica para amamantar. (30)

Para lactar de forma exitosa son necesarias una madre apta física y psíquicamente, que tenga una actitud positiva hacia la lactancia materna, que posea los conocimientos necesarios y manejo de la técnica adecuada al respecto, y que esté enmarcada en un entorno familiar y social al contribuyente con el objetivo propuesto. De no ser así, los niveles de estrés y ansiedad que se desarrollan en la madre y en el entorno familiar como ha sido demostrado en diferentes estudios pueden convertirse en un factor infranqueable, y que arruinará todos los esfuerzos. En ese caso siempre aparecerá una mano con el indeseable y temible biberón.(31)

Las madres pueden presentar problemas, como congestión mamaria, dificultad para saber la cantidad de leche que el bebé está tomando, filtración de leche de las mamas, reflejo de salida de la leche en momentos diferentes a aquellos en que se está amamantando, así como dolor en los pezones. Además, pueden sentirse ansiosas, tensas y confundidas, y la falta de experiencia o apoyo, y el miedo o la vergüenza a pedir ayuda, les juega, en ocasiones, una mala pasada en una actividad tan natural. Estos problemas deben ser manejados convenientemente con la orientación de los profesionales de salud.(32)

Múltiples son las causas de abandono de la lactancia materna, y dentro de ellas encontramos que en algunas instituciones de salud se han desarrollado rutinas y prácticas que son perjudiciales para este procedimiento natural (separación de la madre y el recién nacido después del parto, uso de biberón y agua, y el establecimiento de un horario de alimentación rígido), a lo que se suman mitos arraigados en la sociedad, como son: que a los recién nacidos hay que darles suplementos durante los primeros días porque la madre todavía no tiene leche y los niños lloran de hambre; que las mamás miman a sus hijos demasiado, los llevan demasiado en brazos y así los malcrían; que no hay suficiente hierro en la leche humana para satisfacer las necesidades del bebé, y por ello debe darse suplementos de hierro rutinariamente; que cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o el bajo consumo alimenticio y de líquidos; o también que algunos niños son alérgicos a la leche materna.(33)

Lograr la lactancia natural por cada madre, no solamente es producto de una conducta instintiva, sino también de una práctica adquirida, en la que influye la actitud que la mujer ha desarrollado hacia esta, el medio familiar y social, así como la información o experiencias que ella ha adquirido por diferentes vías sobre la alimentación del niño. (34)

El niño alimentado al pecho es el modelo de referencia que hay que seguir para evaluar el crecimiento, desarrollo y estado de salud de los niños, la leche de la madre tiene un impacto beneficioso además en aspectos psicológicos, sociales, y medioambientales. (35)

Composición de la leche materna

La leche materna se forma en la propia glándula mamaria utilizando los componentes allí presentes y los nutrientes maternos necesarios. La fracción más estable es la proteica, y la de mayor variabilidad, la grasa. (36)

Macronutrientes

a) Proteínas: la cantidad de proteínas es mayor durante las primeras semanas, va decreciendo desde 15,8 hasta 8-9 g/L con el establecimiento de la lactancia. Las proteínas cumplen diferentes funciones (aportan aminoácidos esenciales, factores inmunológicos como lisozimas y lactoferrina, son vehículos para las vitaminas B 12, folatos y vitamina D, y aportan hormonas, enzimas y factores de crecimiento).

En la leche materna se encuentran los aminoácidos taurinos y carnitina, esenciales en la vida posnatal. La taurina deriva de la cistina, participa en la formación del tejido nervioso y retiniano. La carnitina facilita la entrada y oxidación a nivel los ácidos grasos. Ninguno de estos dos aminoácidos puede ser sintetizado por el niño, su forma de obtención es mediante la lactancia materna. (37)

Los nucleótidos que enriquecen la leche materna son la histidina, el mono fosfato y el uracilo, compuestos que intervienen en el metabolismo del ácido nucleico, en la síntesis de la propia leche, de las proteínas y de los factores de crecimiento necesarios para la maduración inmunológica y para el desarrollo del recién nacido de manera integral.(38)

b) Lípidos: constituyen la mayor fracción energética de la leche y alcanzan hasta el 60 % del total de la energía. El 97-98 % están compuestos por triglicéridos, entre los cuales los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga representan hasta el 88 %. La única fuente exógena de estos ácidos grasos durante los primeros meses de vida es la leche humana, que contiene una cantidad variable de ácidos grasos preformados (araquidónico [AA] y docosahexaenoico [DHA]), imprescindibles para el desarrollo del sistema

nervioso central del neonato. Según diversos trabajos publicados, acerca de su concentración en la leche humana de poblaciones con hábitos alimentarios distintos, se afirma que la proporción entre estos ácidos suele ser muy constante, semejante a la encontrada en el cerebro neonatal y en otros tejidos ricos en membranas. Así mismo, la concentración de lipoproteína de baja densidad (colesterol LDL) en el plasma de los niños amamantados es mayor que la de aquellos que se alimentan solo con fórmulas, lo cual permite una menor síntesis y menor riesgo de padecer aterosclerosis en la vida adulta.(39)

c) *Carbohidratos*: la lactosa es uno de los constituyentes más estables de la leche humana, y representa casi el 70 % del contenido total en hidratos de carbono, que alcanza una concentración de 68 g/L. La lactosa de la leche humana (beta-lactosa) parece digerirse con menor rapidez que la de las leches artificiales (alfa-lactosa), y resulta más eficaz para la absorción mineral. En grandes cantidades puede alcanzar el colon y proporcionar un sustrato para el crecimiento de las bacterias bífidas (efecto prebiótico). La actividad de la lactosa puede observarse desde la semana 26, pero no es hasta el término que se alcanzan sus niveles máximos. Los otros carbohidratos, presentes en concentraciones inferiores, son: la glucosa, la galactosa, los oligosacáridos complejos y las glicoproteínas. La presencia de lactosa aumenta la absorción de calcio y fósforo y disminuye el pH, lo cual reduce la posibilidad de crecimiento de bacterias patógenas. (40)

- Componentes inmunológicos de la leche humana, y su papel en la maduración del sistema inmunitario

Los componentes inmunológicos contenidos en la leche humana comprenden una variedad de elementos que asumen el rol de promover el desarrollo del sistema inmune del niño. Dentro de estos elementos encontramos poblaciones celulares como:

- *Macrófagos*: son abundantes en el calostro, expresan moléculas de activación, secretan factores inmunorreguladores tipo citosinas, y tienen actividad fagocítica demostrada.

- *Neutrófilos*: estas células presentes en la leche humana, expresan altos niveles de marcadores o cluster differentiation (CD 11b) y bajos niveles de moléculas de adhesión como L-selectina, receptores que facilitan la marginación de estas células a los vasos endoteliales, y tienen predilección por las respuestas inmunitarias inespecíficas in situ.

- *Linfocitos*: predominan los linfocitos T CD8 gamma-delta, lo cual sugiere que la glándula mamaria sea una localización selectiva para esta población, y aporte los elementos que actúan como barrera inmunológica hasta que los linfocitos T intraepiteliales del recién nacido alcancen su competencia funcional. La población CD4 se expresa con marcadores de activación (CD40L, IL-2R, CD45 RO), lo cual permite especular que la actividad de las células T CD4 de origen materno, compensan la función de los linfocitos T CD4 inmaduros del recién nacido. (41) Estudios recientes demuestran que la lactancia materna

modifica la celularidad a medida que pasa el tiempo los niveles de linfocitos NK aumentan, y favorecen las respuestas frente a patógenos intracelulares. (42)

La leche humana contiene inmunoglobulinas de origen materno, la IgA en cantidades abundantes (3-7 mg/mL), particularmente IgA secretora, cuya actividad está relacionada de forma esencial con la inmunidad de las mucosas, donde puede actuar a tres niveles diferentes, evita la penetración de los antígenos en la pared del intestino, neutraliza la actividad de algunos virus y toxinas dentro y fuera de las células epiteliales, inhibe la adherencia a las mucosas de *Shigella*, *V. cholerae*, *Campylobacter*, *Giardia lamblia*, *Escherichia coli*, y *H. Pneumoniae* y participa en la eliminación de inmunocomplejos. Este anticuerpo es resistente a la digestión proteolítica, y ofrece una protección eficaz contra posibles patógenos que pudieran invadir el tracto respiratorio y digestivo del infante. (43)

La lactancia materna puede ser de dos tipos:

1. Completa

Exclusiva: Sin agregar otro tipo de líquido o sólido

Casi exclusiva: se le brinda agua entre tetadas o una vez al día.

2. Parcial o mixta: Se combina con otras leches o alimentos:

Alta: Cuando el 80 % del total de tetadas son con seno materno

Media: Cuando se da el seno materno entre el 20 y el 70 % de tetadas

Baja: Cuando se da el seno materno en menos del 20 % de tetadas. (44)

Beneficios. Son muy numerosas las ventajas de la lactancia materna, entre ellas se citan:

Para el niño:

1. Le da nutrientes que requiere para su crecimiento y desarrollo. Tiene las sustancias Nutritivas ideales para el niño.
2. Al recibir el calostro, le proporciona defensa para las enfermedades y los nutrientes que necesita los primeros días de vida. Es la vacuna que el niño recibe de su propia madre.
- 3- Es de más fácil digestión y el organismo del niño la aprovecha mejor que cualquier otro alimento.
- 4- Le brinda cariño, protección, confianza y seguridad al niño, al estar en contacto directo con su madre.
- 5- Ayuda a formar dientes sanos y evita deformaciones en la boca y en los dientes.
- 6- Siempre a tiempo y a la temperatura ideal.
- 7- Es higiénica, no se descompone y no tiene riesgos de contaminación. Pasa directamente de la madre al niño.
- 8- Permite que el aparato digestivo se desarrolle con rapidez.

- 9- Disminuye las posibilidades de cólicos del lactante y el riesgo de diarreas.
- 10-Disminuye la incidencia de muerte súbita del lactante.
- 11-Minimiza el riesgo de cáncer infantil, diabetes, obesidad, hipertensión arterial, frecuencia de enfermedades respiratorias y alérgicas.
- 12-Contiene lactoferrina que transporta el hierro y aumenta las defensas.
- 13-Está disponible al niño las 24 h del día
- 14- Es más higiénica y estéril.

Para la madre:

- 1- Produce satisfacción psicológica en la madre.
- 2- Disminuye el sangrado después del parto y ayuda a recuperar el tamaño y posición del útero.
- 3- Alivia la incomodidad producida por la saturación de los pechos.
- 4- En forma exclusiva, tiene efecto anticonceptivo.
- 5- Ahorra tiempo porque no necesita preparación.
- 6- Ayuda a rebajar al peso que tenía antes del embarazo.
- 7- Disminuye la incidencia de cáncer de mama y de ovarios en la madre, así como limita el sangrado puerperal y el riesgo de osteoporosis.
- 8- Reduce la depresión posparto de las madres.
- 9- Retarda el restablecimiento de la menstruación y espacia los nacimientos.

Para la familia:

- 1- Promueve la unión familiar pues al ser la lactancia una responsabilidad no sólo de la madre, el padre debe darle apoyo, compañía y estímulo además de participar en actividades para que la madre descanse.
- 2- Disminuye el gasto que condiciona el uso de la lactancia artificial (costo de la leche, combustible, utensilios y de otros sustitutos adicionales para enriquecerla).
- 3- Disminuye la tendencia de abuso infantil.

Para el País:

- 1- Representa un ahorro importante en la compra, almacenamiento y transporte de leches, además de ahorro por combustible, personal, que se requiere para su distribución y preparación.(45)

Técnicas de amamantamiento:

La alimentación es un proceso relevante que influye en el adecuado desarrollo del niño. En las primeras etapas de la vida el establecimiento de la LM es un aspecto fundamental, pero su utilización se convierte en muchas ocasiones en un dilema. Está determinada por deseos aptitudes y conocimientos, sobre todo, por parte de la madre; aunque, mediada por diferentes factores socioeconómicos y familiares, según ha sido expresado en diferentes investigaciones. (46)

A. Reflejos que estimulan una buena lactancia:

a) Reflejo de erección del pezón de la madre.

- * Se provoca, con un masaje ligero con los dos dedos de los pezones.
- * Este reflejo lo hace más saliente y fácil de tomar por el bebé.

b) Reflejo de búsqueda en el bebé.

- * Se provoca tocando el borde inferior del labio del bebé.
- * Este reflejo hace abrir la boca y buscar el pezón, siendo el momento para introducir el pezón y porción de la areola.

B. Posiciones para amamantar:

- Si la madre aprende la técnica correcta para amamantar, podrá adoptar otras posiciones en las que se encuentre más cómoda, pero siempre deberá cuidar:

- que su hijo esté frente a ella
- que la mayor parte de la areola quede dentro de la boca del niño.

a) Sentada clásica

- Con la espalda recta colocar una almohada bajo el niño para que quede más cerca del pezón.
- Acercar el niño al pecho y no el pecho al niño, ya que de hacerlo provocarían molestias en la espalda.
- Colocar al niño sobre un brazo, de tal forma que se pueda sostener con la mano del mismo brazo la pierna o las nalguitas del niño.
- Procurar que la cara quede exactamente frente al seno; lo que permitirá sostener el pecho con la otra mano en forma de C, es decir con el pulgar arriba de la areola y los otros cuatro dedos por abajo del pecho.
- La mano en esta posición permite dirigir fácilmente el pezón.
- Tocar con el pezón, el labio inferior del niño, para desencadenar el reflejo de búsqueda.
- Al abrir la boca se debe atraer al niño rápidamente hacia el seno para que logre tomar no sólo el pezón sino también la mayor parte de la areola.

Para cambiar de seno o al terminar de lactar:

- Introducir suavemente el dedo en la comisura labial del niño, con lo que se rompe el vacío que se forma dentro de la boca y pueda soltar el pezón sin lastimar el seno.

b) Acostada en decúbito lateral

- El cuerpo del bebé sigue el cuerpo de la madre y están juntos abdomen con abdomen.
- La madre ofrece el pecho del lado en que está acostada.
- Esta posición y la del "balón de fútbol" son las más apropiadas cuando la madre ha tenido una operación cesárea.

c) "Balón de fútbol"

- El cuerpo del bebé se encuentra debajo de la axila de la mamá con el estómago pegado a las costillas de la madre.
- La mamá sostiene el cuerpo del bebé con el brazo del mismo lado y con la

mano le sostiene la cabeza.

Se aconseja que se varíen estas posiciones para que el bebé comprima con las encías y la lengua, distintos sitios de la areola y el pezón.

*Indicadores de amamantamiento correcto:

-La actitud del niño es tranquila , succiona de forma rítmica y acompasada , relajado y satisfecho.

-Sueño tranquilo que dura de 1 a 1,5 horas; en el primer mes de vida maman mas de noche que de día , luego, pasada la etapa puede dormir de 2 a 3 horas y mas de noche que de día.

-Promedio de 4 a 6 pañales mojados de orinas claras y de 4 a 6 deposiciones amarillas fluidas diarias .

-El crecimiento y desarrollo adecuados son los mejores indicadores de la lactancia materna. (47)

Patrones de Succión:

Los niños pueden clasificarse según su comportamiento al alimentarse según (Barnes y cols) en:

- Barracuda: Estos niños, al ser colocados al seno, rápidamente toman y aprietan el pezón, succionando enérgicamente durante 10 a 20 minutos; no hay jugueteo. En ocasiones, estos niños ponen demasiado vigor en su amamantamiento, lastimando el pezón.

-Excitado: Los bebés clasificados en este apartado llegan a estar tan excitados al tomar el seno, que lo aprietan y sueltan alternativamente. Es necesario que la madre lo calme primero, antes de volverlo a colocar al seno. Después de varios días, madre e hijo se adaptan.

- Desinteresado: Estos bebés no tienen interés por tomar el pezón los primeros días de vida, y no es hasta el cuarto o quinto día en que comienzan la succión, esperando a que la leche le baje con facilidad. No debe forzarse

a estos niños, ya que continuarán succionando por sí solos.

-Gourmet: Estos toman el pezón saboreando unas gotas de leche; entonces, se chupan los labios tronando la boca antes de empezar a succionar. Si se les insiste se enojarán; por lo tanto, es mejor a que solos mejoren su ritmo.

- Vago: Estos niños prefieren succionar unos minutos, descansando un poco entre succión y succión. No debe apresurárseles. (48)

-Factores de riesgo de abandono de la lactancia materna:

1) La madre no tuvo leche o la leche es insuficiente (35-65 % de las madres)

2) Rechazo del bebé (30% de las madres).

3) Enfermedades de la madre (20-50% de las madres).

4) Parto mediante operación cesárea.

5) Información que se otorga a la madre deficiente.

Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses de vida:

- El bebé no aumenta de peso.
- No tenía suficiente leche en los senos.
- No se llenaba.
- El bebe rechaza al pecho.
- Pechos congestionados.
- Dolor y grietas en el pezón.
- Ductos obstruidos.
- Enfermedad de la madre como la mastitis.
- Enfermedad materna o defecto anatómico.

- Comenzó a estudiar o trabajar.
- Consejo médico o de otro profesional.
- Lloraba mucho.
- No dormía. (49)

Si se está consiente de:

Que la Naturaleza no por gusto la ha dotado de sus mamas

Que ahora sus mamas ya están desarrolladas

Que la función más importante de usted después del parto es la de alimentar al bebé con la leche de sus pechos.

Que de toda su familia es usted la única persona capacitada para cumplir con esta tarea

Que si usted desea de corazón criar su hijo al pecho, tiene que quitarse las demás preocupaciones de su mente. Es necesario pensar positivamente en que usted sí puede amamantar como todos los demás mamíferos.

¿Qué hace falta para que la mujer después del parto produzca leche en sus pechos?

1º Que sus glándulas mamarias estén desarrolladas. Después del parto, al expulsarse la placenta, automáticamente los pechos se llenan de leche.

2º Que el bebé succione con hambre.

3º Vaciamiento completo de las mamas. Hay que colocar al bebé en el último pecho que mamó hasta que se vacíe y después pasarlo al otro pecho hasta saciarse.

4º Barriga con barriga y con la boca bien abierta. El bebé debe colocarse de frente a la madre y que con la boca abarque la mayor parte de la areola, pues la leche materna se deposita en unas bolsitas a nivel del borde de la areola y no en la punta del pezón.

5º La madre puede tomarse medio vaso de líquido en cada tetada (no exageradamente) para reponer la misma cantidad de líquido que la cantidad de leche que el niño le extrajo.

6º La alimentación con el pecho no tiene horario, es a libre demanda, cada vez que el niño quiera, de día y de noche. Generalmente la demanda es alrededor de cada dos horas, pues es el tiempo que se necesita para que la leche materna se digiera.

7º Los pechos no deben demorarse más de 3 o 4 horas sin vaciarse, pues se ponen duros, dolorosos, lo que puede darle fiebre y hasta hipotrofiarse las propias glándulas mamarias por la distensión.

8º Las primeras secreciones lácteas se llaman calostro. Es un líquido amarillento, rico en proteínas, vitaminas liposolubles (como los carotenos o provitamina A e inmunoglobulinas, con un alto valor nutritivo y protector de infecciones neonatales.

9º Péselo semanalmente. Si tiene dudas de que el bebito no se esté nutriendo adecuadamente, la curva de peso lo aclarará.

10º Quien primero tiene que estar convencida es la propia madre para que todo este mecanismo funcione y psicológicamente desee amamantar a su hijo, pues si consciente o inconscientemente lo rechaza, de entrada ya condena al fracaso la lactancia natural.

¿Cuándo se aplica la relactancia?

Cuando temporalmente se ha suspendido la lactancia materna o que la madre refiera que tiene poca producción de leche. La relactancia es el re-establecimiento de la secreción láctea después que una mujer ha dejado de amamantar por unos cuantos días o hasta por algunos meses.

Técnica de la relactancia

Para establecer la relactancia, el mayor y mejor estímulo es, sin lugar a dudas, la succión del bebé en forma frecuente y sostenida. La lactancia puede reiniciarse y mantenerse simplemente por la acción del bebé cuando succiona los pezones con la energía y frecuencia suficientes, además del vaciamiento total de ambas mamas alternadamente.

La succión del bebé induce lenta y progresivamente al aumento del nivel en sangre de las hormonas prolactina y oxitocina, al ser liberadas de la glándula hipófisis. Estas hormonas son las responsables de la producción láctea de las glándulas mamarias y de su eyección por 12 a 14 poros secretores en ambos pezones.

El éxito de la relactancia se alcanza con el apoyo a la madre por parte de sus familiares y del personal de salud, poniéndose en práctica las cualidades humanas de comprensión, paciencia, persistencia, empatía y trato cálido.

Cuando el bebé manifieste hambre siempre debe colocarse primero al seno materno para que succione con hambre antes de darle algún otro alimento. Al inicio de la relactancia el bebé pudiera requerir algún alimento suplementario, el cual debe ofrecérsele siempre con vasito o cucharita y nunca con biberón.

Se recomienda que el médico calcule los requerimientos calóricos del niño ligeramente por debajo de lo que necesita, pues es muy importante mantener al bebé un poco hambriento para que succione con deseos, con más intensidad.

El punto esencial de la técnica es que el bebé succione de 8 a 10 veces al día, durante no menos de 10 minutos cada vez. Y si los pezones se ponen dolorosos o presentan grietas, pueden continuarse las tetadas con más frecuencia, disminuyendo su duración a 2 o 3 minutos y completarse el vaciamiento de las mamas manualmente. (50)

Lactancia materna como método de anticoncepción:

-El niño al succionar el pecho, estimula al cerebro de la mama a producir más leche, este estímulo hace que los óvulos no maduren y estos al no madurar no provocan el embarazo.

- Otro método de anticoncepción es la lactancia y amenorrea MELA: evita los embarazos en un tiempo de duración variable siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- Que no haya vuelto a menstruar -Lactancia materna exclusiva.
- Que el bebé sea menor de 6 meses de edad. (51)

V.- Materiales y métodos:

Se realizó una investigación epidemiológica de intervención pre-experimental sobre la lactancia materna dirigido a mujeres en edad fértil comprendidas entre 12 y 49 años de edad, perteneciente al consultorio médico de familia 1 del policlínico José Agustín Mas Naranjo, municipio Primero de Enero, comunidad Delia, durante el periodo comprendido 2017-2018.

Universo y muestra

. El Universo de estudio estuvo comprendido por 96 mujeres en edad fértil pertenecientes al CMF1, en la comunidad Delia del municipio Primero de Enero, en el periodo de estudio antes comprendido. Se utilizó un muestreo intencional teniendo en cuenta criterios de inclusión y quedó la muestra constituida por 30 mujeres en edad fértil.

Criterios de inclusión: Mujeres en edad fértil del Consultorio Médico de la Familia 1, del municipio 1ro de Enero, y que aceptan participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Mujeres en edad fértil del Consultorio Médico de la Familia 1, del municipio 1ro de Enero que:

- Migraron o fallecieron

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

Aplicación de la intervención educativa: constará de las siguientes etapas: diagnóstica, intervención propiamente dicha y de evaluación.

Etapla diagnóstica: Se aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento de su resultado

Etapla de intervención propiamente dicha: Cada intervención se planificó para impartirla en un período de 2 meses, y para ello se desarrollarán 5 sesiones de trabajo, con una frecuencia de una vez por semana. Cada encuentro incluyó conferencias y técnicas participativas.

Etapla evaluación: Se aplicó la misma encuesta inicial y evaluaron bajo los principios que la inicial.

Encuesta: Se aplicó la encuesta validada por los autores.

Métodos del nivel teórico:

Análisis histórico-lógico: Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el de cursar de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre el cáncer de mama

Análisis-síntesis: Permite penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

Inducción-deducción: Porque en la investigación se establecen generalizaciones que confirmaron empíricamente la hipótesis.

Hipotético-deductivo: Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la misma.

Sistémico estructural: Permite la organización del Programa, a partir de la determinación de sus temas y el establecimiento de las relaciones entre ellos, para conformar una nueva estructura como totalidad.

Método estadístico-matemático

Estadístico-descriptivo: Se vale para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado. Como medida de resumen de la información se usó la frecuencia absoluta y relativa dada en números absolutos y porcentos (%), y como medida de significación estadística se usó el Mc Nemar para muestras dependientes.

Prueba Mc Nemar: Se aplicó la prueba Mc Nemar para analizar si la tasa de respuesta inicial es igual a la tasa de respuesta final. Para ello se clasifica el conocimiento de las mujeres de las cinco variables en estudio, es decir, aceptable (1) y no aceptable (0). Esto facilita la manipulación estadística de los resultados por persona para cada variable. Con el objetivo de determinar si la tasa de respuesta inicial (antes del evento) es igual a la tasa de respuesta final (después del evento).⁴³

Fórmula: El estadígrafo utilizado es:

$$\text{Proporción de cambios: } X^2 = \frac{(A - D - 1)^2}{A + D}$$

Región crítica: $X^2(0.95) (1) = 3.84$

Si $X^2 > X^2(0.95) (1)$

Si Chi cuadrado calculada (X^2) es mayor que Chi cuadrado tabulado

($X^2(0.95) (n - 1) (k - 1)$) entonces rechazamos H_0 y aceptamos H_1 , por lo que la intervención educativa es efectiva.

Consideraciones éticas.

Se pidió a todos los encuestados seleccionados su consentimiento para participar en el estudio (Anexo 1). Se explicó el carácter voluntario, se insistió en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantuvo desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada sujeto leyó, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado.

Se sostuvo una interacción justa y benéfica con los pacientes. Siguiendo de esta forma los principios de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia.

Procedimiento:

A todas las mujeres en edad fértil que quedaron incluidas en el estudio, previo consentimiento informado (Anexo 1), en un primer momento se les aplicó el cuestionario inicial (Anexo 3) para evaluar el nivel de conocimiento que tenían acerca de las variables de estudio y conocimientos generales del tema, para lo cual fueron citadas separadamente, en 3 grupos de 10 mujeres, en un aula del policlínico José Agustín Más Naranjo 1ro Enero, previa coordinación con la Vice dirección docente. Después de aplicada la prueba se procedió a la calificación, para lo cual se utilizó el procedimiento siguiente:

La evaluación se basó en el nivel general de conocimiento y el particular de cada una de las variables de estudio:

1. Determinar sustento teórico sobre la lactancia materna.
2. Determinar el nivel de conocimiento a familiares de madres en edad fértil sobre la lactancia materna.

Operacionalización de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	Valor numérico	Años cumplidos según carnet de identidad	Número y porcentaje según grupo de edad
Nivel de escolaridad	Cualitativa nominal politómica	Primaria Secundaria Pre universitario Técnico medio Universitario	Según nivel académico alcanzado	Número y porcentaje según grupo al que pertenece.
Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna.	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio Insatisfactorio	Según aplicación del cuestionario antes y después	Número y porcentaje según grupo al que pertenece.

--	--	--	--	--

IV-Resultados y Discusión:

Tabla 1 Distribución de mujeres en edad fértil según nivel educacional en CMF 1. Municipio Primero de Enero. 2018

Nivel educacional	No	%	Media	Desv. Tip.
Primaria	12	40,0	62,2	3,5
Secundaria	7	23,3	66,2	3,0
Preuniversitario	5	16,7	66,8	2,1
Técnico superior	4	13,3	64,1	2,4

Nivel superior	2	6,7	60,1	4,0
Total	30	100,0	64,4	3,0

Fuente: Encuesta.

La tabla 1 muestra la distribución de los participantes según el nivel de escolaridad vencido y las medidas de tendencia central y de dispersión de la edad. Se observó que la mayoría de los participantes pertenecían al nivel de primaria (12) para un 40,0% del total seguido por el nivel de secundaria con 7 participantes (23,3%) y el preuniversitario con 5 (16,7%).

La media general de edades de la serie fue de 64,4 años y las observaciones se alejaron de su media en 3,0 años como promedio, la distribución de medias de edades entre las categorías de la variable nivel de escolaridad, resultó acorde al orden ascendente de las mismas, así la de menor media de edades resultó el nivel superior con 4,0 años mientras el preuniversitario con 2,1 años, resultaba con la media de edad más elevadas.

Tabla 2. Distribución de mujeres en edad fértil según edad. CMF 1. Municipio Primero de Enero. 2018

Grupo de edades	No	%	Edad	
			Media	Desv. Típ.
12-20 años	12	40,0	62,2	3,5
21-29 años	5	16,7	66,8	2,1
30-35 años	7	23,3	66,2	3,0
36-45 años	4	13,3	64,1	2,4
45-49 años	2	6,7	60,1	4,0

Total	30	100,0	64,4	3,0
-------	----	-------	------	-----

Fuente: Encuesta.

La tabla 2 muestra la distribución de las mujeres según edad en años cumplidos. Se observó que la mayoría de las mujeres pertenecían al grupo de 12-20 años (12) para un 40,0% del total seguido por el grupo de 30-35 años con 7 participantes (23,3%) y luego el comprendido entre 21-29 años con 5 para un(16,7%).

La media general de edades de la serie fue de 64,4 años y las observaciones se alejaron de su media en 3,0 años como promedio, la distribución de medias de edades, resultó acorde al orden ascendente de las mismas, así la de menor media de edades resultó el grupo de mujeres de 36-45 años con 4,0 mientras las comprendidas entre 30-35 con 3,0, resultaba con la media de edad más elevadas.

Tabla 3 Distribución de la muestra según el nivel de conocimiento sobre las ventajas de la lactancia materna antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Evaluación			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Satisfactorio	13	43,3	29	96,7
Insatisfactorio	17	56,7	1	3,3
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,000$

La tabla 3 muestra el nivel de conocimientos satisfactorio e insatisfactorio sobre conocimientos generales de la lactancia materna de los participantes en el estudio, evaluado antes y después de realizar las actividades de intervención.

Se puede observar que antes de la intervención, 13 personas para un 43,3% del total, presentaban un nivel de conocimientos calificado como correcto y 17

(56,7%), fueron evaluados con conocimientos insuficientes sobre la materia en cuestión.

Al terminar las actividades educativas con el grupo, la cifra final de personas con nivel de conocimientos adecuado, se elevó a 29 (96,7%), mientras que solo 1 (3,3%) de ellos permanecían con deficiencias en el dominio de la materia.

El análisis realizado con la prueba de McNemar, indicó que la elevada modificación porcentual observada, resultó significativa en la evaluación final del estudio.

El resultado obtenido coincide con estudios realizados por Lago Lemus, Rosa Elia Y José Manuel Báez en Álvarez Sintés, Medicina General Integral sobre el conocimiento de las ventajas que trae consigo la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida en el 2014.(45)

Tabla 4 Distribución de las mujeres según el nivel de conocimiento de los factores de riesgo de abandono precoz de la lactancia materna antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Evaluación			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Satisfactorio	14	46,7	28	93,3
Insatisfactorio	16	53,3	2	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar $p = 0,001$

La tabla 4, muestra la distribución de los participantes según el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo del abandono precoz de la lactancia materna, en respuestas antes y después de la intervención realizada.

Se pudo observar que antes de la actividad educativa, 16 pacientes (53,3%) respondieron la pregunta de referencia de forma correcta, mientras que 14 (46,7%), indicaban las respuestas incorrectas en la encuesta.

Al concluir el programa capacitante, la cifra de personas con dominio de la temática evaluada se elevó a 28 participantes (93,3%), quedando solo 2 (6,7%) con nivel inadecuado de conocimientos según validación de la encuesta aplicada .

La prueba de McNemar presentó un valor de la p calculada muy inferior a 0,05, por lo que las diferencias porcentuales encontradas resultaron significativas en las evaluaciones antes y después.

En estudios realizados por José Botella en el tratado de ginecología 14 edición, coincide con los resultados obtenidos sobre el conocimiento de los factores de riesgo del abandono precoz de la lactancia materna, ya que las madres poseen mayor conocimiento del tema.(49)

Tabla 5 Distribución de participantes según el nivel de conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento	Evaluación			
	Antes		Después	
	No	%	No	%
Satisfactorio	8	26,7	28	93,3
Insatisfactorio	22	73,3	2	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 5, muestra la distribución de los participantes según el nivel de conocimientos mostrado sobre la importancia de la lactancia materna antes de

iniciar las sesiones de capacitación sobre las diferentes temáticas de la investigación se comprobó que solo 8 (26,7%) de los participantes en el presente trabajo, poseían un correcto nivel de conocimientos sobre métodos la temática explorada y 22 de ellos (73,3%), no dominaban a profundidad este tema. En la evaluación final de los participantes, el grupo con nivel adecuado de conocimientos se elevó hasta 28 que representaron el 93,3% del total y solo 3 (6,7%), no demostró un nivel de competencia aceptable en este acápite. La prueba de McNemar presentó un valor de la p calculada muy inferior a 0,05, por lo que las diferencias porcentuales encontradas resultaron significativas en las evaluaciones antes y después.

El resultado obtenido coincide con estudios realizados por Lago Lemus y José Manuel Báez en Álvarez Sintés, Medicina General Integral sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida en el 2014, ya que las madres que se le han realizado la encuesta han tenido conocimiento adecuado sobre el tema.(45)

Tabla 6 Distribución de los participantes según el nivel de conocimiento sobre el amamantamiento correcto y las técnicas del mismo.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Satisfactorio	4	13,3	27	90,0
Insatisfactorio	26	86,7	3	10,0
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar p= 0,000

La tabla 6, muestra la distribución de los participantes según el nivel de conocimientos que fueron capaces de demostrar en una pregunta sobre amantamiento correcto y la técnica del mismo, evaluada antes y después de la intervención.

Se observó que en la encuesta inicial, 4 de los pacientes participantes en la investigación (13,3%), respondieron de forma correcta la pregunta sobre el tema mientras que 26 (86,7%) de ellos presentaban carencias de conocimientos.

Al terminar el programa capacitante y repetir la encuesta pasado un tiempo prudente, la cifra de participantes con respuestas correctas se elevó hasta 27 para un 90,0%, dejando a solo 3 (10,0%), sin elementos para identificar las técnicas para un amantamiento correcto.

Estudios realizados en Fundamentos de Obstetricia SEGO, coincide con los resultados obtenidos en dicho estudio, ya que el conocimiento de la lactancia materna por parte de las madres se ha incrementado. (48)

Tabla 7. Distribución de los participantes según el nivel de conocimientos general, evaluado antes y después de aplicar el programa capacitante.

Nivel de conocimientos	Evaluación			
	Antes		Después	
	No	%	No	%

Satisfactorio	5	16,7	28	93,3
Insatisfactorio	25	83,3	2	6,7
Total	30	100,0	30	100,0

Prueba de McNemar $p= 0,000$

La tabla 7, muestra la distribución de los participantes según el nivel de conocimientos general, evaluado antes y después de aplicar el programa capacitante según validación final de la encuesta.

Se puede observar que antes de la aplicación de la intervención comunitaria, 5 personas, para un 16,7% del grupo, presentaban un correcto nivel de conocimientos, mientras que 25 (83,3%) de ellos calificaban con conocimientos generales incorrectos en un resumen de los diferentes aspectos evaluados. Al concluir el programa aplicado, se elevó a 28 (93,3%), el número de pacientes que dominaban de forma correcta una serie de conocimientos fundamentales sobre el uso de la lactancia materna. Solo 2 (6,7%) de los participantes no terminó dicho programa con conocimientos generales suficientes sobre el tema. El análisis estadístico con la prueba de McNemar, presentó un resultado de la p calculada inferior a 0,05, indicando que el cambio porcentual logrado en la modificación del conocimiento, resultó significativo. La intervención educativa realizada mostró ser eficaz al modificar los conocimientos que posean los pacientes participantes en la investigación. Se puede concluir que los cambios observados antes y después en la presente investigación, sobre los encuentros fueron altamente significativos, pues se aplicó un proceder que garantizó la

cohesión, la comunicación, la motivación y el cambio positivo en el nivel de conocimientos.

V-Conclusiones:

Después de diseñada y aplicada una estrategia educativa a mujeres en edad fértil en el CMF No. 1 de la comunidad de Delia, Municipio Primero de Enero predominó el nivel de escolaridad de primaria. Se alcanzó una modificación significativa y positiva del nivel de conocimientos inicial, en cuanto a conocimiento general sobre la lactancia materna, el uso de técnicas de amamantamiento, importancia, factores de riesgos, causas de abandono precoz, aportes nutritivos y ventajas de la misma, así como en el nivel de conocimientos general de los participantes. Resulta una alternativa factible, en estos momentos, la aplicación de una intervención educativa para elevar el

nivel de conocimiento de los participantes .La intervención educativa resulta válida para transformar el modo de actuación de la población hacia conductas más responsables sobre el modo de pensar en cuanto a la lactancia materna. De igual forma se demostró la necesidad de intervenir educativamente a los distintos sectores de la población, sobre la base del legado martiano de que la mejor medicina no es la que cura, sino, la que precave. Cuestión esta agradecida por los pacientes al calificar todas las actividades como importantes y útiles.

VI - Recomendaciones:

- Divulgar los resultados obtenidos en el presente trabajo y exhortar la realización de otros similares en el territorio, para de esta forma maximizar el estado de salud del recién nacido, así como su bienestar y crecimiento saludable de forma en general, y en especial a todos aquellos grupos contemplados como los de mayor riesgo.

- Lograr que se promueva a través de la difusión masiva en el Municipio, como son la radio y la televisión, temas relacionados con la lactancia materna exclusiva.

Bibliografía:

1. ONU. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El Estado Mundial de la Infancia. New York: UNICEF, 2008.
2. Organización Panamericana de la Salud. Programa de la Salud, la Familia y la Población (documentos para la V Conferencia Ministerial). Kingston: OPS, 2008.
3. OMS. Modalidades de la Lactancia Natural en la Actualidad. Prevalencia y Duración de la Lactancia Natural. 3ra ed. Ginebra: 2010.

4. UNICEF. Lactancia Materna. Materiales para Capacitación, Adaptación Mexicana. Washington, DC: UNICEF; 2009; 24-30.
5. Sorin M. Padres e hijos ¿Amigos o Adversarios? La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 2001: 66.
6. Casado E. Lactancia Natural. Serie Monográfica. Madrid, España: Ministerios de Salud y Consumo; 2010: 40.
7. Bruckner H. Lactar es Amar. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2009: 1-3.
8. Cabrera A, Gay J, Mateo G. Lactancia Materna y Estado de Nutrición en un Grupo de Niños a los 6 Meses y sus Madres. Rev. Cubana Alimentación y Nutrición 2009; 5(2): 92-95.
9. Viggiano D, Fassano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast Feeding, Bottle Feeding, and Non-nutritive Sucking; Effects on Occlusion in Deciduous Dentition. Arch Dis Chile. 2008; 89: 1121-3.
10. Valdés J. Lactancia Materna. Rev. Cubana de Pediatría 2005; 62(4): 560-5.
11. González Méndez I, Pileta Romero B. Lactancia materna. Rev. Cuban Enferm. 2002; 18(1): 15-22.
12. Cairo J. Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y Factores asociados en niños nacidos sanos. Anuario Fac. Med (Perú). 2009; 61(3): 193-200.
13. México. Secretaría de Salud. Lactancia Materna: Materiales para Capacitación. México: Secretaría de Salud de México 2008; 108-242.
14. Valdés J. Lactancia Materna. Rev. Cubana de Pediatría 2005; 62(4): 560-5.
15. Kwan ML, Beffler PA, Abrams B, Kiley VA. Breastfeeding and the Risk of Childhood Leucemia: A met análisis. Pub Health Rep. 2010, 119: 521-535.
16. Fernández Liliam S, Carro Puig E, Oses Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2004 Ago[citado 2014 enero 25]; 30(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0138-600X2004000200003lng=es.
17. Viggiano D, Fassano D, Monaco G, Strohmenger L. Breast Feeding, Bottle Feeding, and Non-nutritive Sucking; Effects on Occlusion in Deciduous Dentition. Arch Dis Chile. 2012; 70: 1131-5.

18. Cardoso I, Toso P, Valdés V, Cerda J, Manriquez V, Paiva G. Introducción Precoz de Sustitutos de Lactancia Materna e Incidencia de Lactancia Materna Exclusiva al Mes de Vida. Rev. Chil Pediatr. 2010 Ago.; 81(4):326-32.
19. 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. 2013 Mar; 31(1):117-26.
20. 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; 2011.
21. Centro de Salud Ermitaño Alto, febrero-noviembre 1999. (Tesis presentada en Universidad Peruana Cayetano Heredo). Facultad de Enfermería para obtención del grado de licenciatura. Lima: 2000.
22. Gorrita Pérez RR. La lactancia materna, un desafío aún no superado. Revista Cubana Pediatría [Internet]. 2014 Sep. [Citado 2016 Feb 05]; 86(3): 270-272. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-753120140003
23. Heidi Ramírez Vázquez. Llamen a fortalecer la lactancia materna en América Latina. Al Día. Noticias de Salud [Internet]. 2010 [citado 2016 Mayo 13]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2010/08/07/llaman-a-fortalecer-la-lactancia-materna-en-america-latina/>
24. Oliva Reselló María T. Defunción de los menores en 5 años. Al Día. Noticias de Salud [Internet]. 2011 [citado 2016 Mayo 13]. Disponible en: http://boletinaldia.sld.cu/aldia/category/problemas_de_salud/
25. Intervención educativa sobre efectividad de la lactancia materna en la policlínica "Mario Gutiérrez Ardaya". <http://www.cocmed.sld.cu/no121/n121ori1.htm>
26. Valdés Martín S, Gómez Vasallo A. Temas de Pediatría. Capítulo 7. La Habana: Editorial 3.Ciencias
27. UNICEF. Por una Lactancia Materna Exitosa. Washington: 2010.
28. Ley C, Torres C, Arregoitia O. Caracterización de la lactancia materna en lactantes del Grupo Básico de Trabajo 3. Policlínico XX Aniversario. Policlínico Universitario "XX Aniversario". Santa Clara. Villa Clara. Acta Médica del Centro.

2012 [fecha de acceso: 30 de enero de 2013]; 6(4) .Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r4_12/lactantes.htm

29. Organización mundial de la Salud. Estrategia mundial: la lactancia materna, fundamental para la supervivencia infantil [Internet]. 2004 Mar 23 [citado 2016 Feb 05]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr19/es/

30. Cáceres Fernández W, Reyes Santana MC, Malpica Alonso E, Álvarez Alonso L, Solís Molinet L. Variables que influyen en el comportamiento de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes. Revista Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2013[citado 2015 Feb 04]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000200006&lng=es.

31 .Lago Lemus, Rosa Elia;, Baez Martinez J M . Lactancia Materna. En: Álvarez Sintés.z. Medicina general Integral TI. La Habana: ECIMED; 2014.p.3003.

32. Gorrita Pérez RR, Bárcenas Belló Y, Gorrita Pérez Y, Brito Herrera B. Estrés y ansiedad materna y su relación con el éxito de la lactancia materna. Rev. Cubana Pediatría [Internet]. 2014 Jun [citado 2016 Feb 05]; 86(2): Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000200006&lng=es.

33. Gorrita Pérez, Remigio Rafael, Terrazas Saldaña A, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. Rev. Cubana Pediatría [Internet]. 2015 [citado 2016 Mayo 12]; 87(3): 668-679. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol87_3_15/ped04315.htm

34. Reyes González María Elena. Lactancia materna aumenta coeficiente intelectual del bebé. Al Día. Noticias de Salud [Internet]. 2015 [citado 2016 Mayo 13].Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2015/08/04/lactancia-materna-aumenta-coeficiente-intelectual-del-bebe/>

35. 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; 2011.

36. Newburg DS. Neonatal protection by an innate immune system of human milk consisting of oligosaccharides and glycan's. J Anim Sci. 2009 Apr; 87(13 Supple):26-34.
37. Field CJ. The Immunological Components of Human Milk and Their Effect on Immune Development in Infants. J Nutr. 2005; 135(1):1-4.
38. Cunningham-Rundles S, Lin H. Role of nutrients in the development of neonatal immune response. Nutr Rev. 2009; 67:152-63.
39. Colectivo de autores. Pediatría (TI). La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 169-98.
40. Hosea Blewett HJ, Cicalo MC, Holland CD, Field CJ. The Immunological Components of Human Milk and Their Effect on Immune Development in Infants. J Nutr. 2005 Jan; 135(1):1-4.
41. Hofmann, Birch E, Castañeda V. Visual function in breast fed term infants weaned to formula with or without long-chain polyunsaturated at 4 to 6 months: a randomized clinical trial. J Paediatric. 2003; 142:669-77.
42. Trosvik P, Stenseth NC, Rudi K. Convergent temporal dynamics of the human infant gut microbiota. ISME J. 2010; 4:151-8.
43. Belderbos ME, van Bleek GM, Levy O, Blanken MO, Houben ML, Schuijff L, et al. Skewed pattern of Toll-like receptor 4-mediated cytokine production in human neonatal blood: low LPS-induced IL-12p70 and high IL-10 persist. Throughout the first month of life. Clin Immunol. 2009; 133:228-37.
44. Cardoso I, Toso P, Valdés V, Cerda J, Manriquez V, Paiva G. Introducción Precoz de Sustitutos de Lactancia Materna e Incidencia de Lactancia Materna Exclusiva al Mes de Vida. Rev Chile Pediatr. 2010
45. Lago Lemus, Rosa Elia, Baez Martínez José Manuel. Lactancia Materna. En: Álvarez Síntesis. Medicina general Integral TI. La Habana: ECIMED; 2014.p.112-122.
46. Dr. Rigol O. Obstetricia y Ginecología, La Habana: ECIMED; 2004.p.108.
47. Martín Santiago Valdés, Vasallo Anabel Gómez, Báez Martínez José Manuel. Temas de Pediatría 2011, cap. 5, pág. 52 Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
48. - Fundamentos de Obstetricia SEGO, La Habana, ECIMED.p.88.
49. –Botella LLusia J. Tratado De Ginecología 14 edición, La Habana: ECIMED.p.182.

50. Lactancia materna como un derecho del niño a la vida
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san05106.htm

51. Dr. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología, La Habana: ECIMED; 2004.p.110.