



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2025,
Volumen 9, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1

CONOCIMIENTO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN EMBARAZADAS POSTERIOR A UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA UMF 71

**BREASTFEEDING KNOWLEDGE AMONG PREGNANT
WOMEN AFTER AN EDUCATIONAL INTERVENTION AT
UMF 71**

Yessica Mariel Esparza Torres

Instituto Mexicano del Seguro Social - México

Ana Karen Zúñiga García

Instituto Mexicano del Seguro Social - México

Luis Eduardo Martínez Méndez

Instituto Mexicano del Seguro Social - México

Conocimiento sobre la lactancia materna en embarazadas posterior a una intervención educativa en la UMF 71

Yessica Mariel Esparza Torres¹

yessikamariel@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-1231-9442>

Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Ana Karen Zúñiga García

dra.karezuniga@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-9036-3179>

Instituto Mexicano del Seguro Social
México

Luis Eduardo Martínez Méndez

luis.martinezmend@imss.gob.mx

<https://orcid.org/0000-0002-1229-2405>

Instituto Mexicano del Seguro Social
México

RESUMEN

La lactancia materna es crucial para el crecimiento y desarrollo infantil, siendo recomendada exclusivamente durante los primeros seis meses y complementada hasta los dos años por la OMS. Factores como la edad materna, nivel educativo y estatus psicosocial influyen en el abandono precoz de la lactancia, destacando la importancia de evaluar el conocimiento de las embarazadas para brindarles el apoyo necesario. El objetivo del estudio fue determinar el conocimiento sobre la lactancia materna en embarazadas tras una intervención educativa en la UMF No. 71. Se realizó un estudio cuasi experimental con 63 embarazadas, seleccionadas entre agosto y noviembre de 2022, quienes participaron en una sesión educativa de 60 minutos sobre lactancia. Se aplicaron cuestionarios antes y después de la intervención para evaluar el conocimiento. Los resultados mostraron una calificación media de 76.34 antes de la intervención (87% del total) con buen conocimiento. Después de la intervención, la calificación media aumentó a 87, (96.83%) con buen conocimiento, con un cambio estadísticamente significativo ($p=0.000$) en la prueba de Wilcoxon. En conclusión, las intervenciones educativas son efectivas para mejorar el conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas, brindándoles la información y el apoyo necesarios para tomar decisiones informadas sobre la alimentación de sus hijos.

Palabras clave: lactancia materna, mujeres embarazadas, conocimiento

¹ Autor principal

Correspondencia: yessikamariel@hotmail.com

Breastfeeding knowledge among pregnant women after an educational intervention at UMF 71

ABSTRACT

Breastfeeding is crucial for child growth and development, the WHO recommends exclusively for the first six months and continued up to two years. Factors such as maternal age, education level, and psychosocial status influence early breastfeeding cessation, highlighting the need to assess pregnant women's knowledge for proper support. The aim of the study was to determine breastfeeding knowledge in pregnant women after an educational intervention at UMF No. 71. A quasi-experimental study with 63 pregnant participants was conducted between August and November 2022. The intervention included a 60-minute session on breastfeeding techniques and milk expression. Questionnaires were applied before and after the intervention to assess knowledge. The results showed an average score before the educational intervention was 76.34 (87% of the participants) showing good knowledge. After the intervention, the mean score increased to 87 (96.83%) demonstrated good knowledge. This change was statistically significant, with a p value=0.000 in the Wilcoxon test. The study shows that educational interventions constitute an effective tool to increase knowledge about breastfeeding in pregnant women, by offering them the information and support necessary to make informed decisions about feeding their newborns.

Keywords: breastfeeding, pregnant women, knowledge

Artículo recibido 07 diciembre 2024

Aceptado para publicación: 18 enero 2024



INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva constituye una piedra angular de la supervivencia y la salud infantiles porque proporciona nutrientes esenciales e insustituibles para el crecimiento y desarrollo del niño. (1)

Es la forma ideal de aportar los nutrientes que necesitan los recién nacidos para su desarrollo y crecimiento. (2) Se recomienda la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses, y continuarla junto con la introducción de alimentos sólidos al menos un año después del nacimiento. La OMS recomienda continuarla hasta los dos años con la alimentación complementaria. (1,3,4,5)

Si bien más de las tres cuartas partes de las madres planean amamantar inicialmente, hay una marcada disminución en la proporción de madres que continúan haciéndolo durante el primer año. (6)

La lactancia materna brinda beneficios para la salud de las madres y los niños. Ayuda a reducir la morbi – mortalidad infantil. Además, los niños y adolescentes que fueron amamantados tienen menos probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad, y obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia y tienen mayor asistencia a la escuela. (5)

A nivel mundial, sólo el 38% de los lactantes menores de seis meses son alimentados con leche humana de manera exclusiva. Otro grupo son aquellos con lactancia subóptima (lactancia materna no exclusiva), quienes presentan una mortalidad infantil de 11.6% en menores de 5 años. (1)

De acuerdo con la ENSANUT 2018, se ha destacado un aumento en la práctica de amamantamiento con leche materna exclusiva los primeros seis meses, reportando cifras comparativas del 2012 con el 14.4% al 2018 con 28.3%. (7,8,9) Sin embargo, nos coloca muy por debajo de lo esperado por la Asamblea Mundial de la Salud. La cuál, en 2012, respaldó un Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño donde fijaron como meta mundial para el 2025 una tasa de al menos 50% de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida. (1,10)

Entre 2009 y 2018, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) determinó que la prevalencia de lactancia exclusiva aumentó de 13 a 20.7%, y entre 2006 a 2018, el inicio temprano de lactancia aumentó de 40.8 a 59.7%. (9)

Comparando los resultados de ENSANUT versus ENADID, se destaca el hecho que con la primera se encuentra un mayor porcentaje para el 2018 de madres que amamantan a sus lactantes.



Existen muchos factores que se han relacionado con el abandono precoz de la LM, entre los que destacan: la edad materna, el nivel educacional o el estatus psicosocial. (11)

También se destaca la incorporación de la mujer al mercado laboral, la percepción del amamantamiento como atadura, falta de protección de la maternidad por los gobiernos, consideración errónea del uso de alimentos sucedáneos como un avance de la tecnología, falsa percepción de hipogalactia, falta de red de apoyo y la percepción que es una práctica dolorosa. (3,12)

Otro aspecto importante es que las normas sociales tienen un papel crucial en la decisión de la madre sobre alimentar a su hijo con leche materna, si es o no aceptado amamantar en público. (3)

Además, que las madres no recibieran información y asistencia consistente, adecuada y a tiempo respecto a esta práctica. Otro aspecto de error en el amamantamiento es el acople o agarre al pezón de la madre, sólo 36% aplicaba una adecuada técnica para el buen agarre del bebé, y 64 % no lo realiza. (2,13)

Parte del problema radica también en que muy pocos países o sociedades han fortalecido la protección social y los sistemas de salud para habilitar ambientes tanto para madres e hijos, y así proteger, promover y apoyar la lactancia materna. (14)

La intención de amamantar es un predictor del inicio y duración de la lactancia materna. Las mujeres con las siguientes características son menos probables que inicien la lactancia: Embarazo gemelar, no acude a control prenatal, embarazos previos (término o prematuro), experiencias negativas previas o problemas con el amamantamiento. (3)

Beneficios para las y los bebés

Proporciona todos los nutrientes y la hidratación necesarios, previene infecciones gastrointestinales y respiratorias, obesidad, diabetes, leucemias, alergias, cáncer infantil, hipertensión y colesterol alto. Así mismo, contribuye a prevenir la infección por COVID-19. (15)

Los niños amamantados muestran un mejor desempeño en las pruebas de inteligencia. (5)

Beneficios para las mamás

Las mujeres que amamantan también presentan un menor riesgo de padecer cáncer de mama y de ovario. (5)



Previene hemorragias post parto, por la estimulación del pezón al momento de la succión y la liberación de oxitocina hace que el útero recupere su tamaño inicial. Además, produce bienestar emocional y proporciona una oportunidad única de vínculo afectivo madre e hijo. También mejora el contenido de calcio en los huesos al llegar la menopausia. (16)

Beneficios ambientales

La lactancia materna es esencial tanto para la salud de las madres como para la salud y el desarrollo de los recién nacidos, pero rara vez se considera como un problema económico y sigue siendo económicamente invisible. (17) Es decir, es una acción de triple propósito ya que protege la salud del planeta al tener un menor impacto ambiental en comparación con el uso de fórmulas infantiles. (18) Tiene una menor huella de carbono en comparación con la alimentación de niños con leche materna, y no requieren la cantidad de agua en comparación con la producción de fórmula infantil.

En 1991 la OMS y la UNICEF crearon la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña (BFHI por sus siglas en inglés) que consta de 10 pasos para una lactancia exitosa. Posteriormente en 2018, se hizo una revisión del programa y se modificaron los puntos. (13, 19)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se hizo una modificación de esta iniciativa para adaptarla a la población mexicana, se establecieron siete pasos y 3 anexos: (19)

- Tener una política sobre la lactancia materna por escrito para poner en conocimiento a todo el personal de salud
- Capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar la iniciativa
- Informar a todas las embarazadas acerca de los beneficios y la práctica de la lactancia materna
- Apoyar el inicio de la práctica de la lactancia materna durante la consulta de Medicina Familiar
- Ofrecer apoyo para mantener la lactancia materna exclusiva durante seis meses y continuarla posteriormente con alimentación complementaria
- Proporcionar un ambiente cómodo, receptivo y cálido a las madres y a la familia de los lactantes
- Formar grupos de apoyo a la lactancia materna
- Anexo 1 Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna
- Anexo 2 Atención amigable



- Anexo 3 VIH y alimentación infantil

Técnica de amamantamiento

Posición: Bebé bien apoyado; pegado contra el cuerpo de la madre, tumbado de lado/cuello no torcido, nariz dirigida hacia el pezón, madre segura sosteniendo al bebé. (20)

Agarre: Agarre positivo, boca bien abierta, el bebé logra un agarre rápido con una buena cantidad de areola dentro de la boca, el bebé permanece con un buen agarre durante toda la toma. (20)

Succión: Capaz de establecer un patrón de succión eficaz en ambos pechos (succiones rápidas al inicio y luego succiones más lentas con pausas). El bebé finaliza la toma. (20)

En un estudio descriptivo – transversal realizado en un Centro de Salud en Veracruz, se encontró que, de 31 pacientes, el 96.8% refería tener el conocimiento sobre lactancia materna, sin embargo, el 12.9% desconoce la técnica adecuada para lactar y el 22.6% desconoce las posiciones correctas para hacerlo. Se encontraron algunos factores para la finalización de esta práctica como la poca producción y la incorporación al trabajo. La información fue recabada por una encuesta realizada por los propios autores del estudio, por no contar con una escala validada aplicable. (21)

Extracción y almacenamiento de leche materna

Las madres que amamantan pueden encontrarse en situaciones inesperadas que las separa de sus recién nacidos, por lo que se ven en la necesidad de extraer y almacenar la leche materna. (22)

En otro estudio realizado por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, se realizó una investigación explicativa, prospectiva y transversal en 80 embarazadas primigestas, a las cuales se les aplicó una encuesta. El 78.8% de las participantes mostró tener un alto conocimiento en contraindicaciones y 73.8% sobre las posiciones correctas para amamantar. Sin embargo, se demostró un porcentaje bajo de 12.5% en cuanto a la extracción manual y almacenamiento de la leche materna. La encuesta utilizada fue el Cuestionario de Conocimiento Materno con una consistencia interna de 0.73. (23)

Para el almacenamiento de la leche materna se debe realizar un lavado de manos con agua y jabón o antiséptico sin agua antes de iniciar la extracción manual de leche.

La leche recién extraída puede permanecer a temperatura ambiente entre 27 a 29° C durante 3 a 4 horas.

En cuanto a la refrigeración de esta a una temperatura de 4° C puede durar hasta 72 horas.



Y leche congelada a una temperatura entre -20 a -4° C queda preservada con todas las vitaminas, proteínas, lípidos, enzimas, lactosa y zinc, sin aumentar el crecimiento bacteriano durante al menos 6 meses.

En la UMF 80 del IMSS ubicada en Michoacán, México, se realizó un estudio transversal, descriptivo con muestra de 75 mujeres primigestas a las que se les aplicó el “Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y practicas (CAP) de la lactancia materna en adolescentes embarazadas”. Éste consta de 34 reactivos, de los cuales se utilizaron 13. El instrumento aplicado alcanzó una fiabilidad de alfa de Cronbach de 0.63, el cual fue aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud del IMSS. El resultado en este estudio fue que más del 50% presenta un nivel de conocimiento suficiente. (2)

En una Tesis de la licenciatura de enfermería “Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna exclusiva de las madres primíparas en un centro materno infantil de Lima” un estudio es descriptivo y transversal. El cuestionario consta de 24 preguntas (16 miden los conocimientos y 8 miden la técnica). La validación se realizó mediante un Juicio de Expertos los cuales concluyeron la validez del instrumento con Kuder Richardson de 0.64 en la parte de teoría, y 0.62 en la parte práctica. (24)

En otra Tesis de la licenciatura de enfermería “Conocimiento y Práctica sobre lactancia materna exclusiva que tienen las madres adolescentes primíparas en un hospital nacional” se realizó la validación de un instrumento que cuenta con un cuestionario para medir los conocimientos con un Kuder Richardson de 0.73 y una guía de observación de enfermería sobre las técnicas correctas de amamantamiento con valores >0.70 . El cual fue aplicado antes y después de la intervención educativa donde se demostró que incrementó el nivel de conocimiento y la práctica técnica correcta de lactancia materna. (25)

Para objeto de esta tesis, por ser un estudio que busca el conocimiento antes y después de una intervención educativa, se construirá un instrumento, el cual mediante el método Delphi se someterá ante una ronda de expertos formada por tres médicos familiares (dos de los cuales cuentan con certificación sobre lactancia materna), un pediatra y un ginecólogo. Lo que permitirá la obtención del grado de consenso de los especialistas sobre la estructura del instrumento en base a su área de expertis, para que sea entendible y aplicable a la población de estudio.



METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuasi – experimental no ciego, longitudinal, prospectivo. La población del estudio participantes mujeres embarazadas independientemente de las semanas de gestación y número de gestas, adscritas a la UMF 71.

Se hizo un muestreo no probabilístico por conveniencia, con invitación al azar de participantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

En un periodo de 6 meses, se formaron pequeños grupos de participantes embarazadas adscritas a la UMF 71 que acudieron a una serie de sesiones educativas.

El cálculo de la muestra fue por conveniencia, en un periodo de 6 meses. Se formaron grupos de 4-6 participantes, con un máximo de 10 participantes. Se consideró como el tamaño ideal porque es lo suficientemente pequeño para que todos pudieran tener respuestas a sus preguntas y recibieran atención individual del presentador.

Previo consentimiento informado, se llevó a cabo la aplicación de encuestas a las participantes embarazadas de la UMF 71.

En primer lugar, se completó el perfil sociodemográfico de cada participante. Posteriormente, se aplicó la encuesta pre-intervención educativa, que constaba de 20 preguntas divididas en tres secciones: generalidades de la lactancia materna, técnica de amamantamiento y almacenamiento de la leche materna. A continuación, se proporcionó una explicación sobre el tema, seguida de una breve práctica sobre la técnica correcta. Finalmente, se aplicó la encuesta post-intervención, que incluía

Al concluir la aplicación de los instrumentos de evaluación durante un periodo de seis meses, se procedió con la recopilación de los datos, los cuales fueron registrados en una base de datos elaborada en Excel 1997-2003. Posteriormente, se realizó el análisis estadístico correspondiente utilizando el programa EPI INFO, y finalmente, se elaboró el informe en el formato de tesis.

Se recabaron los datos obtenidos y se registró la información, de las encuestas aplicadas a las participantes, en una base de datos creada en el programa Excel para su estudio y análisis.

Las variables cuantitativas y paramétricas fueron examinados a través de estadísticas descriptivas (media, mediana, desviación estándar, varianza, mínimos y máximos). Para las variables cualitativas se manejaron estadísticas no paramétricas (frecuencia, porcentaje, intervalo de confianza). Además, se



utilizó estadística inferencial, mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon para la comparación de los resultados entre las pruebas pre y post intervención.

Se utilizó el programa Excel 1997-2003 para capturar los datos y el procesamiento estadístico se realizó con el programa informático EPI INFO.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de selección para el estudio.

Criterios de inclusión: Mujeres embarazadas cualquier semana de gestación, con o sin embarazos previos.

Criterios de exclusión: Mujeres que no supieran leer o escribir, mujeres no embarazadas, mujeres que se rehusaron en conocer y practicar lactancia materna.

Criterios de eliminación: Que presentaron encuesta incompleta, abandono de las sesiones educativas.

El estudio se realizó en concordancia con lo descrito en la Declaración de Helsinki, además de que, de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en su capítulo XIII se consideró de riesgo mínimo. Así como también se respetaron las normas Institucionales, Nacionales e Internacionales. Institucionalmente el protocolo se sometió a dos comités que evalúan, dictaminan y dan seguimiento a los protocolos de investigación, el Comité Local de Ética en investigación y el Comité de Investigación en Salud, cada uno de manera independiente someten a evaluación los protocolos y quienes a su vez se apoyan en revisores expertos para dictaminar toda investigación.

El presente estudio se ajusta a las normas institucionales en materia de investigación científica por lo tanto se realizó hasta que se aprobó por los Comités de Ética e Investigación.

La participación de los participantes fue mediante la autorización de éste, explicándole durante la invitación el objetivo del proyecto, beneficios y riesgos de participar en el mismo, dejando muy en claro que la participación no afectará el tipo y la calidad de la atención que recibe como usuario del IMSS y se aseguró que el manejo de los datos se hizo de manera confidencial y para fines académicos y/o de próximas intervenciones, finalmente se le solicitó la firma de su consentimiento informado.

El paciente tiene derecho a que toda información que exprese se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley. NOM-004-SSA-2012, del Expediente



Clínico. Numeral 5.6. Por su diseño, el protocolo no afecta la integridad física de la persona, la información se manejó de manera anónima. Se respetó la información recopilada y solo se utilizaron datos globales para fines de divulgación científica y en los resultados no se señaló la identificación de los pacientes.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 63 participantes embarazadas independientemente de las semanas de gestación y número de gestas, quienes participaron en la intervención educativa. Se observó que la edad promedio de las mujeres embarazadas encuestadas fue de 28.33 años, con un rango que osciló entre los 18 y los 41 años. Tabla 1.

En relación con el nivel educativo, la mayoría de las participantes posee estudios de bachillerato y/o técnico (42.86%, n=27), seguida por aquellas con estudios de licenciatura y/o posgrado (33.33%, n=21), mientras que el 23.81% (n=15) tiene la secundaria completa. Tabla 2.

Asimismo, el estado civil más reportado fue unión libre, con un 44.44% de las participantes (n=28), seguido por el 42.86% (n=27) que indicó estar casadas, mientras que solo el 12.70% (n=8) eligió la opción de soltera. Tabla 3.

También se observó que el 74.60% (n=47) de las participantes se encuentra como empleada, seguida por un 20.63% (n=13) que se dedica a las labores del hogar. Además, una participante se identificó como estudiante, otra como desempleada, y una más indicó tener una ocupación distinta. Tabla 4.

En cuanto al número de embarazos que las participantes estaban cursando en el momento del estudio, se observó que el 46.03% eran primigestas (n=29), el 33.33% se encontraba en su segundo embarazo (n=21), el 11.11% en su tercer embarazo (n=7) y solo el 9.52% estaba en su cuarta gestación (n=6). Tabla 5. De éstas, la media de semanas de gestación era de 16 Semanas de gestación, con una mínima de 6 y una máxima de 32 semanas. Tabla 6.

Tras la aplicación de las encuestas pre-intervención educativa, se recopilaron los datos, los cuales arrojaron una calificación promedio de 76.34, con un rango que osciló entre 45 y 95. La mayoría de las participantes (87.30%, n=55) mostró un buen nivel de conocimiento, mientras que solo el 12.70% (n=8) presentó un conocimiento regular. Tabla 7.



Después de la intervención educativa, se observó un incremento en la calificación promedio, que alcanzó los 87.06, con un rango de 60 a 100. La mayoría de las participantes (96.83%, n=61) mostró un buen nivel de conocimiento, mientras que solo el 3.17% (n=2) mantuvo un conocimiento regular. Tabla 8.

Debido a que se trata de un estudio longitudinal con más de 50 participantes, se optó por utilizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov para analizar la normalidad de los datos, los cuales no presentaron normalidad estadística. Por esta razón, se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon, para comparar las calificaciones del grupo de estudio previo y posterior a la intervención educativa y de esta forma comprobar que la diferencia entre ambas es estadísticamente significativa. Se obtuvo un valor de $p=0.000$, mostrando significancia estadística.

DISCUSIÓN

La lactancia materna es crucial para la supervivencia y salud infantil, ya que ofrece todos los nutrientes esenciales para el crecimiento y desarrollo del niño.

En la ENSANUT 2018, se reportó un aumento al 28.3% en la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses, aunque aún no se alcanza la meta del 50% establecida por la Asamblea Mundial de la Salud para 2025.

Existen múltiples factores que explican este incumplimiento, como el destete prematuro por mala técnica, la edad de la madre, el nivel educativo, el estatus psicosocial, la vida laboral, el uso de fórmulas sustitutas, la falta de apoyo y el conocimiento insuficiente. Los niños que reciben lactancia subóptima (lactancia materna no exclusiva durante menos de seis meses) tienen una tasa de mortalidad del 11.6% en menores de cinco años. Además, los sistemas de salud no han sido fortalecidos de manera adecuada para promover la lactancia materna.

El nivel de conocimiento y la correcta técnica utilizada para brindar lactancia materna son fundamentales para obtener y maximizar los beneficios de esta práctica y prevenir el abandono precoz. En el presente estudio, se investigó el impacto de una intervención educativa sobre el conocimiento de la lactancia materna en mujeres embarazadas independientemente de las semanas de gestación y número de gestas. Se conformaron grupos pequeños a lo largo de un periodo de seis meses, con una muestra total de 63 participantes. En primer lugar, se les aplicó una encuesta sociodemográfica, seguida de un



cuestionario pre-intervención compuesto por 20 preguntas organizadas en tres secciones: generalidades de la lactancia materna, técnica de amamantamiento y almacenamiento de la leche materna. A continuación, se ofreció una explicación detallada sobre el tema, acompañada de una breve práctica de la técnica correcta, concluyendo con la aplicación del cuestionario post intervención.

De las participantes, casi la mitad se encontraba en su primer embarazo (46%). En línea con los estudios de Paredes-Juárez y de Avendaño-Medrano, en los cuales también participaron mujeres primigestas, en quienes se observó un notable aumento en el conocimiento tras proporcionar la información. (2, 25)

La edad promedio reportada en este estudio fue de 28.33 años, lo cual resulta comparable al estudio de Paredes-Juárez, donde el rango de edad se encontraba en 24.88 +/- 4.64 años. (2)

Una proporción considerable de las participantes en este estudio estaban casadas (42.86%), lo cual es similar a lo reportado en el artículo de Paredes-Juárez, donde el 56% de las participantes estaban casadas, así como, en el estudio de Olivera y colaboradores, donde la mayoría de las participantes eran casada (55.30%). (2, 12)

Con respecto a la escolaridad y ocupación de las participantes, la mayoría de las participantes eran empleadas (74.60%), y más de la mitad tenía estudios de bachillerato y/o técnico (42.86%) seguido por licenciatura y/o posgrado (33.33%). En contraste, en el artículo de Lamelas-González, el 52.9% de las mujeres eran asalariadas, el 56.5% tenía estudios de secundaria y solo el 38 % contaba con estudios universitarios. (12)

Como se puede observar, un tercio de las participantes tenía estudios de licenciatura y/o posgrado, lo cual está relacionado con el hecho de que casi la mitad de ellas eran empleadas. Este hallazgo coincide con la literatura revisada, que señala un aumento en la participación laboral de la mujer, lo cual podría ser un factor que contribuya al abandono precoz de la lactancia (12). Tras la aplicación de las encuestas pre-intervención, la calificación media fue de 76.34, con un rango de 45 a 95. La mayoría de las participantes (87.30%, n=55) presentó buen conocimiento, mientras que un 12.70% (n=8) mostró conocimiento regular. Posteriormente, tras la intervención educativa, la calificación media aumentó a 87.06, con un rango de 60 a 100, y el 96.83% (n=61) de las participantes demostró buen conocimiento. Este hallazgo fue respaldado por un valor $p=0.000$ en la prueba de Wilcoxon, lo que indica significancia estadística. En consecuencia, se rechazó la hipótesis nula y, al aceptar la hipótesis alternativa, se pudo



demostrar un aumento significativo en el conocimiento sobre lactancia materna en las mujeres embarazadas tras la intervención educativa.

La mejora en el conocimiento sobre lactancia materna es fundamental para aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva y alcanzar las metas de la Asamblea Mundial de la Salud. Nuestros resultados muestran un aumento significativo en el conocimiento después de la intervención educativa, lo cual coincide con el estudio de Avendaño, que también demostró un incremento en el conocimiento y la correcta práctica de la lactancia materna. (25)

El estudio evidencia que las intervenciones educativas constituyen una herramienta eficaz para incrementar el conocimiento sobre la lactancia materna en mujeres embarazadas, al ofrecerles la información y el apoyo necesarios para tomar decisiones informadas acerca de la alimentación de sus recién nacidos.

Tablas

Tabla 1. Edad

Medias	DE	Min	Mediana	Max
28.3333	5.8392	18	28	41

Fuente. Epi info versión 7.2.3.1

Tabla 2. Escolaridad

	<i>f</i>	%	IC 95 %
Secundaria	15	23.81	(13.98 – 36.21)
Bachillerato y/o Técnica	27	42.86	(30.46 – 55.95)
Licenciatura y/o Posgrado	21	33.33	(21.95 – 46.34)
Total	63	100	

Fuente. Epi info versión 7.2.3.1

Tabla 3. Estado Civil

	<i>f</i>	%	IC 95 %
Soltera	8	12.70	(5.65 – 23.50)
Casada	27	42.86	(30.46 – 55.95)
Unión libre	28	44.44	(31.92 – 57.51)
Total	63	100	

Fuente. Epi info versión 7.2.3.1

Tabla 4. Ocupación

	<i>f</i>	%	IC 95 %
Estudiante	1	1.59	(0.04 – 8.53)
Empleada	47	74.60	(62.06 – 84.73)
Desempleada	1	1.59	(0.04 – 8.53)
Ama de casa	13	20.6	(11.47 – 32.70)
Otro	1	1.59	(0.04 – 8.53)
Total	63	100.00	

Fuente. Epi info versión 7.2.3.1

Tabla 5. Número de Embarazos

	<i>f</i>	%	IC 95 %
Primer embarazo	29	46.03	(33.39 – 59.06)
Segundo embarazo	21	33.33	(21.95 – 46.34)
Tercer embarazo	7	11.11	(4.59 – 21.56)
Cuarto embarazo	6	9.52	(3.58 – 19.59)
Total	63	100	

Fuente. Epi info versión 7.2.3.1

Tabla 6. Semanas de gestación

Medias	DE	Min	Mediana	Max
16.1746	6.8263	6	15	32

Fuente. Epi info versión 7.2.3.1

Tabla 7. Calificación Pre-intervención Educativa

Calificación Pre-intervención Educativa					Pre-intervención			
Medias	DE	Min	Mdna	Max	<i>f</i>	%	IC 95 %	
76.3492	12.4501	45	75	95	Buen conocimiento	55	87.30	(76.50 – 94.35)
					Conocimiento regular	8	12.70	(5.65 – 23.50)
					Total	63	100.00	

Fuente. Epi info versión 7.2.3.1

Tabla 8. Calificación Post-intervención Educativa

Medias	DE	Min	Mdna	Max		<i>f</i>	%	IC 95 %
87.0635	9.36	60	90	100	Buen conocimiento	61	96.83	(89.00 – 99.61)
					Conocimiento regular	2	3.17	(0.39 – 11.00)
Total						63	100	

Tabla 9. Prueba de Wilcoxon

Prueba	Sig.	Decisión
Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	0.000	Rechace la hipótesis nula.

Fuente. Epi info versión 7.2.3.1

CONCLUSIONES

Según la Asamblea Mundial de la Salud, se espera que para el año 2025 al menos el 50% de las mujeres gestantes elijan ofrecer lactancia materna exclusiva a sus hijos.

En este estudio, se observó un incremento significativo en el conocimiento posterior a la intervención educativa.

Es por esto por lo que recalcamos que las intervenciones educativas, como la implementada en este estudio, han demostrado ser eficaces para mejorar el conocimiento de las pacientes, lo que se refleja en un incremento anticipado en la cantidad de mujeres que adoptan la lactancia materna exclusiva. Este resultado resalta la relevancia de este tipo de intervenciones para lograr las metas de salud pública establecidas.

En conclusión, para alcanzar la meta del 50% de lactancia materna exclusiva, es fundamental seguir implementando y expandiendo intervenciones educativas que lleguen a toda la población gestante, proporcionando el apoyo necesario para superar las barreras que enfrentan las mujeres en sus diferentes contextos laborales y familiares.

Para futuras investigaciones, se recomienda utilizar muestras más amplias y realizar intervenciones a largo plazo, con el fin de asegurar que la información adquirida se mantenga incluso después del nacimiento del bebé. Además, es esencial investigar factores externos, como el apoyo familiar y las

condiciones laborales, ya que estos también pueden influir en las decisiones y en la continuidad de la lactancia materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. (2017). Metas Mundiales de Nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>
2. Paredes Juárez, E., Trujillo Orozco, L., & Chávez Fernández, M. (2018). Conocimiento y práctica sobre lactancia materna de mujeres primigestas derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar. *Rev Enferm IMSS*, 26(4), 239-247.
3. Kellams, A., Abrams, S., & Duryea, T. (2022). *Breastfeeding: Parental education and support*. UpToDate. <http://uptodate.com/>
4. Schwarzenberg, S., Georgieff, M., & AAP Committee on Nutrition. (2018). Advocacy for improving nutrition in the first 1000 days to support childhood development and adult health. *Pediatrics*, 141(2), e20173716. http://publications.aap.org/pediatrics/article-pdf/141/2/e20173716/917265/peds_20173716.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. (2021). *Alimentación del lactante y del niño pequeño*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
6. Abrams, S., & Duryea, T. (2022). *Initiation of breastfeeding*. UpToDate. [https://uptodate.udemprox.y.elogim.com/contents/initiation-of-breastfeeding/print?search=encuestalactanciamaterna&source=search_result&selecte . . .1/49](https://uptodate.udemprox.y.elogim.com/contents/initiation-of-breastfeeding/print?search=encuestalactanciamaterna&source=search_result&selecte...1/49)
7. González Castell, L., Unar Munguía, M., & Quezada Sánchez, A. (2020). Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la ENSANUT 2018-19. *Salud Pública Mex*, 62(6), 704-713. <https://doi.org/10.21149/11567>
8. Shamah Levy, T., Vielma Orozco, E., & Heredia Hernández, O. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>



9. Unar Munguía, M., Lozada Tequeanes, A., & González Castell, D. (2021). Breastfeeding practices in Mexico: Results from the National Demographic Dynamic Survey 2006–2018. *Matern Child Nutr*, 17(2)
10. Ares Segura, S. (2022). The challenges of breastfeeding in a complex world. *An Pediatr (Engl Ed)*, 96(4), 283-285. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.01.001>
11. Balaguer Martínez JV, García Pérez R, Gallego Iborra A, et al. Predictive capacity for breastfeeding and determination of the best cut-off point for the breastfeeding self-efficacy scale-short form. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2022; 96(1):51–8.
12. Lamelas González, M., Granado Soto, M., & Cánceres Mejuto, M. (2021). Intervención informativa a las embarazadas acerca de los mitos y realidades de la lactancia materna. *Ginecol Obstet Mex*, 89(5), 387-398. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i5.5308> .
13. Gomez Pomar, E., & Blubaugh, R. (2018). The Baby Friendly Hospital Initiative and the Ten Steps for Successful Breastfeeding. A critical review of the literature. *J Perinatol*, 38(6), 623-632. <https://doi.org/10.1038/s41372-018-0068-0>
14. Pérez Escamilla, R. (2019). Breastfeeding in the 21st century: How we can make it work. *Social Science & Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.05.036> .
15. UNICEF. (2022). *Lactancia materna*. United Nations International Children’s Emergency Fund. Recuperado 25 de mayo de 2022, de <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
16. Ares, S., & Cruz Manrique, M. (2017). Lactancia materna, el mejor inicio para ambos. *Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*. <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-mejor-inicio-ambos>
17. Quesada, J., Méndez, I., & Martín Gil, R. (2020). The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. *Int Breastfeed J*, 15(34). <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00277-w>
18. Sistema Nacional de Protección de Niñas Niños y Adolescentes. (2021, 7 diciembre). *Pronunciamiento de la Comisión para la Primera Infancia del SIPINNA sobre la promoción y protección de la lactancia materna*. Gobierno de México.



<https://www.gob.mx/sipinna/articulos/pronunciamento-de-la-comision-para-la-primera-infancia-del-sipinna-sobre-la-promocion-y-proteccion-de-la-lactancia-materna?idiom=es>

19. Lactancia materna y alimentación infantil en el primer nivel de atención. (2019). *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 57(6), 387-394. <http://revistamedica.imss.gob.mx/>
20. García Roldán, A., Guerrero, E., & Hernández, M. (2017). *Guía para las madres que amamantan*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. <http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>
21. Osorio Aquino, M. del C., Landa Rivera, R. A., Blázquez Morales, M. S. L., García Hernández, N., & León Vera, G. (2019). Conocimiento y factores de finalización de la lactancia materna en mujeres de una comunidad en Veracruz, México. *Horizonte Sanitario*, 18(2), 195-200. <https://doi.org/10.19136/hs.a18n2.2691>
22. Eglash, A., Simon, L., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2017). ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants. *Breastfeed Med*, 12(7), 390-397. <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29047.aje>
23. Olivera Cardozo, M., & Pérez Ortiza, V. (2018). Grado de conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas primigestas. *Repert Med Cir*, 27(1), 13-17. <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v27.n1.2018.126>
24. Obregón Rodríguez J., Cuéllar Florencio M. (2019). Conocimiento y prácticas sobre lactancia materna exclusiva de las madres primíparas en un centro materno infantil de Lima, 2018 [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela Profesional de Enfermería.
25. Avendaño Silva M., Medrano Auque K., Silva Mathews Z. (2017) Conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva que tienen las madres adolescentes primíparas en un hospital nacional, 2017. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería.

