

Multimed 2008; 12(1)

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
POLICLÍNICO DOCENTE
“JIMMY HIRTZEL”
BAYAMO – GRANMA**

Conocimientos y habilidades sobre lactancia materna, 2006

Knowledge and abilities about Breast Feeding, 2006

Electra Guerra Domínguez¹; Elsa La O Cabrera²; Iliana Morales Blanco³; Deysi María Ginarte Rosales⁴; María del Rosario González Rodríguez⁵; María Esther Martínez Guerra⁶

Resumen

Se realizó un estudio de intervención a 30 embarazadas de 10 consultorios médicos del Policlínico “Jimmy Hirtzel”, con el objetivo de determinar los conocimientos y habilidades sobre lactancia materna de las mismas, antes y después de aplicado un programa educativo. Se les llenó un cuestionario donde se recogieron las variables: edad, nivel intelectual y ocupación; se les evaluó sus conocimientos y habilidades sobre lactancia materna a través de un examen escrito; luego se les aplicó un programa educativo elaborado al efecto, y finalmente, un examen comprobatorio de los conocimientos y habilidades adquiridos. Se utilizaron como medidas de resumen los números absolutos y por ciento y se analizaron las pruebas de Chi Cuadrado para muestras relacionadas con un nivel de significación ($\alpha = 0.05$). Se concluyó que antes de aplicar el programa educativo predominaron las embarazadas evaluadas de mal en un 53.3%; las del grupo de 20 a 34 años. Después de la intervención, el 100% había adquirido buenos conocimientos y habilidades. Las 30 embarazadas recibieron la mayor información de su médico de familia, durante el embarazo.

Descriptores DeCS: LACTANCIA MATERNA; EMBARAZO; ATENCIÓN PRENATAL; CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICA EN SALUD; SERVICIOS DE SALUD MATERNO-INFANTIL

Abstract

An intervention study was made to 30 pregnant women from 10 doctor's office from polyclinic Jimmy Hirtzel, Bayamo municipality, Granma province to determine knowledge and abilities about breastfeeding before, and after of applying an educative program. A survey was applied with different variables: age, intelectual level and occupation. It was evaluated knowledge and abilities using a written exam, then there was applied an educative program created for this purpose and finally a verifying exam. There were used as measures absolute numbers and per cent, together with chi squared to related samples with a significance level of $\alpha = 0.05$. Before the application of the program prevailed pregnant women evaluated with bad qualification in 53.3% in the group from 20 to 34 years old. After the intervention all pregnant women (100%) had acquired good Knowledge and abilities. All pregnant women received information from their own physician during pregnancy.

Descriptores en Ingles: BREAST FEEDING; PREGNANCY; PRENATAL CARE; HEALTH KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICE; MATERNAL-CHILD HEALTH SERVICES

Introducción

La base más firme para la salud infantil es la nutrición, y el mejor alimento para los recién nacidos es la leche materna.(1) Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño; dar el pecho hace crecer el amor.(2) La leche humana es sin duda la más adecuada y la de la especie específica, se denomina alimentación natural, porque es la normal para el niño y la que le ofrece la naturaleza: la leche de su madre.(3)

La literatura científica mundial recoge información desde épocas muy remotas sobre lactancia materna: 1800 años antes de Cristo el código de Hammurabi contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer por dinero; en toda Europa se han encontrado recipientes para alimentación con boquilla, en tumbas de niños, año 2000 A.C; el segundo hijo del rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo porque su madre le había dado pecho. En los siglos XVI y XVII en Inglaterra las madres no lactaban a sus hijos, y en el siglo XVIII se introduce en Francia las nodrizas, la lactancia artificial y las papillas (4) En el siglo XIX se inventó la denominada lactancia artificial, que tiene su mayor auge en el año 1960.

Los textos de puericultura del siglo XIX y principios del XX señalan el riesgo de infecciones graves en los niños alimentados con biberón. Sólo en años recientes se han identificado las causas de este fenómeno: manipulación, chupos, biberones, dilución de la leche.(5)

En los siglos XX y XXI hay un renovado movimiento por la lactancia materna, motivado por las altas tasas de morbilidad y mortalidad, donde organizaciones como OMS y UNICEF han celebrado varias reuniones desde 1979 con el objetivo de rescatar y prolongar la lactancia natural. Ya en 1989 se emite la Declaración conjunta OMS-

UNICEF de la Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Natural: Diez pasos hacia una feliz lactancia natural. (6, 7)

La 54 asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en Ginebra en el 2001, emitió una resolución donde recomienda que los niños sean amamantados de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Esta recomendación, resultado de un proceso de consenso, se basa en pruebas científicas en el área de salud pública.(8)

La promoción de la lactancia materna o natural es una estrategia básica para el control de la morbilidad y mortalidad infantil. Basándose en estudios realizados se afirma que anualmente la prolongación del período de lactancia del seno materno podría salvar la vida a 1 millón de niños menores de 1 año en los países en desarrollo, y los beneficios aumentan cuando el lactante es alimentado exclusivamente de forma natural durante los primeros 6 meses de vida y posteriormente se sigue, con un período prolongado de amamantamiento, combinado con una alimentación complementaria. (9)

En países subdesarrollados se ha comprobado la estrecha relación que hay entre la presencia de enfermedades infecciosas y desnutrición en los niños, con la no realización de esta importante práctica, a un grado tal, que se han señalado para Latinoamérica más de 500 000 muertes anuales por diarreas en menores de 5 años, resultantes de infecciones intestinales, y el riesgo de morir en esta región con la alimentación artificial es 14 veces mayor. (10)

En EE. UU. de América, en octubre del año 2000, The Surgeon General (responsable máximo de la política sanitaria del país), presentó un plan cuyo objetivo principal es incrementar la tasa y la duración de la lactancia materna.(23) El objetivo propuesto es que para el año 2010 al menos el

75% de las mujeres al alta del hospital estén lactando a sus hijos, el 50% continúen lactando a los 6 meses y el 25% cuando el niño llegue al año de edad. (11)

En los países desarrollados, salvo escasas excepciones, han concurrido una serie de factores de muy diversa índole (sanitaria, social, cultural, etc.) (12) que han hecho que el fracaso de la lactancia materna se pueda considerar “una nueva enfermedad propia de los siglos XX y XXI”.

En España la situación actual es preocupante y sólo entre un 7-30% de las madres continúan lactando a sus hijos a los 6 meses de edad. Se ha perdido casi por completo la cultura de la lactancia materna, se sacrifica esta y se introduce la fórmula adaptada, sin sopesar las consecuencias futuras de estas decisiones poco justificadas y que se podría resolver identificando cuál es el problema existente. (13, 14)

En los países escandinavos y Finlandia, después de unos años en los que, al igual que en el resto de Europa, se redujo la tasa de lactancia materna, han conseguido aumentar de nuevo la frecuencia de lactancia de una forma envidiable y más del 70% de las madres están amamantando a sus hijos hasta los 6 meses de edad. (15)

Cuba se suma a la iniciativa de la UNICEF en cuanto a los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre desde que comenzó en los años 91-92 y comenzó a aplicarla en todo el

país. Como tiene un sistema de salud único hace que su programa sea también único y se lleve a todos los hospitales, adaptándolo a nuestras condiciones sociales y tenga como resultado que todos los niños estén incluidos. Como iniciativa de Cuba se ha llevado este programa a otros niveles de atención, implementando tener el Consultorio, el Hogar materno, los policlínicos y municipios Amigos del Niños y de la Madre. Esto hace que la atención primaria en general esté incluida y apoye el Programa. Solo nuestro país ha hecho esto y se ha convertido en un fuerte impulso de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses (16).

A pesar de la labor llevada a cabo a lo largo y ancho de nuestro país para implementar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, los resultados de varios investigadores han demostrado que aun queda mucho por hacer, pues los por cientos de lactancia materna exclusiva hasta los 6to mes no son los deseados.

La provincia de Granma no está ajena a esta situación, reportándose un 70% de madres que lactaron exclusivamente a sus niños hasta el cuarto mes en el año 2005, ni el municipio Bayamo, con cifras inferiores a esta. En el área de salud estudiada, menos del 60% de madres amamantaron exclusivamente a sus niños hasta el cuarto mes, lo cual motivó la realización de este trabajo y el diseño, elaboración, aplicación y evaluación de un programa educativo con el objetivo de brindar conocimientos y habilidades del amamantamiento a futuras madres para elevar los por cientos de lactancia materna exclusiva y mejorar la calidad de vida de ellas y de sus niños.

Método

Se realizó un estudio de intervención a las embarazadas de 10 consultorios médicos de la Policlínica Jimmy Hirtzel, con el objetivo de determinar los conocimientos y habilidades sobre lactancia materna de las mismas, antes y después ha aplicado un programa educativo elaborado al efecto.

El universo estuvo integrado por las 34 embarazadas de los 10 consultorios médicos y la muestra quedó conformada por 30 embarazadas de acuerdo a los criterios de inclusión, las cuales se siguieron desde la captación del embarazo hasta 6 meses después del parto.

Como criterios de inclusión: las que aceptaron colaborar voluntariamente en el estudio que tuvieran un intelecto normal, que se mantuvieran en el área de salud la mayor parte del embarazo y del puerperio.

Se excluyeron del estudio: las que se negaron a participar, las que presentaron discapacidad mental (retraso mental, esquizofrenia) que imposibilitó su comprensión adecuada y su integración a grupos, y las que permanecieron fuera del área de salud por un tiempo prolongado durante el embarazo y después del parto.

Para la obtención de los datos se conformó un cuestionario donde se recogieron las variables: edad de la madre (menor de 20 años, de 20 a 34 años o más), nivel intelectual (primario, secundario, preuniversitario, graduado universitario), ocupación (estudia, trabaja, ama de casa).

Posteriormente se evaluaron los conocimientos y habilidades mediante la aplicación de un examen antes de aplicar el programa educativo, en qué momento de sus vidas adquirieron estos conocimientos y habilidades: infancia, adolescencia, consulta de riesgo preconcepcional, durante el embarazo; y de qué fuentes los obtuvieron: escuela, familia, comunidad, medios de difusión, atención primaria de salud (por el médico o enfermera), atención secundaria de salud.

Se les aplicó el programa educativo sobre lactancia materna para lo cual se conformaron 2 grupos de 15 integrantes cada uno, que contó de 18 horas distribuidas en 9 encuentros en forma de clases teóricas, prácticas, demostrativas, ilustrativas, talleres debate, lluvia de ideas, con los siguientes temas:

Que es la lactancia materna e importancia de la misma.

Técnicas de la lactancia materna.

Preparación de las mamas para la lactancia materna.

Reflejos del recién nacido.

Hipogalactia fisiológica.

Diarreas transicionales del recién nacido.

Consecuencias del abandono precoz de la lactancia materna.

Crecimiento y desarrollo biológico del niño hasta el 1er año.

Creer Psicológico.

Al final se les aplicó un examen comprobando los conocimientos y habilidades adquiridos. Estos fueron evaluados de mal, regular y bien de acuerdo a la clave establecida por los autores del trabajo. Después del parto se evaluaron en el terreno los conocimientos y habilidades adquiridos, a través de la encuesta y la observación directa.

Se utilizaron como medidas de resumen los números absolutos y por ciento y se analizaron las pruebas de Chi cuadrado para muestras relacionadas con un nivel de significación ($\alpha = 0.05$). Para la confección del informe y presentación del mismo nos auxiliamos de una computadora Celeron Pentium 4 y del Software Microsoft Office Word, versión Windows XP 2004.

Resultados

Al evaluar los conocimientos y habilidades de las embarazadas sobre lactancia materna antes de aplicado el programa educativo (tabla 1), se observa que de las 30 embarazadas que conformaron la muestra, 3 (10%) obtuvieron calificación de B; 11 (36.7%) de Regular y 16 (53.3%) de Mal. Todas reconocieron que la leche de sus pechos es el mejor alimento que su hijo puede recibir desde el momento en que nace; sin embargo, en la evaluación realizada de sus conocimientos y habilidades (anexo 2), muy pocas alcanzan la calificación necesaria para considerarlas preparadas para lactar.

Después de aplicado el programa educativo, los resultados cambian favorablemente, alcanzando el 100% la más alta evaluación de los conocimientos y habilidades.

Al aplicar la prueba de Chi-Cuadrado para muestras relacionadas (tabla 1), se obtuvo una probabilidad prácticamente nula $p = 0.000$ demostrando que existieron diferencias

significativas en cuanto a los resultados obtenidos antes y después del programa educativo, lo que se patentiza con el hecho que el 100% de las embarazadas mostraron tener conocimientos y habilidades adecuados de lactancia materna al concluir la intervención..

En las tablas 2 y 3, donde se relaciona la edad de las embarazadas y los conocimientos sobre lactancia materna antes y después de aplicado el programa educativo; refleja que las 2 menores de 20 años que obtuvieron la evaluación de regular antes de aplicar el programa (7%), después de aplicado el mismo fueron evaluadas de bien; igualmente ocurrió con el grupo de 25 a 35 años donde antes del programa se evaluaron 3 (10%) de Bien; 8 (27%) de Regular y 15 (50%) de Mal. Posteriormente a la aplicación del programa educativo todas salieron evaluadas de Bien (100%).

Antes de la intervención (tabla 2) el test de Chi-Cuadrado arrojó una probabilidad $p=0.017$ inferior a ($\alpha = 0.05$), lo que corrobora el nivel de dependencia entre estas variables.

Después de aplicado el programa educativo el 100% de las embarazadas mostraron tener conocimientos adecuados sobre lactancia materna (tabla 3) lo que corrobora la eficiencia del mismo. Al relacionar la escolaridad de la embarazada con los conocimientos y habilidades de lactancia materna antes y después de aplicado el programa educativo (tabla 4 y 5) se observa como inicialmente 8 embarazadas con nivel secundario fueron evaluadas de mal (27%); de las que alcanzan el nivel preuniversitario 10 (33%) fueron evaluadas de regular y 7 (23%) de mal; de las universitarias, 3 (10%) fueron evaluadas de bien; 1 (3%) de regular y 1 (3%) de mal. Después de aplicar el programa, el 100% alcanzaron la calificación de bien.

Antes de aplicar el programa (tabla 4) el Test de Chi-Cuadrado arrojó una probabilidad $p = 0.004$ inferior a ($\alpha = 0.05$), lo que evidencia un nivel de dependencia entre las variables. Después de aplicado un programa educativo, el 100% mostraron tener conocimientos y habilidades adecuados sobre lactancia materna (tabla 5), lo que reafirma la efectividad de la intervención.

Las tablas 6 y 7 donde se relacionan la ocupación materna con los conocimientos y habilidades antes y después de aplicado el programa, se muestra como al inicio 2 de las estudiantes (7%) recibieron evaluación de Bien y 2 (7%) de Regular; de las trabajadoras, 1 (3%) fue evaluada de bien; 8 (27%) de regular y 8 (30%) de mal; las del grupo de amas de casa 1 (3%) de regular y 7 (23%) de Mal. Después de aplicado el programa, 30 (100%) obtuvieron el máximo de calificación.

Al inicio (tabla 6) el test de Chi-Cuadrado arrojó una probabilidad $p = 0.0017$ inferior a ($\alpha = 0.05$) lo que pone de manifiesto el nivel de dependencia entre estas variables. Después de la intervención el 100% mostró tener conocimientos y habilidades sobre lactancia materna (tabla 7).

El gráfico 1 que muestra el momento en que las embarazadas adquirieron los conocimientos y habilidades sobre lactancia materna antes de aplicado el programa educativo, siendo durante el embarazo el momento en que las 30 (100%) recibieron la mayor cantidad de información, seguido de la adolescencia 18 (60%) y por último en la consulta de riesgo preconcepcional 8 (26%).

La fuente que aportó mayor conocimientos (gráfico 2) fue la labor educativa del médico de la familia 100% seguido de la enfermera de la familia 90%; le continúan los medios de

difusión 46%; la familia 30%; la escuela 10%; el hospital 6% y por último la comunidad con un 3%.

El gráfico 3 sobre el comportamiento de la lactancia materna exclusiva, 28 (93.3%) de las madres no la interrumpieron, 1 (3.3%) la interrumpió por hipogalactia en el primer mes de nacido del niño; 1 (3%) la interrumpió al tercer mes porque consideró que el niño no se llenaba con el pecho, aunque se comprobó en consulta de puericultura que la leche de sus senos era la que necesitaba de acuerdo a la evaluación de su crecimiento y desarrollo. En los dos casos le ofrecieron lactancia mixta (materna y artificial).

Discusión

Martí concebía la educación como un acto de amor. Educar a las futuras madres para que les ofrezcan a sus niños la leche de su seno como el más preciado regalo, es la labor más amorosa que como médicos de asistencia podemos darle a las madres y a sus niños. Con este fin se diseña, elabora y aplica el programa educativo sobre lactancia materna, ya que a pesar de la labor de promoción llevada a cabo en todo el país para fomentar la misma de forma exclusiva hasta los seis meses, los resultados todavía distan mucho de lo que se desea y por lo que se lucha: que el **100%** de los niños sean amamantados del seno materno al nacer, y que a más del **90%** se le prolongue hasta el sexto mes.

Al igual que los doctores Tamames Álvarez y Quintana Tamayo en sus trabajos de terminación de residencia en los años 2002 y 2004 respectivamente, encontramos cambios favorables en los conocimientos y habilidades de las futuras madres después de la intervención educativa. En Chile en el año 2000 (17), el doctor Ossadan obtuvo resultados similares. La mayoría de los autores coinciden que las edades entre 20-34 años es la etapa óptima para la concepción, pues la mujer ya ha completado su maduración biológica y social y esta mejor preparada para la procreación, lo que no ocurre en edades extremas de la vida.(18)

En estudio de intervención realizado en un hogar materno de Baraguá, provincia de Santiago de Cuba, en el año 2003, las del grupo de 20 a 34 años tenían más conocimientos sobre lactancia materna antes de la intervención y después de la misma, todas salieron capacitadas.(19)

Existe una estrecha vinculación entre la escolaridad y el conocimiento de las ventajas de la lactancia materna.

Es la única que asegura al niño pequeño una alimentación adecuada y lo protege de las infecciones, a la vez que le proporciona la oportunidad para la formación de los lazos afectivos entre él y su madre, que a la vez son la base de la seguridad e independencia futura del niño. El nivel de escolaridad de las embarazadas se corresponde con el nivel de educacional alcanzado por el país, por nuestro pueblo, gracias a los planes institucionales del gobierno revolucionario y el nivel de conocimiento que sobre lactancia materna han adquirido las madres. Varios autores plantean que la escolaridad y el

conocimiento–utilización de la lactancia materna son directamente proporcionales.(18, 19)

En Bayamo, estudios realizados en el año 2002 arrojaron que luego de una educación sobre lactancia materna exclusiva, el 83.3% la mantuvieron durante los primeros 4 meses de vida (Dr. Tamame Álvarez, TTE). Gonzáles y Pileta encontraron que fueron las amas de casa las de mayor efectividad en la lactancia materna exclusiva.(18)

En una investigación realizada en el hogar materno “La Palma”, de Ciudad de la Habana, en 120 embarazadas, en el año 2001, sobre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna, las amas de casa, independientemente de no ser las de mayor conocimiento, fueron las que amamantaron de forma exclusiva por mas tiempo a sus hijos.(20) En otras investigaciones, sin embargo, las amas de casa obtuvieron los peores resultados, que mejoraron considerablemente después de la intervención educativa (Quintana Tamayo, TTE, 2004).

En años anteriores existía una asociación directa y significativa entre la práctica de la lactancia materna y la ocupación de la madre, lo cual muestran diversas investigaciones realizadas, en la mayoría de ellos las que mas lactaban a sus niños exclusivamente eran las amas de casa (20), encontrándose con factores que influían en el destete precoz de las trabajadoras la industrialización, urbanización, práctica hospitalaria, desinformación de las madres, publicidad de alimentos infantiles e incorporación de la madre al trabajo. En estos momentos en nuestro país la ley protege a la embarazada y a la madre que trabaja hasta el año de edad de su niño, la cual recibe un pago de su licencia de maternidad y puede dedicarse al cuidado de su bebe mientras es lactante y hasta que comience la etapa transicional.

A las estudiantes, se les facilita una licencia de sus estudios igualmente hasta el año de paridas, que puede reincorporarse.

Estos resultados demuestran cuanto nos queda por hacer en relación a la educación y capacitación de las futuras madres sobre un tema tan sensible y esencial como es la alimentación que recibirá su futuro bebé en los primeros 6 meses de vida.

En la bibliografía revisada se encontró muy poco referente al momento de adquisición de los conocimientos y la fuente.

La enseñanza de la lactancia materna debe comenzar desde edades preescolares mediante los juegos de roles que además de estimular la creatividad y el aprendizaje, ayuda a su ajuste social. Si tenemos en cuenta que las actividades de promoción de salud constituyen un pilar básico en la atención primaria, se hace necesario que la familia entienda que la lactancia natural no es responsabilidad sola de la madre, el padre debe darle apoyo, comprensión y estímulo para lograr que la lactancia sea exclusiva al menos hasta el 6to mes de nacido el niño, lo cual favorecerá su adecuado crecimiento y desarrollo porque contiene los nutrientes ideales para él, proporciona defensas contra enfermedades, siendo la vacuna que el niño recibe de su propia madre; brinda cariño, protección, confianza y seguridad al bebé al estar en contacto directo con ella.

Consideramos que debemos incrementar la labor educativa y de promoción en las consultas prenatales debido a que hay muchas futuras mamás que desconocen las ventajas de la lactancia natural. La causa del fracaso de la lactancia materna exclusiva

en los dos pacientes que la interrumpieron, fue la insuficiente leche materna, lo que concuerda con lo encontrado en otras investigaciones. (18, 20, 21)

En un estudio de intervención realizado en la Policlínica Mario Gutiérrez Arcaya, de Holguín, en el 2003, encontraron como causa principal de abandono de la lactancia materna exclusiva, la incorporación de las madres a actividades sociales.(22)

A la salida de las maternidades, todos nuestros niños salen con lactancia materna exclusiva. Por eso tenemos hoy alrededor del 99% de los recién nacidos con este tipo de alimentación. Y su exclusividad hasta el cuarto mes en Cuba se comporta hoy a un 46,9%, según las encuestas nacionales que tienen una validación internacional. Todo esto es posible porque el programa de atención al niño y a la madre está bien estructurado dentro de la maternidad. Se basa fundamentalmente en la educación a la embarazada y en la promulgación de la lactancia materna durante el tiempo que está la madre en el hospital. Revisando los datos internacionales el porcentaje es bueno, es un buen resultado.

Ellos muestran los resultados internacionales dividiendo los países en: los que tiene más de 40%, los que tienen entre 20% y 40% y los que están por debajo de 20%. Es decir que el nuestro es un buen indicador internacional. (16)

Si se educa y capacita a las futuras madres sobre lactancia materna antes de la concepción, incluso desde edades tempranas de la vida, para alcanzar una lactancia feliz al menos hasta el 6to mes, estos resultados pueden mejorar y con ello, la calidad de vida de nuestros niños y sus madres. Así podemos concluir esta investigación, sus resultados así lo demuestran.

Bibliografía

1. UNICEF. Objetivos del desarrollo del milenio. Objetivo 4: Reducir la Mortalidad Infantil. Día Universal del Niño. 20 de noviembre, 2007.
2. <http://www.google.com.cu/gwt/n?u=http%3A%2F%2Fwww.monografias.com%2Ftrabajos16%2Ffilosofia-del-amor%2Ffilosofia-del-amor.shtml>
3. Pallás Alonso CR. Lactancia materna y alimentación durante el primer año de vida. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Octubre 2004
4. <http://www.google.com.cu/gwt/n?u=http%3A%2F%2Fwww.lapampa.gov.ar%2FServicios%2FMBS%2FSalud%2Flactancia.htm>
5. http://es.wikipedia.org/wiki/Lactancia_artificial"
6. http://www.google.com.cu/gwt/i?i=hs/D279E1FE_0799EDE3_AA12EBE2-190-jpeg
7. Organización Mundial de la Salud. Pruebas Científicas de los diez pasos hacia una feliz

lactancia natural. Ginebra; s/e, 1998:22 – 34.

8. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of WHO systematic review. [http:// www.WHO.Int/inf-pr-2001/en/note_2001-07 htm/](http://www.WHO.Int/inf-pr-2001/en/note_2001-07.htm/). Consultado el 12 de junio del 2001.
9. Tabares Díaz O, Soler Quintana ML, Ramos Rodríguez AO, González Masón L. Aspectos Epidemiológicos relacionados con el tipo de lactancia durante el primer año de vida. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(4):336-43
10. UNICEF. Lactancia materna. Material educativo. México DF: UNICEF; 1992.
11. Healthy People 2010 (Conference Edition, in Two Volumes). Washington; DC; Dept of Health and Human Services; 2000.
12. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. An Esp Pediatr 2002; 56: 144-150.
13. Mercé Gratacòs, Iglesias Niubó, J Ariño Cedo.F y cols. Lctancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen es su elección y mantenimiento. An Esp de Pediatr 2001 ; 54: 297-302
14. Suárez Gil P. Alonso Lorenzo JC López Díaz AJ. Martín Rodríguez D Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. Gaceta Sanitaria, 02 2001; 15: 104-110.
15. Michaelsen KF. Nutrition and Crowth During Infancy. Acta Paediatrica 1997; 86 (suppl 420): 1-36)
16. <http://saludparalavida.sld.cu//modules.php?name=Sections&sop=viewarticle&artid=79>
17. Ossadón, M. Et. Al: Fomento de la lactancia materna, programa, iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barras luco trueda. Rev Chil. Pediatr. 2000. 71 (2): 98 – 106.
18. González Méndez, Iraida. B. Pileta Romero. Lactancia Materna. Rev. Cub. Enfer. 2002;

18(1):15-22.

19. Rosabal Suárez, L. Belkis Piedra Cosme. Intervención de Enfermería para la capacitación sobre lactancia materna. *Rev. Cub. Enfermer.* 2004; 20(1).
20. Gutiérrez Gutiérrez, Antonia E., Barbosa Rodríguez, Dianelys, Gonzáles Lima, Roxana *et al.*
Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. *Rev Cubana Enfermer*, ene.-abr. 2001, vol.17, no.1, p.42-46. ISSN 0864-0319.
21. García, Magda. Dini Elizabeth. Practice aspect about maternal lactation. Caracas; Caligraphy C.A; 93-111.Enero 1999.
22. Serra Hernández, Emilio. Joaquín Solarana Ortiz. G. Velásquez Zúñiga. Intervención Educativa. Efectividad sobre la lactancia materna. Policlínica "Mario Gutiérrez Ardaya". 2003.
Correo Científico Médico de Holguín.

Bibliografía Consultada

- Tamames Álvarez, E: Conocimientos de la Lactancia Materna en gestantes y su uso después del parto. Rosa La Bayamesa, 2001. Bayamo, 2002.
- Quintana Tamayo, G: El conocimiento de la lactancia materna en embarazadas, repercusión y uso. Rosa La Bayamesa, 2003. Bayamo, 2004.

Anexos

Tabla 1. Nivel de conocimientos y habilidades de las embarazadas sobre Lactancia Materna antes y después de aplicado el programa educativo.

Aplicación del Programa	Conocimientos y habilidades						Total	
	Bien		Regular		Mal			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Antes	3	10	11	36.7	16	53.3	30	100
Después	30	100						

Fuente: Encuesta.

P = 0.000

-----= 0.05

Tabla 2. Relación entre la edad materna y el nivel de conocimientos y habilidades antes de aplicado el programa.

Edad	Conocimientos y habilidades						Total	
	Bien		Regular		Mal			
	No	%	No	%	No	%	No	%
- 20			6	6.7			2	6.7
20 – 35	3	10	8	26.7	15	50	26	86.6
+ 35			1	3.3	1	3.3	2	6.7

Fuente: Encuesta.

P = 0.017

-----= 0.05

Tabla 3. Relación entre la edad materna y el nivel de conocimientos y habilidades después de aplicado el programa.

Edad	Conocimientos y habilidades	
	Bien	
	No	%
- 20	2	6.7
20 – 35	26	86.7
- 35	2	6.7
Total	30	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 4. Relación entre el grado de escolaridad y el nivel de conocimientos y habilidades antes de aplicado el programa.

Escolaridad	Conocimientos y habilidades						Total	
	Bien		Regular		Mal			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Secundaria					8	26.7	8	26.7
Preuniversitario			10	33.3	7	23.3	17	56.6
Universidad	3	10	1	3.3	1	3.3	5	16.7

Fuente: Encuesta.

P = 0.004

----- 0,05

Tabla 5. Relación entre el grado de escolaridad y el nivel de conocimientos y habilidades después de aplicado el programa.

Escolaridad	Conocimientos y habilidades	
	Bien	
	No	%
Secundaria	8	26.7
Preuniversitario	17	56.6
Universidad	5	16.5
Total	30	100

Fuente: Encuesta.

Tabla 6. Relación entre la ocupación y el nivel de conocimientos y habilidades antes de aplicado el programa.

Ocupación	Conocimientos y habilidades						Total	
	Bien		Regular		Mal			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Estudia	2	6.7	2	6.7			4	13.3
Trabaja	1	3.3	8	26.7	9	30	18	60
Ama de casa			1	3.3	7	23.3	8	26.7

Fuente: Encuesta.

P = 0.017

Tabla 7. Relación entre la ocupación y el nivel de conocimientos y habilidades después de aplicado el programa.

Ocupación	Conocimientos y habilidades	
	Bien	
	No	%
Estudia	4	13.3
Trabaja	18	60
Ama de casa	8	26.7
Total	30	100

Fuente: Encuesta.



Gráfico 1

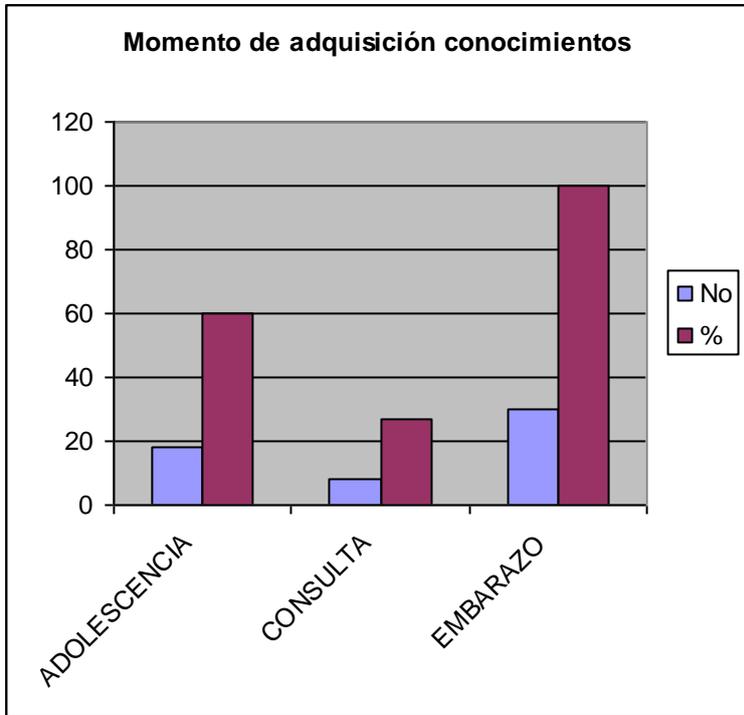


Gráfico 2

- ¹ Especialista de I grado en Pediatría
- ¹ Especialista de I grado en Ginecología y Obstetricia
- ¹ Master en Intervención Comunitaria
- ¹ Especialista de I grado en MGI
- ¹ Especialista de I grado en Medicina Interna
- ¹ Estudiante de 5to año de Medicina.