

**POLICLÍNICO DOCENTE
"JUAN B. CONTRERAS"
RANCHUELO, VILLA CLARA.**

PROGRAMA EDUCATIVO PRENATAL Y LACTANCIA MATERNA.

Por:

MSc. Benita Mavel Beltrán González¹, Dra. Rafaela Reyes García², Dra. Rosa Pérez Pulido³,
Ing. Laureano Prado Romero⁴, Dra. María Magdalena Abreu Herrera⁵ y Dra. Gilda Bermúdez
Muñoz⁶

1. Especialista de I Grado en Pediatría. Asistente. ISCM-VC. Máster en Salud Pública.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
3. Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor. ISCM-VC.
4. Profesor Auxiliar en Bioestadística.
5. Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. MSc. Nutrición.
6. Especialista de I Grado en Pediatría. Asistente. ISCM-VC.

Resumen

Se realizó un estudio de Intervención cuasi-experimental en el municipio de Ranchuelo, provincia de Villa Clara, desde enero de 1997 hasta agosto de 2000, con la finalidad de evaluar los resultados del Programa Educativo Prenatal con relación a la duración de la lactancia materna. Participaron 150 embarazadas; de ellas, 75 formaron el grupo de intervención y 75 el de comparación. El programa educativo prenatal se desarrolló en seis etapas. El 72 % de las embarazadas que participaron en el programa lactaron a sus hijos hasta el cuarto mes; al analizar esta variable con relación a la edad de la madre, ocupación y escolaridad, se comprobó que fue más duradera la lactancia en aquellas que recibieron la intervención. Se concluye que la prolongación del amamantamiento estuvo determinada por la puericultura prenatal.

Descriptores DeCS:

LACTANCIA MATERNA
NUTRICION DE LA MADRE
PROGRAMAS DE NUTRICION APLICADA

Subject headings:

BREAST FEEDING
MOTHER NUTRITION
APPLIED NUTRITION PROGRAMMES

Introducción

La promoción, protección y apoyo a las prácticas de la lactancia materna son actividades esenciales de los sistemas de salud para preservar este recurso natural, pues contribuyen a la crianza de niños más sanos, seguros y felices. El fomento de la lactancia es una de las herramientas más útiles y de más bajo costo que se puede utilizar a nivel local para contribuir a la salud y bienestar de las madres, y al crecimiento y desarrollo de los niños¹.

Existen varios estudios que demuestran los siguientes beneficios de la lactancia materna¹⁻³:

- . Favorece el crecimiento y desarrollo del niño.
- . Salva vidas infantiles.

- . Es buena para la salud y bienestar de la mujer.
- . Ahorra dinero.
- . Es un recurso natural y renovable.

Un análisis de la situación en la región de América Latina y el Caribe demuestra que los servicios de salud desempeñan un papel muy importante en cuanto a crear un ambiente favorable para la lactancia¹.

La realidad en la región se presenta muy compleja en lo relacionado con las prácticas de la lactancia; en general, pues éstas están muy deterioradas en términos de lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Tampoco son del todo adecuadas en cuanto a la continuación de la lactancia con la introducción de alimentos complementarios apropiados a partir de los seis meses, ni en lo que se refiere al mantenimiento de la lactancia hasta el segundo año de vida^{1,4,5}.

Los datos de prevalencia de los países y de las áreas rurales y urbanas varían mucho, pero en general indican una disminución de la práctica óptima de la lactancia en las últimas cinco décadas^{1,6}.

Mientras la práctica óptima de la lactancia materna tiene en general baja prevalencia, el inicio de la práctica de amamantar es relativamente alto. Es importante destacar algunas razones por las que las madres no continúan amamantando de forma óptima. Los factores determinantes más importantes pueden ser clasificados en dos grupos generales: a) factores que influyen en la decisión personal de la madres y que tienen que ver con el nivel individual, familiar o comunitario y b) factores socioeconómicos, que indirectamente afectan la decisión del padre. En general, estos factores contribuyen a la pérdida de la cultura y la tradición de la lactancia materna¹.

- En el primer grupo se pueden citar: información incorrecta o falta de ella; uso del biberón, chupete, tetera o ambos casi inmediatamente después del nacimiento; introducción de otros líquidos, sólidos o ambos, antes de los seis meses; apoyo inadecuado a las madres; consejos inapropiados de planificación familiar, y embarazo precoz en adolescentes, lo que ocasiona que los niños deban ser criados por otros miembros de la familia¹.
- Entre los factores socioeconómicos se pueden considerar: pérdida de tradiciones, creencias y valores; desvalorización de la práctica de la lactancia materna y de la crianza de los niños; no reconocimiento de la lactancia materna como estrategia para alcanzar la seguridad alimentaria; actitudes médicas y culturales desfavorables a la lactancia, y cambios inadecuados en las cargas de trabajo¹.

Los servicios de salud, al igual que la comunidad, tienen un papel fundamental en proveer las condiciones necesarias para que todas las madres amamanten a sus hijos¹.

Ante esta problemática multicausal, se ha elaborado un programa educativo para desarrollar la puericultura prenatal con la finalidad de propiciar cambios en los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de la madres y la familia, que posibiliten hacer más duradera la lactancia biológica y, por ende, proporcionar sus beneficios para la madre, el niño, el país y el ecosistema^{1,7,8}.

Métodos

Se aplicó un diseño de intervención cuasi-experimental desde enero de 1997 hasta agosto de 2000, en el municipio de Ranchuelo, provincia de Villa Clara.

Participaron 150 madres y sus hijos; de ellas, 75 formaron el grupo de intervención y 75 el grupo control.

Criterios de inclusión: embarazadas que se encuentran en el primer trimestre, entre 8 y 10 semanas de edad gestacional y que solicitan participar en la intervención educativa.

Criterio para definir el grupo de intervención: niños cuyas madres recibieron educación prenatal, según programa.

Criterio para definir el grupo de comparación: niños cuyas madres no recibieron educación prenatal según programa, sino sólo los controles de seguimiento en el consultorio.

En la primera consulta grupal prenatal, a cada paciente del grupo de intervención se le registraron los siguientes datos: edad, escolaridad y ocupación. Para obtener esta información en el grupo de comparación, fueron revisados los tarjetones obstétricos.

El Programa Educativo Prenatal se desarrolló en seis etapas:

Etapa 1: Diagnóstico educativo.

Etapa 2: Determinación del plan de capacitación: Se definieron 11 unidades temáticas relacionadas con el embarazo: la nutrición de la embarazada, lactancia materna, el recién nacido; crecimiento y desarrollo del lactante, ablactación y morbilidad.

Etapa 3: Determinación de técnicas, procedimientos, materiales y medios de enseñanza.

Las técnicas utilizadas fueron: dudas, esperanzas y temores, dinámica de grupo, demostración, sociodrama y estudio de caso.

Etapa 4: Ejecución del Programa Educativo.

Las sesiones de discusión grupal se efectuaron con una frecuencia semanal o quincenal, en un lugar escogido por el grupo (centros de la comunidad y casa de orientación a la familia).

Etapa 5: Evaluación de la efectividad con relación a la duración de la lactancia materna.

Los lactantes del grupo de intervención fueron seguidos evolutivamente mediante un control mensual individual hasta el sexto mes, en los cuales se reforzaron los conceptos sobre lactancia materna a las madres.

En el grupo de comparación, esta información se obtuvo de la entrevista individual con las madres y la historia clínica de los niños.

Etapa 6: Retroalimentación para perfeccionar el programa.

Los resultados fueron procesados utilizando los siguientes métodos estadísticos: prueba de independencia con la distribución de Chi cuadrado y prueba t de Student para comparar dos por cientos muestrales.

Resultados

En la tabla 1 se presenta la duración de la lactancia en los primeros seis meses de la vida. En el grupo de comparación se observó que la mayoría de las madres (36 %) amamantaron a sus hijos sólo el primer mes de vida, mientras que en el grupo de intervención el 72 % los lactaba hasta el cuarto mes.

Tabla 1 Duración de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

Grupo Edad (meses)	Grupo de intervención		Grupo de comparación	
	No	%	No.	%
1	1	1,3	27	36
2	5	6,7	19	25,3
3	15	20	21	28
4	33	44	8	10,7
5	17	22,7	0	0
6	4	5,3	0	0
TOTAL	75	100	75	100

Fuente: Formulario

$X^2 = 69,553$; gl 0 4 ($p < 0,001$)

A estos resultados se les aplicó la prueba de independencia con la distribución de Chi cuadrado, y se obtuvo un valor muy altamente significativo ($p < 0,001$); por ello, podemos considerar que existe una dependencia entre el tiempo de duración de la lactancia y el grupo que participó en la intervención, actividad que permitió la preparación de las embarazadas, pues se analizaron aspectos reconocidos como causa de destete.

La duración de la lactancia materna y su relación con la escolaridad de la madre (tabla 2) fue superior en el grupo de intervención, tanto en las madres con escolaridad primaria-secundaria como en aquellas con escolaridad media superior, pues el amamantamiento se prolongó hasta los 3-4 meses y 5-6 meses respectivamente. Se observó cómo el 97 % de las madres con escolaridad primaria-secundaria que participaron en la intervención amamantaban a sus hijos al cuarto mes, sin embargo, del grupo de comparación, con similar escolaridad, sólo el 35,9 % logró hacerlo el mismo período de tiempo.

Tabla 2 Duración de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y escolaridad de la madre.

Grupos	Grupo de intervención				Grupo de comparación			
	Primaria y secundaria		Media y superior		Primaria y secundaria		Media y superior	
Duración de la lactancia (meses)	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1 - 2	1	2,9	5	12,5	25	64,1	21	58,3
3 - 4	25	71,4	23	57,5	14	35,9	15	41,7
5 - 6	9	25,7	12	30	0	0	0	0
TOTAL	35	100	40	100	39	100	36	100

Fuente: Formulario

$X^2 = 56,458$; $gl = 2$ ($p < 0,001$)

Al analizar la duración de la lactancia hasta el sexto mes en madres con escolaridad media-superior, se encontró que en el grupo de intervención el 30 % de las madres alimentaba a sus hijos con lactancia materna exclusiva, mientras que en el grupo de comparación, las madres que poseían igual escolaridad no lograron amamantar a sus hijos hasta el sexto mes.

En las diez comparaciones posibles entre los dos grupos (por encima del tercer mes), en las pruebas estadísticas predominó siempre el que había participado en la intervención, y resultó altamente significativa ($p < 0,001$) la diferencia entre aquellas madres con escolaridad primaria y secundaria, y en las de nivel medio superior entre ambos grupos.

Mediante el programa educativo desarrollado fue posible modificar la duración de la lactancia, independientemente de la escolaridad materna (primaria, secundaria o media-superior), pues las madres que participaron en la intervención lograron prolongar la lactancia materna exclusiva por un mayor tiempo.

La relación entre duración de la lactancia materna, ocupación de la madre y su participación o no en la intervención fue analizada en la tabla 3. En el grupo de comparación predominó la lactancia de dos o menos meses, tanto en amas de casa (60 %) como en trabajadoras o estudiantes (62,5 %), mientras que en el grupo de intervención su predominio fue por tres o más meses en las amas de casa (91,2 %) y en las trabajadoras o estudiantes (92,7 %).

Tabla 3 Duración de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y ocupación de la madre.

Grupos	Grupo de intervención				Grupo de comparación			
	Amas de casa		Trabajadoras o estudiantes		Amas de casa		Trabajadoras o estudiantes	
Duración de la lactancia (meses)	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1 - 2	3	8,8	3	7,3	21	60	25	62,5
3 - 4	23	67,7	25	61	14	40	15	37,5
4 - 5	8	23,5	13	31,7	0	0	0	0
TOTAL	34	100	41	100	35	100	40	100

Fuente: Formulario

Ama de casa: $X^2 = 23,709$; $gl = 2$ ($p < 0,001$)

Trabajadora o estudiante: $X^2 = 32,834$; $gl = 2$ ($p < 0,001$)

Al aplicar las pruebas estadísticas, se halló una diferencia altamente significativa ($p < 0,01$) del grupo de intervención con respecto al grupo control, a causa de la labor desarrollada de forma planificada. La instrucción sobre las diferentes formas de mantener el amamantamiento, unido al apoyo de la familia, hicieron posible que las madres trabajadoras prolongaran la lactancia y eliminaran conductas inadecuadas, lo que les ha permitido incorporarse a sus actividades y, a la vez, continuar la lactancia. En la tabla 4 se analiza la duración de la lactancia materna y la edad de la madre según su participación o no en la intervención, y observamos que ésta fue más prolongada (tres o más meses) en todas las edades del grupo que participó en la intervención; por ejemplo, en el grupo de 20-24 años, el 61,53 % lactó tres o más meses, mientras que en el grupo de comparación sólo lo hizo el 47,6 %.

Tabla 4 Duración de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y edad de la madre.

Grupos	Grupo de intervención (75)						Grupo de comparación (75)						
	Duración de la lactancia (meses)												
	1 - 2		3 - 4		5 - 6		1 - 2		3 - 4		5 - 6		
Edad materna	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
< 20	I: 12	1	8,3	8	66,6	3	25	9	75	3	25	0	0,0
20-24	I: 26	4	15,4	16	61,53	5	19,2	11	52,3	10	47,6	0	0,0
25-29	I: 19	1	5,3	12	63,15	6	31,6	12	57,1	9	42,9	0	0,0
30-34	I: 15	0	0	10	66,6	5	33,3	12	66,7	6	33,3	0	0,0
35 y +	I: 4	0	0	3	50	2	50	2	66,7	1	33,3	0	0,0
TOTAL:	C: 75	6	8	48	65,3	21	28	46	61,3	29	38,7	0	0,0

Fuente: Formulario

I: Intervención.

C: Comparación.

Consideramos que estos resultados pueden estar influenciados por el trabajo realizado con las gestantes, al instruir las sobre el valor de la leche materna y las posibilidades de lograr un amamantamiento exitoso. Asimismo, el trabajo grupal les permitió intercambiar opiniones con otras embarazadas de diferentes edades y lograr la prolongación del amamantamiento.

Discusión

En el estudio de las verdaderas causas del destete precoz tienen un papel fundamental los servicios de salud y la comunidad, a fin de contrarrestar esta problemática y promover las condiciones necesarias para que todas las madres amamenten a sus hijos^{1,6}.

Mantener la práctica de amamantar es una responsabilidad de la sociedad que involucra a las madres, los padres, la familia, la comunidad, los servicios de salud, el sistema de educación, la economía, el estado y otros factores^{1,6}.

Teniendo en consideración estos principios, se ha diseñado el Programa Educativo, que constituye un importante apoyo para la mujer y una respuesta a sus necesidades; las madres se convierten en participantes activas para la obtención de la salud del niño y de sí mismas.

Las prácticas óptimas de la lactancia benefician a la mujer, pero sólo si ella está convencida de esto, hará el esfuerzo necesario para realizarlas. Lograr esta convicción es básicamente cuestión de educación y apoyo¹.

En Cuba, en 1990, sólo el 62,7 % de los niños recibían lactancia materna exclusiva al nacer, y a los 90 días la prevalencia de este modo de alimentación se reducía a 24,5 %. Estudios sobre este problema de salud en nuestro país refieren que el destete precoz está relacionado con la introducción de algún alimento suplementario en la dieta desde los dos meses de nacido, sobre todo en zonas urbanas, así como otros factores, entre los que se destacan la hipogalactia fisiológica y el ambiente inadecuado⁹.

Ovies Carballo y colaboradores⁹ señalan que existe una elevada tendencia al abandono temprano de la lactancia exclusiva e informan que sólo el 32,6 % de la población que ellos estudiaron practicaba este tipo de lactancia; asimismo, encontraron una tasa de continuidad baja y alto riesgo para el destete en un período tan temprano como los cuatro meses.

Múltiples son las investigaciones en que se ha analizado la relación entre la duración de la lactancia materna y la edad de la madre; algunas, como la realizada por Prendes Labrada y colaboradores¹⁰, señalan que a medida que aumenta el nivel de escolaridad materna se incrementa el número de madres que lactan a sus hijos durante más de un mes.

Difiere de estos resultados Amador García¹¹, al plantear que las madres con bajo nivel de escolaridad tienen los índices más altos de lactancia materna.

Existen otros trabajos que no coinciden con nuestros resultados, como el de Prendes Labrada¹⁰, cuando expresa que las mujeres que alimentan con lactancia exclusiva tres meses o más poseen un nivel de escolaridad más alto; sin embargo, Amador y Silva¹², encontraron que las madres con bajo nivel escolar presentan los índices más altos de lactancia materna. Prendes Labrada y colaboradores¹⁰ argumentan que la madre estudiante tiende a abandonar precozmente la lactancia materna, muchas veces obligada por la necesidad de incorporarse a los estudios.

Coincide con este resultado Peraza Roque y colaboradores¹³, al referir que en su estudio la condición de ser estudiante o ama de casa fue el principal factor relacionado con el destete precoz.

Difieren de estos resultados otros autores, como Amador y Silva¹² al plantear que las amas de casa lactan más, mientras que Sayer y colaboradores¹⁴ consideran que estas amas de casa tienen menos probabilidad de lactar al ocuparse de las tareas del hogar.

Con la intervención realizada se les orientó y explicó a las madres (trabajadoras y estudiantes) que no tenían necesidad de suspender la lactancia, pues podían practicar el ritmo inverso, o sea, dejar que el bebé mame frecuentemente por la noche y realizar extracción manual con bomba de leche para preparar las tomas del día.

Prendes Labrada¹⁰ y Peraza Roque¹⁴ consideran que las madres menores de 20 años amamantan a sus hijos durante un tiempo menor.

En un estudio realizado sobre el grado de conocimiento de algunas cuestiones técnicas de la lactancia materna por Hernández Cisneros y colaboradores¹⁵, se comprobó que las madres adolescentes tenían mayor grado de conocimiento acerca de la rotación de los pechos y el horario del amamantamiento¹⁵.

Con el trabajo realizado por el equipo de intervención se logró modificar este comportamiento, y se prolongó la duración de la lactancia en los diferentes grupos de edades.

Summary

An interventional quasi-experimental study was carried out in Ranchuelo municipality, Villa Clara province from January, 1997 to August, 2000, to evaluate results of the Prenatal Educative Program regarding duration of breast feeding. 150 pregnant women took part in the study: 75 in the study group and 75 in the control group. The Prenatal Educative Program was carried out in six steps. 72 % of the pregnant women participating in the program fed their babies with breast milk up to the four month of life; in analyzing this variable regarding the mother age, occupation and education level, it was found that breast feeding was longer in those women participating in the intervention. It is concluded that the breast feeding time was determined by prenatal education.

Referencias bibliográficas

1. Benguigui Y, Land S, Paganini JM, Yunes J. Acciones de la salud materno infantil en el ámbito local; según las metas de la cumbre mundial a favor de la infancia. Washington: OPS; 1999.
2. Froozani MD, Permezhadeh K, Dorosty Motlagh AR, Golestan B. Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. *Bull World Health Organ* 1999;77(5):381-5.
3. Guerrero ML, Morrow RC, Calva JJ, Ortega-Gallegos H, Weller SC, Ruiz-Palacios GM. Rapid ethenographic assessment of breastfeeding practices interurban Mexico City. *Bull World Health Organ* 1999;77(4):323-30.
4. Carvalhaes M, Parada C, Venancia S, Venancio C. Diagnóstico da situacao do aleitamento materno em área urbana do sudeste do Brasil: utilizacao de metodologia simplificada. Faculdade de Saúde, Pública da Universidade de Sao Paulo. Brazil. *Rev Saúde Pública* 1998;32(5):430-6.
5. Passos C, Lamounier JA, Da Silva MC, De Freitas SN, Reis Baudson M. Breast-feeding habits in Ouro Preto, MG, Brazil. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Sao Paulo. Brazil. *Rev Saúde Pública* 2000;34(6):617-22.
6. Cobos Silva M, Valdespino Breto F, Suárez Cobo M. Lactancia materna. Participación social y comunitaria en su promoción. *Sex Soc* 1999;5(12):36-38.
7. Cruz Hernández M. Lactancia materna. En: Tratado de pediatría. 7ª ed. Barcelona: Espaxs; 1994. p. 669-71.
8. Barness LA, Curran JS. Nutrición: lactancia materna. En: Behrman RE, Khegman RM, Arvin AM. Nelson tratado de pediatría. t.1. 15ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 186-191.
9. Ovies Carballo G, Santana Pérez F, Padrón Durán R. Caracterización de la lactancia materna en un área urbana. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(1):14-18.
10. Prendes Labrada M, Vivanco del Río M, Gutiérrez González RM, Guibert Reyes W. Factores maternos asociados a la duración materna de la lactancia materna en Santos Suárez. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(4):397-402.
11. Amador García M, Hermelo Trache M. Alimentación y nutrición: la alimentación en los cuatro primeros meses de vida. En: Pediatría. t. 2. La Habana : Pueblo y Educación; 1996. p. 46-63.
12. Amador M, Silva LC, Uriburu M, Otoday B, Valdés F. Breast feeding trends in Cuba. *World Rev Nutr Diet.* 1995;(78):139-63.
13. Sayer G, Thomtan L, Concoranm R, Burrce M. Influences on breast feeding initiation and duration. *J Med Sci* 1995;164(4):281-4.
14. Peraza Roque G, Soto Marcelo M, Llera Suárez I, Alonso Suárez S. Factores asociados al destete precoz *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(3):278-84.
15. Hernández Cisneros F, López del Castillo Vázquez A, López del Castillo Vázquez R, Columbie M. Grado de conocimiento sobre algunas cuestiones técnicas de la lactancia materna. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1997;13(5):429-33.