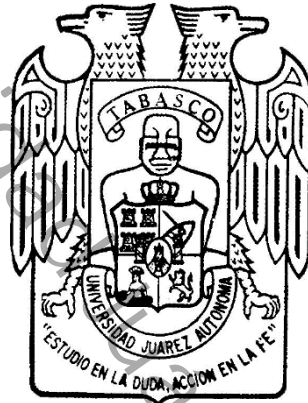


UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



“INTERVENCIÓN EDUCATIVA PRENATAL SOBRE TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO EN LA UMF NO. 39, VILLAHERMOSA; TABASCO”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

CRISTHEL VALENZUELA ALCALÀ

Directores:

**M. ESP EN MF. RICARDO GONZÀLEZ ANOYA
M. EN C. ERNESTO ANTONIO JIMENEZ BALDERAS**

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2024.



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



Villahermosa, Tabasco, 25 de noviembre de 2023

Of. No.0747/DIRECCIÓN/DACS

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Cristhel Valenzuela Alcalá
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "**INTERVENCIÓN EDUCATIVA PRENATAL SOBRE TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO EN LA UMF NO. 39, VILLAHERMOSA; TABASCO**" con índice de similitud **14%** y registro del proyecto **No. JI-PG-274**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Elías Hernández Cornelio, Dr. Jorge Iván Martínez Pérez, Dr. José Manuel Wood Notario, Dr. Sergio Quiroz Gómez y Dra. Griselda Hernandez Ramirez. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Familiar**, donde fungen como Director de Tesis: el Dr. Ricardo González Anoya

Atentamente


Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN


C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya – Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Elías Hernández Cornelio – Sinodal
C.c.p.- Dr. Jorge Iván Martínez Pérez – Sinodal
C.c.p.- Dr. José Manuel Wood Notario – Sinodal
C.c.p.- Dr. Sergio Quiroz Gómez - Sinodal
C.c.p.- Dra. Griselda Hernandez Ramirez - Sinodal
C.c.p.- Archivo
DC'MCML/DC'OGMF/ypc*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consorcio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

www.dacs.ujat.mx

 DIFUSION DACS

 DIFUSION DACS OFICIAL

 @DACSDIFUSION

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 14:36 horas del día 21 del mes de noviembre de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"INTERVENCIÓN EDUCATIVA PRENATAL SOBRE TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO EN LA UMF NO. 39, VILLAHERMOSA; TABASCO"

Presentada por el alumno (a):

Valenzuela Alcalá Cristhel
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2	1	1	E	7	0	0	2	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Ricardo González Anoya
Dr. Ernesto Antonio Jiménez Balderas
Directores de tesis

Dr. Elias Hernández Cornelio

Dr. Jorge Iván Martínez Pérez

Dr. José Manuel Wood Notario

Dr. Sergio Quiroz Gómez

Dra. Griselda Hernández Ramírez

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 23 del mes de noviembre del año 2023, el que suscribe, Cristhel Valenzuela Alcalá, alumna del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 211E70028 adscrita a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autora intelectual del trabajo de tesis titulada: **"INTERVENCIÓN EDUCATIVA PRENATAL SOBRE TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO EN LA UMF NO. 39, VILLAHERMOSA; TABASCO"**, bajo la Dirección del Dr. Ricardo González Anoya, y el Dr. Ernesto Antonio Jiménez Balderas. Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: ccrriissya@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Cristhel Valenzuela Alcalá

Nombre y Firma



Sello



DEDICATORIAS

Este trabajo se lo dedico primeramente a Dios por permitirme llegar a este momento tan importante para mi formación académica.

A mi familia dedico este trabajo, ya que, gracias a su comprensión, amor incondicional y apoyo en todos los momentos de mi vida, he logrado culminar otra etapa en mi vida.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social y a los médicos que lo conforman por qué día a día en sus instalaciones forjaron mis conocimientos.

De igual manera agradezco a mis asesores por brindarme su tiempo y su conocimiento para poder concluir esta investigación.

Finalmente, pero no menos importante a las pacientes quienes fueron pieza clave para la realización del proyecto.



ÍNDICE GENERAL

ABREVIATURAS	I
GLOSARIO	II
RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 LACTANCIA MATERNA.....	1
1.1.1 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA.....	1
1.2. INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	3
1.3. EPIDEMIOLOGÍA.....	5
1.3.1. PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL MUNDO.....	5
1.3.2. ESTADÍSTICA DE LACTANCIA MATERNA EN EL PAÍS.....	6
1.3.3. ESTADÍSTICA DE LACTANCIA MATERNA EN EL ESTADO DE TABASCO.....	6
1.3.4. INCIDENCIA DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA Y CAUSAS DE ABANDONO.....	7
1.4. MARCO REFERENCIAL	8
1.4.1. A NIVEL INTERNACIONAL.....	8
1.4.2. A NIVEL NACIONAL.....	9
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	11
3. JUSTIFICACIÓN	11
4. HIPÓTESIS	12
5. OBJETIVOS	13
6. MATERIAL Y MÉTODOS	14
6.1. Tipo de investigación:.....	14
6.2. Lugar y tiempo en el que se desarrollará el estudio:.....	14
6.3. Universo:.....	14
6.4. Selección y cálculo del tamaño de la muestra:.....	14
6.5. Criterios de selección:.....	14
6.6. Método e instrumento de recolección de datos:.....	15
6.7. Análisis de datos.....	17
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	18



8. RESULTADOS	21
9. DISCUSIÓN	35
10. CONCLUSIONES	37
11. RECOMENDACIONES	38
13. ANEXOS	42
13.1. VIDEO DE TÉCNICAS CORRECTAS DE AMAMANTAMIENTO: https://www.youtube.com/watch?v=v1gh12SISZA	42
13.2. LISTA DE COTEJO AD HOC DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SEGUIMIENTO	43
13.3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	44
13.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	45

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	NOMBRE	No. de página
Tabla 1	Estadístico de resumen Edad Grupo expuesto	18
Tabla 2	Estadístico de resumen Edad Grupo no expuesto	19
Tabla 3	Estadístico de resumen. Nivel educativo Grupo expuesto.	19
Tabla 4	Estadístico de resumen. Nivel educativo Grupo no expuesto.	20
Tabla 5	Estadístico de resumen. Estado Civil. Grupo expuesto	20
Tabla 6	Estadístico de resumen. Estado Civil. Grupo No expuesto	21
Tabla 7	Estadístico de resumen. Lactancia Materna 3 meses. Grupo expuesto	21
Tabla 8	Estadístico de resumen. Dificultad para amamantar 3 meses. Grupo expuesto	22
Tabla 9	Estadístico de resumen. técnica correcta amamantamiento 3meses. Grupo expuesto	22
Tabla 10	Estadístico de resumen. Lactancia Materna 6 meses. Grupo expuesto	23
Tabla 11	Estadístico de resumen. Dificultad para amamantar 6 meses. Grupo expuesto	23
Tabla 12	Estadístico de resumen. técnica correcta de amamantamiento 6 meses. Grupo expuesto	23
Tabla 13	Estadístico de resumen. Lactancia Materna 3 meses. Grupo no expuesto	21
Tabla 14	Estadístico de resumen. Dificultad para amamantar 3 meses. Grupo no expuesto	24
Tabla 15	Estadístico de resumen. técnica correcta amamantamiento 3meses. Grupo no expuesto	24
Tabla 16	Estadístico de resumen. Lactancia Materna 6 meses. Grupo no expuesto	25



Tabla 17	Estadístico de resumen. Dificultad para amamantar 6 meses. Grupo no expuesto	25
Tabla 18	Estadístico de resumen. técnica correcta de amamantamiento 6 meses. Grupo no expuesto	25
Tabla 19	Resultados de pruebas para comparar la edad de sujetos expuestos y no expuestos.	26
Gráfico 1	Distribución de la edad. grupo expuestos vs no expuestos	26
Tabla 20	Relación entre el nivel educativo, estado civil, lactancia materna, dificultad para amamantar y postura correcta de amamantamiento en 3 y 6 meses.	30
Tabla 21	Regresión logística binaria.	31



ABREVIATURAS

LME	Lactancia materna exclusiva
OMS	Organización mundial de la salud
RNT	Recién nacido de termino
RN	Recién nacido
ENADID	Encuesta nacional de la dinámica demográfica
INEGI	Instituto nacional de estadística y geografía
ENIM	La Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres
UNICEF	Fondo de las naciones unidas para la infancia
LM	Lactancia materna
NOM	Norma oficial mexicana
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
UMF	Unidad de medicina familiar
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
CA	Cáncer
SPSS	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales



GLOSARIO

Leche materna	Líquido blanco que segregan las mamas de las hembras de los mamíferos para alimento de sus crías
Lactancia Materna exclusiva	Practica de alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida (sin dar otro alimento, tampoco agua)
Embarazo	periodo que transcurre entre la concepción (fecundación del ovulo por un espermatozoide) y el parto, con duración de 288 días
Recién nacido	Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad
Técnica de amamantamiento	estimula una adecuada producción de leche y favorece una lactancia materna exitosa



RESUMEN

ANTECEDENTES: La decisión de amamantar al hijo de parte de la madre está influenciada por muchos factores personales, familiares y sociales. Se ha demostrado que las intervenciones educativas incrementan en forma significativa las tasas de la lactancia materna exclusiva. **OBJETIVO:** Demostrar que una intervención educativa sobre técnicas de amamantamiento en embarazadas primigestas durante el tercer trimestre de la gestación incrementa la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido, en la UMF 39, Villahermosa. **MATERIAL Y METODO:** Estudio casos y controles, prospectivo, longitudinal. Se conformaron los grupos de forma aleatoria, la muestra de estudio estuvo conformada por 78 primigestas del tercer trimestre de gestación de las cuales el 50% perteneció al grupo expuesto y el 50% para el grupo no expuesto. Al grupo caso se concentró en la sala de usos múltiples de la unidad para la proyección del video y el taller. Al grupo control solo se solicitó acudir de manera puntual a sus citas de control. Posteriormente se dio seguimiento a los 3 y 6 meses. Para asociaciones se utilizó chi cuadrada y t de Student y regresión logística binaria. Significancia estadística, $p < 0.05$. **RESULTADOS:** Las mujeres del grupo expuesto presentaron menos dificultades para amamantar y practicar la técnica correcta de amamantamiento, logrando incrementar la lactancia materna exclusiva a los 6 meses en comparación con el grupo no expuesto. **CONCLUSIÓN:** La intervención educativa prenatal sobre técnicas de amamantamiento incremento la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido en las mujeres del grupo expuesto.

Palabras Claves: lactancia materna, leche humana, calostro



ABSTRACT

BACKGROUND The mother's decision to breastfeed is influenced by many personal, family, and social factors. **OBJECTIVE:** To demonstrate that an educational intervention on breastfeeding techniques in primitive pregnant women during the third trimester of gestation increases of exclusive breastfeeding during the first six months of life of the newborn, in the UMF 39, Villahermosa. **MATERIAL AND METHOD:** Case control study, prospective, longitudinal the groups were formed randomly, the study sample was made up of 78 primigestas of the third trimester of gestation of which 50% belonged to the exposed group and 50% to the unexposed group. The case group was concentrated in the multipurpose room of the unit for the projection of the video and the workshop. The control group was only asked to attend their control appointments on time **RESULTS:** Women in the exposed group presented fewer difficulties in breastfeeding and practicing the correct breastfeeding technique, achieving an increase in exclusive breastfeeding at 6 months compared to the non-exposed group.. **CONCLUSION:** The prenatal educational intervention on breastfeeding techniques increased exclusive breastfeeding during the first six months of life of the newborn in the women of the exposed group.



1. MARCO TEÓRICO

1.1 LACTANCIA MATERNA

La NOM-043-SSa2-2012 y la Organización Mundial para la Salud (OMS) concuerdan que la lactancia materna exclusiva se debe iniciar durante la primera media hora de vida continuando a libre demanda hasta el sexto mes de vida del recién nacido, por lo que, para la atención médica obstétrica, es deber del personal de salud fomentar y comenzar con la práctica de la LME, teniendo en cuenta las circunstancias sociales, culturales y laborales de cada mujer lactante¹

La lactancia materna ayuda a prevenir la mortalidad infantil relacionada con la desnutrición; por este motivo, es importante educar e informar a las mujeres embarazadas sobre los beneficios de la lactancia materna para el binomio.²

Se habla de factores que influyen negativamente en la lactancia materna como lo son: edad materna, nivel de educación, estado socioeconómico, estado civil, empleo y factores psicológicos relacionados con la madre y el hijo, que contribuyen a la duración, cumplimiento e intensidad de la LME.³

Así mismo la educación de los progenitores es básica para poder tomar la decisión de alimentar y mantener al recién nacido con leche materna; por lo que la lactancia materna está fijada por múltiples condiciones relacionados con la madre, el lactante, el ambiente físico, psicológico que rodean esta condición y los aspectos técnicos de la práctica.⁴

1.1.1 BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Existen Beneficios a corto plazo de la lactancia materna, como un desarrollo y apropiado crecimiento, además protege de causas de morbilidad y mortalidad infantil como muerte súbita, enterocolitis necrosante, diarreas, infecciones respiratorias de vías altas y bajas, y otitis media y dermatitis. Por otra parte, la lactancia se relaciona con mayor cociente intelectual.⁵



Dentro de los beneficios a largo plazo, los niños alimentados con lactancia materna tienen menor riesgo de desarrollar sobrepeso, obesidad y enfermedades cardiovasculares.

La LM brinda protección contra la aparición de enfermedades durante la etapa de crecimiento del lactante: como la diabetes mellitus insulino dependiente de inicio juvenil, el aumento de la presión arterial, la obesidad, atopias.⁶

Proporcionar leche materna es bueno para la relación madre-hijo y tiene un efecto positivo en la salud de la madre. Uno de los efectos más directos es la reducción del riesgo de sangrado después del parto, ya que la lactancia materna estimula la producción de oxitocina, que actúa para inducir lactancia, secreción y contracciones uterinas. Al igual las mujeres que amamantan a sus hijos muestran un menor riesgo de desarrollar cáncer de mama y ovarios en comparación a las que no lo hacen⁷

Según el Análisis de salud del cáncer de 2018, existe una fuerte relación inversa entre la lactancia materna y el cáncer de mama, siendo la principal neoplasia en mujeres en nuestro país, esta situación podría disminuirse si la LM se promueve y practica con mayor frecuencia y duración.⁸

Otros beneficios incluyen la disminución del riesgo de ovario, así como osteoporosis y fracturas de cadera.

La lactancia materna es un alimento natural y renovable, ecológicamente amigable y seguro para el lactante y la madre, la cual es producida y entregada directamente al consumidor sin contaminación, empaque o basura.⁹

CRIANZA BIOLÓGICA:

Teoría más reciente sobre la colocación del bebé al pecho descrita por Suzanne Colson, se describen 20 reflejos que son importantes clasificándolos en 4 tipos:

Endógenos, motores, rítmicos, y antigraavedad boca abajo sobre la madre, todo enfrente a su cuerpo colaborando para que él bebé se prenda al pecho de la madre por sí mismo.



La madre debe estar semi-reclinada a 30 grados y él bebe sobre el abdomen y pecho, contacto piel a piel. Se puede utilizar cuando la mama esta agrietada, o en los casos que él bebe rechaza el pecho. Permitir que él bebe se prenda por sí mismo al pecho es el escenario ideal.¹⁰

1.1.2. TECNICA DE AMAMANTAMIENTO:

1. DE LA HAMBURGUESA: tomar el seno y compactar de forma que este alineada con la boca del bebe, apuntar el pezón hacia la nariz del bebé, rozar los labios con la areola para que él bebe abra grande la boca y extienda el cuello, como respuesta él bebe abrirá su boca y la lengua quedara extendida hacia adelante, la barbilla al pecho, el labio inferior ancla al borde inferior de la areola. Introducir el resto de la areola y el pezón dentro de la boca del bebe como mordiendo una hamburguesa, el pezón debe tocar el labio superior o quedar por arriba de la boca para que le bebe levante la barbilla y le permite deglutir fácilmente y sus labios quedaran evertidos tomando 3 a 4 cm de pecho de bajo de la areola, su mentón se hunde en el pecho.¹⁰

Mantener la boca muy abierta, Angulo mayor 160 grados, no se hundan las mejillas del bebe, no se escuchan chasquidos mientras amamanta.

Otro aspecto importante es la posición de la cabeza en relación con el pecho de la madre para lograr una adecuada toma que no moleste a la madre al momento de la succión y que no vaya a generar la aparición de grietas. Se recomienda la cabeza del bebe y todo el cuerpo que formen una línea recta con el pecho.¹⁰

1.2. INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Realizar estrategias innovadoras y recursos tecnológicos en el área de la educación sanitaria puede favorecer en gran medida al aprendizaje de las madres a fin de reforzar conductas preventivas y la importancia del tema la lactancia materna¹¹

En nuestro país está incluido en la estrategia de promoción de LM. Sin embargo, esto no es suficiente y se ha demostrado que quienes intervienen en el



cuidado de las madres y los niños necesitan ser capaces de comunicar la importancia de la lactancia materna y promover el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Se ha verificado que las intervenciones educativas incrementan de manera importante las tasas de lactancia materna exclusiva, mediante los conocimientos básicos basados en beneficios, actitudes y creencias que pueden informar sobre el desarrollo y adaptación de intervenciones en varios niveles que puedan fomentar su práctica.

Algunos ejemplos de intervenciones que se realizaron en atención primaria son: apoyo con conversaciones y videos, educación prenatal, sesiones de formación de consejeras en lactancia y apoyo telefónico, apoyo específico de lactancia, cuando se administran las vacunas, sesiones específicas para evitar el uso del chupete en las primeras semanas posparto.¹²

La identificación de factores asociados a una correcta lactancia materna en nuestra población es la base para mantener las intervenciones con el fin de optimizar los indicadores de salud, de estos informes señalan que uno de los factores más importantes que contribuyen al éxito de la lactancia materna es el acceso de las madres a información sobre los beneficios y las prácticas apropiadas de la lactancia materna.; fomentando la confianza y seguridad de las mujeres al lactar a sus hijos.¹³

La comunicación cara a cara a través del lenguaje es uno de los momentos más arraigados culturalmente en la actividad humana. Por lo tanto, es más prudente alentar a los profesionales de la salud a reunirse con las madres cada vez antes y después del parto para informarles sobre las complejidades de la lactancia materna.

En un estudio realizado se encontró que el grupo que participó en la intervención educativa mediante ejercicio logró un tiempo de LME mayor que el grupo control. Más de 3/4 de los niños son madres pertenecientes al grupo de estudio, disfrutaron de LME por más de 4 meses, lo cual avala la efectividad de la intervención educativa realizada.¹⁴



Se descubrió que la educación materna es un factor protector en las decisiones de las madres de amamantar y mejorar el mantenimiento de la lactancia materna.¹⁵

En el Instituto Mexicano del Seguro Social no se lleva a cabo la intervención según la NOM 007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacido.

Se lleva a cabo un programa denominado embarazo PREVENIMSS, el cual tiene como base una guía de sesiones de estrategias educativas de promoción de la salud, en donde abarca tres sesiones con duración de 90 minutos cada una; la última sesión habla sobre el fortalecimiento del vínculo, es impartida en un aula o salón de la unidad de medicina familiar, impartida por el personal de trabajo social y tiene el objetivo de fortalecer los conocimientos sobre la vigilancia, los cambios físicos, psicológicos y familiares posteriores al parto, los beneficios de la lactancia materna y los cuidados que requiere el recién nacido.

1.3. EPIDEMIOLOGIA

1.3.1. PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL MUNDO

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, seguida de alimentos complementarios hasta los 2 años o más. Pero en Estados Unidos, la práctica está lejos de ser óptima y, de hecho, varía mucho; la prevalencia de la lactancia materna exclusiva varía del 7,7% al 68,3% en diferentes países.

Lo mismo se aplica a la duración media de los países que habían logrado avances significativos comenzaron a dar señales de estancarse, mientras que otros no mostraron avances y en algunos casos incluso empeoraron.

Sólo un tercio de los lactantes reciben leche materna exclusiva a los 6 meses de edad. Muchos bebés reciben alimentos o líquidos complementarios desde el primer mes de vida, como fórmula, leche de vaca u otras leches animales y bebidas azucaradas.¹⁶



La Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre el plan Integral de implementación establece seis objetivos voluntarios para mejorar la nutrición global para 2025, uno de los cuales es aumentar la lactancia materna exclusiva a nivel mundial al menos al 50% los primeros seis meses.

1.3.2. ESTADISTICA DE LACTANCIA MATERNA EN EL PAIS

Se presenta un Panorama de la lactancia materna en mujeres de 15 a 49 años en México con base en datos de INEGI 2014 ENADID. Se observó que el 91,4% de los niños nacidos entre enero de 2009 y septiembre de 2014 fueron amamantados, de los cuales sólo el 11% fue amamantado exclusivamente en los primeros seis meses de vida. Por otro lado, el 33,4% de las mujeres que no amamantan dijeron no tener leche.¹⁷

La Encuesta Nacional de la Niñez y la Mujer (ENIM) realizada en 2015 por el Instituto Nacional de Salud Pública de México y UNICEF mostró que 2 de cada 3 niños menores de 6 meses no son amamantados exclusivamente y reciben leche materna. Hay importantes problemas de alimentación. Implementar la normativa vigente sobre lactancia materna en nuestros establecimientos de atención de salud.

A nivel nacional, los niños menores de dos años que recibieron alimentos prelácteos experimentaron una menor prevalencia de lactancia exclusiva comparados con los que no los recibieron. Únicamente 54.4% de niños son colocados al seno materno durante la primera hora después del parto.¹⁸

1.3.3. ESTADISTICA DE LACTANCIA MATERNA EN EL ESTADO DE TABASCO

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012 arrojó que el 41.9% de los recién nacidos en el estado de Tabasco fueron amamantados en la primera hora de vida. La prevalencia entre los niños que alguna vez habían sido amamantados fue del 94,4%, pero entre los que continuaron amamantando, la prevalencia de continuar con la lactancia materna fue solo del 35,5%. Según las recomendaciones actuales de la



Organización Mundial de la Salud, sólo el 22,9% de los casos en Tabasco cuentan con una lactancia materna adecuada. ¹⁹⁻²¹

1.3.4. INCIDENCIA DEL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA Y CAUSAS DE ABANDONO

En los países de ingresos altos, menos de uno de cada cinco bebés son amamantados durante 12 meses, mientras que, en los países de ingresos bajos y medianos, sólo dos tercios de los niños de entre 6 meses y 2 años son amamantados. En este sentido, las actuales medidas de apoyo a la lactancia materna tienen como único objetivo aumentar las tasas de FA; Se estima que aumentar la lactancia materna a niveles casi universales podría prevenir 823.000 muertes de niños menores de 5 años cada año. ²²⁻²⁴

Según la Organización Panamericana de la Salud, las razones más documentadas para rechazar la LME son la percepción de una producción insuficiente de leche, la falta de confianza en la nutrición infantil durante los primeros seis meses de vida, el consejo de los profesionales de la salud para introducir fórmulas infantiles y el destete temprano. lactancia materna y falta de leche materna Alimentación, etc.

Falta de espacio para extraer la leche materna durante la jornada laboral, falta de políticas para apoyar o monitorear la lactancia materna y bombardeo comercial de fórmulas y sus emisiones. ²⁵⁻²⁷

Las principales barreras de la lactancia materna:

1) **Individuales:** falta de confianza en uno mismo e incapacidad para alimentar al niño, enfermedad materna, malestar y exigencias de la lactancia materna y el trabajo fuera del hogar.

2) **Interpersonales:** Asesoramiento inadecuado por parte de familiares, parejas y proveedores de atención médica sobre la atención, el destete, las prácticas de destete y los desencadenantes del malestar.



3) **Institucionales:** El asesoramiento sobre los servicios de salud es inadecuado e ineficaz.

4) **Comunitarias:** Las normas sociales, por ejemplo, aceptaron hace 6 meses esta fórmula como reflejo de la solvencia de la economía.

5) **Políticas:** Falta de apoyo del sistema de salud, incumplimiento del código de comercialización de fórmulas lácteas infantiles, venta no regulada de bebidas azucaradas a niños y políticas laborales perjudiciales para la lactancia materna.

1.4. MARCO REFERENCIAL

1.4.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Tome y Marta realizaron un estudio durante 2017 en el que se establece la tasa de Lactancia Materna Exclusiva en los recién nacidos a término (RNT) al alta hospitalaria con LME fue de 58.3 %, sin embargo a los 15 días de vida, solo el 48.3% seguían alimentándose con leche materna exclusiva, hubo una disminución estadísticamente significativa entre los RN alimentados al nacer y a los 15 días con LME del 58.3% versus 48.3%, llegando a la conclusión que a pesar de que en este trabajo los porcentajes de LME son superiores a los publicados en trabajos realizados previamente, pero es importante resaltar que están muy alejados de los objetivos marcados por la OMS de conseguir la lactancia materna exclusiva de 6 meses de duración.

Novillo y otros autores mediante una revisión de artículos señalan que existen factores predisponentes para el abandono de la lactancia como trabajar fuera de casa, baja producción de leche. Por lo que concluyeron que la lactancia materna debe ser apoyada con información eficaz y suficiente, debe contar con apoyo del entorno familiar y social que garantice protección a las madres durante este periodo.

Erdnaxela y colaboradores evaluaron el efecto de una intervención educativa sobre lactancia materna en mujeres púerperas. Mediante un ensayo clínico controlado y aleatorizado con 104 púerperas (grupo de intervención = 52 y grupo de control = 52) de un hospital privado, las madres fueron monitoreadas hasta 60 días después del



nacimiento del bebe. Llegaron a la conclusión que las madres puérperas del grupo control mostraron menor conflicto para amamantar y aumento el porcentaje de lactancia materna exclusiva, en comparación con el grupo de control es decir que la intervención educativa basada en metodologías activas y recursos instructivos impulso el hábito de la lactancia materna exclusiva.

1.4.2. A NIVEL NACIONAL

Eva y demás autores, analizaron el conocimiento y práctica de la lactancia materna entre primíparas elegibles para atención domiciliaria. Realización de una encuesta por muestra de 75 madres primerizas de entre 14 y 34 años. Aplicaron un cuestionario acerca de conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna. Y concluyeron que más de la mitad de las mujeres primigestas, tiene conocimientos suficientes sobre lactancia materna aportados por el personal de la unidad de medicina familiar.

Marina del Carmen en el municipio de Xalapa, Veracruz realizó un estudio de tipo descriptivo- transversal, se obtuvo una muestra de 31 embarazadas y mediante la aplicación de un instrumento de recolección de datos que consta de 24 ítems sobre el conocimiento de lactancia materna y 2 apartados sobre los factores de finalización de la misma con 10 ítems; describiendo que el 87.1% de las mujeres embarazadas conoce la técnica adecuada para amamantar, mientras el 12.9% la desconoce, respecto a los factores de finalización mencionaron la falta de producción de leche materna en 16.1% y la incorporación al trabajo 9.7% ; llegando a la conclusión que desconocen la técnica adecuada y la posición correcta para el amamantamiento, debido a que la información que ha recibido no ha sido adecuada.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trabajadores de atención primaria deben evitar barreras a la lactancia materna y evitar la promoción del uso de fórmula. La Sección de Lactancia Materna de la Academia Estadounidense de Pediatría revisa prácticas comprobadas que apoyan la lactancia materna y que pueden implementarse desde la atención primaria para aumentar la lactancia materna exclusiva y su prevalencia.

El grado de conocimiento sobre los diversos ámbitos de la lactancia materna durante el periodo de gestación y antes del parto está entre los predictores más importantes de la duración, cumplimiento e intensidad de esta.²⁸

Los factores que influyen en la lactancia materna incluyen: edad materna, educación, nivel socioeconómico, estado civil, situación laboral y factores psicológicos relacionados con la madre y el niño.

Según un estudio realizado en Veracruz observó que las mujeres encuestadas que recibieron información en alguna ocasión sobre el tema de lactancia materna, no había sido suficiente ya que no se veía reflejado en las tasas de lactancia materna, haciéndose evidente que la mayoría de las madres desconocen la técnica adecuada y la posición correcta para el amamantamiento.

Otro estudio concluyó que la efectividad de la intervención educativa para el asesoramiento de puérperas mediada por tecnologías educativas concretas por medio de estímulos verbales, visuales y táctiles influye positivamente en el aprendizaje y en el desarrollo de experiencias prácticas sobre la lactancia materna.

Además de la estética y la función sexual, también es importante mejorar la imagen de la mujer que amamanta, socializar la lactancia materna y restaurar la función alimentaria del pecho de la madre. Si la LM es una prioridad global, es importante proporcionar suficiente información sobre la LM²⁹



2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Una intervención educativa basada en la capacitación de las técnicas de amamantamiento podría incrementar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido?

3. JUSTIFICACIÓN

Magnitud: Muchas veces, las madres tienen problemas para iniciar o continuar la lactancia materna después de que ya ha comenzado la lactancia, por lo que el bebé recibe leche materna con poca frecuencia o solo por poco tiempo. La mayoría de las veces esto se debe al desconocimiento o falta de información sobre los métodos de lactancia.

Hay muchos factores que afectan la lactancia materna exitosa; el origen cultural, la experiencia de vida, la edad y el estado emocional de la madre, así como el apoyo que recibe de su familia y vecindario.

Transcendencia: Cada día descubrimos más y más beneficios de la lactancia materna para los bebés y las madres. Estos beneficios se observan no sólo durante la lactancia, sino también durante la infancia y más allá. Sin embargo, el cese prematuro de la lactancia materna es común y, a menudo, por motivos equivocados o incorrectos.

Vulnerabilidad: Resulta de especial interés dar a conocer cuáles son las técnicas de amamantamiento adecuadas, en los centros de atención de primer nivel de atención médica y a partir de ahí adoptar estas técnicas en la hora de oro y durante el periodo de lactancia para así incrementar la tasa de incidencia de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido según la OMS

La presente investigación surge de la necesidad de incrementar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses en los niños derechohabientes del IMSS Tabasco.



Factibilidad: La investigación busca aumentar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del niño, mediante la implementación de la técnica correcta de amamantamiento y así tener los beneficios tanto para la madre, el hijo, la economía y el planeta tales como: mayor desarrollo cognoscitivo, promueve el vínculo del binomio, reduce el riesgo de obesidad, sobrepeso, fortalecimiento del sistema inmunológico, reduce costos asociados al cuidado de la salud, es un alimento natural, renovable, no necesita envase, ni transporte.

Viabilidad: El trabajo tiene una utilidad metodológica, ya que podrían realizarse futuras investigaciones que utilizaran metodología compatible, de manera que posibilitaran análisis, comparaciones y evaluaciones de las intervenciones que se estén llevando a cabo para el incremento de la lactancia materna.

4. HIPOTESIS

H 1. El realizar una intervención educativa sobre la técnica correcta de amamantamiento antes del parto influye positivamente en el resultado de incrementar la lactancia materna humana exclusiva por lo menos los primeros seis meses de vida del bebé.

H 0. El realizar una intervención educativa sobre la técnica correcta de amamantamiento antes del parto no influye o influye negativamente en el resultado de incrementar la lactancia materna humana exclusiva por lo menos los primeros seis meses de vida del bebe.



5. OBJETIVOS

5.1. General: Demostrar que una intervención educativa sobre técnicas de amamantamiento en embarazadas primigestas durante el tercer trimestre de la gestación incrementa la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido, en la UMF 39, Villahermosa; Tabasco

5.2. Específicos:

Casos:

- Describir las características sociodemográficas del grupo expuesto y comparar con el grupo no expuesto.
- Realizar el seguimiento de las características de la alimentación, dificultad para amamantar y la práctica de las técnicas correctas de amamantamiento durante los primeros 3 y 6 meses de vida del recién nacido.
- Determinar la relación de la intervención educativa prenatal y las características sociodemográficas

Controles:

- Describir las características sociodemográficas del grupo no expuesto y comparar con el grupo expuesto.
- Realizar el seguimiento de las características de la alimentación, dificultad para amamantar y la práctica de las técnicas correctas de amamantamiento durante los primeros 3 y 6 meses de vida del recién nacido



6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Tipo de investigación:

Estudio observacional de tipo casos y controles, longitudinal- prospectivo, analítico

6.2. Lugar y tiempo en el que se desarrollará el estudio:

Se llevo a cabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 39 Villahermosa Tabasco se consideró el tiempo de seguimiento sea 3 y 6 meses.

6.3. Universo:

El Universo está constituido por un total de 78 madres gestantes primigestas que se encuentran en el tercer trimestre del embarazo al Censo de enero 2023.

6.4. Selección y cálculo del tamaño de la muestra:

Para nuestro estudio no se realiza cálculo del tamaño de la muestra por ser el universo un grupo pequeño al cual se estudiará en su totalidad. Se incluyeron las embarazadas primigestas que cumplieron con los criterios de selección al momento del inicio del estudio. Se estima una $n=78$. De las cuales el 50% se incluyó en el grupo de casos y el 50% para el grupo control. Siendo $n: 39$ para casos y $n: 39$ para control

6.5. Criterios de selección:

6.5.1. criterios de inclusión para casos y controles:

- Madres primigestas en el tercer trimestre del embarazo

6.5.2. criterios de exclusión para casos y controles:

- Madres que no acepten participar.
- Madres con patología que impidan la lactancia materna (VIH, CA mama.)

6.5.3. Criterios de eliminación para casos y controles:

- Muerte de la madre
- Muerte del bebé
- Madres que cambien de adscripción
- Pacientes que pierdan derechohabientica
- Pacientes que deseen retirarse del estudio.



6.6. Método e instrumento de recolección de datos:

Con previa autorización del comité de ética e investigación, así como autorización de no inconveniencia para la realización de este por el director de la unidad de medicina familiar No. 39, donde se llevó a cabo dicha investigación, se realizó previa identificación de madres embarazadas en el tercer trimestre de la gestación de acuerdo con el censo de embarazadas. Se localizó cada una de las participantes vía telefónica donde se les invitó a participar en el estudio y se les agendó una cita al servicio de trabajo social donde se les otorgó la carta de consentimiento informado, y se les detalló su participación. Posterior a ello se conformaron los grupos (casos y controles) de forma aleatoria. Al grupo caso se concentró en la sala de usos múltiples de la unidad para la proyección del video se les dividió a su vez en dos grupos (n:20 y n:19).

Al grupo control solo se solicitó acudir de manera puntual a sus citas de control de embarazo y puerperio, así como a las citas de control de niño sano, y vía telefónica para su seguimiento en el estudio.

Grupo caso:

Estando reunidos en la sala de usos múltiples se les dio a conocer a detalle el proyecto de investigación, se procedió a la proyección del video técnica correcta de amamantamiento (aprobado por el investigador experto en el tema de lactancia materna) el cual tiene una duración de 6 min, entre cada técnica de amamantamiento proyectada en el video se daba una amplia explicación y se despejaban dudas por parte de la asesora del tema (residente de medicina familiar) con una duración total de 1hr. Al término del taller se les dio a conocer el seguimiento que se llevaría a cabo en los 3 y 6 meses próximos a su parto a través de la consulta externa mediante lista de cotejo *ad-hoc* de acuerdo con la NOM 007 SSA2 2016 y vía telefónica, dando por terminada la sesión.

Los datos sociodemográficos se recopilaron del expediente clínico. Al finalizar los resultados se sometieron al procedimiento de análisis estadístico, se emitieron conclusiones. Se sometió el presente trabajo a revisión del comité de evaluación de acuerdo con fechas dispuestas por este y una vez autorizado se publicó.

Seguimiento de casos:



*1er seguimiento: a los 3 meses. Se confirmará la continuidad de la lactancia, si presentaron alguna dificultad para el amamantamiento y si pusieron en práctica la técnica correcta de amamantamiento a través de lista de cotejo *ad- hoc* que incluye:

1. ¿Qué tipo de alimentación dio a su bebe? Lactancia materna ()
Formula complementaria ()
Mixta ()
- 2, ¿Presentó alguna dificultad para amamantar? Si () No()
- 3, ¿Puso en práctica la técnica correcta de amamantamiento? Si () No()

*2do seguimiento a los 6 meses. Se confirmará la continuidad de la lactancia, si presentaron alguna dificultad para el amamantamiento y si pusieron en práctica la técnica correcta de amamantamiento a través de una lista de cotejo *ad- hoc* que incluye:

1. ¿Qué tipo de alimentación que a su bebe? Lactancia materna ()
Formula complementaria ()
Mixta ()
- 2, ¿Presentó alguna dificultad para amamantar? Si () No()
- 3, ¿Puso en práctica la técnica correcta de amamantamiento? Si () No()

Seguimiento de control.

1er, seguimiento a los 3 meses. Se confirmará la continuidad de la lactancia, si presentaron alguna dificultad para el amamantamiento y si pusieron en práctica la técnica correcta de amamantamiento a través de una lista de cotejo *ad- hoc* que incluye:

1. ¿Qué tipo de alimentación dio a su bebe? Lactancia materna ()
Formula complementaria ()
Mixta ()
- 2, ¿Presentó alguna dificultad para amamantar? Si () No()
- 3, ¿Puso en práctica la técnica correcta de amamantamiento? Si () No()



*2do seguimiento a los 6 meses. Se confirmará la continuidad de la lactancia, si presentaron alguna dificultad para el amamantamiento y si pusieron en práctica la técnica correcta de amamantamiento a través de una lista de cotejo ad- *hoc* que incluye:

1. ¿Qué tipo de alimentación dio a su bebe? Lactancia materna ()
Formula complementaria ()
Mixta ()
- 2, ¿Presentó alguna dificultad para amamantar? Si () No()
- 3, ¿Puso en práctica la técnica correcta de amamantamiento? Si () No()

6.7 Análisis de datos.

Se consideró la naturaleza de la variable y su diferenciación como cualitativas y cuantitativas y dependiendo de esto se utilizará para el análisis univariado medidas primarias como frecuencias absolutas y relativas. Para el análisis bivariado de variables cuantitativas se utilizará T de Student dependiendo de si cumplirán o no los supuestos de la distribución normal, medidas de tendencia central y para variables cualitativas se utilizará la prueba de chi cuadrada y cuando los valores esperados sean menores a 5, se utilizará la corrección chi cuadrada de Mantel y Haenszel para variables politómicas o prueba exacta de Fisher para variables dicotómicas. Finalmente, se realizará análisis de regresión logística binaria para identificar asociaciones en modelos.



7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016 Atención de la mujer durante el embarazo, parto, y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios y el Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada debiendo tener los siguientes apartados:

- 5.2.1.1.1 Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario
- 5.6.1.3 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan
- 5.6.1.9 Durante el internamiento y antes del alta médica, orientar a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la persona recién nacida, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma de la persona recién nacida (succión e ingesta adecuada, micción y evacuación presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, vómito, distensión abdominal e hipotermia) o de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atención médica urgente.
- 5.8.1 En todo establecimiento para la atención médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe aplicar los criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.
- 5.11.1.3.3 Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.



- ARTICULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.
- ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.
- ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.
- ARTICULO 43.- Para realizar investigaciones en mujeres embarazadas, durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia; en nacimientos vivos o muertos; de la utilización de embriones, óvulos o fetos; y para la fertilización asistida, se requiere obtener la carta de consentimiento informado de la mujer y de su cónyuge o concubinario de acuerdo con lo estipulado en los artículos 21 y 22 de este Reglamento, previa información de los riesgos posibles para el embrión, feto o recién nacido en su caso. El consentimiento del cónyuge o concubinario sólo podrá dispensarse en caso de incapacidad o imposibilidad fehaciente o manifiesta para proporcionarlo; porque el concubinario no se haga cargo de la mujer o, bien, cuando exista riesgo inminente para la salud o la vida de la mujer, embrión, feto o recién nacido.
- ARTICULO 45.- Las investigaciones sin beneficio terapéutico en mujeres embarazadas, cuyo objetivo sea obtener conocimientos generalizables sobre el embarazo, no deberán representar un riesgo mayor al mínimo para la mujer, el embrión o el feto.



La participación dentro del protocolo de investigación será totalmente voluntaria, se realizará firma de consentimiento informado ver ANEXO 1.

No existe beneficio directo, ni incentivos para los participantes. Sin embargo, los resultados obtenidos podrían generar conocimiento que beneficie a la población en general en un futuro.

No existe riesgo directo durante la intervención, por lo que el balance de beneficio sobre el riesgo es total. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. Cualquier información acerca del paciente estudiado tendrá un número de identificación consecutivo en vez de su nombre. No será compartida ni entregada a nadie excepto a su médico tratante, comité de revisión de investigación. Sera anexada a su expediente clínico y quedara protegida de acuerdo con la normativa vigente.



8. RESULTADOS

La muestra de estudio estuvo conformada por 78 primigestas del tercer trimestre de gestación de las cuales el 50% perteneció al grupo de casos y el 50% para el grupo control. Siendo: 39 para casos y 39 para control quienes recibieron la intervención, la cual consistió en proyección de video y taller, el resto participo en el grupo control en el cual no se realizó ninguna intervención adicional a aquellas establecidas en el IMSS.

Los resultados de la intervención educativa fueron los siguientes:

ANALISIS UNIVARIADO

En lo que respecta al grupo expuesto (caso) se presentó una media de edad de 26,79 años con un intervalo de confianza del 95% de 25,19 a 28,40 años se pueden observar en tabla 1.

Tabla 1. Estadístico de resumen Edad Grupo expuesto

VARIABLE	EXPUESTOS		
Edad	Media	26,79	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	25,19
		Límite superior	28,40
	Mediana	27,00	
	Varianza	24,430	
	Desviación estándar	4,943	
	Mínimo	17	
	Máximo	36	

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

En relación con la variable edad se observó la media de edad para el grupo no expuestos (controles) de 28,46 años, el intervalo de confianza del 95% para la media de edad fue 26,88 a 30,04 años. Tabla 2.



Tabla 2. Estadístico de resumen Edad Grupo no expuesto

VARIABLE	NO EXPUESTOS		
Edad	Media	28,46	
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	26,88
		Límite superior	30,04
	Mediana	29,00	
	Varianza	23,834	
	Desviación estándar	4,882	
	Mínimo	19	
	Máximo	36	

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

En lo que respecta al nivel educativo en el grupo expuesto se encontró que la mayoría de las pacientes cuentan con licenciatura completa 46.15%, seguido de preparatoria incompleta 20.51%, continua licenciatura incompleta y posgrado 12.82% y preparatoria completa 7.69%, los datos expresados se observan en Tabla 3.

Tabla 3. Estadístico de resumen. Nivel educativo Grupo expuesto.

VARIABLES	CATEGORIAS	EXPUESTOS (N=39)	
		Frecuencias Absolutas	Frecuencias Relativas
Nivel educativo	Preparatoria completa	3	7.69
	Preparatoria incompleta	8	20.51
	Licenciatura completa	18	46.15
	Licenciatura incompleta	5	12.82
	Posgrado	5	12.82

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

En el grupo no expuesto la mayoría de las pacientes representan el 38.46% con licenciatura completa, seguido de licenciatura incompleta con 28.21%, en cuanto a nivel posgrado representa el 23.08%, preparatoria incompleta 7.69 % y preparatoria completa figura el 2.56%. Tabla 4



Tabla 4. Estadístico de resumen. Nivel educativo Grupo no expuesto.

VARIABLES	CATEGORIAS	NO EXPUESTOS (N=39)	
		Frecuencias. Absolutas	Frecuencias. Relativas
Nivel educativo	Preparatoria completa	1	2.56
	Preparatoria incompleta	3	7.69
	Licenciatura completa	15	38.46
	Licenciatura incompleta	11	28.21
	Posgrado	9	23.08

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

En cuanto a la variable estado civil se observó que en el grupo expuesto el 43.59% se encuentran solteras, seguido de 28.21% que representan a las casadas, unión libre 23.08% y en menor porcentaje viudas 5.13 %. Tabla 5

Tabla 5. Estadístico de resumen. Estado Civil. Grupo expuesto

VARIABLES	CATEGORIAS	EXPUESTOS (N=39)	
		Frecuencias. Absolutas	Frecuencias. Relativas
Estado Civil	Soltera	17	43.59
	Casada	11	28.21
	Viuda	2	5.13
	Unión libre	9	23.08

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

En relación con el grupo no expuesto se obtuvo que la mayoría de las pacientes se encuentra en unión libre 33.33%, seguido del estado civil casada 30.77%, soltera representa el 28.21% y viuda el 7.69 %. Tabla 6



Tabla 6. Estadístico de resumen. Estado Civil. Grupo No expuesto

VARIABLES	CATEGORIAS	NO EXPUESTOS (N=39)	
		Frecuencias. Absolutas	Frecuencias. Relativas
Estado Civil	Soltera	11	28.21
	Casada	12	30.77
	Viuda	3	7.69
	Unión libre	13	33.33

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

Posterior a 3 meses de la intervención educativa en el grupo casos se indago por el tipo de alimentación al nacimiento que opto para su bebe, de las cuales predomino la lactancia materna exclusiva 56.4%, lo que refleja que tuvo relevancia la intervención educativa, mientras que la lactancia mixta se presentó 30.8% y en un mínimo porcentaje el uso de formula láctea 12.8%. lo cual se puede observar en la siguiente tabla 7.

Tabla 7. Estadístico de resumen. Lactancia Materna 3 meses. Grupo expuesto

VARIABLE LACTANCIA MATERNA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Exclusiva	22	56,4
Mixta	12	30,8
Fórmula	5	12,8

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

La variable dificultad para amamantar la mayoría de la población no presento dificultad 87.18%, por lo cual tuvo impacto positivo la intervención educativa; solo un escaso porcentaje presentó dificultad 12.82%. Tabla 8.



Tabla 8. Estadístico de resumen. Dificultad para amamantar 3 meses. Grupo expuesto

VARIABLE DIFICULTAD PARA AMAMANTAR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Si	5	12.82
No	34	87.18

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

En cuanto a la práctica de la técnica correcta de amamantamiento los resultados fueron satisfactorios en 69.2%, solo 30.8% no practicaron la técnica correcta se puede observar en la tabla 9.

Tabla 9. Estadístico de resumen. Técnica correcta amamantamiento 3meses. Grupo expuesto

VARIABLE TECNICA CORRECTA DE AMAMANTAMIENTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Si	27	69,2
No	12	30.8

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

A los 6 meses de intervención educativa se observó que el tipo de alimentación que predominó en la población de estudio fue la lactancia materna exclusiva 64.1% de este dato se deduce que la intervención educativa sobre técnica correcta de amamantamiento fue productiva, lactancia materna mixta se presentó 30.8% y fórmula láctea 5.1% se observa en tabla 10.



Tabla 10. Estadístico de resumen. Lactancia Materna 6 meses. Grupo expuesto

VARIABLE LACTANCIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Exclusiva	25	64,1
Mixta	12	30,8
Fórmula	2	5,1

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

En cuanto a la dificultad para amamantar a los 6 meses de seguimiento se encontró que 76.9% no tuvo problemas al amamantar, el 23.1% presento dificultad para el amamantar. Tabla 11

Tabla 11. Estadístico de resumen. Dificultad para amamantar 6 meses. Grupo expuesto

VARIABLE DIFICULTAD PARA AMAMANTAR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Si	9	23,1
No	30	76,9

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

Transcurridos 6 meses de seguimiento la técnica correcta de amamantamiento se practicó en 76.9%, mientras que el 23.1% no logro realizar las técnicas correctas al amamantar. Tabla 12.

Tabla 12. Estadístico de resumen. técnica correcta de amamantamiento 6 meses. Grupo expuesto

VARIABLE TÈCNICA CORRECTA DE AMAMANTAMIENTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
Si	30	76,9
No	9	23,1

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78



En el caso del grupo control se dio seguimiento a los 3 meses en donde se indago sobre la lactancia materna exclusiva 35.90% mientras que la lactancia mixta se presentó 41.03% y uso de fórmula 23.0%. Tabla 13.

Tabla 13. Estadístico de resumen. Lactancia Materna 3 meses. Grupo no expuesto

VARIABLES	CATEGORIAS	NO EXPUESTOS (N=39)	
		Frecuencias. Absolutas	Frecuencias. Relativas
Lactancia (3 meses)	Lactancia materna	14	35.90
	mixta	16	41.03
	Uso de Fórmula	9	23.08

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

En lo que respecta a la dificultad para amamantar se presentó en 48.72 % y la población que no tuvo alguna dificultad fue el 51.28%. Tabla 14.

Tabla 14. Estadístico de resumen. Dificultad para amamantar 3 meses. Grupo no expuesto

VARIABLES	CATEGORIAS	NO EXPUESTOS (N=39)	
		Frecuencias. Absolutas	Frecuencias. Relativas
Dificultad (3 meses)	Si	19	48.72
	No	20	51.28

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

En cuanto a la variable de técnica correcta de amamantamiento el 51.28% no logro la correcta técnica al amamantar y el 48.72 % de la población practico la técnica correcta Tabla 15.

Tabla 15 Estadístico de resumen. Técnica correcta amamantamiento 3 meses. Grupo no expuesto

VARIABLES	CATEGORIAS	NO EXPUESTOS (N=39)	
		Frecuencias. Absolutas	Frecuencias. Relativas
TÉCNICA CORRECTA DE AMAMANTAMIENTO (3 meses)	SI	19	48.72
	NO	20	51.28

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78



En el caso del grupo control se dio seguimiento a los 6 meses en donde se indagó sobre la lactancia materna exclusiva 35.90% mientras que la lactancia mixta se presentó 38.46% y uso de fórmula 25.64%. Tabla 16.

Tabla 16. Estadístico de resumen. Lactancia Materna 6 meses. Grupo no expuesto

VARIABLES	CATEGORIAS	NO EXPUESTOS (N=39)	
		Frecuencias. Absolutas	Frecuencias. Relativas
Lactancia (6 meses)	Lactancia materna	14	35.90
	Mixta	15	38.46
	Uso de Fórmula	10	25.64

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

En lo que respecta a la dificultad para amamantar 56.41% presentó alguna dificultad mientras que el 43.59% no presentó dificultad. Tabla 17.

Tabla 17. Estadístico de resumen. Dificultad para amamantar 6 meses. Grupo no expuesto

VARIABLES	CATEGORIAS	NO EXPUESTOS (N=39)	
		Frecuencias. Absolutas	Frecuencias. Relativas
Dificultad (6 meses)	Si	22	56.41
	No	17	43.59

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

Transcurridos 6 meses de seguimiento la técnica correcta de amamantamiento se practicó en 53.85%, y el 46.15% no practicaba la técnica correcta. Tabla 18

Tabla 18. Estadístico de resumen. Técnica correcta de amamantamiento 6 meses. Grupo no expuesto

VARIABLES	CATEGORIAS	NO EXPUESTOS (N=39)	
		Frecuencias. Absolutas	Frecuencias. Relativas
TÉCNICA CORRECTA DE AMAMANTAMIENTO (6 meses)	Si	21	53.85
	No	18	46.15

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78



ANÁLISIS BIVARIADO

VARIABLES CUANTITATIVAS

En relación con la variable edad, los casos y sus controles se observó la media de edad para el grupo no expuestos (controles) fue de 28,46 años, mientras que la media de edad para el grupo expuesto (caso) fue de 26,79 años. El intervalo de confianza del 95% para la media de edad del grupo no expuestos es de 26,88 a 30,04 años, mientras que el intervalo de confianza del 95% para la media de edad del grupo expuesto es de 25,19 a 28,40 años.

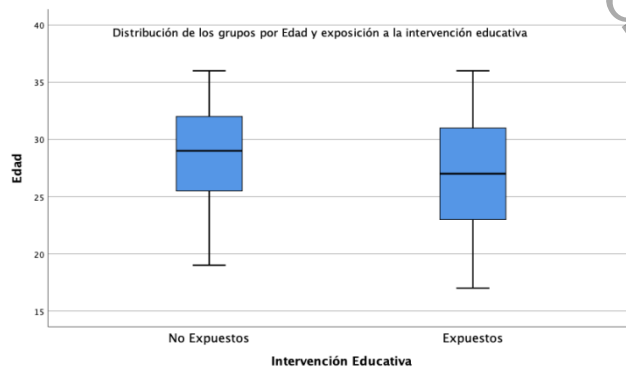
En la prueba T de Student para la igualdad de medias; se obtuvo el valor de $p=0.138$ traduciendo que no es estadísticamente significativo entre los dos grupos en términos de edad ya que es superior al 0.05 requerido, asumiendo con esto varianzas iguales. g Tabla 19, Grafico 1.

Tabla 19. Tabla de resultados de pruebas para comparar la edad de sujetos expuestos y no expuestos.

EDAD	Media	95% de intervalo de confianza para la media		Mediana	Varianza	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Rango	Rango intercuartil	PRUEBA DE NORMALIDAD Shapiro-Wilk	Sig.	Prueba de Levene de igualdad de varianzas	Sig.	T STUDENT (GRUPOS INDEPENDIENTES)
		ESTADÍSTICO	F								VALOR DE P				
GRUPO NO EXPUESTO	28,46	26,88	30,04	29,00	23,834	4,882	19	36	17	1	,950	,082	,010	,920	,138
GRUPO EXPUESTO	26,79	25,19	28,40	27,00	24,430	4,943	17	36	19	9	,976	,554			

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

Gráfico 1. Distribución de la edad. grupo expuestos vs no expuestos



Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78



VARIABLES CUALITATIVAS

La tabla 20 presenta los resultados de la prueba de chi cuadrada para evaluar la relación entre el nivel educativo, estado civil y la lactancia materna en 3 grupos de mujeres: aquellas que utilizaron lactancia materna exclusiva, mixta y fórmula, así como la dificultad para amamantar, técnicas correctas de amamantamiento en dos momentos diferentes: a los 3 meses y a los 6 meses. Se observa la asociación entre nivel educativo vs grupo expuesto (casos) y no expuesto (controles) observando una $X^2=7.6$, $df = 4$, es decir, existe una correlación positiva alta sin embargo el valor de la significación bilateral, $p=0.105$ es superior al 0.05 requerido para validar la correlación, por lo que se determina una asociación no significativa. En relación estado civil vs grupo expuesto (casos) y no expuesto (controles) observando una $X^2 = 1.53$, $df = 3$, resultando estadísticamente no significativa entre ambos grupos, ya que existe una correlación positiva alta sin embargo el valor de la significación bilateral, $p = 0.674$ es superior al 0.05 requerido para validar la correlación. Tabla 20

Concerniente al seguimiento a los 3 meses de intervención educativa, la variable lactancia materna exclusiva predominó para el grupo expuesto 56.41% (22) comparado con el grupo no expuesto que fue del 35.90% (14); en cuanto a la lactancia mixta fue de 30.77% (12) en el grupo expuesto, comparado con el grupo no expuesto 41.03% (16) y el uso de fórmula en el grupo expuesto fue de 12.82% (5) en contraste con el grupo no expuesto 23.08% (9) con una $X^2 = 3.3$, $df = 1$, existe una correlación positiva sin embargo el valor de la significación bilateral $p = 0.69$ es superior al 0.05 por lo que no existe significancia entre variables. Tabla 20.

Las mujeres pertenecientes al grupo expuesto, en su mayoría no tuvieron dificultad para amamantar 87.18% (34) solo el 12.28%(5) si presentó dificultad para el amamantamiento, en comparación con el grupo no expuesto a la intervención educativa presentaron dificultad el 48.72%(19) y el 51.28% (20) no comentaron tener dificultad al momento de amamantar por lo que se observó una $X^2 = 5.5$, $df = 1$, esta asociación es significativa, por lo que se puede afirmar con un 95% de confianza que en el ámbito



de estudio hay una correlación positiva debido al valor de $p = 0.018$ que se encuentra por debajo del 0.05 requerido.

Con respecto a la práctica de las técnicas correctas de amamantamiento, en el grupo expuesto en su mayoría de las pacientes 69.23% (27) comentan haber practicado las técnicas correctas de amamantamiento, únicamente el 30.77% (12) no logro realizar la técnica; en contraste con el grupo no expuesto a la intervención educativa presento 51.28% (20) quienes no realizaron las técnicas correctas, solo el 48.72% (19) si considero tener una técnica correcta al momento de amamantar a su bebe; presenta una $X^2=3.3$, $df = 1$, resultando estadísticamente no significativa entre ambos grupos, ya que existe una correlación positiva alta sin embargo el valor de la significación bilateral $p = 0.06$ es superior al 0.05 requerido para validar la asociación. Tabla 20.

A los 6 meses de intervención educativa se observó que para el grupo expuesto predomino la lactancia materna exclusiva 64.1%(25),[resultando un incremento de cifra con respecto a los 3 meses de seguimiento 56.41% (22)]; la lactancia materna mixta presentó 30.7% (12) y formula láctea 5.13% (2); [resultando una disminución del porcentaje con respecto a los 3 meses de seguimiento 12.82% (5)]; comparado con el grupo no expuesto en el cual la variable lactancia materna exclusiva fue de 35.90% (14) la lactancia mixta de 38.46% (15) y uso de fórmula 25.64%(10) [resultando un incremento de cifra con respecto a los 3 meses de seguimiento 23.08% (9)]. Observando la asociación entre el tipo de lactancia materna y sus casos – controles se encontró una $X^2=6.2$, $df=1$, se determinó una asociación estadísticamente significativa, por lo que se puede afirmar con un 95% de confianza que en el ámbito de estudio hay una correlación positiva debido al valor de $p=0.013$ que se encuentra por debajo del 0.05 requerido; estimando que la intervención educativa analizada incremento la lactancia materna exclusiva y redujo el uso de formula en el grupo expuesto con respecto a los 3 meses de intervención. Tabla 20

En cuanto a la dificultad para amamantar a los 6 meses de seguimiento en la población expuesta se encontró que 76.9% (30) no tuvo problemas en la técnica de alimentación [disminuyendo con respecto a los 3 meses de seguimiento 87.18 % (34)], únicamente



23.1% (9) menciono dificultad para amamantar; al confrontar con el grupo no expuesto 56.41% (22) presento dificultad [aumentando con respecto a los 3 meses de seguimiento 48.72 % (19)]; el 43.59%(17) no comento dificultad para amamantar con una $X^2=9.04$, $df= 1$, se determinó una asociación estadísticamente significativa, por lo que se puede afirmar con un 95% de confianza que en el ámbito de estudio hay una correlación positiva debido al valor de $p=0.003$ que se encuentra por debajo del 0.05 requerido. Tabla 20.

Con relación a las técnicas correctas de amamantamiento en el grupo expuesto se practicaron 76.9% (30) [presentando un incremento de porcentaje respecto a los 3 meses de seguimiento 69.23% (27)]., mientras que el 23.1% (9) no logro mantener la técnica [redujo porcentaje respecto a los 3 meses de seguimiento 30.77% (12)]., en contraste con el grupo no expuesto trabajó las técnicas de amamantamiento 53.85%,(21) , 46.15% (18) no practicó las técnicas, con una $X^2=4.5$, $df = 1$, se determinó relación significativa, por lo que se puede afirmar con un 95% de confianza que en el ámbito de estudio hay una correlación positiva debido al valor de $p=0.032$ que se encuentra por debajo del 0.05 requerido. Estimando que la intervención educativa analizada aumentó la práctica de las técnicas correctas de amamantamiento y redujo el porcentaje de población que no practicaba la técnica en el grupo expuesto. Tabla 20.



Tabla 20. Relación entre el nivel educativo, estado civil, lactancia materna, dificultad para amamantar y técnicas correctas de amamantamiento en 3 y 6 meses.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA								
Variables	Categorías	No Expuestos (n=39)		Expuestos (n=39)		X2		
		Frec. Absolutas	Frec. Relativas	Frec. Absolutas	Frec. Relativas	Estadístico	df	Valor de p
Nivel educativo	Preparatoria completa	1	2.56	3	7.69	7.6	4	0.105
	Preparatoria incompleta	3	7.69	8	20.51			
	Licenciatura completa	15	38.46	18	46.15			
	Licenciatura incompleta	11	28.21	5	12.82			
	Posgrado	9	23.08	5	12.82			
Estado Civil	Soltera	11	28.21	17	43.59	1.53	3	0.674
	Casada	12	30.77	11	28.21			
	Viuda	3	7.69	2	5.13			
	Unión libre	13	33.33	9	23.08			
Lactancia (3 meses)	Lactancia materna	14	35.90	22	56.41	3.3	1	0.069
	mixta	16	41.03	12	30.77			
	uso de formula	9	23.08	5	12.82			
Dificultad para amamantar (3 meses)	Si	19	48.72	5	12.82	5.5	1	0.018*
	No	20	51.28	34	87.18			
Técnicas de amamantamiento (3 meses)	SI	19	48.72	27	69.23	3.3	1	0.06
	NO	20	51.28	12	30.77			
Lactancia (6 meses)	Lactancia materna	14	35.90	25	64.10	6.2	1	0.013*
	mixta	15	38.46	12	30.77			
	Uso de Fórmula	10	25.64	2	5.13			
Dificultad para amamantar (6 meses)	Si	22	56.41	9	23.08	9.04	1	0.003*
	No	17	43.59	30	76.92			
Técnicas de amamantamiento (6 meses)	Si	21	53.85	30	76.92	4.5	1	0.032*
	No	18	46.15	9	23.08			

Se utilizó Chi cuadrada con corrección de Mantel - Haenzel, además, cuando los valores esperados fueron menores a 5 se utilizó prueba exacta de Fisher. * El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78

PRUEBAS DE ASOCIACIÓN

Se aplicó Modelo de Regresión logística binaria con un R2 de Nagelkerke 17.9%, de la prueba de ómnibus de 96, 856a y un valor de p= de 0.009 siendo esta correlación estadísticamente significativa en nivel de estadística predictiva (0.05) en cuanto a la intervención educativa realizada OR: 0.251 (IC95% 0.711), se identifica como factor benéfico de la lactancia materna exclusiva durante los 6 meses de seguimiento de la intervención en el grupo expuesto.



No se encontró resultado estadísticamente significativo en cuanto a la relación entre la intervención educativa y las variables independientes, los resultados se observan en la tabla 21.

Tabla 21 Regresión logística binaria.

REGRESIÓN LÓGISTICA BINARIA: MÉTODO INTRO								
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	OR	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
EDAD	,036	,056	,427	1	,513	,964	,865	1,075
INTERVENCION	-1,383	,532	6,758	1	,009	,251	,088	,711
Soltero			,570	3	,903			
Casado	-,131	,628	,044	1	,835	,877	,256	3,001
Viudo	-,483	,665	,527	1	,468	,617	,167	2,273
Unión libre	-,115	1,158	,010	1	,921	,891	,092	8,626
Analfabeta			2,090	4	,719			
Primaria completa	-22,399	40,192,970	,000	1	1,000	,000	,000	.
Secundaria completa	-,612	,933	,430	1	,512	,542	,087	3,379
Preparatoria completa	-,518	,736	,495	1	,482	,596	,141	2,520
Licenciatura completa	-1,214	,859	1,997	1	,158	,297	,055	1,600
Constante	2,515	1,877	1,796	1	,180	12,371		

Fuente: lista de cotejo ad-hoc n=78



9. DISCUSIÓN

Existen numerosos estudios sobre el nivel de conocimiento de la lactancia materna en mujeres primigestas, de estos se ha encontrado que tan solo 5 estudios^{2,6,11,15,23} analizan los efectos de una intervención educativa dirigida a mejorar los conocimientos y actitudes hacia la LM realizados en diversos países, solo en tres^{6,11,15} de ellos se evalúa, como en el estudio, la efectividad del programa desarrollado y se incluye un grupo control.

Otros estudios^{6,11,15} también utilizaron la tecnología como estrategia de educación para la salud fortalecen la evidencia de innovación usando juegos de aprendizaje, medios electrónicos, manuales de instrucciones, álbumes. series, videoconferencias y mensajería instantánea digital. Estas prácticas han demostrado ser efectivas en los hábitos y mantenimiento de la lactancia materna a través de una tecnología educativa basada interacciones y sensibilización entre las mujeres participantes.

El programa de intervención educativa desarrollado en una muestra de primigestas expuestas a dicha intervención demostró ser significativa $p=$ de 0.009 para incrementar la lactancia materna exclusiva, así como practicar de la técnica correcta y presentar menores dificultades al amamantar.

En un estudio realizado por Rafael Gorrita obtuvo una diferencia significativa de $p < 0,01$ más de las $\frac{3}{4}$ partes de los hijos de madres que recibieron la capacitación, disfrutaron de LME por más de 4 meses.

Coincidiendo con otros autores el grupo expuesto a la intervención educativa a los 6 meses pudo mantener un porcentaje alto 64.1% de LME, cifra ligeramente inferior a la encontrada en un estudio similar como el de Fernandes Souza que habla del efecto de una intervención educativa sobre lactancia materna en donde la prevalencia de lactancia materna fue de 65.4% fue para el grupo de casos.

En el estudio realizado por Carmen Hernández demuestra que el programa educativo desarrollado fue eficaz para mejorar los conocimientos y actitudes sobre LM en madres adolescentes.



Según UNICEF, todo es importante para que un bebé crezca y se desarrolle sano y todo está en la leche materna, por qué se considera un alimento perfecto para los primeros meses de vida.

Por lo tanto, la intervención educativa prenatal demostró incrementar la lactancia materna durante los primeros 6 meses posparto mediante las técnicas de amamantamiento. Creemos que se necesita más investigación para analizar si este efecto positivo se puede mantener a largo plazo y, de ser así, recomendaríamos su implementación.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



10. CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas del grupo expuesto pertenecen a primigestas que se presentó una media de edad de 26.79 años, de estado civil solteras, con un nivel educativo licenciatura completa en su mayoría; mientras que el grupo no expuesto presento una media de 28.46 años, estado civil unión libre, nivel educativo licenciatura completa, sin embargo, estas variables no influyeron en el incremento de la lactancia materna.

La intervención educativa prenatal sobre técnicas de amamantamiento incremento la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida 64.1% (25), [resultando un incremento de cifra con respecto a los 3 meses de seguimiento 56.41% (22)]del recién nacido en las mujeres del grupo expuesto. En contraste con el grupo no expuesto que presento lactancia materna exclusiva a los 6 meses de 35.90% (14)

En el grupo expuesto el 76.9% (30) no presentó dificultad para amamantar a los 6 meses de seguimiento disminuyendo del 87.18 % (34) que se presentó a los 3 meses de seguimiento. El grupo no expuesto presentó 56.41% (22) de dificultad a los 6 meses teniendo así un incremento con respecto a los 3 meses de seguimiento donde contaba con 48.72 % (19).

Las técnicas de amamantamiento en el grupo expuesto se practicaron un 76.9% (30) [presentando un incremento de porcentaje respecto a los 3 meses de seguimiento 69.23% (27)] mientras que el grupo no expuesto practicó las técnicas de amamantamiento un 53.85%, (21), por lo que la intervención educativa prenatal influyó en el incremento de la lactancia materna exclusiva durante los 6 meses de seguimiento después de la intervención en el grupo expuesto.



11. RECOMENDACIONES

- Es de vital importancia proporcionar información detallada sobre la LME y sus beneficios tanto para las madres y sus recién nacidos, durante las consultas prenatales en el primer nivel de atención.
- Crear grupos de apoyo capacitados sobre las técnicas de amamantamiento correctas y adecuadas para cada una de las madres.
- Fomentar que las madres primigestas adopten las técnicas correctas para lactar a sus hijos en la hora de oro.
- Incitar a los futuros investigadores a realizar estudios preventivos promocionales mediante intervenciones educativas sobre la lactancia materna exclusiva con el objetivo de sensibilizar a las madres



12.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ceron Sandoval M, Dorantes Peña HG, Sandoval Gallegos EM, Ruvalcaba Ledezma JC. Los beneficios conocidos de la lactancia materna exclusiva en la. Journal of negative y no positive results. 2017 Marzo; 2(263). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> DOI: 10.19230/jonnpr.1442
2. Paredes Juarez E, Trujillo Orozco LA, Chávez Fernández MA, Romero Anguiano A, León Sánchez D, Muñoz Cortes G. Conocimiento y práctica sobre lactancia materna de mujeres primigestas derechohabientes de una Unidad de Medicina Familiar. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018 Agosto; 4(239). ORCID: a0000-0003-2768-4556
3. Olivera-Cardozo M, Pérez-Ortiz V, Piñón-Gámez A, Naranjo-Rodríguez C, Mejía-Montilla J, Reyna-Villasmil E. Grado de conocimiento. Repertorio de medicina y cirugía. 2018 Enero; 1(17). <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v27.n1.2018.126>
4. J. Velásquez H, Sanjose L, de León M. Conocimiento sobre los beneficios de la Lactancia Materna en mujeres embarazadas y/o. Rev. Fac. Med. 2016 Diciembre; 1(21). <https://medicina.ufm.edu/revista-medicina>
5. Brahm P, Valdes V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Revista chilena de pediatría. 2017; 1(14). www.scielo.cl DOI: 10.4067/S0370-41062017000100001
6. Fernandes do Carmo Souza Erdnaxela , Almeida Pina Oliveira A, Keiko Kakuda Shimo A. Efecto de una intervención educativa sobre lactancia materna: un. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;(28). www.pap.es
7. Novillo Luzuriaga , Robles Amaya J, Calderon Cisneros J. Beneficios de la lactancia materna y factores asociados a la interrupción de esta práctica. Enfermería investiga ,Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión. 2019 Septiembre; 4(35). <http://dx.doi.org/10.29033/enfi.v4i5.729.q664>
8. Pallas Alonso CR, Soriano FJ, Colomer Revuelta J. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. Rev Pediatría Atención Primaria. 2019; 21(201)
9. Mamani Ortiz Y, Olivera QV. Conocimientos y practicas sobre lactancia materna en Cochabamba-Bolivia: un estudio departamental. Gac Med Bol. 2017 Octubre; 2(40).
10. Fernandes Do Carmo Souza E, Almeida Pina-Oliveira A, Keiko Kakuda Shimo A. Efecto de una intervención educativa sobre lactancia materna: un ensayo clínico aleatorizado. Revista latinoamericana de Enfermagem. 2020 Abril; 28(3335). DOI: 10.1590/1518-8345.3081.3335 www.eerp.usp.br/rlae
11. Gorrita PR, Brito L, Ruiz. Intervención educativa sobre lactancia materna. Revista Cubana de Pediatría. 2016; 2(88). <http://scielo.sld.cu>



12. Martínez, Martín G, Macarro R. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*. 2017; 1(66). <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.005>
13. González-Castell LD, Ungar-Munguía M, Quezada-Sánchez A. Situación de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en México: resultados de la Ensanut 2018-19. *Salud pública de México*. 2020 Noviembre-Diciembre; 62(6). . <https://doi.org/10.21149/11567>
14. Olivera-Cardozo M, Pérez-Ortiz V, Piñón-Gómez A. Grado de conocimiento sobre lactancia materna en embarazadas primigestas. *Repertorio de medicina y cirugía*. 2018 Enero; 27(1.2018). <https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v27.n1.2018.126>
15. Hernández Pérez MdC, Díaz-Gómez M, Romero Manzano am. eficacia de una intervención para mejorar conocimientos y actitudes sobre lactancia materna en adolescentes. *rev esp salud Pública*. 2018 Junio; 92(18). www.msc.es/resp
16. UNICEF. UNICEF para cada infancia México - lactancia materna. [Online]. [cited 2022 Mayo 31. Available from: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
17. Campiño Valderrama SM, Duque PA. Lactancia materna: factores que propician su abandono. Universidad de Manizales. 2019 Julio; 19(2). file:///C:/Users/evelyn/Desktop/Criss%20Escritorio/ARTICULOS%20LACTANCIA/Lactancia%20materna_%20factores%20que%20propician%20su%20abandono.htm
18. Galicia Rodríguez AG, Aguiñiga Saldívar LK. Incidencias del abandono de lactancia materna exclusiva en mujeres del Hospital de la Mujer Zacatecana. *Contexto odontológico*. 2020 enero-Junio; 10(19). ISSN: 2007-3461
19. González de Cosío Martínez T, Hernández Cordero S, Rivera Dommarco J, Hernández Ávila M. Recomendaciones para una política. *Salud Pública de México*. 2017 febrero; 59. <http://dx.doi.org/10.21149/8102>
20. Martínez Galán, Martín Gallardo, Macarro Ruiz, Martínez Martín, Manrique Tejedor. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna. *Enfermería Universitaria*. 2017; 14(66). <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.005>
21. Villareal Verde, Placencia Medina M, Nolberto Sifuentes V. lactancia materna exclusiva y factores asociados. *facultad de Medicina Humana URP*. 2020 abril; 2(294). www.eerp.usp.br/rlae
22. Del Mazo T, Suarez Rodríguez M. Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 2017 marzo; 75(49-56). www.bmhim.com
23. Osorio Aquino MdC, Landa Rivera RA, Blázquez Morales ML, García Hernández N, León Vera JG. Conocimiento y factores de finalización de la lactancia materna en mujeres de una comunidad en Veracruz, México. *revista UJAT*. 2019 mayo-Agosto; 18(2). <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte> DOI: 10.19136/hs.a18n2.269 1



24. Herrera Amado L, Munares García O. Práctica de lactancia materna en el puerperio inmediato. *Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2018; 4(44). https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
25. Secretaría de salud. gobierno del estado de México. [Online].; 2018 [cited 2022 Mayo 10. Available from: <https://salud.edomex.gob.mx>.
26. Angulo Alarcón, Nathaly Rubí Salazar Saravia, Ana Flavia Efectividad De Una Intervención Educativa En El Nivel De Conocimiento Y La Práctica Sobre Lactancia Materna En Gestantes Y Puérperas Que Asisten Al Hospital Iii Goyeneche, noviembre, Arequipa-2022
27. Odalis Tamayo Velázquez, Jairo Jesús Gómez Tejeda, Ronny Alejandro Diéguez Guach, editor. Intervención educativa sobre los beneficios inmunológicos de la lactancia materna para los lactantes. vol. 2. ECIEMED; 2020.
28. Enf. Aguirre Tapia, Perla Virginia Bach. Enf. Changana Sosa, Ivett Guadalupe. Intervención Educativa En El Conocimiento Y Practicas Sobre Lactancia Materna Exclusiva En Madres, Puesto De Salud De Carquin 2020 - 2021". [Perú]: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2021
29. Morales Agd. Intervención Educativa, Con Enfoque Étnico-Cultural Para El Fomento De Lactancia Materna En El Control Prenatal Y Postparto, Centro De Salud Caranqui, 2019. [Ibarra - Ecuador]: Universidad Técnica Del Norte Facultad Ciencias De La Salud Carrera De Enfermería; 2022



13.ANEXOS

13.1. VIDEO DE TÉCNICAS CORRECTAS DE AMAMANTAMIENTO:

<https://www.youtube.com/watch?v=v1gh12SISZA>

Contenido del video

1.- **posición acunada:** él bebe queda frente a la madre, con la cabeza apoyada en el antebrazo, él bebe debe estar de lado, con rodillas frente a la madre, no debe tener que girar la cabeza para tomar el pecho, el pezón debe de quedar entre la nariz y la boca del bebe. La oreja, hombro, cadera del bebe deben formar una línea recta, debajo del seno opuesto del que va a amamantar, el brazo inferior del bebe puede quedar debajo del pecho o en el costado como abrazando la cintura de la madre.

Colocar una almohada bajo el codo y antebrazo con que está cargando al bebe, pero poner la almohada paradita, la espalda de la madre debe estar apoyada y reclinada hacia atrás. Lo pies de la madre deben estar apoyados sobre un banco. Tomar el pecho haciendo una tijera que permita que los dedos estén alineados con los labios del bebe

2.- **posición cruzada:** el bebe debe estar frente a su mamá, los brazos se usaran al revés, si lacta del lado izquierdo se carga con el brazo derecho sobre el antebrazo estará la espalda y con la mano derecha se sostiene la nuca del bebe, colocando los dedos de la mano por detrás de las orejas y cuello del bebe. El pecho lo tendrá sostenido por la mano izquierda, se formara una U, esto es de gran utilidad para madres con pechos grandes, bebes prematuros.

3.- **posición de balón de futbol americano o de sandía:** colocar una almohada junto a las piernas de la madre de lado del pecho en que se va a amamantar, después acomodar los pies del bebe apuntando hacia la espalda de la mamá. Con el antebrazo del lado que se va a amamantar sostiene la espalda del bebe y con la mano la nuca, y con la mano contraria se sostiene el pecho.

Esta posición es útil en senos grandes, pezones planos, operación de cesárea, bebe pequeño, problemas a la adhesión, pezones adoloridos o agrietados, colocar una almohada en la espalda de la madre para estar alineada con la cintura y se haga un espacio para el bebé.



4.- posición bebe sentado: se sienta él bebe sobre las piernas de la madre, como si estuviera montando un caballo, se sostiene con la mano en la nuca del bebé y otra en el pecho para ponerlo a la altura de su boca, esta posición es útil para bebé con reflujo, paladar o labio hendido.

5.-posición acostada de lado: la madre se acuesta en la cama de lado, puede colocar almohadas por debajo de su cabeza, detrás de su espalda y bajo la rodilla de la pierna que queda arriba. El bebé también esta acostado frente a ella, su espalda puede descansar en el antebrazo y su rodilla recargarse en su abdomen. Colocar una toalla doblada, una cobija enrollada o cojín detrás de la espalda del bebé.

Esta posición es muy conveniente en madres que desean descansar, operadas de cesárea.

6.-posición para amamantar a dos bebes al mismo tiempo: Coloque a ambos bebés en posición de fútbol americano con las manos apoyando sus cabezas, o puede colocar a un bebé en posición de fútbol americano y al otro sobre una almohada en su regazo, o coloque a ambos bebés en posición cruzada.

13.2. LISTA DE COTEJO AD HOC DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SEGUIMIENTO

Lista de Cotejo AD HOC	
Iniciales:	Folio:
Edad:	
Estado civil:	
Escolaridad:	
Semanas de embarazo:	
1, ¿Qué tipo de alimentación dio a su bebe?	
Lactancia materna ()	
Fomula complementaria ()	
Mixta ()	
2, ¿Presentó alguna dificultad para amamantar?	
Si () No()	
3, ¿Puso en práctica la técnica correcta de amamantamiento?	
Si () No()	



13.3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	2021	2022				2023			
	Oct-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Dic	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Sep	Oct-Nov
Elaboración de protocolo									
Programado	x	x							
Realizado	x	x							
Evaluación y aprobación de protocolo									
Programado		x	x	x	x				
Realizado		x	x	x	x				
Recolección de datos									
Programado						x	x		
Realizado						x	x		
Análisis de datos									
Programado							x	x	
Realizado							x	x	
Redacción de tesis									
Programado								x	x
Realizado								x	x
Presentación de tesis									
Programado									x
Realizado									x



13.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Intervención educativa prenatal sobre técnicas de amamantamiento en la UMF no. 39, Villahermosa, Tabasco.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	UMF 39 IMSS, Ubicada en Colonia Nueva Villahermosa 86070, Villahermosa Tabasco 01 de Enero 2023
Número de registro institucional:	Ninguno
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: La presente investigación surge de la necesidad de incrementar los índices de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses en los niños derechohabientes del IMSS Tabasco. Objetivo: Demostrar que una intervención educativa sobre técnicas de amamantamiento en embarazadas primigestas durante el tercer trimestre de la gestación incrementa la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido, en la UMF 39, Villahermosa, Tabasco.
Procedimientos:	Se dará a conocer el estudio previo a este consentimiento, se aplicará una intervención educativa a través de proyección sobre el tema.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Participación en un módulo de enseñanza prenatal sobre las técnicas correctas de amamantamiento, las que acepten participar constituirán el grupo de estudio, las que no acepten se incluirán en un grupo control.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término de la investigación se le dará a conocer el resultado del estudio por parte de la investigadora dra. Cristhel Valenzuela Alcalá.
Participación o retiro:	Voluntario, conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica en la unidad.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos serán tratados en forma confidencial. Su uso es exclusivo para este estudio.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable: M ed. E sp. Ricardo González Anoya anoya@hotmail.com cel: 9933110529
Colaboradores: M ed. E sp. Ernesto Jiménez Balderas pediatra@yahoo.com cel: 9933114074
Residente Cristhel Valenzuela Alcalá crriissva@gmail.com cel: 9932867334

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo Gurriá s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: cei.27.001.20170221@gmail.com

Nombre y firma del participante
Testigo 1

Cristhel Valenzuela
Alcalá
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre y firma del cónyuge del paciente

Nombre y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave:

2810-009-013