



Intervención informativa a las embarazadas acerca de los mitos y realidades de la lactancia materna

Informative intervention on myths and realities of breastfeeding in pregnant women.

María Elisa Lamelas-González,¹ Mirena Granado-Soto,² Mercedes Cáceres-Mejuto,³ Gloria Crespo-Álvarez,⁴ Sergio González-Palanca,⁵ Gerardo Palmeiro-Fernández⁶

Resumen

OBJETIVOS: Describir y analizar el nivel de conocimientos e información de calidad de las embarazadas acerca de la lactancia materna, antes y después de una intervención informativa de sus mitos. Objetivos secundarios: determinar la posible relación de las variables "personales y sociodemográficas", "entorno social" y "paridad previa" con el nivel de conocimiento de la lactancia pre y posintervención e identificar dónde recibieron información de la lactancia durante el embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio experimental, longitudinal, prospectivo y analítico, tipo antes-después. Aplicación de un cuestionario de mitos relacionados con la lactancia materna a pacientes entre las semanas 18 a 22 de embarazo. Enseguida de contestar el cuestionario se entregó una hoja informativa de realidades de la lactancia materna. En las semanas 37 a 38 volvió a aplicarse el cuestionario y se midieron sus respuestas.

RESULTADOS: Participaron 189 embarazadas. Después de la intervención la cantidad de aciertos aumentó (3.7 ± 3.9 ; IC95%: $3.2 \sim 4.3$; $p < 0.001$) y disminuyeron los errores (-1.2 ± 2.2 ; IC95%: $-1.5 \sim -0.9$; $p < 0.001$) y el número de quienes no sabían o no contestaron (-2.5 ± 3.5 ; IC95%: $-3.0 \sim -2.0$; $p < 0.001$). No hubo relación en las diferencias de aciertos entre ambas fases pre y posintervención respecto del nivel de estudios ($p = 0.5$) pero sí fueron menores las diferencias de aciertos en las múltiples ($Rho = -0.557$; $p < 0.001$; $R^2 = 0.26$). En un análisis multivariante, las variables relacionadas con la diferencia de aciertos fueron: edad del hijo mayor y disponer de información previa ($R^2 = 0.167$; $F = 4.257$; $p = 0.045$).

CONCLUSIONES: Después de la intervención informativa hubo una mejora en la respuesta de conocimientos acerca de la lactancia materna.

PALABRAS CLAVE: Mujeres embarazadas; embarazo; lactancia materna; cuestionario; nivel educativo; estudios prospectivos.

Abstract

OBJECTIVES: To describe and analyze the level of knowledge and quality information of pregnant women about breastfeeding, before and after an informative intervention on breastfeeding myths. Secondary objectives: To determine the possible relationship of the variables "personal and sociodemographic", "social environment" and "previous parity" with the level of breastfeeding knowledge pre- and post-intervention and to identify from where they received breastfeeding information during pregnancy.

MATERIALS AND METHODS: Experimental, longitudinal, prospective, analytical, before-after study. Application of a questionnaire of myths related to breastfeeding to patients between 18 and 22 weeks of pregnancy. After answering the questionnaire, an information sheet on the realities of breastfeeding was handed out. At 37 to 38 weeks, the questionnaire was administered again, and responses were measured.

RESULTS: 189 pregnant women participated. After the intervention, the number of correct answers increased (3.7 ± 3.9 ; 95%CI: $3.2 \sim 4.3$; $p < 0.001$) and the number of

¹ Matrona, servicio de Ginecología-Obstetricia.

² Matrona, Sanidad de Castilla y León, Hospital Comarcal del Bierzo, Ponferrada, León, España.

³ Técnico auxiliar de Enfermería.

⁴ Enfermera.

⁵ Ginecoobstetra, jefe de Sección del servicio de Ginecología y Obstetricia.

⁶ Médico de atención primaria, Centro Saúde de Rubiá, Rubiá, Ourense, España. Hospital Público Valdeorras, O Barco, Ourense, España.

Recibido: febrero 2021

Aceptado: marzo 2021

Correspondencia

María Elisa Lamelas González
peggylamelas@mundo-r.com

Este artículo debe citarse como: Lamelas-González ME, Granado-Soto M, Cáceres-Mejuto M, Crespo-Álvarez G, González-Palanca S, Palmeiro-Fernández G. Intervención informativa a las embarazadas acerca de los mitos y realidades de la lactancia materna. Ginecol Obstet Mex. 2021; 89 (5): 387-398. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i5.5308>

errors (-1.2 ± 2.2 ; 95%CI: $-1.5 \sim -0.9$; $p < 0.001$) and the number of those who did not know or did not answer (-2.5 ± 3.5 ; 95%CI: $-3.0 \sim -2.0$; $p < 0.001$) decreased. There was no relationship in the differences in hits between both pre- and post-intervention phases with respect to educational level ($p = 0.5$) but the differences in hits were lower in multiparous women ($Rho = -0.557$; $p < 0.001$; $R^2 = 0.26$). In a multivariate analysis, the variables related to the difference in hits were age of the oldest child and having previous information ($R^2 = 0.167$; $F = 4.257$; $p = 0.045$).

CONCLUSIONS: After the informational intervention there was an improvement in the knowledge response about breastfeeding.

KEYWORDS: Pregnant women; Pregnancy; Breast feeding; Questionnaire; Educational level; Prospective Studies.

ANTECEDENTES

La lactancia materna exclusiva es la alimentación óptima para el correcto crecimiento y desarrollo del recién nacido durante los 6 primeros meses de vida, se recomienda su inicio inmediato al nacimiento y continuarla durante dos años o más.¹ Se asocia con menor morbilidad y mortalidad del lactante.²⁻⁶ Mantenerla durante los primeros años de vida permitiría salvar la vida de 820,000 menores de 5 años todos los años.^{7,8} Ha demostrado beneficios en la salud de las madres,^{1,8,9} reducir las tasas de mortalidad,¹⁰ además del beneficio económico, personal y social que supone.^{10,11}

En el mundo, solo un 40% de los lactantes de 0 a 6 meses reciben alimentación exclusiva con leche humana⁷ y las tasas en España tampoco son óptimas, se reducen de 73.9% a las 6 semanas posparto al 39.0% a los 6 meses (2017).¹² En México, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), la prevalencia de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses en 2018 fue del 28.8%.¹³

Diferentes barreras en el último siglo contribuyeron a la pérdida de la cultura del

amamantamiento y a la difusión de ideas erróneas. Destacan: la incorporación de la mujer al mercado laboral, la percepción del amamantamiento como atadura, la falta de protección de la maternidad por los gobiernos, el parto hospitalario (separación madre-hijo enseguida del nacimiento, horarios rígidos de amamantamiento, etc.), el considerar la alimentación con sucedáneos de leche materna un avance tecnológico, la falsa percepción de hipogalactia, la falta de apoyo de familiares y sociedad propiciado por la transición demográfica a ciudades e incluso recomendaciones no basadas en la evidencia por parte de profesionales.¹⁴

Dentro del contexto social y cultural de la mujer, uno de los factores que influye en la lactancia materna son los mitos. Estas creencias erróneas y afirmaciones sin aval científico pueden aumentar las dudas y preocupaciones de las madres.^{9,14} El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) o la Asociación Española de Pediatría muestran en sus documentos información de las realidades en la lactancia materna para contrarrestar los mitos y creencias erróneas relacionadas con el tamaño del pecho, la producción y calidad de la leche, la alimentación



materna, la alimentación de fórmula, el consumo de fármacos durante la lactancia, entre otros.^{15,16}

Existe evidencia suficiente para afirmar que las intervenciones de apoyo a la lactancia materna contribuyen a mejorar sus tasas de práctica,^{17,18} con repercusión en una mejor salud de las criaturas, madres y sociedad.^{19,20}

El objetivo principal fue: describir y analizar el nivel de conocimientos e información de calidad de las embarazadas acerca de la lactancia materna, antes y después de una intervención informativa de sus mitos. Objetivos secundarios: determinar la posible relación de las variables “personales y sociodemográficas”, “entorno social” y “paridad previa” con el nivel de conocimiento de la lactancia pre y posintervención e identificar dónde recibieron información de la lactancia durante el embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio experimental, longitudinal prospectivo, analítico, “tipo antes-después”, con seguimiento individual pre y posintervención. Ésta consistió en la entrega de una hoja informativa acerca de los mitos y realidades de la lactancia materna a todas las embarazadas citadas en consulta de Obstetricia y de matrona, entre el 1 de enero de 2018 y el 30 de octubre de 2019, en el Hospital Público Valdeorras, Ourense, España (que atiende aproximadamente 150 embarazadas al año). Criterios de inclusión: tener más de 18 años y capacidad mental o idiomática suficiente a juicio de los investigadores. Criterios de exclusión: haber abortado o tenido parto prematuro, o atendidas en otro centro.

Principales variables de estudio: registro de aciertos, errores y respuestas no sabe-no contesta a 24 preguntas relacionadas con la lactancia materna pre y posintervención. Se calculó la

diferencia de aciertos, errores y no sabe-no contesta entre ambas fases.

Variables secundarias: sociodemográficas (edad, procedencia, estudios y ocupación), paridad y semanas de embarazo. Acerca de la “influencia de su entorno social en la lactancia”: lactó su madre, amiga u otras. Relacionadas con la “influencia de la paridad previa en la lactancia”: número de hijos, a cuántos amamantaron, edad del mayor y del menor, información en lactancia previa al estudio. Por último, las relacionadas con el origen de la información suministrada durante este embarazo: matrona, educación a las madres, libros, internet, familiares.

Para la recolección de los datos, la enfermera de consulta de Obstetricia captó a las embarazadas citadas y les explicó en qué consistía el estudio. Se incluyeron las mujeres que cumplieron los requisitos de selección y aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

La asignación al azar al estudio no procede porque, por motivos éticos, debe ofrecerse y se ofreció a todas las embarazadas información acerca de la lactancia, individual o grupal.

En la primera fase, entre las semanas 18 a 22 de embarazo, se les entregó un cuestionario elaborado por el equipo investigador, de forma consensuada, con base en fuentes bibliográficas^{4,15,16,21} y experiencia clínica propia. El cuestionario se aplicó previamente en 20 embarazadas para identificar errores de construcción; ese cuestionario incluía las variables secundarias y 24 preguntas acerca de mitos o realidades relacionadas con la lactancia, con tres posibles respuestas: “verdadero”, “falso”, “no sabe o no contesta”.

Después de la primera encuesta todas las participantes recibieron la intervención: hoja informativa de mitos y realidades de la lactancia

Esa hoja fue redactada y consensuada por los autores del estudio basada en fuentes bibliográficas contrastadas.^{1,8,9,14,15,16,21,22,23}

En la segunda fase, las mujeres repitieron el mismo cuestionario entre las semanas 37 a 38 en consulta con la matrona.

A cada cuestionario-participante se le asignó un código, custodiado por el investigador principal y garantizando su anonimato.

El estudio fue registrado por el Comité de Ética de la Investigación de Pontevedra-Vigo-Ourense (2017/528).

El análisis de los datos y su representación gráfica se procesaron en el programa IBM SPSS Statistics® 25.0, Epidat 3.1® y Microsoft Excel® 2016.

Las variables cuantitativas se describen como media y desviación estándar ($\pm$ DE) y las cualitativas como porcentajes (%).

La distribución normal de las variables cuantitativas para una muestra se comprobó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Según el factor de estudio y criterio de evaluación se aplicaron las pruebas estadísticas oportunas que cumplieron las condiciones de aplicación necesarias. Se determinaron los intervalos de confianza de 95% (IC95%). Se consideró con significación estadística al valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Participaron 189 embarazadas (86.7%) con edad media de 33.1 ± 5.8 años. El 45.2% de la muestra ($n = 84$) procedía del medio rural. Solo 56.5% ($n = 104$) tenía estudios secundarios y 38.0% ($n = 70$) universitarios. Estas últimas tenían mayor edad promedio ($H = 11.112$; $p = 0.003$). Además 52.9% ($n = 92$) eran asalariadas y 20.1% ($n = 35$) desempleadas. El número promedio de

hijos fue de 0.5 ± 0.6 (máximo 2). La edad se correlacionó, positivamente, con la paridad ($Rho = 0.225$; $p = 0.002$).

Habían lactado, previamente, más las mujeres rurales que las urbanas ($\chi^2 = 3926$; $p = 0.048$) y las desempleadas y asalariadas más que otros grupos ($\chi^2 = 6764$; $p = 0.034$). De las multíparas 80.0% ($n = 68$) habían lactado, la edad promedio del hijo mayor fue de 124.0 ± 27.4 meses y la del menor de 93.0 ± 27.6 meses, la duración media de la lactancia había sido de 10.0 ± 10.9 meses. El 98.4% ($n = 185$) conocían a alguien en su entorno que había lactado. El 78.5% ($n = 139$) recordaba que su madre había dado el pecho. El 62% ($n = 101$) quería amamantar hasta que pudiera o la criatura quisiera, y 21.5% ($n = 35$) solo un máximo de 6 meses. El deseo de amamantar aumentaba en las que ya lo habían hecho ($\chi^2 = 6.108$; $p = 0.047$).

El 90.4% ($n = 75$) disponían de alguna información previa a la intervención. No existía relación entre el disponer de ella con la procedencia ni con los estudios.

Se entregó la hoja informativa a las 189 participantes. Todas contestaron el cuestionario en ambas fases.

Los resultados a las preguntas del cuestionario en sus respectivas fases se muestran en los **Cuadros 1 y 2** y se representan en la **Figura 1**.

El 88.1% ($n = 156$) recordaba haber recibido información directamente de la matrona y 58.1% ($n = 100$) asistió a clases de educación maternal. El 57.4% ($n = 93$) identificó como fuente de información en lactancia los libros, el 55.8% ($n = 87$) internet, 67.7% ($n = 105$) amigos o familiares y 46.7% ($n = 86$) la propia pareja. Solo 10.2% ($n = 19$) reconoció déficit informativo de la lactancia.

**Cuadro 1.** Resultados promedio y significación estadística en ambas fases de la intervención

	Aciertos	Errores	NS/NC
Fase 1	13.9 ± 4.3	4.8 ± 2.0	5.3 ± 3.8
Fase 2	17.6 ± 3.9	3.6 ± 2.2	2.8 ± 2.8
Diferencias fase 2- fase 1	3.7 ± 3.9 (IC95% [3.2 ~ 4.3]; p < 0.001)	-1.2 ± 2.2 (IC95% [-1.5 ~ -0.9]; p < 0.001)	-2.5 ± 3.5 (IC95% [-3.0 ~ -2.0]; p < 0.001)

No sabe o no contesta (NS/NC)

Cuadro 2. Desenlaces en ambas fases para cada pregunta (n y %) (continúa en la siguiente página)

	Aciertos primera	Aciertos segunda	Errores primera	Errores segunda	NS/NC primera	NS/NC segunda	Diferencia aciertos (segunda-primera)	Diferencia errores (segunda-primera)	Diferencia NS/NC (segunda-primera)
1. Las mujeres con pecho pequeño no pueden amamantar porque no producen suficiente leche	182 96.3%	187 98.9%	1 0.5%	1 0.5%	6 3.2%	1 0.5%	5 2.6%	0 0.0%	-5 -2.6%
2. La mujer puede mantener relaciones sexuales durante la lactancia	178 94.2%	181 95.8%	5 2.6%	3 1.6%	6 3.2%	5 2.6%	3 1.6%	-2 -1.1%	-1 -0.5%
3. Si la mujer se queda embarazada de nuevo debe suspender la lactancia	100 52.9%	155 82.0%	11 5.8%	5 2.6%	78 41.3%	29 15.3%	55 29.1%	-6 -3.2%	-49 -25.9%
4. Si el lactante mama muchas veces aumenta la producción de leche	107 56.6%	157 83.1%	32 16.9%	16 8.5%	50 26.5%	16 8.5%	50 26.5%	-16 -8.5%	-34 -18.0%
5. Dar el pecho muy a menudo provoca obesidad en el niño	165 87.3%	180 95.2%	6 3.2%	3 1.6%	18 9.5%	6 3.2%	15 7.9%	-3 -1.6%	-12 -6.3%
6. Las madres que estén amamantando deben espaciar las tomas para favorecer que se llenen los pechos	80 42.3%	123 65.1%	32 16.9%	31 16.4%	77 40.7%	35 18.5%	43 22.8%	-1 -0.5%	-42 -22.2%
7. Si el niño duerme nunca le despiertes para darle el pecho	68 36.0%	79 41.8%	85 45.0%	87 46.0%	36 19.0%	23 12.2%	11 5.8%	2 1.1%	-13 -6.9%
8. Puede ser suficiente con que el niño mame solo de un pecho	68 36.0%	95 50.3%	64 33.9%	67 35.4%	57 30.2%	27 14.3%	27 14.3%	3 1.6%	-30 -15.9%
9. Algunos niños son alérgicos a la leche humana	57 30.2%	108 57.1%	28 14.8%	26 13.8%	104 55.0%	55 29.1%	51 27.0%	-2 -1.1%	-49 -25.9%
10. Dar el pecho no debería ser doloroso para la madre	124 65.6%	150 79.4%	42 22.2%	22 11.6%	23 12.2%	17 9.0%	26 13.8%	-20 -10.6%	-6 -3.2%
11. Se aconseja mantener la lactancia materna como mínimo 6 meses	150 79.4%	154 81.5%	9 4.8%	15 7.9%	30 15.9%	20 10.6%	4 2.1%	6 3.2%	-10 -5.3%
12. Se extrae más leche a través del sacaleches que mamando el bebé	100 52.9%	129 68.3%	8 4.2%	6 3.2%	81 42.9%	54 28.6%	29 15.3%	-2 -1.1%	-27 -14.3%
13. La leche humana es más aguada que la del biberón; por tanto, no alimenta como las leches artificiales	157 83.1%	170 89.9%	14 7.4%	11 5.8%	17 9.0%	8 4.2%	13 6.9%	-3 -1.6%	-9 -4.8%
14. Los niños amamantados no necesitan beber agua u otros líquidos	71 37.6%	119 63.0%	70 37.0%	34 18.0%	48 25.4%	36 19.0%	48 25.4%	-36 -19.0%	-12 -6.3%

Cuadro 2. Desenlaces en ambas fases para cada pregunta (N y %) (continuación)

	Aciertos primera	Aciertos segunda	Errores primera	Errores segunda	NS/NC primera	NS/NC segunda	Diferencia aciertos (segunda-primer)	Diferencia errores (segunda-primer)	Diferencia NS/NC (segunda primera)
15. El chupón dificulta que se inicie la lactancia; por tanto, no debemos ofrecérselo los primeros días hasta que la lactancia esté bien establecida	82 43.4%	146 77.2%	35 18.5%	12 6.3%	72 38.1%	31 16.4%	64 33.9%	-23 -12.2%	-41 -21.7%
16. La mujer no puede comer determinados alimentos durante la lactancia	40 21.2%	77 40.7%	99 52.4%	74 39.2%	50 26.5%	38 20.1%	37 19.6%	-25 -13.2%	-12 -6.3%
17. La leche de los primeros días, calostro, es lo que necesita el niño esos días	155 82.0%	180 95.2%	6 3.2%	5 2.6%	28 14.8%	4 2.1%	25 13.2%	-1 -0.5%	-24 -12.7%
18. Si la madre necesita tomar algún medicamento debe suspender la lactancia	47 24.9%	105 55.6%	58 30.7%	34 18.0%	84 44.4%	50 26.5%	58 30.7%	-24 -12.7%	-34 -18.0%
19. No debemos permitir que el niño use el pecho como si fuera un chupete de entretenimiento	26 13.8%	46 24.3%	141 74.6%	125 66.1%	22 11.6%	18 9.5%	20 10.6%	-16 -8.5%	-4 -2.1%
20. Es necesario lavar siempre los pezones antes y después de dar de mamar	29 15.3%	80 42.3%	137 72.5%	95 50.3%	23 12.2%	13 6.9%	51 27.0%	-42 -22.2%	-10 -5.3%
21. Después del año de edad se puede continuar la lactancia hasta cuando la madre y su hijo lo deseen	155 82.0%	180 95.2%	6 3.2%	1 0.5%	28 14.8%	8 4.2%	25 13.2%	-5 -2.6%	-20 -10.6%
22. No se debe dar el pecho en lugares públicos, es obscuro y vergonzoso	181 95.8%	186 98.4%	5 2.6%	3 1.6%	3 1.6%	0 0.0%	5 2.6%	-2 -1.1%	-3 -1.6%
23. Aunque el niño esté enfermo debe continuarse la lactancia materna	144 76.2%	169 89.4%	2 1.1%	1 0.5%	43 22.8%	19 10.1%	25 13.2%	-1 -0.5%	-24 -12.7%
24. Mientras se da el pecho es imposible quedar embarazada	157 83.1%	171 90.5%	12 6.3%	7 3.7%	20 10.6%	11 5.8%	14 7.4%	-5 -2.6%	-9 -4.8%

No sabe o no contesta (NS/NC)

En el análisis bivariado, la mayor cantidad de aciertos en la fase 1 se correlacionó con la edad ($Rho = 0.225$; $p = 0.002$; $R^2 = 0.06$), la paridad ($Rho = 0.518$; $p < 0.001$; $R^2 = 0.23$), la duración de la lactancia de hijos previos ($Rho = 0.543$; $p < 0.001$; $R^2 = 0.18$) y la escolaridad ($H = 15.680$; $p < 0.001$), pero negativamente con la edad del hijo mayor ($Rho = -0.38$; $p < 0.001$; $R^2 = 0.21$) y el conocer a alguien que hubiera amamantado previamente ($U = 62,000$; $p = 0.02$).

Los aciertos en la fase 2 no se correlacionaron con la edad ($p = 0.08$) ni paridad ($p = 0.7$), pero sí positivamente con el nivel de estudios ($H = 24,972$; $p < 0.001$) y la duración de la lactancia con los hijos previos ($Rho = 0.593$; $p < 0.001$; $R^2 = 0.18$). Respecto de las fuentes de información existió mayor cantidad de aciertos si asistieron a clases maternas ($U = 2084.0$; $p < 0.001$) y al consultar libros ($U = 2284.0$; $p = 0.002$), ambas variables muy relacionadas entre sí ($\chi^2 = 5.502$;

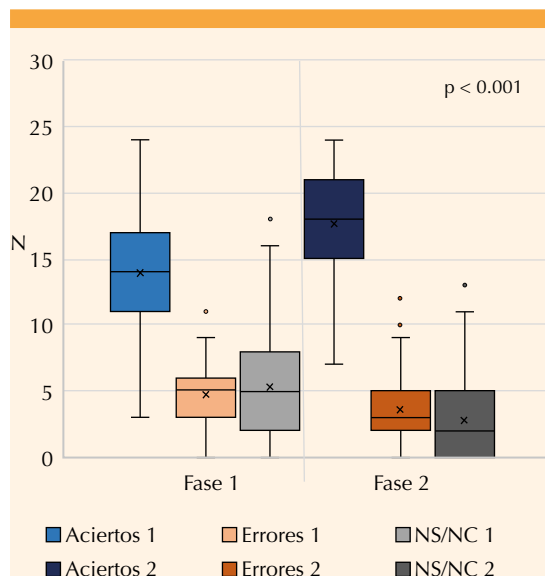


Figura 1. Representación gráfica de los resultados en ambas fases.

$p < 0.02$) y con la mayor duración de la lactancia en embarazos previos ($U = 275.0$; $p = 0.015$) ($U = 112.5$; $p < 0.001$).

No hubo relación en las diferencias de aciertos entre ambas fases respecto del nivel de estudios ($p = 0.5$) pero sí fueron menores las diferencias de aciertos en multíparas ($Rho = -0.557$; $p < 0.001$; $R^2 = 0.26$). También influyó en mayor diferencia de aciertos la participación en clases maternas ($U = 2451.0$; $p < 0.001$).

Entre las que afirmaron déficit de información actual, no hubo diferencias significativas en la cantidad de aciertos respecto de las que reconocieron disponer de alguna información, en ninguna de las fases del estudio.

La ocupación laboral tampoco influyó en los niveles de aciertos ni en la diferencia de estos.

El disponer de información previa al embarazo actual supuso más aciertos en la fase 1 ($U =$

140.0; $p = 0.01$), pero no influyó en la fase 2 ($p = 0.5$) pero sí hubo una menor diferencia de aciertos entre ambas fases ($U = 159.9$; $p = 0.03$).

Haber amamantado previamente supone más aciertos en la fase 1 ($U = 422.0$; $p < 0.001$), y en la fase 2 ($U = 562.5$; $p = 0.001$) y menor diferencia de aciertos ($U = 706.5$; $p = 0.03$).

Se registraron menos errores en la fase 1 con más estudios ($H = 6249$; $p = 0.04$), con información previa ($U = 115$; $p < 0.01$), con lactancia previa ($U = 723.0$; $p = 0.04$), pero más errores si la madre había amamantado previamente ($U = 2075.0$; $p = 0.04$).

Para identificar qué variables tuvieron influencia en la cantidad de aciertos en la fase 1 y en la diferencia de aciertos entre ambas fases, se efectuaron dos análisis multivariantes (**Cuadros 3 y 4**). No se encontró un modelo válido para describir los aciertos en la fase 2 por una alta colinealidad entre las variables.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue conocer el nivel de información y conocimientos que poseen las embarazadas acerca de la lactancia materna, antes y después de una intervención educativa.

Los desenlaces de este estudio muestran porcentajes inferiores respecto al deseo de prolongar la lactancia en meses *versus* los encontrados por Yurtsal donde el 90.8% de las participantes deseaban continuar con la lactancia hasta los 2 años.²⁴

El 90.4% de las mujeres afirmó disponer de información de la lactancia, superior al 41.4% de Yurtsal.²⁴ El 88.1% de ellas recordaba haberla recibido de la matrona; en otros estudios fue del 40 y 51.1%.^{24, 25} En nuestro medio los controles

Cuadro 3. Variables relacionadas con el número de aciertos pre-intervención

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			IC95% para B	
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Constante	16.146	1.567		10.302	0.000	13.002	19.289
Edad del hijo mayor	-0.042	0.008	-0.524	-5.392	0.000	-0.058	-0.027
Duración de la lactancia del primer hijo	0.096	0.030	0.296	3.141	0.003	0.035	0.157
Información previa	3.208	1.376	0.222	2.332	0.024	0.449	5.967

$R^2 = 0.53$; $F = 21.761$; $p < 0.001$.

Cuadro 4. Variables relacionadas con la diferencia de aciertos entre ambas fases.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			IC95% para B	
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Límite inferior	Límite superior
(Constante)	2.492	1.220		2.043	0.047	0.040	4.945
Información previa	-2.400	1.082	-0.295	-2.218	0.031	-4.577	-0.224
Edad del hijo (a) mayor	0.016	0.008	0.274	2.063	0.045	0.001	0.032

$R^2 = 0.167$; $F = 4.257$; $p = 0.045$.

de embarazadas de bajo riesgo por la matrona se ajustan a sus funciones²⁶ y a las recomendaciones de diferentes organismos oficiales.^{27,28,29}

En este estudio, la mayor cantidad de aciertos en la fase 1 se correlacionó con la edad, lo que coincide con otras publicaciones.^{23,25,30,31} Esta correlación podría atribuirse a que a mayor edad las mujeres toman más conciencia de su rol de madre.³¹ Otro estudio describe peores desenlaces en adolescentes (94%).³² Según Estrada-Rodríguez, menor edad menos conocimientos, lo que parece apoyar la necesidad de acciones formativas en lactancia en grupos de jóvenes.³³ En la fase 2 no se encontró correlación de los aciertos con la edad.

El nivel de conocimientos se correlacionó, positivamente, con los años de escolaridad, en ambas fases. Hubo menos errores en la fase 1 con más

estudios, dato coincidente con Gorrita.³¹ Sin embargo, Mejía no encontró asociación con la educación básica.³⁰ Según Iglesias-Casas,³⁴ el mayor nivel de conocimientos repercutiría en las tasas de lactancia.

Haber previamente amamantado supone mayor cantidad de aciertos, dato similar a otros estudios.^{25,31} Comprobamos la relación positiva entre conocimientos y la duración de la lactancia con hijos previos, al igual que Iglesias-Casas.³⁴

No se encontraron otros trabajos que relacionen los conocimientos con la edad del hijo mayor. Esta correlación negativa se interpreta en que conforme pasan los años las mujeres olvidan su experiencia y conocimientos.

La disminución de errores y de desconocimiento en la segunda fase refuerza la importancia de esta



intervención en la adquisición de conocimientos de la población estudiada, lo que coincide con Pereda,²⁰ y esperamos incrementarse las tasas de lactancia materna, como lo señala Haroon.¹⁸ Según nuestros desenlaces, las clases de educación maternal y consultar libros repercuten en los conocimientos de la lactancia, hecho ya observado por otros autores.^{20,23}

Destaca la similitud de los desenlaces obtenidos entre las mujeres que admitían déficit informativo y las que no, señalando quizás que este déficit fuera puramente subjetivo.

La información previa de la lactancia supone más aciertos en la fase 1, no influye en la fase 2, pero sí una menor diferencia de aciertos entre ambas fases. En coincidencia con Belloch, podría indicar menor aprendizaje, entre las que ya saben, quizás por sobrecarga de información con saturación cognitiva.³⁵

La cantidad de errores fue mayor en la primera fase si la madre de la embarazada había dado el pecho, dato no encontrado en otros estudios. Es probable que esas embarazadas se sientan más seguras con el apoyo de la madre y no se interesen en adquirir conocimientos o, quizás, que la transmisión de mitos por parte de la madre tenga más fuerza.

En el análisis ítem por ítem se comprobó que en la primera fase el 96.8 y el 98% luego de la intervención desmienten que *“las mujeres con pecho pequeño no pueden amamantar porque no producen suficiente leche”*, resultado superior al 75% reportado por Mejía.³⁰

El mito *“no debemos permitir que el bebé tome el pecho como si fuera un chupete de entretenimiento”* genera gran cantidad de errores en ambas fases (quizá esté culturalmente muy asentado) y cuestiona la eficacia de la intervención. En el estudio de Mejía un 78% de las

encuestadas confirmó que el bebé debe ponerse al pecho tantas veces como desee.³⁰ En futuras intervenciones se debería hacer hincapié en la importancia del amamantamiento en funciones no relacionadas con la nutrición, como: el apego y el desarrollo intelectual de las criaturas.^{36,37,38}

El 72.48% de nuestra población manifiesta la *“necesidad de lavarse los pezones antes de amamantar”*, inferior al 92.9% de Yurtsal,²⁴ pero superior al 51.8% de Gorrita.³¹ Parece un mito difícil de desterrar porque después de la intervención continúa con el error un 50% de ellas.

Solo la mitad de nuestra población conoce que *“puede ser suficiente con que el bebé mame solo de un pecho”* a pesar de la intervención.

En fase 1, el porcentaje que conoce que *“el niño amamantado no necesita beber agua”* es similar al 36.8% encontrado por Gorrita,³¹ alcanzando el 62.9% en la segunda fase.

Posterior a la intervención, la mayoría de las mujeres (95.23%) sabía que *“después del año se puede continuar la lactancia hasta cuando la madre y el hijo lo quieran”*. Gorrita reporta en su estudio (llevado a cabo en el tercer trimestre del embarazo, pero sin intervención) que solo un 6.1% responden correctamente a *“por cuánto tiempo se recomienda dar leche de pecho al niño después de haber introducido otros alimentos”*.³¹

A pesar de los altos porcentajes de aciertos a *“si se pueden quedar embarazadas durante la lactancia”* deberíamos mejorar esta información y evitar así posibles embarazos no deseados porque enseguida de la intervención cerca del 10% continúan errando.

Los aciertos aumentaron, también, en las preguntas con enunciado categórico: *“si el niño duerme, nunca lo despiertes para darle el pecho”* o *“si la madre necesita tomar algún medicamento*

debe suspender la lactancia", indicando una clara matización de las respuestas después de la intervención.

Un 5.8% cree que *"si la mujer queda embarazada debe suspender la lactancia"*, y el 41% lo desconoce. Yurtsal publicó que el 59.8% confirma que debe suspenderse la lactancia.²⁴ El incremento de aciertos (82%), luego de la intervención, podría conducir a menor suspensión de lactancias durante el embarazo.

Observamos un número elevado de aciertos a preguntas como: *"¿si el bebé mama muchas veces aumenta la producción de leche?"*, *"¿la leche de los primeros días, calostro, es lo que necesita el bebé esos días?"*, y *"¿aunque el niño esté enfermo debe continuarse la lactancia materna?"*; en la primera fase se comprobó que el nivel de conocimientos de nuestra población es elevado en temas de relevancia para el éxito de la lactancia y se reforzó y mejoró luego de la intervención.

El porcentaje de pérdidas fue nulo, a pesar de ser un estudio en 2 fases y con 4 meses de diferencia entre ellas.

La intervención fue bien aceptada, con una participación del 86.7%, mejora de porcentajes considerados clave, reducción de errores en temas básicos, puntualización y acierto en temas poco conocidos. Mejoraron los conocimientos de las mujeres, al igual que en otras investigaciones.^{18,20,22,23,25,33,39,40}

Algunos desenlaces no fueron tan satisfactorios como se esperaba. Ello permite identificar posibles áreas de mejora informativa y, así, poder diseñar actividades de intervención específicas y efectivas para las necesidades de nuestra población. Puesto que la cultura y sus mitos son locales, entendemos que pueda verse limitada la generalización de las conclusiones.

Se desconoce la repercusión de esta intervención en las tasas y duración de la lactancia porque no hubo un seguimiento posparto. En próximos estudios deberá reunirse esta información y verificar su repercusión en las tasas y duración de la lactancia materna.

CONCLUSIONES

Los desenlaces de este estudio ponen de manifiesto lo arraigados que están, en nuestras embarazadas, algunos mitos relacionados con la lactancia materna y que, luego de una intervención informativa, los conocimientos de la misma mejoran significativamente. Los conocimientos de lactancia materna no se correlacionan con la edad ni con la paridad, pero sí con el grado de escolaridad y la duración de la lactancia de los hijos previos.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las mujeres que amablemente participaron en este estudio y al Servicio de Obstetricia por su apoyo y colaboración.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO) & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42695>.
2. Kelishadi R, Farajian S. The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. *Adv Biomed Res*. 2014; 3: 3. doi:10.4103/2277-9175.124629.
3. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr*. 2017; 88 (1): 7-14. doi:10.4067/S0370-41062017000100001.
4. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015; 104 (467): 14-19. doi:10.1111/apa.13139.
5. Martin RM, Gunnell D, Owen CG, Smith GD. Breastfeeding and childhood cancer: A systematic review with meta-analysis. *Int J Cancer*. 2005; 117 (6): 1020-31. doi:10.1002/ijc.21274



6. Smith ER, Locks LM, Manji KP, et al. Delayed breastfeeding initiation is associated with infant morbidity. *J Pediatr*. 2017; 191: 57-62.e2. doi:10.1016/j.jpeds.2017.08.069.
7. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
8. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387 (10017): 475-90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
9. Jiménez Ortega AI, Velasco Rodríguez-Belvis M, Ruiz Herrero J, Peral Suárez Á, et al. Controversias y errores en relación con la nutrición y la lactancia materna. *Pautas para la mejora. Nutr Hosp*. 2019; 36 (Spec 3): 30-4. doi:10.20960/nh.02804.
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Breastfeeding: A mother's gift, for every child. Unicef [Internet]. https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/05/180509_Breastfeeding.pdf.
11. Santacruz Salas E. Relación entre el tipo de lactancia suministrada y el gasto sanitario generado. (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2017; 186. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46332/1/T39562.pdf>
12. Encuesta Nacional de Salud 2017. MSCBS-INE. https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuesta-Nacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf.
13. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2018. Presentación de resultados. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf.
14. Aguayo Maldonado J, Gómez Papí A, Hernandez Aguilar MT, Lasarte Velillas JJ, et al. Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. México: Médica Panamericana, 2008.
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Mitos y realidades de la lactancia materna. https://www.unicef.org/Mitos_de_la_lactancia_materna.pdf
16. Díaz Gómez NM. Algunos mitos sobre lactancia materna. Información y recomendaciones. Comité de lactancia materna. AEP. <http://lactanciamaterna.aeped.es/falsos-mitos/>.
17. Instituto de Desarrollo Humano Fraser Mustard U. Influencia de factores socioeconómicos, culturales e individuales en el inicio y en la duración de la lactancia materna. 2017; 25. https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/memoria_estudio_laydi_reducida.pdf.
18. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, et al. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013; 13 (Suppl 3): S20. doi:10.1186/1471-2458-13-S3-S20.
19. Brown A. Breastfeeding as a public health responsibility: a review of the evidence. *J Hum Nutr Diet*. 2017; 30 (6): 759-70. doi:10.1111/jhn.12496.
20. Pereda Goikoetxea B, Etxaniz Elosegi I, Aramburu Aliaga I, Ugartemendia Yerobi M, et al. Revisión bibliográfica de los beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. *Matronas Prof*. 2014; 15 (2): e1-e8. <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2018/01/revision-bibliografica-lactancia-materna.pdf>.
21. Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna: mitos y realidades. En *Familia* 2020; 10-12. <https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/lactancia-materna-mitos-realidades>.
22. Ramírez Ontiveros P, Cabrera Cabeza O, Minchón Cano M, Domínguez Carranza E. Desmontando mitos de la lactancia. *Biblioteca Lascasas* 2012; 8 (3). <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0680.php>.
23. García Sánchez MR, Fernandez Concepción M, Díaz García J, Díaz Aguiar M. Intervención educativa para la promoción de la lactancia materna. *Medimay* 2013; 19 (3). <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/604>
24. Yurtsal ZB, Evcili F, Duran Aksoy Ö, Cesur B, et al. Pregnant Women's Opinions About Breast Milk And Breastfeeding Myths. *International Journal of Nursing Didactics* 2016). <https://pdfs.semanticscholar.org/3845/21d180476f640971daa876076862036e3314.pdf>
25. Silva AP, Marín H. Pregnant Women's Knowledge Gaps about Breastfeeding in Northern Portugal. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2017; 7: 376-85. <https://doi.org/10.4236/ojog.2017.73039>.
26. Boletín Oficial del Estado (BOE) Núm. 129 jueves 28 de mayo de 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social 8881. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). <https://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>
27. World Health Organization (WHO) Library Cataloguing-in-Publication Data Midwives voices, midwives' realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care I. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf>.
28. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agenda de evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2014. Guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS): AETSA 2011/10. <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/0Guiaatembarazo.htm>.
29. Guía Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal Proceso asistencia. XUNTA DE GALICIA. Consellería de Sanidade-Servizo Galego de Saúde Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria Santiago de Compostela 2019. <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-2769-es.pdf>.
30. Mejía Christian R, Cárdenas Matlin M, Cáceres Onice J, García-Moreno Katherine M, et al. Actitudes y prácticas sobre lactancia materna en puerperas de un hospital público de Lima, Perú. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*. 2016; 81

- (4): 281-7. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000400003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400003>.
31. Gorrita Pérez RRG, Rodríguez YR, Hernández ER, Herrera BBI. Deseos, aptitudes y conocimientos sobre lactancia materna de embarazadas en su tercer trimestre. *Rev Cubana Pediatr.* 2012; 84(2): 165-75. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312012000200006&lng=es
 32. Gorrita Pérez RRG, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y, Ruiz Hernández E. Edad y estado civil de las embarazadas, ontogenia familiar y conocimientos sobre la lactancia materna. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2015; 31 (2): 169-81. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000200006&lng=es.
 33. Estrada Rodríguez J, Amargós Ramírez J, Reyes Domínguez B, Guevara Basulto, A. Intervención educativa sobre lactancia materna. *Revista Archivo Médico de Camagüey* 2010. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200009.
 34. Iglesias-Casás S, Montenegro-Alonso MS, Barro-Rochela E, Varela-Varela L, et al. Influencia de las intervenciones realizadas durante el parto en la duración de la lactancia materna. *Matronas Prof.* 2019; 20 (3): 96-104. <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/10/96-original-influencia-intervenciones.pdf>.
 35. Belloch Ortí C. Las tecnologías de la información y comunicación (T.I.C.) en el aprendizaje. Unidad de Tecnología Educativa. Universidad de Valencia. <https://www.uv.es/bellochc/pdf/pwtic2.pdf>.
 36. Krol KM, Grossman T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsbl* 2001; 61: 977-85. doi.org/10.1007/s00103-018-2769-0.
 37. Jedrychowski W, Perera F, Jankowski J, Butscher M, et al. Effect of exclusive breastfeeding on the development of children's cognitive function in the Krakow prospective birth cohort study. *Eur J Pediatr.* 2012; 171 (1): 151-8. [doi: 10.1007/s00431-011-1507-5](https://doi.org/10.1007/s00431-011-1507-5).
 38. Martín Morales JM. Recomendaciones sobre lactancia materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. AEP. 2012. <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>.
 39. Escalona M, Varón M, Evies A, Sanmiguel F, et al. Efectos de un programa educativo en los conocimientos, creencias y práctica sobre lactancia materna. *Salus* 2012; 16 (1): 18-24. <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375939531005.pdf>
 40. Rojas J, Contreras I, Chaparro C, Quintero A, et al. Evaluación en el nivel de conocimiento de las madres después de aplicada una estrategia educativa. *Venezuela* 2015. *Rev. Chil. Nutr.* 2019; 46 (2): 107-12. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000200107&lng=es <http://dx.doi.org/10.4067/s0717751820190002000107>