Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Medicina

Posgrado en Pediatría

Incremento en la adherencia a la lactancia materna exclusiva mediante la aplicación de una estrategia educativa audiovisual en las madres de recién nacidos sanos del Hospital General San Francisco; 2022.

Autores: Md. Baño Barriga María Cristina; Naranjo Vásconez Gabriel Alejandro.

Director: Dr. Chalco Jorge.

Director Metodológico: Dra. Carrasco María Lucila.

Ecuador

2023

AGRADECIMIENTO

A Dios porque sin su bendición nada de esto sería posible, a nuestros padres por ser nuestro soporte y pilar principal de nuestra formación, a nuestros familiares, amigos y a todos quienes aportaron con un granito de arena al desarrollo de esta investigación.

A nuestras docentes, Dra. María Carrasco e Ingeniera María Mayorga, por ser nuestra guía durante el desarrollo del proyecto, sus sabios consejos siempre estarán con nosotros.

Al Dr. Jorge Chalco por su apoyo en este proyecto.

Al Hospital General San Francisco de Quito, por ser nuestro centro de formación y darnos la apertura para la realización de este proyecto, así como al personal del comité de ética de investigación en seres humanos de la institución, que siempre nos ha brindado una mano amiga.

Finalmente, a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por la formación y conocimientos impartidos en esta etapa de nuestras vidas.

DEDICATORIA

Dra. Cristina Baño:

A Dios, quien con su voluntad permitió que este sueño se haga realidad y me encaminó en esta hermosa profesión de Pediatría.

A mis padres Milton y María Isabel por ser mi sustento principal, apoyo y motivación en este largo camino quienes con su amor incondicional estuvieron siempre pendientes. A mis abuelitos que desde el cielo me enviaban sus bendiciones y a toda mi familia por nunca dudar de mí.

Dr. Alejandro Naranjo:

A mis padres, Marco y Ligia, quienes han confiado siempre en mí, me han visto crecer y me han inspirado a ser la persona que soy.

A mi pareja que ha estado a mi lado durante todo este proceso apoyándome siempre en los momentos de quiebre, a mis hermanos y cuñados, sobrinos, amigos y demás personas que han confiado en mi capacidad e intelecto, a la universidad y sus docentes quienes han aportado en mi formación académica y por último a las madres de los lactantes que participaron en este estudio, sin ustedes esto no sería posible.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO I

DEDICATORIA II

ÍNDICE DE CONTENIDO 3

RESUMEN 7

ABSTRACT 9

CAPÍTULO I 11

INTRODUCCIÓN 11

JUSTIFICACIÓN 13

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 14

HIPÓTESIS: 15

OBJETIVOS: 15

Objetivo General: 15

Objetivos Específicos: 16

CAPÍTULO II 17

MARCO TEÓRICO 17

1. Lactancia Materna 17
   - 1.1. Definición 17
   - 1.2. Antecedentes de la lactancia materna (historia) 17
   - 1.3. Tipos de lactancia materna 18
   - 1.4. Lactancia materna exclusiva y sus beneficios 19
   - 1.5. Realidad nacional de la lactancia materna exclusiva 22
   - 1.6. Factores protectores y debilitantes de la lactancia materna exclusiva 25
   - 1.7. Autoeficacia en lactancia materna exclusiva 26
2. Educación y aprendizaje 27
   - 2.1. Estrategias educativas 27
   - 2.2. Estrategias de enseñanza 27

2.3. Estrategias de enseñanza visuales.....28
2.4. Estrategias educativas virtuales en tiempos de COVID-19 30
2.5. Los videos como entornos educativos y enseñanza.....31
CAPÍTULO III.....33
MARCO METODOLÓGICO 33
1. Tipo de estudio.....33
2. Operacionalización de variables.....33
3. Fuente de datos 35
3.1. Criterios de inclusión:.....35
3.2. Criterios de exclusión:.....36
4. Muestra:.....36
5. Proceso de recolección de datos. 37
6. Plan de análisis de datos.....38
CAPÍTULO IV 39
4. RESULTADOS 39
4.1. Análisis Sociodemográfico 39
4.2. Análisis Descriptivo de las Estrategias Educativas según Autoeficacia..41
4.3. Valoración de la Autoeficacia respecto a la estrategia educativa.....42
4.4. Análisis Descriptivo del Nivel de Conocimiento.....43
4.5. Influencia de los factores sociodemográficos maternos en la adherencia a la lactancia materna exclusiva.....44
4.6. Nivel de Adherencia a la Lactancia Materna todas las Estrategias Educativas: Primer mes versus Tercer mes de vida.....45
CAPÍTULO V.....48
DISCUSIÓN 48
CAPÍTULO VI 52
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....52
Conclusiones:.....52
Recomendaciones:.....53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 54

ANEXOS.....59
Anexo 01: Test de conocimientos generales sobre lactancia materna exclusiva. 59
Anexo 02: Manual paso a paso para una infancia plena 61
Anexo 03: Video educativo.....61
Anexo 04: Escala de autoeficacia en lactancia materna-forma corta (BSES-SF) 62
Anexo 05: Hoja de recolección de datos.....63
Anexo 06. Evidencia fotográfica en campo 63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....33
Tabla 2. Análisis Sociodemográfico. 40
Tabla 3. Análisis Descriptivo de las Estrategias Educativas según Autoeficacia. 42
Tabla 4. Asociación entre Autoeficacia de la Lactancia maternal versus Estrategia Educativa.....43
Tabla 5. Análisis Descriptivo del Nivel de Conocimiento. 44
Tabla 6. Factores sociodemográficos Maternos sobre Adherencia a la Lactancia Materna. 45
Tabla 7. Nivel de Adherencia a la Lactancia Materna con las distintas estrategias educativas. 46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo conceptual de los factores determinantes para LM.....12
Figura 2. Tipos de lactancia 19
Figura 3. Beneficios de la lactancia materna exclusiva.....21
Figura 4. Prevalencia de inicio temprano de lactancia materna.....22
Figura 5. Prevalencia de lactancia materna exclusiva por etnia. 23
Figura 6. Prevalencia de lactancia materna exclusiva por instrucción.....23
Figura 7. Prevalencia de lactancia materna exclusiva por quintil económico...24
Figura 8. Herramientas audiovisuales 29

Figura 9. Nivel de Adherencia a la Lactancia Materna todas las Estrategias Educativas: Primer mes versus Tercer mes de vida.....46

RESUMEN

Introducción y objetivos: A pesar de que se conoce que la lactancia materna exclusiva garantiza la salud y la supervivencia durante la primera infancia, dos de cada tres menores de 1 año no son amamantados exclusivamente, dado a lo cual una de las metas de la Organización Mundial de la Salud para el 2025 es "Incrementar hasta al menos un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva"; se sabe que la adherencia a la lactancia materna disminuye hacia los 3 meses de vida, por lo que la educación en lactancia tiene un papel fundamental para llegar a esta meta.

En nuestros hospitales se ofrecen charlas educativas en lactancia a las madres, sin embargo, no se han analizado otras opciones de estrategias educativas, ni la influencia de estas sobre la sensación de autoeficacia en lactancia materna. Este estudio, pretende incrementar la adherencia a la lactancia materna exclusiva al tercer mes de vida en recién nacidos del Hospital General San Francisco de Quito, mediante la aplicación de una estrategia educativa audiovisual (video educativo) impartida a sus cuidadores, así como, analizar la sensación de autoeficacia de nuestras pacientes, la relación de los factores sociodemográficos poblacionales con el hábito de lactancia, y por último, evaluar el nivel de conocimiento adquirido con cada estrategia educativa, con la intención de dar un aporte a la puericultura.

Método: El diseño de investigación fue un estudio cuasi experimental, descriptivo de corte transversal, bajo un enfoque mixto, mediante la aplicación de un pre y postest con un grupo control, en una población de 207 madres de recién nacidos en el año 2022.

Resultados: Se evidenció un incremento en la adherencia a la lactancia materna exclusiva del 69,5% a los 3 meses del estudio, con un índice de crecimiento de 2.13% entre el primero y el tercer mes, además se evidenció un incremento en el nivel de autoeficacia en lactancia materna con la estrategia del video educativo, los factores sociodemográficos relevantes fueron el nivel de instrucción, la edad de la madre y su estado civil, al comparar el nivel de conocimientos de las madres del recién nacido sobre lactancia materna tanto antes como después de aplicar la estrategia educativa, se observó un incremento en el nivel de conocimientos, con un índice del 48.8%.

Conclusiones. Los resultados de este estudio demuestran que es posible

incrementar la adherencia a la lactancia materna exclusiva y la sensación de autoeficacia en lactancia materna al tercer mes de vida, mediante la aplicación de una estrategia educativa, siendo la audiovisual (video educativo) más representativa que las charlas y el uso de manuales.

Palabras claves: Lactancia materna exclusiva, Educación, Recién nacidos, Autoeficacia.

ABSTRACT

Introduction and objectives. Despite the fact that exclusive breastfeeding is known to guarantee health and survival during early childhood, two out of three children under 1 year of age are not exclusively breastfed, that is the reason why one of the goals of the World Health Organization by 2025 it is to "Increase the rate of exclusive breastfeeding to at least 50%"; It is known that adherence to breastfeeding decreases towards 3 months of life, so breastfeeding education plays a fundamental role in reaching this goal.

In our hospitals, educational talks on breastfeeding are offered to mothers, however, other options for educational strategies have not been analyzed, nor their influence on the feeling of self-efficacy in breastfeeding. This study aims to increase adherence to exclusive breastfeeding at the third month of life in newborns at the San Francisco de Quito General Hospital, through the application of an audiovisual educational strategy (educational video) given to their caregivers, as well as analyzing the sensation of self-efficacy of our patients, the relationship of population sociodemographic factors with the habit of breastfeeding, and finally, to evaluate the level of knowledge acquired with each educational strategy, with the intention of giving a contribution to childcare.
Method: The research design was a quasi-experimental, descriptive cross-sectional study, under a mixed approach, with the application of a pre and posttest with a control group; in a population of 207 mothers of newborns in the year 2022.

Results: There was evidence of an increase in adherence to exclusive breastfeeding of 69.5% at 3 months, with a growth rate of 2.13% between the first and the third month, an increase in the level of self-efficacy with breastfeeding was also evidenced. strategy of the educational video, the relevant sociodemographic factors were the level of education, the age of the mother, and her marital status, finally, when comparing the level of knowledge of the mothers of the newborn about breastfeeding both before and after applying the educational strategy, a considerable improvement of knowledge was observed with an index of 48.8%.

Conclusions. The results of this study shows that it is possible to increase adherence to exclusive breastfeeding at the third month of life and the feeling of

self-efficacy in infant management, through the application of an audiovisual educational strategy (educational video) over the talks and the use of manuals.

Keywords: Exclusive breastfeeding, Education, Newborns, Self-efficacy.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

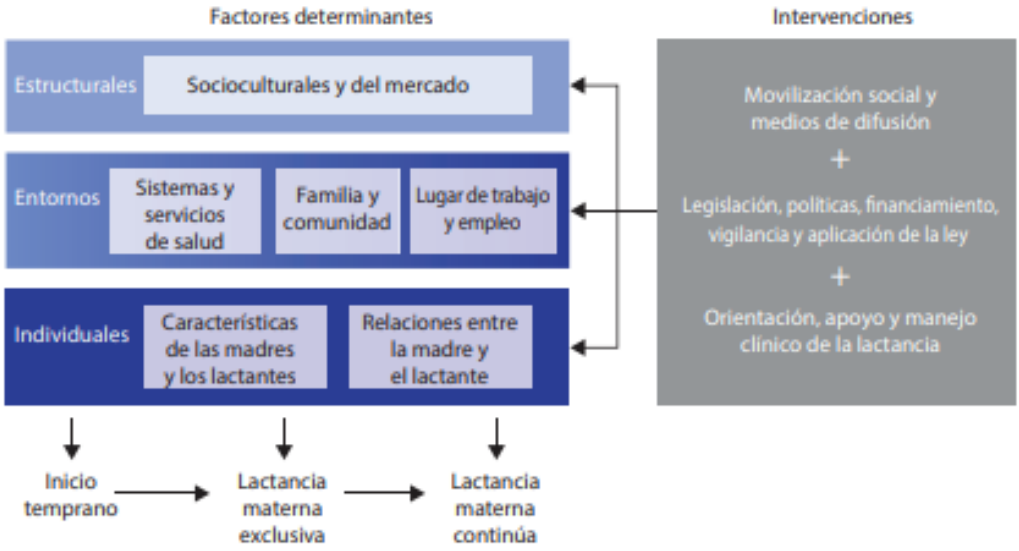
La lactancia materna (LM), constituye el principal alimento de los recién nacidos, brinda los nutrientes que necesitan para su crecimiento y el desarrollo de su cerebro, además, contribuye al fortalecimiento de los factores inmunológicos de los recién nacidos, beneficia de igual manera a la madre, a la economía y al medio ambiente (Vega, 2019).

A pesar de comprender la relevancia de estimular la adherencia a la lactancia materna exclusiva (LME), a nivel mundial, la misma va en un descenso progresivo debido a distintos factores, demostrándose que apenas el 43% de los niños reciben LME hasta los 6 meses de vida, lo que representa que apenas 2 de cada 5 recién nacidos cumple con este proceso, Se sabe que los bebes que no son amamantados tienen de 3 a 4 veces mayor probabilidad de morir, en el estudio referido se determinó que la LM contribuye a disminuir aproximadamente un 36% de casos de muerte súbita del lactante, un 58% de enterocolitis necrosante y enfermedades intestinales (Díaz, *et al* 2018).

Múltiples son los factores que inciden para el incumplimiento de la lactancia materna, se visualiza en el siguiente modelo conceptual publicado en *The Lancet* (ver fig.1), que uno de los principales factores determinantes son los aspectos socioculturales; además, el entorno incide de manera similar, se ha demostrado déficit en la promoción y seguimiento de la LM a pesar de que en todos los países se promueve una legislación orientada a la protección de la maternidad, hoy se sabe que solo el 23% de estos cumplen con lo establecido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (OMS, 2018), otro factor a tomarse en cuenta, es la relación con la familia y la comunidad en la que se desarrollan.

Figura 1.

Modelo conceptual de los factores determinantes para LM



Fuente: *Lancet Breastfeeding Series: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices in less than a Generation (Rollins, 2018)*

Ecuador, no se encuentra aislado de esta realidad, por lo que es necesario apoyarnos en los factores sociodemográficos protectores para poder intervenir, otro factor de riesgo para el abandono de la LME a ser analizado es la sensación de autoeficacia de las madres previo al egreso, en la actualidad, no existen estudios que tomen en cuenta este factor dentro de nuestros hospitales.

Una de las mejores estrategias para fortalecer la prevención en salud es la educación; en la actualidad en nuestros hospitales se brinda educación sobre lactancia materna mediante charlas educativas previo al momento del egreso de las madres. Sin embargo, no se toma en cuenta la sensación de autoeficacia, las características sociodemográficas y el tipo de estrategia de enseñanza que estamos utilizando, haciendo uso únicamente de un método educativo auditivo, ignorando en ocasiones a quienes tienen mayor facilidad para lo visual o kinestésico.

Por lo que, en este estudio, se aplicaron tres estrategias educativas, evaluando la adherencia a la lactancia materna a los 3 meses, tomando en cuenta la sensación de autoeficacia materna, los factores sociodemográficos, el

tipo de estrategia y el grado de conocimiento de las madres, para tener la base de futuros cambios en la manera en la que educamos en salud.

JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta lo sucedido en la pandemia por la COVID-19, la puericultura y la educación que se brinda a las madres que egresan de alojamiento conjunto se vio afectada en cuanto a lo que corresponde con la aplicación de estrategias educativas presenciales, motivo por el cual la educación en línea tomó un fuerte impulso y causó mucho impacto en lo que compete a la educación, como indican González y Ortiz (2022), la educación mediante estrategias virtuales mejora la experiencia de las mujeres, así como aumenta la duración de la LME a los 6 meses, aprovechando las tecnologías de la información y la comunicación.

Existe en nuestro medio la costumbre de brindar una charla educativa previo al egreso de la madre de la sala de alojamiento conjunto, ante esta premisa, cabe recalcar que, a pesar de aplicar este método, se desconoce su eficacia en cuanto a la adherencia a la LME. Un método educativo audiovisual (video educativo), podría ser de utilidad para estimular la adherencia al plan de alimentación a base de LME, mismo que es viable, no es costoso para los participantes, no compromete el estado de salud de los sujetos en estudio, es fácilmente replicable y podría ser compartida con otras madres en periodo de lactancia, mujeres que planifican ser madres o que se encuentren en periodo de gestación, esto abre una nueva ventana para ampliar el horizonte de la puericultura durante el tiempo de pandemia y posterior a este.

Esta propuesta, es una intervención sencilla para reducir la morbi-mortalidad infantil, en la que los beneficiarios directos de este estudio son las madres, los recién nacidos y sus familias; por otro lado, los beneficiarios indirectos son las instituciones de salud, los médicos que ahorrarían tiempo al brindar educación fácilmente replicable y útil, el medio ambiente al estimular la adherencia al plan de lactancia materna exclusiva evitando el uso indiscriminado de fórmulas lácteas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es evidente que, las diferentes campañas de promoción de LME, no han cumplido con las metas preestablecidas en los diferentes programas de salud, esto se refleja cuando las mujeres gestantes llegan con un escaso conocimiento sobre técnicas de lactancia materna y sus beneficios tanto para la madre como para el RN.

Dada la importancia del tema de alimentación a base de lactancia materna exclusiva, el Gobierno Constitucional actual se ha adherido a las estrategias y políticas de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para el fomento y protección de la misma, la iniciativa Hospital Amigos del Niños (IHAN) fue puesta en marcha por UNICEF y la OMS entre 1991 y 1992, en la actualidad participan en ella unos 8.000 hospitales certificados en más de 130 países (Mesa, 2022).

Actualmente en el Ecuador existe la normativa sanitaria para la certificación de Establecimientos de salud Amigos de la madre y del niño (ESAMYN) con el fin de asegurar la protección, apoyo y fomento de la lactancia materna. Esta normativa tiene el objetivo de cambiar la vida de más de 200.000 niños que nacen anualmente en el país, con el fin de reducir la probabilidad de enfermedad y muerte con tan solo la práctica de la lactancia materna exclusiva y así prevenir en un 19% el riesgo de padecer leucemia, reducir hasta en el 60% el fallecimiento por síndrome de muerte súbita del lactante (Calero & Del Cisne, 2018).

Según los lineamientos de los organismos internacionales referidos, solo el 40% de los bebés en el mundo disfrutan de LME hasta los seis meses de edad, por esta razón, el informe de la OMS titulado “Metas mundiales de nutrición 2025 documento normativo sobre lactancia materna” 2017, propone como una de sus principales metas para el año 2025, es lograr: “Incrementar hasta al menos un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses” (Cruz, 2022).

Se ha evidenciado que la relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna y prácticas de amamantamiento es muy alta y positiva; es decir que, si aumenta el nivel de conocimiento sobre lactancia materna incrementarán las buenas prácticas nutricionales (Yajahuanca, 2020).

Últimamente la educación virtual toma relevancia como herramienta de transferencia de conocimiento para facilitar el aprendizaje, es por ello que la idea de aplicar nuevos métodos educativos virtuales audiovisuales en base a un video, sería una opción moderna de enseñanza y acoplada a la sociedad actual.

Con estos antecedentes, nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Es posible incrementar el porcentaje de adherencia a la lactancia materna exclusiva por sobre el 50% (+/-2) al tercer mes de vida, mediante la aplicación de una estrategia educativa virtual en las madres de recién nacidos sanos del Hospital General San Francisco; 2022?

HIPÓTESIS:

"La adherencia a la lactancia materna exclusiva se incrementa por sobre el 50% (+/- 2%) en el tercer mes de vida de recién nacidos sanos del Hospital General San Francisco, mediante la aplicación de una estrategia educativa audiovisual impartido a sus cuidadores, periodo 2022".

OBJETIVOS:

Objetivo General:

Incrementar la adherencia a la lactancia materna exclusiva sobre el 50% (+/- 2%) en el tercer mes de vida de recién nacidos sanos del Hospital General San Francisco, mediante la aplicación de una estrategia educativa audiovisual impartido a sus cuidadores, periodo 2022.

Objetivos Específicos:

- Determinar el nivel de autoeficacia en lactancia materna exclusiva tanto al mes como a los tres meses de vida entre los grupos de estudio mediante la aplicación de la escala de Autoeficacia en Lactancia Materna-Forma Corta (BSES-SF).

- Comparar el nivel de conocimientos de las madres del recién nacido sobre lactancia materna exclusiva mediante la aplicación de un test tanto pre y post intervención educativa en los diferentes grupos de estudio.

- Analizar la influencia de los factores sociodemográficos de las madres del recién nacido en la adherencia a la lactancia materna exclusiva.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. Lactancia Materna

1.1. Definición

La lactancia materna es una de las conveniencias más eficaces para certificar la salud y la conservación de los recién nacidos. Para Tirano *et al.* (2018), la leche materna es el alimento perfecto para los lactantes menores, es seguro, puro y contiene anticuerpos que protegen contra muchas enfermedades infantiles, proporciona toda la energía y los nutrientes que el bebé necesita en los primeros meses de vida y sigue aportando la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño en la segunda mitad del primer año y hasta un tercio en el segundo.

1.2. Antecedentes de la lactancia materna (historia)

La historia de la lactancia materna

La lactancia materna se ha practicado desde los albores de la humanidad, tal es así que, en las civilizaciones antiguas como Mesopotamia y Babilonia, plantearon que la LM se debe aplicar hasta los tres años de vida de los recién nacidos, a través de lo que se conocía como códigos políticos (Paricio, 2020). En Egipto que esta afirmaba y reforzaba el vínculo afectivo entre la madre y el hijo con una coherencia consagrada en las tradiciones literarias y funerarias (Gimeno, 2018).

La mayoría de las mujeres nobles del Imperio Romano pondrían a los niños recién nacidos al cuidado de amamantadoras, pero cabe recalcar que a pesar de estar bajo el cuidado de otras mujeres, los bebés recibían leche materna exclusiva; Desde el siglo XIII hasta el XIX, las mujeres burguesas adineradas de Francia no amamantaban a los hijos, sino que los nutrían con alimentos, leche animal y preparados de cereales (Ferni, 2019). En la Europa del Renacimiento, especialmente en Italia y Francia, era habitual que la mayoría de

las mujeres de clase baja amamantaran a más de un hijo a la vez: al suyo propio y al que cuidaban (Negredo *et al* 2021)

En la actualidad, la lactancia materna está protegida por múltiples disposiciones, políticas, planes y programas establecidos por Organismos internacionales que intentan garantizar una alimentación exclusiva a base de la misma hasta los 6 meses, pues es la alternativa más beneficiosa de alimentación y nutrición de los bebes, durante los primeros meses de vida, proporciona energía y nutrientes, contribuyendo a la prevención de enfermedades infecciosas, respiratorias, gástricas, urinarias, entre otras.

A la madre le ayuda en un proceso de recuperación postparto, porque permite la liberación de oxitocina, disminuyendo el riesgo de padecer cáncer de mama o de ovarios, así como, la depresión. Lo recomendado por la OMS, es que, los primeros seis meses la alimentación debe ser solo leche materna; se aconseja que se complemente la lactancia con otro tipo de alimentos, con la finalidad, de reducir de manera paulatina la LM, mientras que, a partir de los dos años se recomienda terminar el proceso de lactancia.

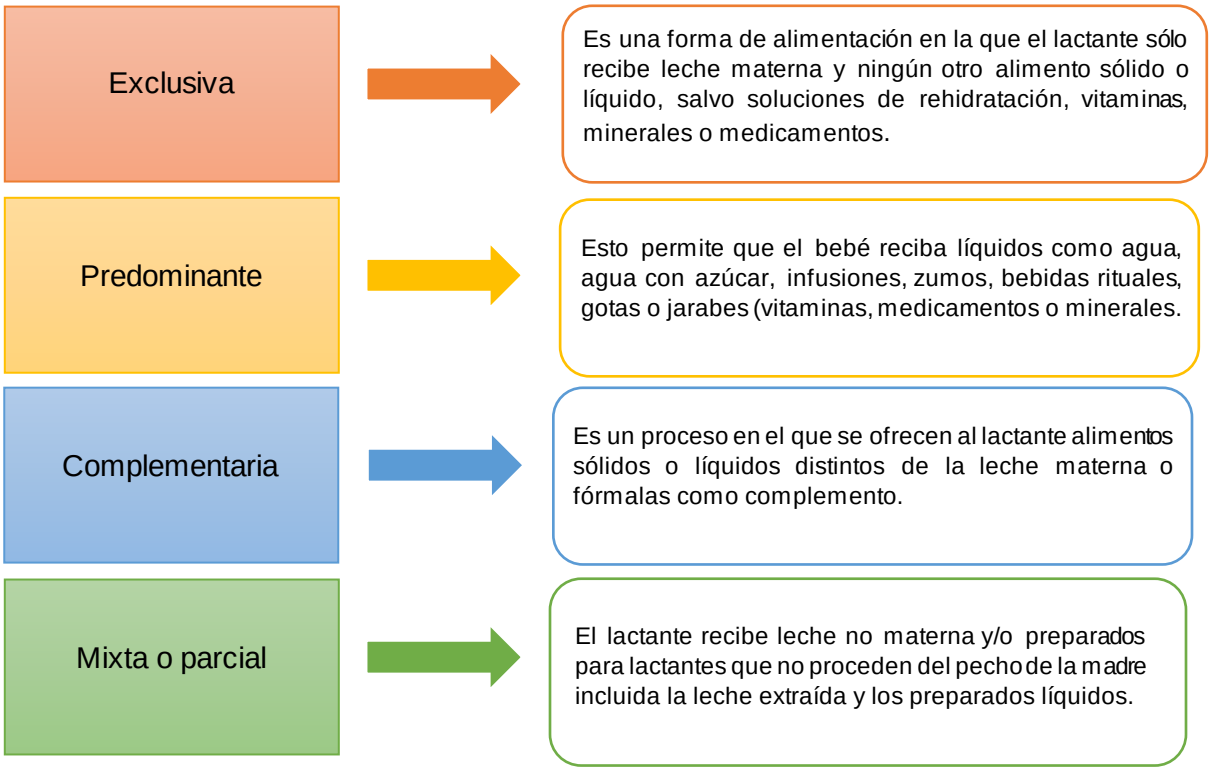
1.3. Tipos de lactancia materna

Es importante destacar que la lactancia puede ser de dos tipos: materna y artificial, la segunda se basa en la inserción de alimentación sustituta de la LM, se puede aplicar cuando se cumple el tiempo de LM, o a su vez cuando la madre no está en condiciones de amamantar al bebé.

De acuerdo con Cabedo *et al* (2019), los tipos de lactancia materna, son:

Figura 2.

Tipos de lactancia



Nota: La figura muestra los cuatro tipos de lactancia materna. Tomado de *Cabedo et al.* (2019).

1.4. Lactancia materna exclusiva y sus beneficios

La LME es la forma óptima de alimentación infantil y la más recomendada, después, deben recibir alimentación complementaria, pero no deben dejar de ser amamantados hasta los dos años o más. La LME establece el vínculo entre la madre y el hijo, esta es una experiencia singular, contribuye a la protección tanto de la madre como del niño; además, es evidente que se reduce los costos favoreciendo la economía del hogar; se protege el medio ambiente, porque se evita el uso y compra de biberones, leches artificiales, entre otras.

En el momento en que él bebe, succiona el seno de la madre, el pezón envía mensajes al cerebro sobre todo a la glándula pituitaria, para generar un proceso de estimulación de la secreción de las hormonas prolactina que se encarga de la producción y de la Oxitocina, responsables de la eyección o salida de leche, esta segunda hormona, es muy sensible y funciona inclusive antes de iniciar la succión, incide de manera directa en el fluido abundante de leche.

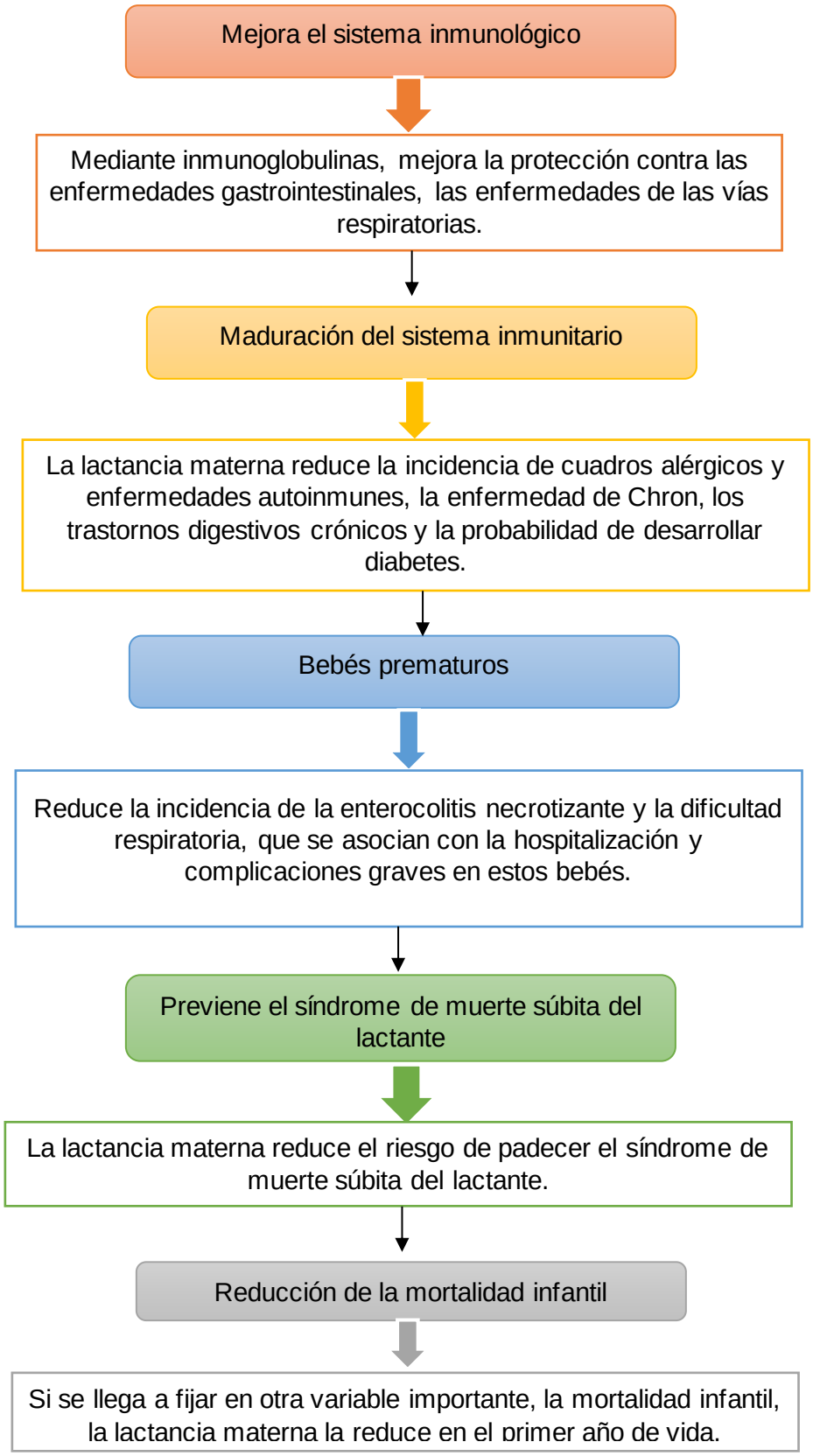
En la primera hora de nacido del bebé, es recomendable que el niño sea colocado en el pecho de su madre, además que se sugiere que en el momento que nazca se lo coloque sobre el abdomen y el pecho materno, esto contribuye a fortalecer la estimulación materna. El contacto temprano facilita que las bacterias de menor peligro que presentan las madres, se pongan en contacto con el recién nacido, estas bacterias protegen al bebé de bacterias más peligrosas a las que se encuentra expuesto el RN. Este primer contacto, estimula la hormona oxitocina, facilitando el flujo de leche, así como, la sensación de afecto y amor.

Dentro del proceso de LME, se produce el calostro, que representa la primera leche luego de producido el parto, este se genera hasta el séptimo día, este refleja una producción aproximada entre 10 y 35 mililitros y va incrementando hasta llegar a 150 ml al tercer día. Los beneficios de esto es la prevención de infecciones bacterianas. Teóricamente, se la concibe como la primera vacuna, tiene vitamina A y, su efecto inicial es laxante con la finalidad de limpiar las primeras deposiciones oscuras mitigando la ictericia.

Como ya se ha mencionado la leche materna tiene beneficios tanto para el niño como para la madre, para el primero, le proporciona todo lo necesario para su crecimiento y desarrollo, le protege de enfermedades e infecciones y le ayuda al vínculo afectivo. Para la madre, mitiga riesgos de hipertensión, sobrepeso, depresión postparto, osteoporosis, cáncer de mama y ovario, los diversos beneficios se muestran en la siguiente figura:

Figura 3.

Beneficios de la lactancia materna exclusiva



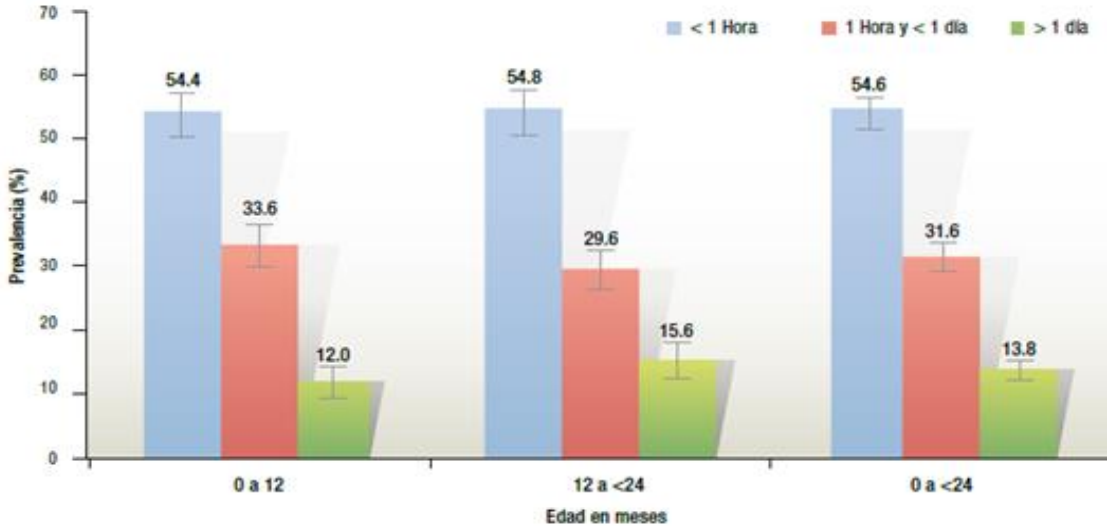
Nota: La figura muestra los beneficios de la lactancia materna. Tomado de *Novillo et al.* (2019)

1.5. Realidad nacional de la lactancia materna exclusiva

En Ecuador, la ENSANUT informa de que sólo el 54,6% de los niños menores de 24 meses iniciaron la lactancia materna de forma temprana. Los datos también muestran que, menos de la mitad de los niños no empezaron a ser amamantados a la hora de nacer y el 14% lo hizo después de 24 horas (INEC, 2018).

Figura 4.

Prevalencia de inicio temprano de lactancia materna

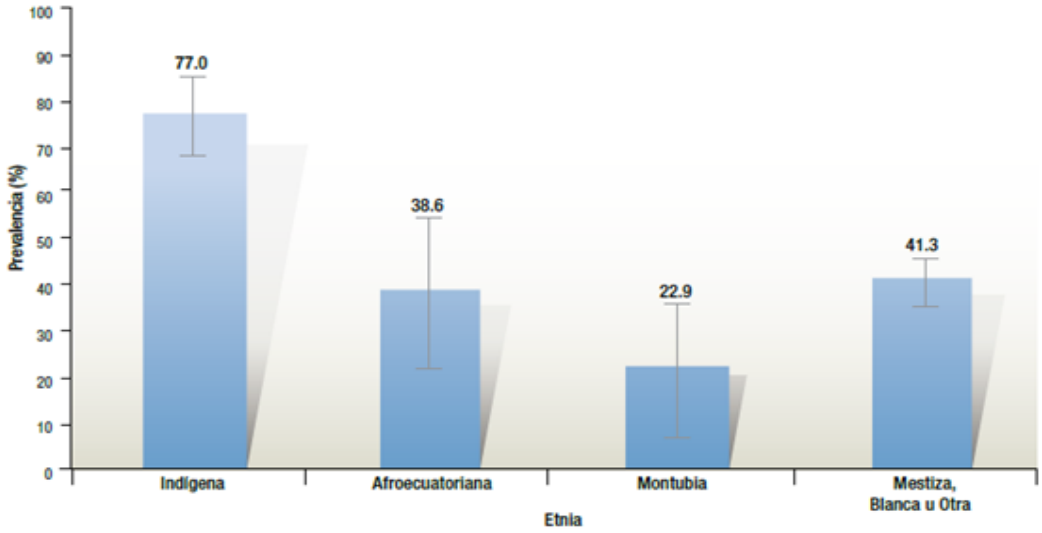


Nota: La figura muestra la prevalencia de lactancia materna en inicios tempranos. Tomado de *INEC* (2018).

Al mes de edad, el 52,4% de los niños eran alimentados exclusivamente con leche materna, pero en el grupo de edad de 2 a 3 meses el porcentaje de niños alimentados exclusivamente con leche materna se redujo al 48%, y en el grupo de edad de 4 a 5 meses fue sólo del 34,7%. El 77% de las madres indígenas dieron el pecho de forma exclusiva hasta los seis meses de edad; este porcentaje fue menor entre las madres afroecuatorianas y las identificadas como montubias, 38,6% y 23% respectivamente. La proporción de niños alimentados exclusivamente con leche materna era mayor en las zonas rurales (58%) que en las urbanas (35%) (INEC, 2018).

Figura 5.

Prevalencia de lactancia materna exclusiva por etnia.

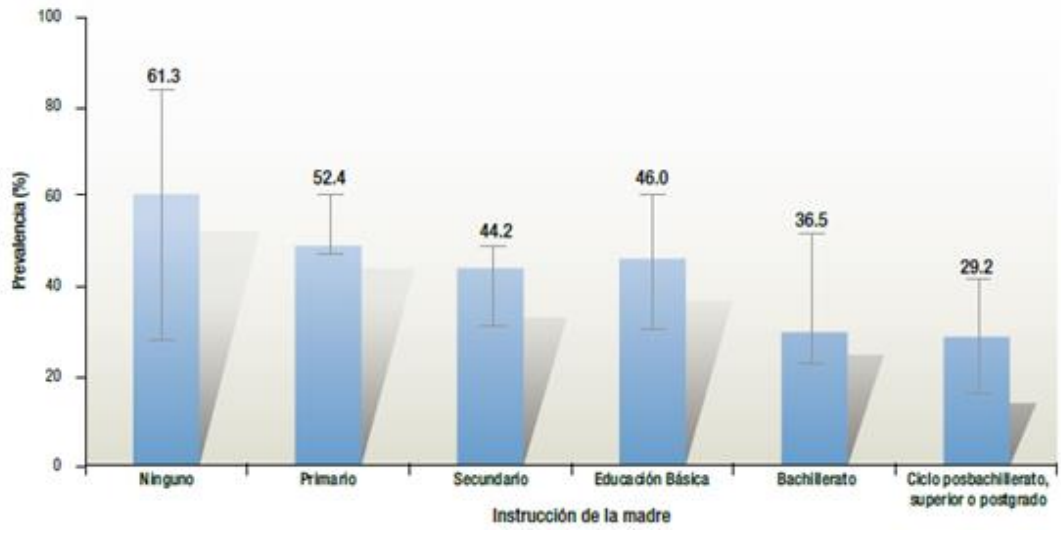


Nota: La figura muestra la prevalencia de lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de acuerdo con cada etnia. Tomado de *INEC* (2018).

En cuanto a las prácticas de lactancia materna exclusiva en función del nivel educativo de la madre, el porcentaje de las que amamantan a los hijos disminuye a medida que aumenta el nivel educativo, como se muestra en la siguiente figura, en donde, se visualiza que a mayor nivel educativo menor índice de lactancia materna:

Figura 6.

Prevalencia de lactancia materna exclusiva por instrucción

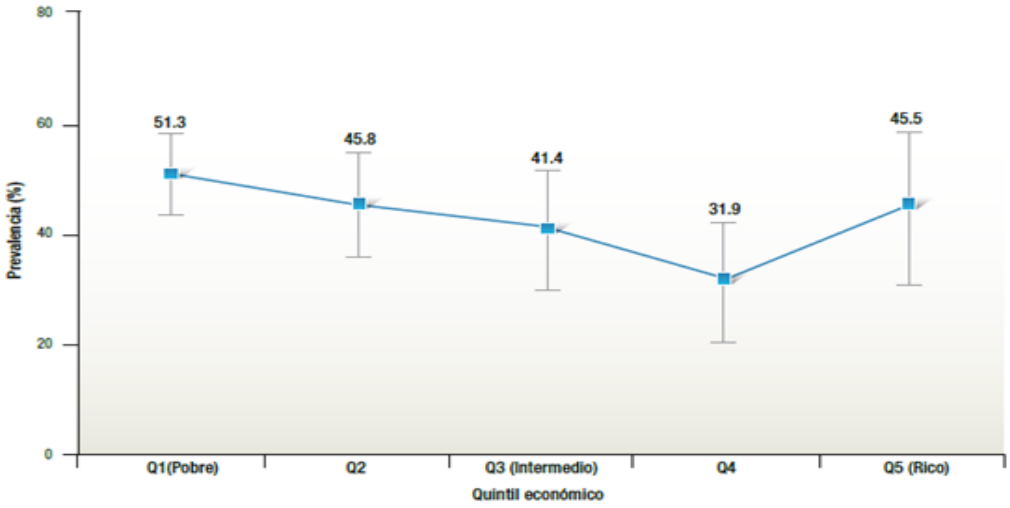


Nota: La figura muestra la prevalencia de lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de acuerdo a la instrucción. Tomado de *INEC* (2018).

Las prácticas de lactancia materna también son proporcionalmente mayores en el quintil más pobre que en el quintil de mayores ingresos. Este comportamiento puede estar asociado a las agresivas campañas de comercialización de sucedáneos de la leche materna, que animan a los trabajadores sanitarios y a los padres a abandonar la lactancia materna exclusiva antes de tiempo y a introducir sucedáneos de la leche materna u otros líquidos o alimentos antes de que los hijos tengan seis meses, como se visualiza en la siguiente figura:

Figura 7.

Prevalencia de lactancia materna exclusiva por quintil económico



Nota: La figura muestra la prevalencia de lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de acuerdo al quintil económico. Tomado de *INEC* (2018).

Lactancia continua

Según la ENSANUT, sólo el 18,9% de los niños de dos años son amamantados continuamente. Teniendo en cuenta que la recomendación de la OMS pide que se continúe con la lactancia materna hasta los dos años, esta tasa es baja, ya que sólo una quinta parte de los niños siguen siendo amamantados.

Desde una edad muy temprana, los niños están expuestos a fluidos distintos de la leche materna. Casi el 50% de los bebés de cero a un mes ya están expuestos, y cuando tienen entre cinco y seis meses, el 72% ya consumen líquidos distintos de la leche materna. Entre los líquidos consumidos por los bebés, los alimentos infantiles encabezan la lista, lo que confirma que en la infancia los niños ya están expuestos a productos lácteos distintos de la leche materna (INEC, 2018).

1.6. Factores protectores y debilitantes de la lactancia materna exclusiva

Factores protectores. La lactancia materna previene muchas enfermedades tanto en el bebé como en la madre. Es un factor de protección contra la obesidad infantil, ya que ralentiza el ritmo de aumento de peso y, al mismo tiempo, reduce la obesidad abdominal, que puede ser perjudicial en un futuro (Sotelo, 2020).

Así mismo, para Saravia *et al.* (2021) la lactancia materna prolongada durante más de 6 meses no sólo tiene beneficios para la salud del recién nacido, sino que también ayuda a prevenir enfermedades en la madre, como es el cáncer de mama o los padecimientos cardiovasculares.

Por otro lado, para Müler *et al. (2020)* hay factores que favorecen la lactancia materna, como el deseo de la madre de amamantar, el apoyo de los familiares y el importante papel de los profesionales de la lactancia materna a la hora de proporcionar información adecuada sobre la misma. Hay muchos mitos incorrectos sobre la lactancia materna que se han transmitido de generación en generación, por eso es tan importante la información nutricional que reciben los padres.

Factores debilitantes. Hay varios factores que pueden provocar una baja producción de leche durante la lactancia, como esperar demasiado tiempo para amamantar, no amamantar lo suficiente, tomar suplementos, una lactancia ineficaz y tomar ciertos medicamentos (Rodríguez *et al*, 2020).

Aunque a muchas mujeres les preocupa la baja producción de leche, la producción inadecuada de leche materna es poco frecuente. De hecho, la mayoría de las mujeres producen un tercio más de leche materna de la que normalmente toma el bebé. Así mismo, hay factores que no promueven la lactancia materna, como los hospitales que no tienen un programa de lactancia, los bajos niveles de educación de los padres o el empleo de la madre, y algunos factores socioculturales de la madre. También hay problemas derivados de una lactancia materna inadecuada, como la emisión de lágrimas, el dolor o la creencia de que el bebé no está satisfecho.

1.7. Autoeficacia en lactancia materna exclusiva

La autoeficacia en lactancia, es la percepción de la madre sobre la capacidad para amamantar, que está influida por la experiencia previa de la madre, el aprendizaje por observación, el estado fisiológico y emocional y la persuasión verbal. Es un factor modificable que puede predecir la duración y la exclusividad de la lactancia materna (Monteiro, 2020). La capacidad para amamantar a su bebé a pesar de las posibles dificultades, está firmemente relacionada con el esfuerzo que realizará para mantener la lactancia exclusiva.

Para poder determinar la autoeficacia de nuestras pacientes, disponemos de la versión en español de la Escala de Autoeficacia en Lactancia Materna-Forma Corta (BSES-SF); esta escala cuenta con 14 ítems tipo Likert que va desde «muy insegura» (un punto) hasta «muy segura» (cinco puntos); por tanto, la puntuación total obtenida puede fluctuar entre un mínimo de 14 y un máximo de 70 puntos y tiene una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,92 (Franco *et al.* 2019)

Como indica Juárez *et al,* (2018), en relación con las fuentes principales de información para una autoeficacia en la lactancia:

(a) logros en el desempeño (experiencia previa con la lactancia);

(b) experiencias vicarias (ver a otras mujeres amamantando);

(c) persuasión verbal (estímulo de personas significativas como amigos, familiares y asesores de lactancia);

(d) respuestas fisiológicas (dolor, fatiga, estrés, ansiedad).

2. Educación y aprendizaje

Para Troncoso (2019) el aprendizaje es omnipresente con rastro espontáneo en cambio la educación es precisa y específica referenciando a una programación, por lo tal se considera que la enseñanza es estructurada, ordenada y coherente, mientras que el aprendizaje es caótico e improvisado.

Sanzs *et al.* (2020), refiere que se necesita un entorno que fomente la mezcla, el intercambio, el desorden, la hibridación y el cruce de fronteras, el abrir la educación y ampliar el aprendizaje para poder reproducirlo en otros contextos (Sanz, Saínz, & Capilla, 2020). Las prácticas y métodos de aprendizaje deben integrarse en la enseñanza.

2.1. Estrategias educativas

En el ámbito de la educación, existen diversas estrategias, métodos, técnicas y otras herramientas de apoyo al proceso educativo y, en este sentido, se han realizado investigaciones y estudios. Considerando diferentes enfoques, una estrategia de enseñanza es un procedimiento, es decir un conjunto de acciones que cumple un propósito o resuelve un problema y permite a los profesores y a los alumnos formular, integrar, construir y adquirir conocimientos en un ámbito académico (Pamplona *et al.* 2019).

2.2. Estrategias de enseñanza

Se refiere a la enseñanza como una herramienta esencial para una actividad constructiva de los alumnos, siendo estas las que ofrece el profesor al alumno para permitirle procesar la información con mayor profundidad, es decir, los procedimientos o herramientas que el profesor utiliza para facilitar el aprendizaje significativo (Pamplona *et al.* 2019).

2.3. Estrategias de enseñanza visuales

El rápido desarrollo de Internet ha creado un rápido ascenso de contenidos multimedia que estimulan directamente la percepción visual, facilitando a los nativos digitales la interacción a través de imágenes ya sean estos emoticones.

Esta característica ha llevado a algunas organizaciones de investigación social a llamarlos Gen Viz dado que es una generación con una fuerte cultura visual, dado que la vista es, sin duda, uno de los sentidos más importantes en el proceso de aprendizaje, porque a través de ella las personas como las madres de recién nacidos sanos tienen acceso a una amplia gama de estímulos cognitivos a los que, de otro modo, sería mucho más difícil acceder (Rubio, 2018).

Los recursos visuales y multimedia han ocupado un lugar importante en el aula porque los avances tecnológicos han facilitado la introducción y han aportado enormes beneficios al aula. Está claro que el aprendizaje visual será el estilo dominante en las aulas durante las próximas generaciones.

Comportamiento del aprendizaje visual

El modo de aprendizaje pictórico es un sistema pedagógico que relaciona los paquetes de información y contenidos con las imágenes mediante un proceso de abstracción mental. Sin embargo, va mucho más allá de enseñar a partir de imágenes o vídeos, también se trata de utilizar estrategias que permitan a las personas alcanzar el máximo potencial de abstracción y utilizar recursos que promuevan un aprendizaje más rápido y eficaz.

Dentro de los recursos más utilizados se tiene los retratos, gráficos, dibujos o diagramas; además, se utiliza archivos multimedia como videoclips; también se recomienda el uso de organizadores gráficos diagramas de contenido (Ramírez, 2020).

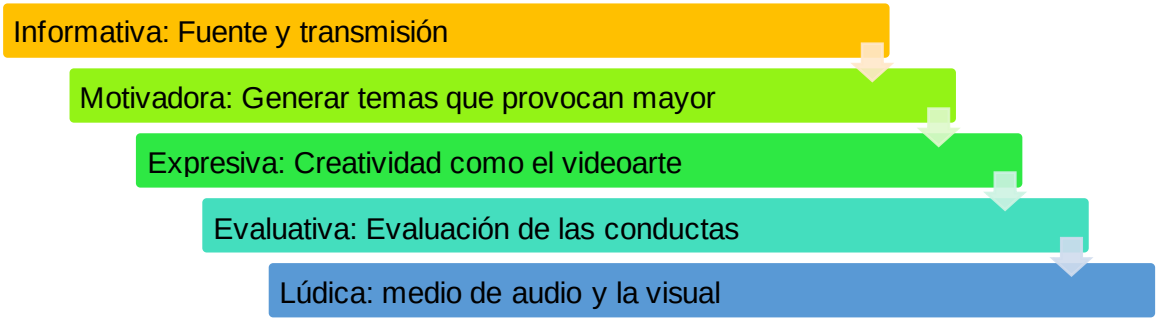
a. Auditivas. En tanto a las estrategias educativas se considera tanto a la evolución de las herramientas de aprendizaje, así como ayuda para los estudiantes que contienen casos de hipoacusia, donde los profesores de la clase y los especialistas en discapacidades de aprendizaje deben tomar medidas para ayudar a las personas a adaptarse al entorno (Rubio, 2018).

Es decir que el aprendizaje auditivo se refiere a una forma eficaz de adquirir conocimientos a través de los sonidos. Esto significa que los alumnos auditivos aprenden más fácilmente escuchando que leyendo, como es el caso de los alumnos visuales. Por otro lado, los alumnos con percepción auditiva prefieren escuchar un podcast o una conferencia antes que aprender moviéndose, como hacen los alumnos cinestésicos.

b. Audiovisuales. Así, los medios audiovisuales y las tecnologías de la información y la comunicación han entrado en el mundo de la educación. En muchos casos, está sujeta a presiones externas que están más relacionadas con fenómenos de la sociedad de consumo, no los principios básicos de la pedagogía y la educación (Cadavieco & Sevillano, 2020).

Figura 8.

Herramientas audiovisuales



Nota: La figura muestra las herramientas de las estrategias audiovisuales que se pueden adaptar en las madres de recién nacidos sanos. Tomado de *Méndez* (2021).

2.4. Estrategias educativas virtuales en tiempos de COVID-19

A raíz de la crisis sanitaria mundial provocada por la COVID-19, el gobierno ecuatoriano, por medio del Ministerio de Educación, considero medidas y directrices para la continuidad de los servicios educativos, en este contexto, el sector educativo es un actor clave y los docentes son el concerniente institucional más cercano para las personas (Hernández *et al.* 2020)

Por ello, según Rivera (2020) se han desarrollado estrategias que promueven la consolidación de habilidades que permiten a las madres de recién nacidos sanos salvaguardar sus vidas, y promueven experiencias educativas que aportan elementos que refuerzan la nueva estrategia educativa y se adaptan a la realidad actual, caracterizada por medidas de retraimiento social. Dentro de estas experiencias se describen las siguientes:

Entornos virtuales de aprendizaje. En este sentido, el aprendizaje en entornos virtuales, y el aprendizaje mediado por la tecnología en general, ha evolucionado desde un modo transmisivo de enseñanza y aprendizaje a través de la entrega de contenidos a modelos constructivistas o socio-cognitivos que ponen al alumno activo en el centro de los procesos y actividades.

La educación virtual en la pandemia de COVID-19. La educación a distancia es una estrategia metodológica para ampliar las posibilidades de acceso a la educación. El uso de estas herramientas ha permitido la creación de nuevas metodologías de enseñanza, por un lado, y el apoyo didáctico al proceso de aprendizaje en metodologías presenciales, por otro. Los programas académicos de educación superior en modalidad virtual y a distancia son relativamente nuevos, este método de enseñanza ha surgido como una alternativa para educar a quienes no tienen acceso al sistema educativo tradicional por condiciones espaciales, familiares y profesionales.

También ayuda a superar las barreras geográficas y ofrece programas transnacionales de libre acceso. Sin embargo, existen brechas entre quienes tienen acceso a internet y quienes no.

2.5. Los videos como entornos educativos y enseñanza

En la actualidad, el asunto de enseñanza y aprendizaje ha cambiado mucho, dado que el internet ha puesto a disposición recursos didácticos atractivos e interesantes, como los vídeos y recursos didácticos interesantes como: vídeos educativos, audiolibros, páginas web educativas, blogs, redes sociales (González, 2018).

Para Berrocal (2021), refiere que el uso del vídeo es instructivo en el ámbito académico porque apoyan el uso del vídeo como herramienta didáctica como herramienta de motivación y desarrollo de la comprensión concluyendo que el vídeo es una herramienta de motivación que muestran los resultados con una mejor comprensión del contenido conceptual.

El video. La información puede encontrarse en películas, grabaciones de audio o textos, donde la tecnología fomenta la participación y la educación mediática, el vídeo es el medio audiovisual más complejo, ya que combina imágenes en movimiento con sonido e incluye funciones que ofrecen una serie de opciones (Mesa, 2021).

Esto permite al sistema grabar y reproducir instantáneamente la imagen y el sonido en movimiento y sonido que puedan ser visualizados como un vídeo, demostrando al vídeo como un cuento de historias y transmisión información. El vídeo se considera ahora un medio tecnológico en la producción y creación que contribuyen a la construcción de lo personal, caracterizado por una forma fragmentada y expresada en ritmo que permite la variación audiovisual y responde a la necesidad de cada individuo de hacerse notar en la sociedad.

Videos educativos. Los medios de enseñanza en vídeo son una de las herramientas que, cuando se utilizan adecuadamente, pueden ayudar a facilitar la transferencia de conocimientos. La finalidad es didáctica y es utilizada por el profesor para facilitar el proceso de enseñanza y aprendizaje. Una herramienta de comunicación para crear mensajes visuales electrónicos con soporte tecnológico que se utiliza para comunicar conocimientos e información.

Sin embargo, se debe considerar los siguientes aspectos de un video educativo como: persistencia, compatibilidad, reproducción instantánea, capacidad de transferencia, imágenes en baja resolución, fácil visualización y, soporte reutilizable (Burgos, Beltrán, & Godino, 2020).

Crea un proceso de comunicación único en comparación con las clases de exposición tradicionales que facilitan el proceso de enseñanza y aprendizaje, ya que pueden utilizarse fácilmente en el aula y los mensajes transmitidos a través del vídeo, el audio y la narración son sostenibles.

Los vídeos educativos, por su propia naturaleza, también aumentan la atención de los estudiantes y proporcionan información que no está disponible por sí sola, que ayuda a los profesores a consolidar la información y mejorar la calidad de esta, ayudar en la investigación y motivar a los estudiantes.

Es decir, que el uso de vídeos educativos cortos ayuda a las madres de recién nacidos sanos a la fácil transmisión del contenido del vídeo, por el hecho de que los vídeos educativos cortos son mucho más atractivos que los vídeos hablados más largos, por lo que debería considerarse el uso para transmitir contenidos que capten la atención del público para transmitir el contenido deseado.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio

El diseño de investigación fue un estudio cuasi experimental, descriptivo de corte transversal, bajo un enfoque mixto. Con la aplicación de un pre-postest con grupo control; en una población de 207 madres de recién nacidos en el año 2022, Quito-Ecuador.

2. Operacionalización de variables

Se muestra a continuación la caracterización de variables del estudio, su indicador y escala para interpretación.

Tabla 1.

Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Adherencia a la lactancia materna exclusiva (dependiente)	Tiene relación con mantener el seno materno como único alimento hasta los 6 meses de vida.	%	Porcentaje al mes y tercer mes de vida.	Continua de razón.	Cuantitativa.
Estrategias educativas. (Independiente)	Estrategias mediante las que se interviene para potenciar el aprendizaje cognitivo. Pueden ser: Visual, Auditivo, Kinestésico y, Lecto/Escritor	Adimensional	Estrategia educativa visual (Manual paso a paso). Estrategia educativa audio/visual (video educativo) Estrategia educativa auditiva. (charla)	Nominal - -	Cualitativa.

Autoeficacia (dependiente)	Conocimiento que los individuos tienen acerca de sus capacidades y confianza para alcanzar una meta o enfrentar una situación, según la aplicación de la escala BSES-SF.	Adimensional.	1. Nada segura (14 puntos) 2. medianamente segura, (Cercano a los 42 puntos) 3. Muy segura (Cercano a los 70 puntos).	Ordinal Politómica	Cualitativa.
Nivel de conocimiento de las madres de recién nacidos sanos. (dependiente)	Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad.	Adimensional	-Alto: 8-10 puntos -Medio: 6-7 puntos -Bajo: 0-5 puntos	Ordinal politómica	Cualitativa.
Factores sociodemográficos. (independientes)	Son todas las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia. Esto se hace para cada miembro de la población	Edad- años	12-18 >18	De razón	Cuantitativa.
		Nivel de instrucción	Sin estudios Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior completa Superior incompleta	Ordinal politómica	Cualitativa.

		Ocupación	Estudiante Ama de casa Trabajo dependiente Trabajo independiente	Nominal politómica	Cualitativa.
		Lugar de residencia	Z. Urbana Z. Rural	Nominal politómica.	Cualitativa.
		Estado civil	Soltera Casada Unión libre	Nominal politómica	Cualitativa.
		Número de hijos.	-Hijo único -2 o más hijos.	Nominal politómica	Cualitativa.

Tabla realizada por los autores.

3. Fuente de datos

La fuente de datos se obtuvo de las madres de recién nacidos, que fueron atendidas en el Hospital General San Francisco de Quito, mediante una matriz de recolección de datos. (Anexo 05).

La selección se realizó en base a criterios de inclusión y exclusión:

3.1. Criterios de inclusión:

- Madres de recién nacidos sanos que han lactado exclusivamente del seno materno en las primeras 3 horas de vida.
- Madres de recién nacidos de todo grupo etario que se encuentran en alojamiento conjunto.
- Madres que deseen participar en el estudio con previo consentimiento o asentimiento informado en caso de tratarse de mujeres menores de edad.
- Madres que cuenten con equipos tecnológicos que permitan la reproducción de videos vía YouTube, como: celulares, computadoras u otros para el grupo de la estrategia audiovisual.

3.2. Criterios de exclusión:

- Madres con algún antecedente psiquiátrico.
- Madres con antecedentes de discapacidad intelectual o neurosensorial.
- Madres sin alfabetización para la estrategia visual.
- Madres a quienes no se les pueda realizar un adecuado seguimiento telefónico o no dispongan de un medio de comunicación telefónica fija o móvil en su domicilio.

4. Muestra:

Se trabajó con un universo de 447 madres de recién nacidos en alojamiento conjunto, dato obtenido del primer semestre del año 2021 del libro estadístico del servicio de neonatología denominado "libro de la vida", disponible en su versión digital en los registros del servicio hospitalario.

Se calculó una muestra de 207 madres de recién nacidos sanos atendidos en el hospital, muestra calculada con un 95% de confianza y 5% de margen de error. Se aplicó la fórmula de muestreo para poblaciones finitas con un 95% y 5% de margen de error, la misma que dividida de forma equitativa para los 3 grupos de estudio se determinó un total de 69 pacientes para cada uno.

$$CI' = \hat{p} \pm z \times \sqrt{\frac{\hat{p}(1-\hat{p})}{n'} \times \frac{N-n'}{N-1}}$$

En la que:

z es z score

p̂ es la proporción de la población

n y n' son el tamaño de la muestra

N es el tamaño de la población

La selección se realizó mediante muestreo aleatorio simple para cada uno de los 3 grupos de estudio.

5. Proceso de recolección de datos.

1. El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación en seres humanos del Hospital General San Francisco de Quito en septiembre del 2022.

2. Una vez aprobado el proyecto, se realizó un plan piloto de evaluación de conocimientos, mediante la aplicación un test respecto a lactancia materna, con un total de 10 preguntas, en 10 participantes; los resultados de esta prueba piloto se sumaron al análisis total de la muestra.

3. Durante 2 meses se recolectó la muestra calculada, mediante las siguientes fases:

    - **Fase Pre - intervención.** Se informó sobre el estudio de investigación a las madres, quienes, al aceptar participar, firmaron el documento de Consentimiento Informado/ Asentimiento informado, se llenó la Hoja de Recolección de datos sociodemográficos, luego se aplicó el test de conocimientos previos, que constó de 10 preguntas sobre lactancia materna exclusiva.

    - **Fase de Intervención.** Se aplicó la estrategia educativa según el grupo de estudio, siendo estos: método visual ("Manual paso a paso para una infancia plena") (ver Anexo 02), auditivo (charla que se realiza habitualmente en el servicio de neonatología para orientación a los padres del recién nacido) o audiovisual (video educativo realizado por los autores en base al manual "Paso a paso para una infancia plena", se encuentra disponible en la plataforma de YouTube (ver Anexo 03).

    - **Fase de Post-intervención.** Se realizó un postest con las mismas preguntas del pretest y la aplicación de una encuesta denominada "Autoeficacia en Lactancia Materna-Forma Corta (BSES-SF)", (ver Anexo 04), tanto al egreso hospitalario la misma que fue de manera presencial, luego al mes y a los tres meses de vida mediante controles telefónicos,

con el fin de indagar sobre autoeficacia y continuidad de la lactancia materna exclusiva.

6. Plan de análisis de datos.

La información recopilada tanto en el pretest y postest, se ingresó a una hoja de Microsoft Excel versión 2303, y estos fueron trasladados a una base de datos en SPSS versión 25, para realizar el análisis estadístico descriptivo – inferencial en correspondencia con los objetivos de la investigación. Además, se realizó la Prueba de Kolmogorov – Smirnov, para demostrar la normalidad de los datos, al ser normales se aplicarán pruebas paramétricas.

Se estableció un análisis sociodemográfico apoyado de estadística descriptiva. Para la validación del primer objetivo se aplicó la Prueba de Chi cuadrado, la Prueba T y de Levene para el segundo objetivo, el índice de mejoramiento de conocimientos se midió a través de un indicador de nivel de conocimientos, por último, al tercer objetivo se lo determinó a través de una prueba de correlación.

La validación de la hipótesis planteada: "*La adherencia a la lactancia materna exclusiva se incrementa por sobre el 50% (+/- 2%) en el tercer mes de vida de recién nacidos sanos del Hospital General San Francisco, mediante la aplicación de una estrategia educativa audiovisual impartido a sus cuidadores, periodo 2022"*, se utilizó el índice de crecimiento y la Prueba T para muestras independientes, y de igual manera, la Prueba de Correlación.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

En esta investigación ingresaron 207 madres de recién nacidos sanos atendidos en el hospital, muestra calculada con un 95% de confianza y 5% de margen de error, la aplicación de las distintas estrategias educativas, dividieron a la muestra en forma equitativa para 3 grupos de estudio con un total de 69 pacientes para cada uno mediante muestreo aleatorio simple.

Las estrategias que se aplicaron para esta investigación fueron: un video educativo, una charla y un manual del MSP.

Para el análisis de resultados se utilizó el programa estadístico de SPSS versión 25 una vez construida la base de datos, se validaron los objetivos propuestos en esta investigación.

En primer lugar, se realizó la Prueba de Kolmogorov – Smirnov, para demostrar la normalidad de los datos, para lo cual los valores de significancia son menores a 0.056, lo que se concluye que la distribución de datos tiene una distribución normal al 95% de confianza, por tanto, utilizaremos pruebas paramétricas para el análisis estadístico.

4.1. Análisis Sociodemográfico

Edad: El rango de edad más frecuente fue de 27 -31 años con 52,2% (108 participantes), seguido del grupo de entre 22 a 26 años con el 23,2% (48 participantes). La edad fue estadísticamente significativa (p=0,027), ver tabla 2.

Nivel de instrucción: la educación superior completa representó el 53,1% (110 participantes), seguido del grupo de madres que cuentan con educación secundaria completa 29% (60 participantes), esta variable fue estadísticamente significativa (p=0,045), ver tabla 2.

Ocupación: El mayor índice fue el de trabajo dependiente con un porcentaje del 41,5% (87 participantes), las madres sin un trabajo formal que son estudiantes representaron el 1,9% (4), esta variable fue estadísticamente significativa (p=0,025), ver tabla 2.

Lugar de residencia: La mayoría de las participantes provienen de la zona urbana con un 56,5% (117 participantes), a diferencia de quienes residen en zona rural 43,5% (90 participantes). (p=0,036), ver tabla 2.

Estado civil: Acorde a los resultados, se evidencia que las parejas casadas, representan el 41,1% (85 participantes), seguido por el grupo de unión libre con un 39,1% (81 participantes), finalmente las madres solteras representaron un 19,8% (41 participantes), ver tabla 2.

Tabla 2.

Análisis Sociodemográfico.

		Frecuencia	(%)	p-valor
EDAD	<= 16	1	0.5	0.027
	17 – 21	14	6.8	
	22 – 26	48	23.2	
	27 – 31	108	52.2	
	32 – 36	35	16.9	
	37+	1	0.5	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	SIN ESTUDIOS	1	0.5	0.045
	PRIMARIA INCOMPLETA	3	1.4	
	PRIMARIA COMPLETA	8	3.9	
	SECUNDARIA INCOMPLETA	16	7.7	
	SECUNDARIA COMPLETA	60	29.0	
	SUPERIOR COMPLETA	110	53.1	
	SUPERIOR INCOMPLETA	9	4.3	
OCUPACIÓN	ESTUDIANTE	4	1.9	0.025
	AMA DE CASA	39	18.8	

	TRABAJO DEPENDIENTE	87	41.5	
	TRABAJO INDEPENDIENTE	77	37.2	
LUGAR DE RESIDENCIA	URBANA	117	56.5	0.036
	RURAL	90	43.5	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	41	19.8	0.031
	CASADO	85	41.1	
	UNIÓN LIBRE	81	39.1	

Compilación realizada por los autores en base a la información recopilada.

Posteriormente, se realiza el análisis en función de las variables del problema de estudio, para la identificación y análisis del comportamiento de estos datos en las mujeres que se encuentran en periodo de lactancia:

4.2. Análisis Descriptivo de las Estrategias Educativas según Autoeficacia.

En relación con la medición de la Autoeficacia Inicial (al momento del egreso del hospital), después de que la madre recibió la información sobre la lactancia materna por una de las estrategias educativas planteadas, observamos que el 62,3% (129 participantes) demostraron estar medianamente seguras de manejar la lactancia, no se encontró significancia estadística (p=0.051).

Sin embargo, al mes de haber realizado la estrategia educativa (Autoeficacia al mes), se reporta un 53,1% (110) de madres que mencionan estar muy seguras del manejo de la lactancia materna, este resultado fue estadísticamente significativo (p=0.048).

Por último, al tercer mes, este valor incrementa a un 93,2% de mujeres muy seguras para el manejo de la lactancia materna posterior a haber recibido alguna de las estrategias educativas (193 participantes) con un valor de (p= 0,045), ver tabla 3.

Tabla 3. *Análisis Descriptivo de las Estrategias Educativas según Autoeficacia.*

		Frecuencia	%	p-valor
AUTOEFICACIA INICIAL	NADA SEGURA	48	23.2	0.051
	MEDIANAMENTE SEGURA	129	62.3	
	MUY SEGURA	30	14.5	
AUTOEFICACIA AL MES	NADA SEGURA	0	0	0.048
	MEDIANAMENTE SEGURA	97	46.9	
	MUY SEGURA	110	53.1	
AUTOEFICACIA AL TERCER MES	NADA SEGURA	0	0	0.045
	MEDIANAMENTE SEGURA	14	6.8	
	MUY SEGURA	193	93.2	

Compilación realizada por los autores en base a la información recopilada

4.3. Valoración de la Autoeficacia respecto a la estrategia educativa.

En cuanto a la valoración de la autoeficacia inicial respecto a la estrategia educativa, se observa un mayor impacto en la charla educativa con un 22,7% (47 participantes) correspondientes a la variable “medianamente segura”, con valores que no son estadísticamente significativos p=0,42; a su vez se evidencia que, en este análisis, el menor número de madres 30 (14,5%) estaban “muy seguras” respecto al manejo al momento del egreso.

Respecto a la sensación de autoeficacia al comparar con la aplicación de las estrategias educativas, 29,4% (61 participantes) (p=0.000) y 33,3% (69 participantes) (p=0.003) al primer y tercer mes respectivamente, se sintieron “muy seguros” en el manejo de la lactancia materna mediante la aplicación de la estrategia educativa audiovisual (video educativo), los resultados fueron estadísticamente representativos, ver tabla 4.

Tabla 4.

Asociación entre Autoeficacia de la Lactancia maternal versus Estrategia Educativa.

		ESTRATEGIA			Valor p
		VIDEO	CHARLA	MANUAL	
AUTOEFICACIA INICIAL	NADA SEGURA	21 (10,14%)	13 (6,2%)	14 (6,7%)	0.423
	MEDIAMENTE SEGURA	37 (17,8)	47 (22,7%)	45 (21,7%)	
	MUY SEGURA	11 (5,3%)	9 (4,3%)	10 (4,8%)	
AUTOEFICACIA AL MES	NADA SEGURA	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0.000
	MEDIAMENTE SEGURA	8 (3.8%)	44 (21,2%)	45 (21,7%)	
	MUY SEGURA	61 (29,4%)	25 (12%)	24 (11,5%)	
AUTOEFICACIA AL TERCER MES	NADA SEGURA	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0.003
	MEDIANAMENTE SEGURA	0 (0%)	7 (3,3%)	7 (3,38%)	
	MUY SEGURA	69 (33,3%)	62 (29,9%)	62 (29,9%)	

Compilación realizada por los autores en base a la información recopilada.

4.4. Análisis Descriptivo del Nivel de Conocimiento.

Mediante la prueba de conocimientos generales sobre lactancia materna exclusiva, el nivel de conocimiento antes de aplicar cualquiera de las estrategias educativas fue Bajo con el 57% (118 participantes) p=0,041.

Cuando se evaluó el nivel de conocimiento después de aplicar cualquiera de las estrategias este fue Alto con un 60,4% (125), este valor fue numéricamente mayor que el inicial, a pesar de que no se encontró significancia estadística (p=0.35), ver tabla 5.

Tabla 5.

Análisis Descriptivo del Nivel de Conocimiento.

		Frecuencia	%	p-valor
NIVEL DE CONOCIMIENTOS ANTES	ALTO	24	11.6	0.041
	MEDIO	65	31.4	
	BAJO	118	57.0	
NIVEL DE CONOCIMIENTOS DESPUÉS	ALTO	125	60.4	0.35
	MEDIO	74	35.7	
	BAJO	8	3.9	

Compilación realizada por los autores en base a la información recopilada

Acorde a los resultados de la tabla 5; se calculó el nivel de conocimientos antes y después de aplicar cualquier estrategia educativa mediante la siguiente fórmula:

$$Indicador de nivel de conocimientos (INC)(\%) = \frac{Cant.personas con alto nivel después - Cant.personas con alto nivel antes}{Total de personas} * 100$$

$$INC(\%) = \frac{125 - 24}{207} * 100$$

$$INC(\%) = 48.8\%.$$

Se encontró una mejoría de conocimientos de 48.8%, p=0,000
(IC 95% -0,631 -0,297)

4.5. Influencia de los factores sociodemográficos maternos en la adherencia a la lactancia materna exclusiva.

Se analizó la influencia que posee cada factor sociodemográfico de la madre sobre la lactancia materna exclusiva, es decir que el niño se alimente solo con leche materna sin introducción de otro componente alimenticio. Se observó que las siguientes variables presentaron diferencias significativas

Se correlaciona la edad de las madres con la adherencia, siendo más significativo al tercer mes (p=0,012), de igual manera el nivel de instrucción es estadísticamente significativo al tercer mes (p=0.031) y por último la ocupación

de la madre que tiene también lugar al tercer mes (p=0,019), cómo se observa en la tabla 6.

Tabla 6.

Factores sociodemográficos Maternos sobre Adherencia a la Lactancia Materna.

Factores.	ADHERENCIA PRIMER MES	ADHERENCIA TERCER MES
GRUPO ETAREO	0.049	0.012
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	-.015	0.031
OCUPACIÓN	0.080	0.019
LUGAR DE RESIDENCIA	-.005	-.087
ESTADO CIVIL	-.021	-.092

Compilación realizada por los autores en base a la información recopilada

4.6. Nivel de Adherencia a la Lactancia Materna todas las Estrategias Educativas: Primer mes versus Tercer mes de vida.

Se evidenció un incremento en la adherencia, de 46,4% a 99% entre el primer y tercer mes de vida respectivamente, independientemente de la estrategia educativa aplicada, con un porcentaje de diferencia del 52,6%, y un índice de crecimiento del 2.13%. ver figura 9.

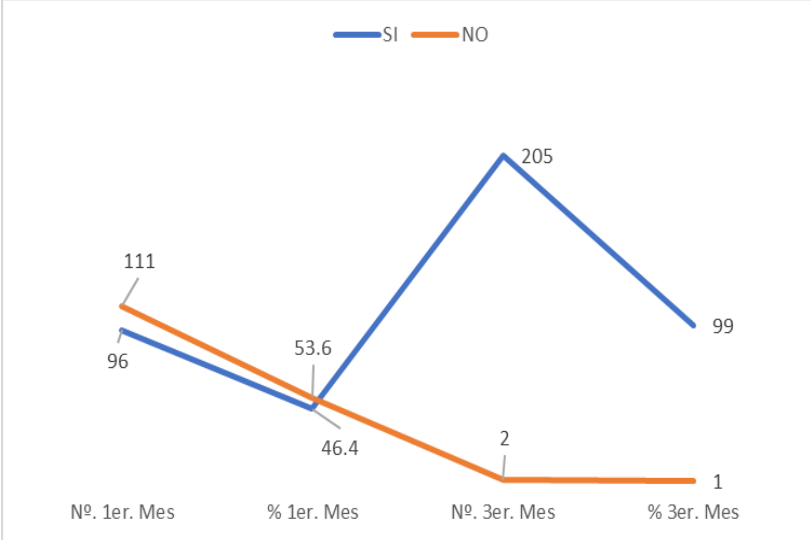
$$Índice de crecimiento\,(\%) = \frac{\%3er.mes}{\%1er.mes}$$

$$Índice de crecimiento\,(\%) = \frac{99\%}{46.4}$$

$$Índice de crecimiento\,(\%) = 2.13$$

Figura 9.

Nivel de Adherencia a la Lactancia Materna todas las Estrategias Educativas: Primer mes versus Tercer mes de vida.



Al aplicar las diferentes estrategias educativas, se evidencia que el método audiovisual, es el que obtiene mayor adherencia a la lactancia materna tanto al primer como al tercer mes de vida, con un porcentaje de diferencia de -9%, que a pesar de ser negativo al compararlo con los otros métodos educativos es el que tiene menor porcentaje de diferencia, se obtuvo un total de adherencia del 69,5% a los 3 meses, con la aplicación de las distintas estrategias educativas, siendo la más representativa la estrategia educativa audiovisual con un porcentaje del 43,7% en segundo lugar se posiciona al manual educativo con un 30,5% y finalmente a la charla educativa con un 25,6%, ver tabla 7.

Tabla 7.

Nivel de Adherencia a la Lactancia Materna con las distintas estrategias educativas.

Primer mes versus Tercer mes de vida.,

Estrategia.	Adherencia.	Frecuencia 1er mes.	%	Frecuencia 3er mes	%	N de diferencia	%
Audiovisual (video educativo)	**SI**	**69**	**100%**	**63**	**91,3%**	**-6**	**-9%**
	NO	**-**	**-**	**6**	**8,6%**	**-**	**-**
Visual (manual)	**SI**	**67**	**97.1%**	44	**63,7%**	**-23**	**-33,4%**
	NO	**2**	**2,8%**	**25**	**36,2%**	**-**	**-**

Auditiva (charla)	**SI**	**63**	**91%**	**37**	**54%**	**-26**	**-37%**
	NO	**6**	**8,6%**	**32**	**46,7%**	**-**	**-**
			SI TOTAL:	**144**	**69,5%**		
			NO TOTAL:	**63**	**30,4%**		

Compilación realizada por los autores en base a la información recopilada

Las diferencias entre la estrategia Video educativo (estrategia audiovisual) y la Charla (estrategia auditiva) fue del 28% y con el Manual (estrategia visual) del 24,4%.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran que, es posible incrementar la adherencia a la lactancia materna exclusiva mediante la educación, implementando estrategias tanto: visuales, audiovisuales y auditivas, con un índice de crecimiento del 2.13% desde el primer al tercer mes de vida y un total de adherencia a los 3 meses del 69,5%, independiente al método educativo aplicado.

Datos del ENSANUT 2014, informan una disminución en la adherencia a los 3 meses, variando de un 52,4% al mes de vida, a un 48% a los 2-3 meses, hasta finalmente alcanzar un 34,7% a los 4-5 meses. (MSP.GOB.EC. [Online], 2020); datos que cambian de forma positiva para el análisis del ENSANUT 2018, donde se estima que a nivel nacional un 62,1% de los niños menores de 6 meses tuvieron lactancia materna exclusiva, colocándose nuestro país justo por detrás de las cifras del país vecino Perú, que tiene una adherencia del 68,4% (Mesa, 2022), dato superado por el 69,5% que se ha conseguido en esta casa de salud hasta el tercer mes de vida. Este último resultado, supera las expectativas de la OMS para el 2025.

Un factor protector que podría incrementar este porcentaje de adherencia, sería el pertenecer a los hospitales avalados por el ESAMYN; como indica el estudio de Araya y López (2022), quienes consideran como factor protector para la lactancia materna a la capacitación de los profesionales de la salud y la estrategia “Hospital Amigo”, dato similar reportado por Margotti, y Epifanio (2014) con una (*p=0,002*).

Al aplicar las diferentes estrategias educativas, se evidencia que el método audiovisual, fue el que obtuvo mayor adherencia a la lactancia materna tanto al primer como al tercer mes de vida, y al compararlo con los otros métodos educativos, es el que tiene mejor porcentaje de diferencia, colocando en

segundo lugar al manual educativo y por último a la charla educativa, que es la estrategia que se emplea en la actualidad.

Las diferencias porcentuales entre la estrategia video educativo (estrategia audiovisual) y la charla (estrategia auditiva) fue del 28% y la diferencia porcentual con el Manual (estrategia visual) fue del 24,4%. Por lo referido anteriormente, se valida el cumplimiento de nuestra hipótesis, concluyendo que los videos educativos mejoran la adherencia a la lactancia materna exclusiva.

Otro de los objetivos fue el determinar el nivel de autoeficacia en lactancia materna exclusiva tanto al mes como a los tres meses de vida entre los grupos de estudio, mediante la escala de Autoeficacia en Lactancia Materna-Forma Corta (BSES-SF). Balaguer *Et al,* (2022), indica que la escala puede ser útil para detectar madres con riesgo de abandono de lactancia materna hasta los dos meses, prestando atención especial a las madres que tienen un puntaje por debajo de 57 puntos, en este estudio, se evidenció que al momento del alta un bajo porcentaje de madres estaban “muy seguras” respecto al manejo en alimentación a base de lactancia exclusiva, porcentajes que afortunadamente incrementaron con el pasar del tiempo.

El mayor porcentaje de madres que se sentían “muy seguras” respecto al manejo, tanto al mes como a los tres meses de vida, fueron quienes recibieron la capacitación mediante el video educativo, en un 29,4% (61 participantes) (p=0.000) y 33,3% (69 participantes) (p=0.003) respectivamente, lo cual es positivo, tal y como indican Margotti y Epifanio (2014) la sensación de autoeficacia en lactancia es un factor protector de la adherencia hacia los 4 meses de vida (*p=0,046*).

Al comparar el nivel de conocimientos sobre lactancia materna exclusiva en las madres del estudio, tanto antes como después de aplicar las estrategias educativas, se observó que el nivel de conocimientos de las madres mejoró considerable con un índice de conocimientos del 48.8%, lo que determina que la educación es un pilar para la prevención en salud.

En un estudio similar, el 90% de las gestantes obtuvieron un nivel medio de conocimiento antes de ver el video educativo y el 10% un nivel de conocimiento alto; después de ver el video educativo, el 100% obtuvo un nivel alto lo que indica que el video educativo es eficaz y fue altamente significativo (p=0.00) (Casapía, 2017).

A su vez se analizaron los factores sociodemográficos de las madres del estudio, se observó que los factores que influyeron en la adherencia a la lactancia exclusiva a los 3 meses de vida fueron: la edad de las madres con un rango de entre 27 -31 años, el nivel de instrucción, siendo la educación superior completa la que representó el 53,1% (p=0.031) y por último la ocupación de la madre, en la que aquellas que cuentan con un trabajo dependiente fueron mayoría con el 41,5% (p=0,019).

Respecto a lo educativo, se conoce que en el Ecuador a medida que el nivel de instrucción de la madre es mayor, la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida disminuye, de un 66,3% en el caso de educación básica a un 50,2% en el caso de la educación superior (INEC, 2018),

En nuestra población, se evidenció un mayor porcentaje de madres que tienen nivel de estudio superior completo; este fenómeno puede deberse a que actualmente según datos del Censo de Población del 2010, los niveles de instrucción educativa se encuentran relativamente parejos entre hombres y mujeres, observando una diferencia significativa en lo relacionado al nivel de educación superior, en el cual existe un 5% más de mujeres, por lo que desde un enfoque inclusivo dentro del ámbito educativo se reconoce la necesidad de formar en educación inclusiva en los contextos universitarios (Clavijo & Bautista, 2022).

Cabe recalcar que la mayoría de las participantes en este estudio, pertenecen al Seguro Social, por lo que la muestra nos orienta a un mayor porcentaje de mujeres con trabajos dependientes, dato que coincide con el grupo etario de entre 27 y 31 años, que son edades productivas de la vida.

Respecto al lugar de residencia, existe un mayor porcentaje de población urbana que se adhiere a la lactancia exclusiva, dato que difiere con el 62,1% del área rural como lo reportó el INEC (Mesa, 2021). Llama la atención que, sigue existiendo diferencias entre el área rural y la urbana en los reportes de estudios epidemiológicos, lo cual puede estar relacionado con la población aledaña al hospital, misma que se encuentra en una zona urbana, resultados que podrían variar al realizar estudios que cuenten con una población más heterogénea.

Hablando del estado civil, se evidencia un mayor número de personas casadas (41.1%) seguido por parejas que viven en unión libre, datos que son comparables a lo reportado por Hernández *et al* (2020), quienes indican que la estabilidad de la pareja influye de forma positiva en la lactancia materna, refieren que las madres solteras destetaron más tempranamente, mientras que las casadas, fueron las que menos destetaron así como mantuvieron en mayor porcentaje la lactancia exclusiva hacia los 6 meses (51,1%).

El estudio presentó limitaciones asociadas al seguimiento de las madres, dado a que, por múltiples razones, fue difícil localizarlas para el seguimiento telefónico, la disponibilidad del tiempo de las madres para responder a las llamadas durante la aplicación de la encuesta de autoeficacia, representó también un problema por la cantidad de preguntas que necesitaban ser respondidas, y finalmente el tiempo de seguimiento durante el periodo de recolección de muestra fue prolongado. A pesar de las estadísticas favorecedoras, aún queda mucho camino por recorrer en el tema de la implementación de la lactancia materna exclusiva.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

- Es posible incrementar la adherencia a la lactancia materna exclusiva mediante la aplicación de estrategias educativas, con un índice de crecimiento del 2.13% desde el primer al tercer mes de vida y un total de adherencia a los 3 meses del 69,5%.

- La aplicación de una técnica audiovisual cómo es un video educativo, resulta tener mayor efecto sobre la adherencia a la lactancia materna, que la lectura de manuales o las charlas educativas que se usan en la actualidad.

- Mediante la aplicación de una estrategia virtual como es el caso de un video educativo, se obtuvo un índice de mejora en los conocimientos sobre lactancia materna exclusiva, en un 48.8%.

- El nivel de autoeficacia mejoró en madres respecto a la adherencia de la lactancia materna tanto al mes como a los 3 meses de vida evidenciado mediante la aplicación de una escala que evalúa la autopercepción y capacidad sobre técnicas de lactancia materna.

- Los factores sociodemográficos que influyen en la adherencia a la lactancia exclusiva a los 3 meses de vida en nuestra población son: La edad materna, el nivel de instrucción, la ocupación de la participante.

Recomendaciones:

- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública implementar acciones para establecer intervenciones eficaces capaces de fortalecer la educación en lactancia materna previo al egreso hospitalario.

- Se sugiere tanto a la academia médica como al personal que labora en el Hospital, considerar la posibilidad de implementar técnicas audiovisuales como el video educativo, para mejorar la adherencia a la lactancia materna como protocolo de egreso de los pacientes en alojamiento conjunto, tomando en cuenta que es una estrategia educativa superior a la habitual como es la charla educativa.

- Sugerimos aplicar la escala de Autoeficacia en Lactancia Materna-Forma Corta (BSES-SF) previo al egreso de la sala de alojamiento conjunto, prestando atención especial a las madres que tienen puntajes bajos para fortalecer su conocimiento y autopercepción en lactancia materna previo a considerar el alta.

- Se recomienda realizar estudios similares en poblaciones más heterogéneas incluyendo a hospitales amigos del niño, para poder tener otro enfoque respecto a la realidad nacional, y poder asociar estrategias virtuales a los planes de puericultura, tomando en cuenta todos los factores sociodemográficos de nuestro medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arraya, P., & López, F. (2022). Intervenciones efectivas para aumentar la duración y la exclusividad de la lactancia materna: una revisión sistemática. *Revista chilena de obstetricia y ginecología, 87*(1), 26-39.

Balaguer, J., García, R., Gallego, A., Sánchez, E., Sánchez, M., & Ciriza, E. (2022). Capacidad predictiva para la lactancia y determinación del mejor punto de corte de la escala BSES-SF. *In Anales de pediatría, 96*(1), 51-58.

Beltrán, B., León, L., Sotolongo, N., Aparicio, L., Abreu, M., & Pérez, M. (2020). Promotores en salud materno-infantil para desarrollar el Programa de Puericultura Prenatal y Posnatal Participativa. *EDUMECENTRO, 12*(2), 121-128. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742020000200128

Berrocal, C. (2021). Entornos distribuidos de aprendizaje ubicuo en tiempos de pandemia: una realidad educativa en educación básica. *ilemas contemporáneos: educación, política y valores, 8*(3), 1-14.

Burgos, M., Beltrán, P., & Godino, J. (2020). La cuestión de la idoneidad de los vídeos educativos de matemáticas. *Revista Española de Pedagogía, 41*(2), 27-50.

Cabedo, R., Manresa, J., Cambredó, M., Montero, L., reyes, A., Gol, R., & Falguera, G. (2019). Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. *Matronas prof, 20*(2), 54-61. Obtenido de https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-183292

Cadavieco, J., & Sevillano, M. (2020). Construcción del conocimiento en los niños basado en dispositivos móviles y estrategias audiovisuales. *Educação & Sociedades, 41*(2), 1-9.

Calero, L., & Del Cisne, Y. (2018). Cumplimiento de los indicadores del ESAMYN (Establecimientos de Salud como Amigos de la Madre y del Niño) para una lactancia exitosa en el Hospital General Docente de Calderón en el periodo del enero 2017 enero 2018. *Tesis*. Quito: Universidad Central del Ecuador. Obtenido de

http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15322/1/T-UCE-0006-OB006-2018.pdf

Casapía, C. (2017). *Eficacia de un video educativo sobre lactancia materna en el nivel de conocimiento de las gestantes que acuden al Servicio Educativo de Salud Sexual y Reproductiva del Instituto Nacional Materno Perinatal .*

Clavijo, R., & Bautista, M. (2022). La educación inclusiva. Análisis y reflexiones en la educación superior ecuatoriana. *Alteridad. Revista de Educación, 15*(1), 113-124.

Cruz, I. (2022). Factores que influyen en el inicio de la lactancia materna exclusiva en el hospital interzonal general de agudos Dr. José Penna de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires. *Bachelor's thesis*. España: Universidad Nacional del Comahue. Centro Universitario Regional Zona Atlántica. Obtenido de http://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/16712

Díaz, N., Ruzafa, M., Ares, S., Espiga, I., & De Alba, C. (2018). Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública, 90*(16), 1-18. Obtenido de http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_MDG.pdf

Ferni, F. (2019). *El Proceso de medicalización de la lactancia materna en España en el primer tercio del siglo XX. España: Universitat Autònoma de Barcelona.* España: Centre d'Estudis d'Història de les Ciències.

Franco, C., Calderón, J., Vilar, R., Portillo, M., Navas, J., & Cordovilla, S. (2019). A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a brief motivational intervention to improve exclusive breastfeeding rates: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 888-897.

Franco, C., Calderón, J., Vilar, R., Portillo, M., Navas, J., & Cordovilla, S. (2019). A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a brief motivational intervention to improve exclusive breastfeeding rates: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing, 12*(2), 128-145.

Gimeno, P. (2018). *La lactancia materna: Política e identidad.* México: Ediciones Cátedra.

González, H. (2018). Herramientas tecnológicas para el diseño de materiales visuales en entornos educativos. *Sincronía, 74*(1), 617-669.

González, P., & ortiz, I. (2022). Influencia de una intervención educativa virtual sobre el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva durante la pandemia de Covid-19. *Enfermería Cuidándote, 5*(1), 2-13.

Hewrnández, M., Díaz, N., Romero, A., Díaz, J., Rodríguez, V., & Kiménez, A. (2020). Eficacia de una intervención para mejorar conocimientos y actitudes sobre lactancia materna en adolescentes. *Revista Española de Salud Pública, 20*(2), 771-779.

INEC. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.* Quito: ENSANUT.

Juárez, M., Rojas, M., Serrano, K., Gómez, J., Huerta, A., & Ramírez, M. (2018). Diseño y validación de un instrumento para medir la autoeficacia para lactar de mujeres embarazadas mexicanas. *Psychologia. Avances de la disciplina, 12*(1), 25-34.

Margotti, E., & Epifanio, M. (2014). Aleitamento materno exclusivo ea Escala de Autoeficácia na Amamentação. *Rev Rene, 15*(5), 771-779.

Méndez, L. (2021). *Estrategias de enseñanza y aprendizaje: una mirada desde la investigación.* Colombia: Fondo Editorial–Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia.

Mesa, Y. (2021). *Estrategia para la promoción y protección de la lactancia materna en el área urbana de la población de Quito.* Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Mesa, Y. (2022). Estrategia para la promoción y protección de la lactancia materna en el área urbana de la población de Quito. *Tesis*. Pamplona, España: Universidad Pública de Navarra. Obtenido de https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/43265/Mesa%20Moreno%2c%20Yanet%20%28mesa.144823%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Monteiro, J. (2020). Autoeficacia en el amamantamiento en mujeres adultas: relación con la lactancia materna exclusiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 28*(1), 1-12.

Müler, A., Da SIlva, C., Cantarelli, K., & Vargas, M. (2020). Autoeficiencia y mantenimiento de la actancia materna exclusiva en los primeros meses postpart. *Texto & Contexto-Enfermagem, 29*(2), 1-14.

Negredo, E., Bravo, R., Mateo, A., & Villanueva, A. (2021). Lactancia materna. Artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación, 2*(1), 60-85. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210399

OMS. (2018). *La lactancia materna en el siglo XXI.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/LactanciaMaternaEnSigloXXI-April15.pdf

Pamplona, J., Cuesta, J., & Cano, V. (2019). Estrategias de enseñanza del docente en las áreas básicas: una mirada al aprendizaje escolar. *21*(2), 13-33.

Paricio, J. (2020). *El libro de la lactancia.* España: House Grupo Editorial España.

Ramírez, R. (2020). Análisis de los estilos de aprendizaje a través de sistemas inteligentes. *Etic@ net. Revista científica electrónica de Educación y Comunicación en la Sociedad del Conocimiento, 20*(1), 1-17.

Rivera, J. (2020). El Efecto del COVID-19 en la Economía y la Educación: Estrategias para la Educación Virtual de Colombia. *Revista Scientific, 20*(2), 1-17.

Rodríguez, M., Cancino, A., & Meseguer, N. (2020). Actualización de la clasificación y manejo de mastitis. *Revista Médica Sinergia, 5*(6), 1-12.

Rollins, N. (2018). *Lancet Breastfeeding Series: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices in less than a generation.* Ginebra: Lancet.

Rubio, A. (2018). Cuatro estrategias didácticas basadas en arte contemporáneo: El proceso educativo como obra de arte a través de Metodologías Artísticas de Enseñanza-Aprendizaje. *ANIAV-Revista de Investigación En Artes Visuales, 3*(2), 67-79.

Sanz, I., Saínz, J., & Capilla, A. (2020). *Efectos de la crisis del coronavirus en la educación.* Quito: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI).

Saravia, M., Cazorla, P., Conchoy, F., & Cazorla, P. (2021). Lactancia materna exclusiva como factor protector de la leucemia linfoblástica aguda. *Andes pediatrica, 92*(1), 34-41.

Sotelo, A. (2020). Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida como factor protector para asma bronquial en población pediátrica. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal, 9*(2), 21-25.

Tirado, D., Pinzón, O., & González, J. (2018). Factores de riesgo y barreras de implementación de la lactancia materna: revisión de literatura. *Revista*

Española de Nutrición Humana y Dietética, 22(4), 4-24. doi:https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.22.4.442

Troncoso, C. (2019). Elaboración de videos didácticos: un espacio para el aprendizaje activo. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica, 22*(2), 91-92.

Vega, C. (2019). Intervención educativa, con enfoque étnico-cultural para el fomento de lactancia materna en el control prenatal y postparto, anidados otavalo, 2019". *Tesis*. Ibarra: Universidad Técnica del Norte. Obtenido de http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9519/2/06%20ENF%201108%20TRABAJO%20GRADO.pdf

Yajahuanca, N. (2020). Relación entre el nivel de conocimiento sobre lactancia materna exclusiva y prácticas de amamantamiento en madres primigestas del centro de salud san José de SECCE–2019. *Tesis*. Perú: Universidad Señor de Sipán. Obtenido de https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/7054/YAJAHUANCA%20FLORES%20NILTON%20IVAN.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 01: Test de conocimientos generales sobre lactancia materna exclusiva.

TEST DE CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Código: **Fecha:**

1. Seleccione con una X si es verdadero o falso.

La leche materna es el único alimento que su hijo/a necesita durante los primeros 6 meses de vida, sin embargo, para el dolor de estómago puedo darle aguas aromáticas.

Verdadero…… Falso……

2. Seleccione con una X si es verdadero o falso.

Los beneficios de la lactancia materna no solo son para el recién nacido, sino también para la madre.

Verdadero…… Falso……

3. Subraye con una línea la respuesta correcta. ¿Con qué frecuencia se debe dar de lactar a su hijo/a?

A) Cada 6 horas

B) 3 veces al día

C) Tantas veces como su hijo/a lo desee, sin horarios ni tiempos

D) Máximo cada 12 horas

4. Seleccione con una X ¿Sabía usted que se puede extraer y almacenar su leche materna?

Si…… No……...

5 ¿En qué recipientes se debe almacenar la leche materna extraída? Seleccione la respuesta correcta:

E) No se debe guardar la leche.

F) Directo en el biberón

G) Tazas de cerámica

H) Frascos de vidrio con tapa rosca

6. Marque con una X: ¿En cuál de los siguientes métodos, dura más tiempo la leche materna para su consumo?

Al ambiente En refrigeradora En la congeladora

7. Marque con una X si considera como verdadero o falso al siguiente enunciado:

Una vez congelada la leche materna no puede volver a congelarse, si queda algo de leche que no ha consumido su hijo/a, hay que desecharla.

Verdadero…….. Falso……

8. Seleccione la respuesta CORRECTA al siguiente enunciado: Cómo saber cuándo su hijo/a tiene hambre

I) Acerca su cara hacia el seno

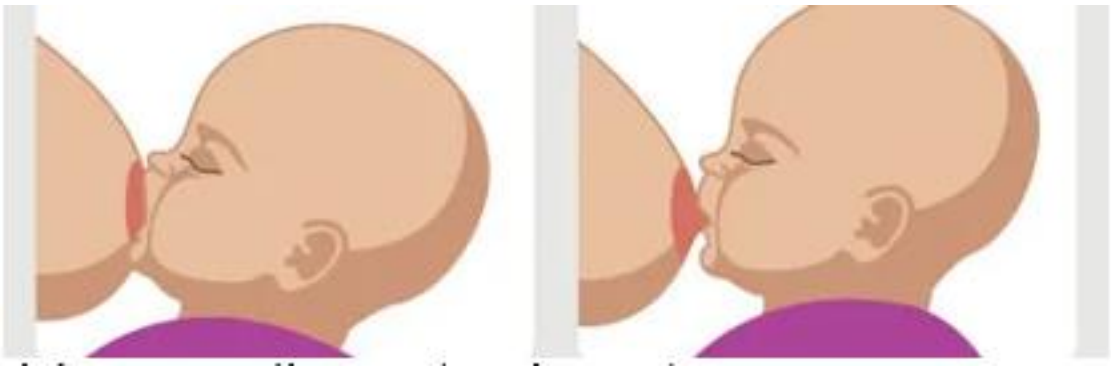
J) Abre la boca y saca la lengua

K) Aprieta los puños y se los lleva a la boca

L) Todas son correctas

M) Ninguna es correcta

9. Seleccione la imagen CORRECTA que indica un adecuado agarre del seno materno.



10. Se puede dar la leche materna extraída en un vasito, cuchara o copita.

Verdadero……. Falso…….

Anexo 02: Manual paso a paso para una infancia plena



Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/manual_paso_a_paso_por_una_infancia_plena_0.pdf

Anexo 03: Video educativo



Disponible en: https://youtu.be/USIuTDBZSNo

Anexo 04: Escala de autoeficacia en lactancia materna-forma corta (BSES-SF)

ESCALA DE AUTOEFICACIA DE AMAMANTAMIENTO – FORMATO ABREVIADO.

Para cada una de las siguientes afirmaciones, elija la respuesta que mejor describe cuán segura se siente con respecto a manejar la lactancia de su nuevo hijo. Por favor, marque su respuesta haciendo un círculo en el número que esté más cerca de cómo se siente. No hay respuestas correctas o incorrectas.

1 = Muy Insegura
2 = Insegura
3 = Medianamente segura
4 = Segura
5 = Muy segura

		Muy Insegura				Muy segura.
1	Puedo determinar que mi hijo está recibiendo suficiente leche de mi pecho.	1	2	3	4	5
2	Puedo enfrentar con éxito el amamantamiento igual como he enfrentado otros desafíos en mi vida.	1	2	3	4	5
3	Puedo darle pecho a mi hijo sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas (relleno).	1	2	3	4	5
4	Puedo asegurar que mi hijo esta apropiadamente agarrado a mi pecho mientras se alimenta.	1	2	3	4	5
5	Puedo manejar a mi bienestar la situación del amamantamiento.	1	2	3	4	5
6	Puedo manejar la situación del amamantamiento incluso si mi hijo está llorando.	1	2	3	4	5
7	Puedo mantener el deseo de amamantar.	1	2	3	4	5
8	Puedo dar pecho cómodamente cuando los miembros de mi familia están presentes.	1	2	3	4	5
9	Puedo estar satisfecha con la experiencia de amamantar.	1	2	3	4	5
10	Puedo enfrentar el hecho de que la lactancia materna me ocupará tiempo.	1	2	3	4	5
11	Puedo terminar de amamantar a mi hijo de un pecho, antes de cambiarlo al otro pecho.	1	2	3	4	5
12	Puedo amamantar a mi hijo cada vez que este lo necesite.	1	2	3	4	5
13	Puedo cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi hijo.	1	2	3	4	5
14	Puedo reconocer cuando mi hijo ha terminado de tomar pecho.	1	2	3	4	5

Disponible en: http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2010/fmg578a/doc/fmg578a.pdf

Anexo 05: Hoja de recolección de datos

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS																		
2	CODIGO (PRIMERA LETRA DE NOMBRES Y APELLIDOS)	ESTRATEGIA (1 VIDEO) (2 CHARLA) (3 MANUAL)	AUTOEFICACIA 1 NADA SEGURA (14)(2 MEDIANAMENTE SEGURA (42)(3 MUY SEGURA (70))	AUTOEFICACIA AL MES (1 NADA SEGURA (14)(2 MEDIANAMENTE SEGURA (42)(3 MUY SEGURA (70))	AUTOEFICACIA 3 AL 3ER MES (1 NADA SEGURA (14)(2 MEDIANAMENTE SEGURA (42)(3 MUY SEGURA (70))	Nivel de conocimiento de la madre ANTES (1) Alto: 8-10 (2) Medio: 6-7 (3) Bajo: 1-5 puntos	Nivel de conocimiento de la madre DESPUES (1) Alto: 8-10 (2) Medio: 6-7 (3) Bajo: 1-5 puntos	EDAD 1 (ADOLESCENTE 12-17 A) 2 (ADULTO: 18 A)	EDADES	NIVEL DE INSTRUCCIÓN Sin estudios (1) -Primaria incompleta (2) -Primaria completa (3) -Secundaria incompleta (4) -Secundaria completa (5) -Superior completa (6) -Superior incompleta (7)	OCUPACIÓN (1) Estudiante (2) Ama de casa (3) Trabajo Dependiente (4) Trabajo Independiente	LUGAR DE RESIDENCIA - Urbano (1) -Rural (2)	ESTADO CIVIL Soltera (1) -Casada (2) -Unión libre (3)	NUMERO DE HIJOS -Hijo único (1) -2 a más hijos (2)	ADHERENCIA AL PRIMER MES (1 SI - 0 NO)	ADHERENCIA AL TERCER MES (1 SI - 0 NO)	NOTA	NUMERO DE PARTICIPANTES	
3	AMRS	1	2	3	3	3	1	2	32	6	2	1	2	1	1	1		1	
4	PLML	1	2	3	3	3	2	2	28	6	3	1	3	1	1	1		2	
5	MLPE	1	1	2	3	3	1	2	25	6	4	2	2	2	1	0	FL / COLICO	3	
6	MCBL	1	1	2	3	3	1	2	29	5	3	2	3	2	1	1		4	
7	GAMV	1	1	3	3	2	1	2	30	5	2	2	2	2	1	1		5	
8	MALT	1	2	3	3	2	1	2	28	6	3	2	2	1	1	1		6	
9	PLOP	2	2	2	3	3	2	2	19	6	4	1	3	1	1	1		7	
10	OOPL	2	1	2	3	3	2	2	20	5	4	2	3	1	1	1		8	
11	PUAL	2	2	2	3	3	2	2	31	6	4	2	2	2	0	0	FL / APLV	9	
12	MALA	2	2	3	3	3	2	2	30	6	4	2	2	2	1	0	FL / COLICO	10	
13	SOPE	2	2	3	3	3	2	2	32	5	3	2	3	2	1	1		11	
14	SLPT	2	2	2	3	3	2	2	28	5	2	2	3	2	1	1		12	
15	SOLR	3	2	2	3	3	2	2	27	6	3	1	3	1	1	1		13	
16	PRLD	3	3	3	3	3	1	2	32	6	3	1	2	2	1	1		14	
17	LNVP	3	2	2	3	3	2	2	20	5	4	1	2	1	1	0	FL / APLV	15	
18	LPFR	3	2	3	3	3	1	2	22	5	2	1	3	2	1	1		16	
19	EMJL	1	1	3	3	3	1	2	31	6	4	1	2	2	1	1		17	
20	FLPO	1	1	3	3	2	1	2	30	6	4	2	2	2	1	1		18	

Anexo 06. Evidencia fotográfica en campo







