

# CONOCIMIENTOS SOBRE CONDUCTAS ÓPTIMAS DE LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN 7 HOSPITALES PÚBLICOS DE HONDURAS, 2016

## KNOWLEDGE OF OPTIMAL BREASTFEEDING BEHAVIORS IN PUERPERAE, MULTICENTER STUDY IN 7 PUBLIC HOSPITALS OF HONDURAS, 2016

Noelia Yanin Elvir Mayorquin <sup>1,3,a</sup>, Perla María David Murillo <sup>1,2,b</sup>, Ricardo Manuel Portillo Pineda <sup>1,4,a</sup>, Katia Farina Aguilar Gutiérrez <sup>1,4,a</sup>, Raúl Andrés Granados Rodríguez <sup>1,4,a</sup>, Rene Antonio López <sup>1,2,a</sup>, Lessdy Aarely Mejía Martínez <sup>1,4,a</sup>, Kyrian Yareny Miranda Barnica <sup>1,2,a</sup>, Litzia Mariela Saucedo Ayestas <sup>1,6,a</sup>, Kenia Nohemy Amaya Vargas <sup>1,6,a</sup>, Ada Carolina Hernández Guerra <sup>1,6,a</sup>, Alejandro Erazo Coello <sup>1,4,a</sup>, Adalid Federico Mendoza <sup>1,7,a</sup>, Denis Alberto Argüello <sup>1,7,a</sup>, Videlda Grissel Aguilar Reyes <sup>1,8,a</sup>, Cindy Lyonela García Mendoza <sup>1,2,a</sup>, Nora Waldina Carbajal Umanzor <sup>1,5,a</sup>, Carmen Alejandra Varela Aguilar <sup>1,3,a</sup>, Dorys Arlene Chávez Melendez <sup>1,2,a</sup>

### RESUMEN

Las tasas de amamantamiento exclusivo son muy bajas en el mundo a pesar que la leche materna es un alimento óptimo para el lactante.

**Objetivo.** Evaluar los conocimientos sobre las conductas óptimas de la lactancia materna promovidas por la Wellstart y su relación con factores sociodemográficos, obstétricos y educativos, en madres en puerperio inmediato atendidas en 7 hospitales públicos de Honduras, 2016.

**Materiales y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo y transversal en 7 hospitales del país, con una muestra de 475 madres en el periodo de puerperio. Se aplicó un instrumento tipo cuestionario que exploraba los conocimientos sobre 5 conductas óptimas de lactancia materna promovidas por la Wellstart. El procesamiento estadístico se realizó con el programa SPSS Statistics v23.0.0. Resultados. Se encontró que el 82,3% de las madres tuvieron un nivel de conocimiento adecuado, el puntaje promedio global de conocimiento en una escala de 0-1, fue de 0,74. El mayor promedio se obtuvo en la primera conducta (0,85) y el menor en la quinta (0,60). Se encontró relación significativa entre el nivel de conocimiento de las conductas estudiadas y la edad, procedencia, estrato socioeconómico, estado civil, paridad, número de controles prenatales y fuente de información sobre el tema ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión.** Tuvieron un mayor nivel de conocimiento las madres no adolescentes, de procedencia urbana, no pobres, que convivían con su pareja de hogar, multíparas, con mayor número de controles prenatales y que recibieron información sobre lactancia materna por personal de salud antes y durante la internación.

**Palabras Clave:** Lactancia Materna, Conocimiento, Atención Prenatal, Periodo Postparto, Educación en Salud, Honduras (Fuente: DeCS-BIREME)

### ABSTRACT

Exclusive breastfeeding rates are very low in the world despite the fact that breast milk is an optimal food for the infant.

**Objective.** Assess knowledge of optimal breastfeeding behaviors promoted by the Wellstart and its relationship with sociodemographic factors, obstetrical and educational, in mothers in the immediate postpartum period served in 7 public hospitals in Honduras, 2016.

**Materials and methods.** A descriptive and transversal study was performed in 7 hospitals in the country, with a sample of 475 mothers during the postpartum period. Applied instrumental type questionnaire exploring knowledge about 5 behaviors promoted by the Wellstart breastfeeding optimal. Statistical processing was performed with the SPSS Statistics programme v23.0.0.

**Results.** It was found that 82.3% of mothers had an adequate level of knowledge, the overall average score of knowledge on a scale of 0-1, was 0.74. The highest average was obtained in the first behavior (0.85) and the lowest in the fifth (0.60). A significant association between the level of knowledge of the studied behaviors and age, origin, socioeconomic status, marital status, parity, number of prenatal visits and information source on the subject ( $p < 0.05$ ) was found. Conclusion. Had a higher level of knowledge not teen mothers, urban origin, non-poor, who lived with his partner's home, multiparous, with the largest number of prenatal and who received information about breastfeeding from health personnel before and during the hospitalization.

**Key Words:** Breast Feeding, Knowledge, Prenatal Care, Post-partum Period, Health Education, Honduras. (source: MeSH NLM)

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma, Tegucigalpa, Honduras.
  2. Hospital Escuela Universitario, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.
  3. Hospital General San Francisco. Juticalpa, Olancha, Honduras.
  4. Hospital General San Felipe. Tegucigalpa, Honduras.
  5. Hospital Regional San Isidro. Tocoa, Colon, Honduras.
  6. Hospital Regional Dr. Juan Manuel Galvez. Gracias, Lempira, Honduras.
  7. Hospital Regional Gabriela Alvarado. Danli, El Paraiso, Honduras.
  8. Hospital Regional Enrique Aguilar Cerrato. La Esperanza, Intibud., Honduras.
- a. Medico b. Estudiante de Medicina

### CORRESPONDENCIA

Noelia Yanin Elvir Mayorquin.  
Email: noelia.elvir@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>1</sup> y la American Academy of Pediatrics (AAP) <sup>2</sup> consideran que la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad como el alimento óptimo para el lactante, la cual tiene la composición ideal de los nutrientes esenciales necesarios para un mejor crecimiento, desarrollo y maduración del niño durante este periodo, y posteriormente <sup>3-5</sup> junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida <sup>6,7,8</sup>.

Desde principios de los años noventa a nivel mundial han aumentado los índices de lactancia materna exclusiva, aunque éstos continúan siendo muy bajos en países en vía de desarrollo (35 a 60% hasta los 6 meses, con una duración promedio de 2 a 15 meses) <sup>7,9</sup>. La UNICEF en el 2008 registró que este tipo de alimentación puede evitar hasta en un 13% las muertes de niños y niñas menores de cinco años <sup>6,3</sup>.

Se ha estimado que alrededor de 2 millones de muertes de la niñez pueden evitarse cada año a través de la lactancia <sup>4</sup>. En Honduras en una encuesta nacional de demografía y salud (ENDESA 2011-2012), se registró que la lactancia materna exclusiva recomendada durante los primeros seis meses de vida, es recibida por el 45 % en los menores de dos meses y entre los niños de cuatro a cinco meses de edad sólo se otorga al 19 % <sup>10</sup>.

La lactancia materna no sólo beneficia al niño, sino a la madre, disminuyendo el riesgo de osteoporosis, sangrado postparto, cáncer de mamas <sup>4,9,11,12</sup>, favorece la recuperación postparto (glucemia, equilibrio ácido-base, temperatura) <sup>13</sup>, posee componentes inmunológicos tipo IgA secretora <sup>2,14</sup>, así como factores antibacterianos y componentes C3 y C4 del complemento, los cuales ejercen un efecto protector contra episodios infecciosos que ocurren durante la infancia de tipo gastroenteritis, infecciones otorrinolaringológicas (ORL) o respiratorias <sup>11,15,16</sup>, ayudando a la recuperación rápida de estas, unido a la mejor biodisponibilidad del hierro en la leche materna <sup>17</sup>, siendo está más fácil de digerir, contribuyendo también a una buena relación madre-hijo <sup>18</sup>.

La Wellstart, organización dedicada a la promoción de la salud familiar por medio de la lactancia materna, promueve cinco conductas óptimas de lactancia, tales conductas son las siguientes: 1-iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento, 2-lactancia a libre demanda frecuente, incluyendo la alimentación nocturna, 3-lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, 4-complementación de la lactancia materna con alimentos apropiados cuando el niño tenga alrededor de seis meses de edad, 5-continuación de la lactancia materna hasta el segundo año de vida con un cese gradual, no abrupto, de ella <sup>7,19</sup>.

Estudios realizados en Colombia <sup>7,19</sup> ha mostrado que la mayoría de las madres tienen un nivel aceptable de conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia, identificando grupos específicos por edad, estado civil, estrato socioeconómico, escolaridad y paridad, que requieren especial atención y estrategias de intervención para mejorar sus conocimientos y por ende sus conductas sobre la LM.

En Honduras no encontramos estudios previos específicos que evalúen el conocimiento de conductas óptimas sobre lactancia materna promovidas por la Wellstart, por lo que esta investigación tiene por objetivo mostrarnos el panorama existente en nuestro medio en relación a este tópico y su relación con algunos factores sociodemográficos, obstétricos y educativos en madres en puerperio inmediato de 7 hospitales públicos de Honduras.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal entrevistándose de forma aleatoria cada día, al 50% de las madres dentro de las primeras 24 horas del puerperio, durante el mes de julio de 2016, hospitalizadas en 7 hospitales públicos de Honduras: Hospital Escuela Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y Hospital General San Felipe (ambos ubicados en la zona centro en la ciudad capital de Tegucigalpa, Francisco Morazán), Hospital Regional San Francisco (ubicado en la zona centro oriental en la ciudad de Juticalpa, Olancho), Hospital Regional Gabriela Alvarado (ubicado en la región oriental, la ciudad de Danlí, El Paraíso), Hospital Regional Juan Manuel Gálvez y Hospital Regional Enrique Aguilar Cerrato (ubicados en la zona occidente del país en las ciudades de Gracias, Lempira y La Esperanza, Intibucá respectivamente) y el Hospital Regional San Isidro (ubicado en la zona norte en la ciudad de Tocoa, Colón). La muestra estimada para un universo de 207,800 puerperas al año en Honduras para el año 2012, según datos de la UNICEF 20, calculada con StatCalc del programa Epi Info 7, con una heterogeneidad del 50% y un nivel de confianza del 95% fue de 384 puerperas, sin embargo, fueron incluida finalmente en el estudio 475 madres en el periodo de puerperio inmediato.

Para medir el conocimiento sobre las conductas óptimas de lactancia materna se elaboró un instrumento tipo cuestionario, compuesto de dos apartados: uno que incluía características socioeconómicas (edad, raza, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad, condición laboral, área de residencia/urbana-rural) e información obstétrica y fuentes de información sobre conductas óptimas de LM (paridad, número de controles prenatales recibidos, haber recibido información sobre LM por personal de salud u otros medios). La segunda parte constaba de 25 preguntas cerradas politómicas de elección única, cinco preguntas por cada conducta óptima, con 3 a 4 opciones por

Recibido: 15-09-2016 Aprobado: 02-10-2016

Citar como: Mayorquin NYE, Murillo PMD, Pineda RMP, Gutiérrez KF A, Et al. Conocimientos sobre conductas Óptimas de lactancia materna en puerperas. Estudio multicéntrico en 7 Hospitales públicos de Honduras, 2016. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2016;2(3): 222-231

cada pregunta, que exploraban los conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia materna promovidos por la Wellstart. A cada pregunta se le asignó un puntaje de 0,2 en caso de ser correcta, siendo el puntaje mínimo por cada conducta 0 y el máximo de 1, se consideró como adecuado un puntaje  $\geq 0,6$  y como inadecuado un puntaje  $< 0,6$ . Se consideró la variable de "conocimientos" como el promedio de los puntajes observados en cada una de las cinco conductas.

Las preguntas y las respuestas se elaboraron en base a la guía de la Wellstart, adaptadas al lenguaje escrito utilizado en las Normas para la Vigilancia Nutricional de los Niños Menores de cinco años de edad de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud de Honduras. En relación a la pertinencia del contenido del instrumento para los fines del estudio; se solicitó la opinión de dos médicos especialistas en pediatría con amplia experiencia en el sistema de salud nacional público, seguido de ello el instrumento se aplicó a un total de 15 madres en periodo de puerperio no incluidas en la investigación para averiguar si las preguntas eran comprendidas de forma adecuada, realizándose las correcciones pertinentes posteriores. La recolección de la información se efectuó previa autorización por las autoridades de los centros hospitalarios y/o jefes de las áreas de puerperio inmediato y posterior a la firma de un consentimiento informado por escrito de las madres y sus tutores en caso que fueran menores de 18 años de edad. La encuesta se aplicó respetando los principios éticos de no maleficencia, justicia, beneficencia, autonomía y confidencialidad.

Los datos fueron digitalizados en Microsoft Office Excel®, se realizó control de calidad de los datos y las variables, luego fueron exportadas y analizadas con SPSS Statistics v23.0.0. Se emplearon el pro-

medio y DS para las variables cuantitativas y las proporciones para las cualitativas. Las relaciones entre los puntajes obtenidos por las madres examinadas en las cinco conductas se examinaron mediante el análisis de correlación bivariada de Pearson; la relación entre el nivel global de conocimientos y los factores personales, educativos y socioeconómicos estudiados se analizaron mediante la prueba Chi Cuadrado y las diferencias entre los puntajes promedios de "conocimiento" de las madres en puerperio según las distintas variables en estudio se examinaron mediante el análisis de t de student para variables dicotómicas y análisis de varianza (ANOVA) para variables con más de 2 categorías. En todos los análisis se consideró un valor  $p < 0,05$  como significativo.

## RESULTADOS

La edad media de las 475 madres entrevistadas fue de 25 años (DE= 6,766, rango= 14-44), el 67,2% (380/475) se encontraban en edades de 19 a 35 años. El 57,1% (271/475) pertenecían a los estratos socioeconómicos pobre o pobreza extrema. El 74,7% (355/475) no estudiaban ni trabajaban y un 48,2% (229/475) tenían un grado académico menor o igual a 6 años. El 85,3% (405/475) vivía con pareja, de las cuales el 21,1% (100/475) eran casadas y el 64,2% (305/475) vivían en unión libre. Según los antecedentes obstétricos, el 62,7% (298/475) eran multíparas y el 85,1% (404/475) realizaron su control pre-natal con médico. El 60,4% (287/475) de las madres manifestaron haber recibido información sobre LM por otros medios a parte de la brindada por el personal de salud, siendo en orden de frecuencia las más importantes: a través de familiar/amigo 38,5% (183/475), por medio de comunicación radial o televisivo 12,0% (57/475), por medio de comunicación escrito 6,5% (31/475) y por internet 3,4 % (16/475). Tabla 1 y 2

Tabla 1. Nivel de conocimientos de las conductas óptimas de lactancia materna según características sociodemográficas de las madres entrevistadas en las salas de puerperio de 7 hospitales públicos de Honduras. 2016.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	ENTREVISTAS	NIVEL GLOBAL DE CONOCIMIENTO		
	Total n (% absoluto)	Adecuado $\geq 0.6$ a n (%)	Promedio b X (DS)	Valor p
Edad				
$\leq 18$	39 (8,2)	26 (66,7)	0,66 (0,179)	a 0,027
b 0,008				
19 - 35	380 (80,0)	319 (84,0)	0,74 (0,156)	
$\geq 36$	56 (11,8)	46 (82,1)	0,74 (0,168)	
Estrato socioeconómico				
No Pobre	204 (42,9)	181 (88,7)	0,78 (0,150)	a 0,002
b 0,001				
Pobre	138 (29,1)	112 (81,2)	0,72 (0,151)	
Pobreza Extrema	133 (28,0)	98 (73,7)	0,70 (0,173)	
Estado civil				
Casado	100 (21,1)	85 (85,0)	0,78 (0,154)	a 0,114
b 0,001				
Soltero	69 (14,5)	54 (78,3)	0,71 (0,170)	
Unión Libre	305 (64,2)	252 (82,6)	0,73 (0,157)	
Viudo	1 (0,2)	0 (0,0)	0,32 (0,0)	
Escolaridad				
Analfabeta	16 (3,4)	12 (75,0)	0,73 (0,155)	a 0,558
b 0,099				
EB Incompleta	98 (20,6)	18 (18,4)	0,73 (0,178)	
EB Completa	131 (27,6)	107 (81,7)	0,74 (0,175)	
EM Incompleta	96 (20,2)	79 (82,3)	0,73 (0,153)	
EM Completa	88 (18,5)	76 (86,4)	0,75 (0,132)	
ES Incompleta	34 (7,2)	27 (79,4)	0,71 (0,149)	
ES Completa	12 (2,5)	12 (100,0)	0,87 (0,078)	
Condición laboral				
Estudia	39 (8,2)	35 (89,7)	0,75 (0,148)	a 0,268
b 0,260				
Trabaja	81 (17,1)	63 (77,8)	0,71 (0,167)	
No estudia, Ni trabaja	355 (74,7)	293 (82,5)	0,74 (0,160)	
Procedencia				
Rural	239 (50,3)	184 (77,0)	0,73 (0,730)	a 0,002
c 0,202				
Urbano	236 (49,7)	207 (87,7)	0,75 (0,750)	
Raza				
Blanca	9 (1,9)	9 (100,0)	0,75 (0,110)	a 0,435
b 0,536				
Indígena	7 (1,5)	5 (71,4)	0,66 (0,183)	
Mestiza	458 (96,4)	376 (82,1)	0,74 (0,161)	
Negra	1 (0,2)	1 (100,0)	0,84 (0,0)	

a Análisis mediante X<sup>2</sup>, b análisis mediante ANOVA y c análisis mediante t student

Tabla 2. Nivel de conocimientos de las conductas óptimas de lactancia materna según antecedentes obstétricos y datos de interés entrevistadas en las salas de puerperio de hospitales públicos de Honduras. 2016.

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN	ENTREVISTAS	NIVEL GLOBAL DE CONOCIMIENTO		
	Total n (% absoluto)	Adecuado $\geq 0.6$ a n (%)	Promedio b X (DS)	Valor p
Paridad				
Primípara	177 (37,3)	137 (77,4)	0,71 (0,170)	a 0,030
c 0,018				
Múltipara	298 (62,7)	254 (85,2)	0,75 (0,154)	
Número de controles prenatales				
$\leq 3$	65 (13,7)	49 (75,4)	0,69 (0,181)	a 0,168
b 0,026				
4 – 6	175 (36,8)	142 (81,1)	0,73 (0,159)	
$\geq 7$	235 (49,5)	200 (85,1)	0,75 (0,154)	
Controles prenatales con:				
Médico	404 (85,1)	337 (83,4)	0,74 (0,161)	a 0,043
b 0,106				
Enfermera	70 (14,7)	54 (77,1)	0,72 (0,158)	
Ninguno	1 (0,2)	0 (0)	0,44 (0,0)	
Recibió información por personal de salud sobre LM				
Si	316 (66,5)	267 (84,5)	0,75 (0,160)	a 0,079
c 0,001				
No	159 (33,5)	208 (77,9)	0,70 (0,157)	
En qué momento recibió la información:				
Antes de la Internación	167 (35,2)	139 (83,2)	0,75 (0,161)	a 0,333
b 0,002				
Durante la Internación	48 (10,1)	40 (83,3)	0,72 (0,162)	
Ambas	105 (22,1)	88 (83,8)	0,77 (0,155)	
Recibió información sobre LM por otros medios	a 0,242			
c 0,071				
Si	287 (60,4)	241 (84,0)	0,75 (0,162)	
No	188 (39,6)	150 (79,8)	0,72 (0,158)	
Como recibió esa información (otros medios)				
Medio Escrito	31 (6,5)	20 (64,5)	0,67 (0,171)	a 0,001
b 0,001				
Televisión	40 (8,4)	37 (92,5)	0,74 (0,130)	
Radio	17 (3,6)	10 (58,8)	0,65 (0,185)	
Internet	16 (3,4)	15 (93,8)	0,76 (0,115)	
Familiar/Amiga	183 (38,5)	159 (86,9)	0,77 (0,163)	
NA	188 (39,6)	150 (79,7)	0,72 (0,157)	
Presencia de la abuela del R/N en el hogar				
Si	181 (38,1)	148 (81,8)	0,74 (0,161)	a 0,806
c 0,841				
No	294 (61,9)	327 (82,6)	0,74 (0,161)	

a Análisis mediante X<sup>2</sup>, b análisis mediante ANOVA y c análisis mediante t student

El promedio global de conocimiento de todas las conductas óptimas fue de  $0,74 \pm 0,161$ . El mayor promedio se obtuvo en la primera conducta  $0,85 \pm 0,204$  y el menor promedio en la quinta  $0,60 \pm 0,256$ . En relación al porcentaje de madres con conocimiento adecuado ( $\geq 0,6$ ) e inadecuado ( $< 0,6$ ), se encontró que de forma global el 82,3% de las madres tuvieron un nivel de conocimiento adecuado, siendo mayor en el caso de la primera conducta 92,6% (iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento) y menor en el caso de la quinta conducta 64,8% (continuación de la lactancia materna hasta el segundo año de vida con un cese gradual, no abrupto, de ella). Tabla 3

**Tabla 3. El promedio, la desviación estándar y el porcentaje de las madres con conocimiento aceptable de los conocimientos de cada una de las conductas óptimas de lactancia materna.**

CONDUCTAS ÓPTIMAS ESTUDIADAS	CONOCIMIENTO DE CADA CONDUCTA		
	Promedio	DE	Adecuado $\geq 0,6$ n (%)
Primera: inicio de la lactancia materna en la primera hora después del parto.	0,85	0,204	440 (92,6)
Segunda: lactancia a libre demanda frecuente incluyendo la alimentación nocturna.	0,69	0,239	377 (79,3)
Tercera: lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.	0,78	0,213	420 (88,4)
Cuarta: complementación de la lactancia materna con alimentos apropiados cuando el niño tenga alrededor de seis meses de edad.	0,78	0,221	417 (87,8)
Quinta: continuación de la lactancia materna hasta el segundo año de vida con un cese gradual, no abrupto, de ella.	0,60	0,256	308 (64,8)
Nivel global de conocimientos	0,74	0,161	391 (82,3)

En cuanto al nivel de conocimiento de las conductas por hospital, el menor promedio se obtuvo en hospitales ubicados en la región centro oriental del país: el Hospital Regional Gabriela Alvarado  $0,59 \pm 0,151$  y el Hospital Regional San Francisco  $0,67 \pm 0,152$ . El mayor promedio se obtuvo en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato  $0,84 \pm 0,107$  ubicado en la región occidental del país. Tabla 4

**Tabla 4. Promedios totales y desviación estándar por hospital de conocimiento de las madres sobre conductas óptimas de lactancia materna.**

HOSPITAL	CONDUCTAS ÓPTIMAS DE LACTANCIA MATERNA					
	I X(DE)	II X(DE)	III X(DE)	VI X(DE)	V X(DE)	Total X(DE)
Hospital Escuela Universitario	0,874 (0,155)	0,73 (0,225)	0,74 (0,235)	0,81 (0,192)	0,58 (0,230)	0,74 (0,148)
Hospital General San Felipe	0,90 (0,140)	0,66 (0,227)	0,78 (0,199)	0,80 (0,189)	0,59 (0,217)	0,75 (0,120)
Hospital Regional San Francisco	0,82 (0,287)	0,67 (0,231)	0,72 (0,205)	0,74 (0,245)	0,44 (0,263)	0,67 (0,152)
Hospital Juan Manuel Gálvez	0,86 (0,222)	0,76 (0,222)	0,88 (0,192)	0,82 (0,235)	0,71 (0,298)	0,81 (0,181)
Hospital Regional San Isidro	0,86 (0,137)	0,67 (0,216)	0,93 (0,119)	0,90 (0,143)	0,79 (0,200)	0,81 (0,126)
Hospital Enrique Aguilar Cerrato	0,96 (0,119)	0,85 (0,164)	0,88 (0,171)	0,83 (0,202)	0,68 (0,177)	0,84 (0,107)
Hospital Regional Gabriela Alvarado	0,67 (0,218)	0,49 (0,244)	0,67 (0,167)	0,60 (0,227)	0,53 (0,251)	0,59 (0,151)

$p < 0,001$

Para efectos del análisis de las variables de interés con los puntajes obtenidos en la escala de 0-1 de forma global, se definió la variable de "conocimiento" como el puntaje promedio de los puntajes obtenidos en las cinco conductas óptimas de lactancia materna. Esto es respaldado por la alta correlación positiva ( $r < 1$ ) que se presentó entre los puntajes obtenidos entre cada una de las cinco conductas ( $p < 0,001$ ). Tabla 5

**Tabla 5. Correlación lineal entre los puntajes promedios de cada una de las cinco conductas óptimas de lactancia materna.**

**Correlación lineal entre los puntajes promedios de cada una de las cinco conductas óptimas de lactancia materna**

	I conducta óptima*	II conducta óptima*	III conducta óptima*	IV conducta óptima*	V conducta óptima*
I conducta óptima	1	0,33	0,29	0,38	0,38
II conducta óptima	0,33	1	0,37	0,26	0,26
III conducta óptima	0,29	0,37	1	0,36	0,36
IV conducta óptima	0,38	0,36	0,49	1	0,33
V conducta óptima	0,26	0,33	0,39	0,49	1

\*Primera: inicio de la lactancia materna en la primera hora después del parto. Segunda: lactancia a libre de-manda frecuente incluyendo la alimentación nocturna. Tercera: lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad. Cuarta: complementación de la lactancia materna con alimentos apropiados cuando el niño tenga alrededor de seis meses de edad. Quinta: continuación de la lactancia materna hasta el segundo año de vida con un cese gradual, no abrupto, de ella. Todos los valores fueron altamente significativos a  $p < 0,001$ . El análisis de correlación utilizando fue correlación de Pearson.

En relación al nivel de conocimiento de las conductas óptimas de lactancia materna según las características sociodemográficas, se observó una relación significativa con la edad ( $p=0,008$ ) y estado civil ( $p=0,001$ ), presentándose un promedio de conocimiento más alto en las madres de 19 a 35 años (0,74) y mayores de 36 años (0,74) en relación a las menores de 18 años (0,66); mejor puntuación en las madres que vivían con una pareja sentimental (casadas o en unión libre, 0,78 y 0,73 respectivamente) en relación a las madres solteras (0,71). También se observó una relación significativa con estrato socioeconómico ( $p=0,001$ ), siendo más alto el promedio de conocimiento en las madres no pobres (0,78) en relación a las madres de los estratos pobre (0,72) y extrema pobreza (0,70). En cuanto a la procedencia y el porcentaje de madres con nivel global aceptable de conocimientos ( $\geq 0,6$ ), este fue mayor en las madres que procedían de áreas urbanas, 87,7% en relación a las madres de procedencia rural, 76,9% ( $\chi^2$  9,382,  $p=0,002$ ). No se observó ninguna relación significativa entre el porcentaje de madres con nivel global aceptable de conocimiento, ni el promedio global de conocimientos de las conductas óptimas de LM, con el grado académico, condición laboral y raza. Sin embargo, pudo apreciarse que las madres con educación superior completa ( $n=12$ ), el 100% tenían un puntaje adecuado de conocimiento ( $\geq 0,6$ ), con un promedio de puntaje alto de 0,87. Tabla 1.

Según los antecedentes obstétricos se observó una relación significativa con paridad ( $p=0,018$ ), siendo mayor el conocimiento en las múltiples (0,75) que en las primíparas (0,71). En relación a los controles prenatales, tuvieron un mayor conocimiento las madres que recibieron de 4-6 controles (0,73) o más de 7 (0,75) que las que recibieron menos de 3 controles (0,69) ( $p=0,026$ ). En relación al personal con quien recibió los controles prenatales y porcentaje de nivel global aceptable de conocimientos ( $\geq 0,6$ ); las madres que recibieron sus controles prenatales por médico tuvieron un mayor porcentaje de conocimiento ade-

cuado 83,4%, en relación a las que recibieron sus controles prenatales solo con enfermera 77,1% ( $\chi^2$  6,277,  $p=0,043$ ). Tabla 2.

Según la fuente de información sobre LM, las madres que recibieron información por personal de salud obtuvieron un mejor puntaje (0,75) en su conocimiento sobre las conductas óptimas de LM que las que no recibieron información por personal de salud (0,70), ( $p=0,001$ ), y en relación al momento en que recibió la información las que recibieron información antes y durante la hospitalización tenían un promedio más alto de conocimiento (0,77) que las que solo recibieron información durante la hospitalización (0,72) o solo antes de esta (0,75), ( $p=0,002$ ). Al evaluar otras fuentes de información sobre LM aparte de las ofrecidas por el personal de salud se encontró que tenían un mejor puntaje las que recibieron información a través de un familiar o amiga (0,77) que las que recibieron información por medios de comunicación como internet (0,76), televisión (0,74), medio escrito (0,67) o radio (0,65), ( $p=0,001$ ). No se observó ninguna relación significativa entre el nivel de conocimiento de las conductas óptimas de lactancia materna y la presencia de la abuela del recién nacido en el hogar ( $p=0,841$ ). Tabla 2.

Los resultados de este estudio muestran que el 82,3% de las madres tuvieron un promedio global de conocimiento considerado como aceptable ( $>0,6$ ) siendo el puntaje promedio global de conocimiento de 0,74 en una escala de medición de cero a uno, donde cinco es el puntaje máximo. Estos hallazgos son similares a estudios realizados por Delgado-Noriega 19 y Bocanegra-García 7, donde el promedio global de conocimiento fue de 0,73 y 0,75 respectivamente y porcentajes de madres con nivel de conocimiento aceptable de 79,80% y 88,57%.

En relación al porcentaje de madres con nivel aceptable de conocimientos por cada una de las cinco conductas óptimas estudiadas;

este fue mayor en la primera conducta, 92,6% (iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento) y menor en la quinta conducta, 64,8% (continuación de la lactancia materna hasta el segundo año de vida con un cese gradual, no abrupto, de ella), distinto a lo re-portado por Delgado-Noriega et al., en Colombia 19 donde se encontró un mayor nivel de conocimiento aceptable en la cuarta conducta, 88,57% (complementación de la lactancia materna con alimentos adecuados cuando el niño tenga alrededor de 6 meses de edad) y el menor en la tercera conducta, 78,78% (lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del lactante).

Aun cuando este estudio muestra que el 88,4% de las madres conocían los beneficios de lactancia materna exclusiva hasta seis meses de edad, porcentajes altos, similar a los re-portados también en Perú (94,1%)<sup>21</sup>, Colombia (78,7%)<sup>7</sup> y la India (85,2%)<sup>22</sup>, varios estudios muestran un abandono gradual de esta conducta adecuada desde el primer al sexto mes de vida del lactante<sup>23, 3, 8, 23, 24</sup>. En Estados Unidos (2014) se ha observado que las madres mayores de 30 años de edad presentan tasas más altas de amamantamiento, que son hasta de un 84%<sup>25</sup>, lo cual podría estar influenciado por una mayor adquisición de conocimientos sobre LM con el transcurso de los años, contrastando con los hallazgos en este nuestro estudio que reveló que a mayor edad materna, mayor es el conocimiento de las conductas óptimas de lactancia materna ( $p=0,008$ ).

Diversos estudios han concluido que las características socio-demográficas influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva, siendo las madres de menor edad, las solteras, las de un nivel socioeconómico menor, primíparas y con un menor nivel de educación las que llevan a cabo una lactancia materna exclusiva más reducida<sup>13, 8, 11, 13, 24</sup>. En nuestro estudio el nivel de conocimiento de las conductas óptimas de LM fue menor en las madres solteras y viudas ( $p=0,001$ ), con estatus socioeconómico pobre o pobreza extrema ( $p=0,001$ ) y primíparas (0,018). Y aunque no se encontró significancia con el grado académico ( $p=0,099$ ), el 100% de las madres ( $n=12$ ) que habían concluido una educación universitaria tenían un conocimiento adecuado de las conductas óptimas de LM, presentando el puntaje promedio más alto de todas las variables analizadas en este estudio (0,87). En lo relacionado al nivel socioeconómico existen varios estudios que se contradicen sobre su influencia positiva o negativa en relación con la lactancia materna exclusiva, así; un análisis global publicado en la prestigiosa revista *The Lancet* sobre lactancia materna menciona que en los países de ingresos bajos y medios, sólo el 37% de los lactantes menores de seis meses son amamantados exclusivamente<sup>26</sup>, mientras que un análisis realizado en el año 2003 en 4,320 hogares de cuatro áreas geográficas diferentes en la República Democrática de TimorLeste en el sudeste asiático reportó que los niños con familias de ingreso alto fueron menos relacionados a ser lactados exclusivamente que los niños con familias de bajo ingreso<sup>27</sup>. Diversos estudios han concluido que los antecedentes obstétricos influyen en la práctica de conductas óptimas de lactancia materna en el infante, siendo las madres multíparas, y las que tienen un adecuado control prenatal, las que mejor llevan a cabo una lactancia materna eficaz<sup>7, 11, 19</sup>. En nuestro estudio el nivel del conocimiento de las conductas óptimas de LM fue mayor en las multíparas ( $p=0,018$ ),

en las que llevaron un control prenatal con un médico ( $X^2 6,277$ ,  $p=0,043$ ) y que asistieron a 4 o más controles prenatales ( $p=0,026$ ).

En lo relacionado a la fuente de información de lactancia materna, se ha observado que las madres que recibieron información sobre lactancia materna, ya sea por personal de salud o familiares motiva a la iniciación y continuación de LM<sup>7, 18, 28, 29</sup>. En nuestro estudio el nivel de conocimientos de LM fue mayor en las madres que recibieron información por personal de salud ( $p=0,001$ ), aumentando en aquellas que lo hicieron antes y durante la internación ( $p=0,002$ ). Un 60,4% de la población buscó información de LM aparte de la brindada por el personal de salud, de los cuales el 36,2% utilizó el internet, radio, televisión o medio escrito, sin embargo aquellas que recibieron información por familiar o amiga (38,5%) tuvieron un mejor puntaje de conocimiento global ( $p=0,001$ ), esto podría atribuirse a un intercambio de la información transgeneracional dado que en nuestro medio usualmente las madres gestantes suelen hacerse acompañar en ese periodo de figuras maternas. Por esta razón los esfuerzos de aprendizaje y práctica de las conductas óptimas de LM deben centrarse no solo en las gestantes, y no solo ser canalizadas a través del personal de salud; sino en la población en general y difundirse a través de distintos medios, haciendo los esfuerzos necesarios para garantizar la calidad de la información compartida.

En relación a las áreas geográficas de los hospitales incorporados no se observó una diferencia importante entre el promedio de conocimientos en los hospitales de la zona centro, en la capital del país (0,75); "Hospital Escuela Universitario y Hospital General San Felipe" en relación al promedio de conocimientos de los centros hospitalarios en la región oriental, norte y occidente (0,74). Sin embargo, se observaron fluctuaciones importantes aisladas observándose que el menor promedio se obtuvo en hospitales ubicados en la región centro oriental del país (Hospital Regional Gabriela Alvarado  $0,59 \pm 0,151$  y el Hospital Regional San Francisco  $0,67 \pm 0,152$ ) y el mayor promedio se obtuvo en el Hospital Enrique Aguilar Cerrato  $0,84 \pm 0,107$  ubicado en la región occidental del país. Es de interés estudiar más a fondo estas fluctuaciones con el objetivo de revisar las políticas y esfuerzos regionales en la promoción de la práctica de la lactancia materna.

En conclusión, el nivel de conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia materna de las madres atendidas en los siete hospitales estudiados, en general es adecuado. Siendo la conducta óptima con mejor puntaje el «inicio de la lactancia materna en la primera hora después del parto», en tanto que «la continuación de la lactancia materna hasta los 2 años del niño con cese gradual de ella» fue la menos conocida. Las madres con mayor nivel de conocimiento fueron las no adolescentes, de procedencia urbana, no pobres, que convivían con su pareja de hogar, multíparas, con mayor número de controles prenatales y que recibieron información sobre lactancia materna por personal de salud antes y durante la internación ( $p<0,05$ ).

La identificación de un perfil de las madres con mayor y/o menor conocimiento, las conductas óptimas más y menos conocidas, como las fluctuaciones en los puntajes obtenidos en las distintas áreas geográficas incluidas en el estudio; son elementos importantes que

pueden ser utilizados en la planificación intervenciones y/o nuevos estudios con el objetivo de conocer las particularidades socioculturales y estrategias que permitan orientar mejor las acciones para garantizar no solo, un conocimiento adecuado sobre conductas óptimas de lactancia materna de forma más uniforme entre las madres, sino, también para verificar el cumplimiento de las mismas una vez iniciada la lactancia.

## FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación del presente artículo.

## Referencias Bibliográficas

1. Victor R, Baines S, Agho K, Dibley M. Determinants of breastfeeding indicators among children less than 24 months of age in Tanzania: a secondary analysis of the 2010 Tanzania Demographic and Health Survey; *Rev BMJ Open* 2013;3: e001529.
2. Boccolini CS, De Carvalho ML, De Oliveira MIC, Pérez-Escamilla R. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *Rev J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89(2): 131-136.
3. Londoño-Franco A. L, Mejía- López S. M. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*; 2010;9(19): 124-137.
4. OMS-UNICEF (2016). Iniciativa Hospital Amigo del niño, revisada, actualizada y ampliada para atención integral. Washington, DC (Consultado el 31 de enero de 2016). Disponible en URL: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Seccion%20\\_Fortalecimiento%20y%20sostenibilidad%20de%20la%20iniciativa%20hospital%20amigo%20del%20nino\\_Curso%20para%20tomadores%20de%20decision.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Seccion%20_Fortalecimiento%20y%20sostenibilidad%20de%20la%20iniciativa%20hospital%20amigo%20del%20nino_Curso%20para%20tomadores%20de%20decision.pdf)
5. Cardenas, MH., Montes, E, Varon, M., Arenas, N., Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva. *Rev En-ferm Glob*. 2010;20(1):1-10.
6. Pinilla-Gómez E, Orozco LC, Camargo FA, Alfonso EP, Peña ER, Villabona LN, et al. Lactancia materna ineficaz: prevalencia y factores asociados. *Rev Salud Uis*. 2011; 43(3): 271-279.
7. Bocanegra-García SM. Conocimientos sobre conductas óptimas de lactancia y su relación con factores personales, educativos y socioeconómicos en púerperas del Hospital Belén de Trujillo. *Rev Med. Vallejana*. 2005; 4 (2):109-120.
8. Quezada-Salazar CA, Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales LM, Díaz-García MA. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. *Bol Med Hosp Infat Mex*. 2008; 65: 20-24.
9. Carvajal R, Cabrera GA, Mateus JC. Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2003; 21(1): 27-41.
10. Instituto Nacional de Estadística, Secretaría de la salud. Encuesta Nacional de demografía y Salud. ENDESA 2011-2012 Disponible en: [http://www.observatoriodescentralizacion.org/download/informaci%C3%B3n\\_general\\_/Honduras%20ENDESA%20DHS%202012%20%2006-19-2013.pdf](http://www.observatoriodescentralizacion.org/download/informaci%C3%B3n_general_/Honduras%20ENDESA%20DHS%202012%20%2006-19-2013.pdf)
11. Kitano N, Nomura K, Kido M, Murakami K, Ohkubo T, Ueno M, et al. Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Prev Med Reports*. 2016; 3:121-126.
12. Roze J, Darmaun D, Boquien C, Cyril Flamant C. The apparent breastfeeding paradox in very preterm infants: relationship between breastfeeding, early weight gain and neurodevelopment based on results from two cohorts, EPIPAGE and LIFT. *Rev BMJ Open* 2012; 2(2): e000834.
13. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, Dorronsoro M, Amiano P, Ibarluzea J. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Rev Ga-*

ceta Sanitaria. 2015;29(1):4-9.

14. Macías-Rioja V, Ramírez-Rodríguez CA, Martínez-Carballo EM, Ochoa-López JM, Hoyos-Loya E, Blanco-Cervantes P. Intervención Educativa sobre Lactancia Materna en el Servicio de Neonatología del Hospital Infantil del Estado de Sonora. *Rev Bol ClinHospInfant Edo Son.* 2014; 31(2):85-9.

15. Ajetunmobi OM, Whyte B, Chalmers J, Tappin DM, Wolfson L, Fleming M, et al. Breastfeeding is associated with reduced childhood hospitalization: Evidence from a scottish birth cohort (1997-2009). *Rev J Pediatr.* 2015;166(3):620-5.

16. Rigourd V, Nicloux M, Hovanishian S, Giuséppi A, Hachem T, Assaf Z, Pichon C, Kermorvant E, Serreau R, Jacquemain K, Parnard M. Consejos para la lactancia materna. *Rev EMC-Pediatría.* 2009;13(1):1-11.

17. Sanchez-Jaeger et al. Prácticas inadecuadas de alimentación entre el 4º y 6º mes de vida y su asociación con el déficit nutricional en un grupo de lactantes venezolanos Archivos latinoamericanos de nutrición. 2008; 58(3): 228-233.

18. Gamboa EM, López N, Prada GE, Gallo KY. Conocimientos, Actitudes y prácticas relacionadas con lactancia materna en mujeres en edad reproductiva en una población vulnerable. Facultad de Salud, UIS Bucaramanga. Colombia. 2008;35(1):1-17.

19. Delgado-Noguera, Orellana JJ. Conocimientos maternos sobre conductas optimas de lactancia. *Rev. Colombiana de obstetricia y ginecología.* 2004; 55(1): 9-17.

20. UNICEF (2016). Estadísticas Honduras. fecha de acceso: 9 octubre 2016. Disponible en: [http://www.unicef.org/spanish/infoby-country/honduras\\_statistics.html](http://www.unicef.org/spanish/infoby-country/honduras_statistics.html)

21. Veramendi-Espinoza LE1, Zafra-Tanaka JH, Ugaz-Soto LM, Villa-Santiago NM, Torres-Bravo LA, Pinto-Arica AA, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas de Lactancia materna en madres de niños de Comunidad rural peruana y su asociación Con la diarrea aguda infecciosa. *Rev CIMEL* 2012; 17(2):82-88.

22. Vijayalakshmi P, Susheela T, Mythili D. Knowledge, attitudes, and breast feeding practices of postnatal mothers: A cross sectional survey. *Int J Health Sci (Qassim).* 2015;9(4):364-74.

23. Oliver-Roig A, Chulvi-Alabort V, López-Valero F, Lozano-Dura MS, Seva-Soler C, Pérez-Hoyos S. Momentos críticos de abandono de lactancia materna en un seguimiento de 6 meses. *Rev Enferm Clin.* 2008;8(6): 317-320.

24. Garcia-Lopez MA, Ros-Bas O. Factores socioculturales y perinatales relacionados con la lactancia materna exclusiva. *Rev Enferm Clin.* 2010;20(2):109-113.

25. Schanler RJ, Potak DC. Breastfeeding: parental education and support. Consultado el 9 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://hgp.gob.ec/index.html/uptodate/contents/mobipreview.htm?41/39/42616/contributors>

26. La Serie Sobre Lactancia Materna". *The Lancet.* 387 (2016): 475-504. Disponible en: <http://www.thelancet.com> 19 June 2016.

27. Senarath U, Dibley MJ, Agho KE. Breastfeeding practices and associated factors among children under 24 months of age in Timor-Leste. *Eur J Clin Nutr.* 2007;61: 387-397.

28. Garcia-Vera C, Esparza Olcina MJ. Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario. *Rev Evit Pe-diatr.* 2009; 5: 16.

29. Perez-Calleja NC, Martin-Perez A, Ocampo-Ruiz IM, Intervención educativa para extender la lactancia materna hasta el 6to mes de vida en el municipio Ciego de Ávila. *Rev MEDICIEGO* 2010;16(1):1-8

