

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE POSGRADO

ANÁLISIS DE LA MEJOR EVIDENCIA DISPONIBLE SOBRE LA
INFLUENCIA QUE EJERCEN LAS CREENCIAS FAMILIARES EN EL
ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA, EN COMPARACIÓN CON LA
EDUCACIÓN BRINDADA POR EL PROFESIONAL DE SALUD

Trabajo final de investigación, sometido a la consideración de la Comisión
del Programa de Estudios de Posgrado en Enfermería para optar al grado y
título de Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y
Perinatal

GEOCONDA FERNÁNDEZ ARCE
MAGALY MURILLO ZAMORA

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2021

Dedicatoria

A mi madre, quien no tuvo acceso a información por parte del personal de salud durante sus tres embarazos y vivió una mala experiencia intrahospitalaria en su primer parto, en el proceso de mi nacimiento... porque en su fuerza y amor encontré mi determinación de que nadie tiene que sufrir abandono, ni maltrato, y es por eso que soy la enfermera que soy y prometo ser siempre un ente de cambio ante las viejas costumbres, prácticas incorrectas aceptadas, palabras equivocadas y actitudes no acordes con el cuidado justo, cálido y basado en el conocimiento que debe ser el estandarte de la enfermería y la enfermería obstétrica.

Geoconda Fernández Arce

Dedicatoria

A Dios, que siempre se mantiene a mi lado.

A cada una de las personas que, de cualquier manera, aún sin darse cuenta, me dieron ánimos para no darme por vencida y por los cuales hoy me encuentro a las puertas de lograr mi meta de ser enfermera obstetra.

Magaly Murillo Zamora

Agradecimiento

A mi esposo, que siempre se mantuvo a mi lado y me apoyó a seguir, a lograr mis metas y a mantenerme siempre en busca de la felicidad.

Agradezco a mi familia por su apoyo incondicional, por no dejarme tirar la toalla académica a pesar del cansancio y las muchas horas laboradas.

A Maga, por escogerme como su compañera de estudios y de tesis, pero más que todo de amistad incondicional y aventuras.

A Johan, que nos apoyó de manera constante y nos intentó presionar con su método único y revolucionario para que termináramos nuestra investigación.

A la profesora Laura, que nos mostró desde los primeros años de universidad el ejemplo de lo que es ser una enfermera, y una enfermera obstetra, crítica, amorosa, justa y con gran conocimiento. Gracias por aceptar ser nuestra tutora, esperarnos con cariño y guiarnos con paciencia.

A las profesoras Sara y Yamileth, que tomaron su tiempo para revisar nuestra investigación de forma meticulosa y nos brindaron aportes y consejos para hacerla mejor.

Muchas gracias a todos.

Geoconda Fernández Arce

Agradecimiento

A Dios, que me permitió llegar a este día con salud.

A Alberto, mi compañero de aventuras y el que procura con amor mantenerme en el camino correcto, gracias por iluminar mi vida y acompañarme en este proceso.

Gracias a mi papá y a mi mamá por estar siempre para mí, cada logro en mi vida es definitivamente gracias a ustedes que me dieron el don de la vida y me enseñaron a ser una persona digna de tanto amor.

Agradezco a mis hermanas por llenar mi vida de risas y sonrisas e inspirarme a seguir estudiando para dar una calidad de atención a muchas otras mujeres como ellas que lo merecen.

A Geoco, amiga por siempre, que por separado cultivó la misma pasión que yo por la enfermería obstétrica y se embarcó conmigo en el proceso, acompañándome, apoyándome a ser mejor e instándome a dar siempre lo mejor de mí.

A la profe Laura, por presionarnos, apoyarnos y aguantarnos, y por ayudarnos a ser mejores investigadoras por el bien de la enfermería.

Muchas gracias,

Magaly Murillo Zamora

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.”



Mag. Eduardo Hernández Gamboa
Representante de la Decana del Sistema de Estudios de Posgrado



Mag. Laura López Quirós
Profesora Guía



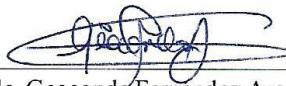
MSc. Yamileth Gutiérrez Obregón
Lectora 1



Mag. Sara Brenes Garita
Lectora 2



MSc. Sunny Gonzalez Serrano
Directora del Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería



Licda. Geoconda Fernández Arce
Sustentante



Licda. Magaly Murillo Zamora
Sustentante

TABLA DE CONTENIDOS

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iv
Hoja de Aprobación	vi
Resumen	ix
Abstract	xi
Índice de Tablas	xiii
Índice de Figuras	xiv
Licencias de Publicación	xv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	3
1.1 ANTECEDENTES	4
1.2 JUSTIFICACIÓN	15
1.2.1 Pregunta Clínica	23
1.3 OBJETIVOS	24
1.3.1 Objetivo General	24
1.3.2 Objetivos Específicos	24
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL	25
2.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	26
2.2 LACTANCIA MATERNA	30
2.3 CONCEPTO DE FAMILIA	39
2.4 CREENCIAS Y COSTUMBRES	44
2.4.1 Creencias sobre Lactancia Materna	46
2.5 SALUD Y ENFERMERÍA EN COSTA RICA	48
2.5.1. Sistema de Salud de Costa Rica	48
2.5.2 Profesionales de Enfermería	51
2.5.3 Profesionales de Enfermería con Especialidad en Obstetricia, Ginecología y Perinatología	54
2.5.4 Clínicas de Lactancia Materna en Costa Rica	58
2.6 EDUCACIÓN EN SALUD	64
2.6.1 Herramientas para la educación en salud	67

2.6.2 Educación en Salud en Enfermería Obstétrica	75
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	77
3.1 INVESTIGACIÓN APLICADA	78
3.1.1 Enfermería Aplicada.....	79
3.2 GENERALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA.....	80
3.3 FASES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA	83
3.3.1 Fase “0”: Inquietud Investigativa O “Spirit Of Inquiry”	83
3.3.2 Fase 1: Formulación De La Pregunta Clínica.....	84
3.3.3 Fase 2. Búsqueda De La Evidencia Científica.....	87
3.3.4 Fase 3: Análisis Crítico De La Evidencia.....	96
3.3.5 Fase 4: Transferencia de la Evidencia a la Práctica Clínica	97
3.3.6 Fase 5: Evaluación De La Implementación	98
3.3.7 Consideraciones Éticas	100
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	102
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	103
4.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS SEGÚN OBJETIVOS.....	175
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	190
5.1 CONCLUSIONES.....	191
5.2 RECOMENDACIONES	194
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS.....	197
6.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	198
6.2 ANEXOS.....	205
Anexo 1. Síntesis de evidencia y grados de recomendación Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)	205
Anexo 2. Plantilla de análisis crítico FCL 2.0 para ensayos clínicos	207
Anexo 3. Plantilla de análisis crítico FCL 2.0 para revisiones sistemáticas.....	212
Anexo 4. Tabla de evidencia que arroja el FCL 2.0 para ensayos clínicos.	216
Anexo 5. Tabla de evidencia que arroja el FCL 2.0 para revisiones sistemáticas.....	217

Resumen

Durante el inicio de la lactancia materna las mujeres reciben información de parte del personal de salud, especialmente en el ámbito intrahospitalario, y algunas veces en los siguientes niveles de atención, pero es aún más común que las usuarias obtengan ayuda de sus esposos, madres, suegras, hermanas mayores, vecinas y otras personas que se sientan con mayor conocimiento que la nueva madre. Desde el punto de vista de la enfermería obstétrica se vuelve fundamental indagar el contenido de la información brindada por la familia, en comparación con la influencia de lo que se enseña a las nuevas madres en los ámbitos de injerencia de la enfermería y del personal de salud.

El presente estudio estableció como objetivo general analizar la mejor evidencia disponible con respecto a la influencia que ejercen las creencias de la familia para el éxito de la lactancia materna, en comparación con la influencia que ejerce la educación brindada por el profesional de salud, para lo cual utilizó la metodología de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), donde la búsqueda y análisis de los resultados fue realizada por dos revisoras, durante el mes de junio y julio de 2020.

La búsqueda de artículos para análisis crítico, se realizó a través de la revisión de las bases de datos de Medline, Cochrane Library Plus, EBSCO, Science Direct, Proquest y Pubmed, en busca de estudios de tipo ensayos controlados aleatorizados, meta-análisis, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica, en los idiomas español, inglés y portugués, correspondientes a los años 2015 a junio de 2020.

La búsqueda total realizada según descriptores y relaciones, recuperó un total de 4992 registros, los cuales fueron procesados según el algoritmo de PRISMA, con lo que al finalizar la búsqueda se obtienen un total de 10 artículos, dichos artículos fueron

analizados de forma crítica utilizando la plataforma FLC 2.0. y se eligieron 7 artículos de alta calidad de evidencia para dar respuesta a la pregunta clínica planteada.

Se realizó el análisis de la evidencia por objetivos y no se obtuvieron resultados acerca de la influencia que ejercen las creencias familiares sobre el éxito de la lactancia materna, ya que los textos hacían referencia al apoyo familiar mas no especificaban creencias determinadas que afectaran la lactancia. Por su parte, sí se encontró información de alta calidad que apoya la influencia positiva de la educación en lactancia materna brindada por los profesionales de la salud.

Se concluyó que es indispensable la participación de los profesionales de salud en la educación en lactancia materna, pero es también muy importante la inclusión de las personas relacionadas a la madre, redes de apoyo y/o entorno familiar, en la planificación de los programas que buscan un mejoramiento en el tema de lactancia materna.

Además, se consideró que el profesional de enfermería y enfermería obstétrica cuenta con las herramientas educativas y estructurales para brindar educación, apoyo y seguimiento en lactancia materna, una de ellas corresponde a las clínicas de lactancia materna, las cuales deben tomar fuerza en pro de la consecución de objetivos país en tema de lactancia materna.

La investigación consideró y respetó los aspectos éticos para su realización, no permitiendo el plagio, declarando la ausencia de conflictos de interés, protegiendo la confidencialidad y privacidad, y realizando una declaración de intereses por parte de los autores.

Abstract

During initiation of breastfeeding, women receive information from health personnel, especially in the hospital setting and sometimes in the subsequent levels of care, but it is even more common for users to obtain help from their husbands, mothers, mothers-in-law, older sisters, neighbors, and others who feel more knowledgeable than the new mother. From the point of view of obstetric nursing, it becomes essential to investigate the content of the information provided by the family, in comparison with the influence of what is taught to new mothers by the nursing and health personnel.

The present study established as a general objective to analyze the best available evidence regarding the influence that family beliefs exert on the success of breastfeeding, in comparison with influence exerted by health personnel education. In order to do so, Evidence-Based Nursing methodology was used and search and analysis of the results during the month of June and July of 2020.

The search for articles for critical analysis was carried out by reviewing of the databases of Medline, Cochrane Library Plus, EBSCO, Science Direct, Proquest and Pubmed, in search for randomized controlled trials, meta-analysis, systematic reviews, and clinical practice guidelines studies in Spanish, English, and Portuguese, corresponding to the years 2015 to June 2020.

The total search was made according to descriptors and connections between them and recovered a total of 4992 records, which were processed according to the PRISMA algorithm, that yielded a total of 10 articles. These articles were critically analyzed using the FLC 2.0 platform and 7 articles of high quality of evidence were chosen to answer the clinical question posed.

The analysis of evidence by objectives was carried out and yielded no results about the influence that family beliefs exert on the success of breastfeeding, since the texts made reference to family support but did not specify specific beliefs that affected breastfeeding. On the other hand, high quality information that supports the positive influence of breastfeeding education provided by health professionals was found.

It was concluded that participation of health professionals in breastfeeding education is essential, but it is also very important to include people related to the mother, support networks, and/or the family environment in the planning of programs that seek an improvement in the subject of breastfeeding. In addition, it was considered that the nursing and obstetric nursing professionals have the educational and structural tools to provide education, support, and monitoring in breastfeeding. One of them corresponds to breastfeeding clinics, which should be strengthened to support breastfeeding.

The research considered and respected the ethical aspects for its conduct, not allowing plagiarism, declaring the absence of conflicts of interest, protecting confidentiality and privacy, and by the declaration of interests made by the authors.

Índice de Tablas

Tabla 1. Pregunta PICO.....	90
Tabla 2. Conceptos	91
Tabla 3. Distribución de las relaciones existentes entre descriptores según conceptos planteados.	91
Tabla 4. Enumeración de sinónimos por cada concepto.....	92
Tabla 5. Traducción de los descriptores en idioma inglés y portugués.	93
Tabla 6. Criterios de inclusión.....	94
Tabla 7. Títulos de los estudios seleccionados con la respectiva base de datos de donde se obtuvieron.....	109
Tabla 8. Procesamiento de la información de los estudios seleccionados, según plataforma FLC 2.0.	112
Tabla 9. Inclusión de artículos, variables evaluadas y nivel de evidencia según Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), 2020.	158

Índice de Figuras

Figura 1. Instrumentos jurídicos internacionales que hacen referencia a los derechos humanos vinculados a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva.	29
Figura 2. Organización y distribución de las principales instituciones que brindan servicios de salud en Costa Rica.....	50
Figura 3. Algoritmo de búsqueda con boleanos AND y OR.	96
Figura 4. Algoritmo de búsqueda y resultados obtenidos según descriptores por base de datos.	104
Figura 5. Diagrama de Flujo, 2020.....	108



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Georgeta Fernández Iru, con cédula de identidad 112870478, en mi condición de autor del TFG titulado Análisis de la mejor Evidencia disponible sobre la Influencia que ejercen las Normas Familiares en el Éxito de la Atención Primaria, en comparación con la educación brindada por el Profesional de Salud.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Magaly Murillo Zamora, con cédula de identidad 113840025, en mi condición de autor del TFG titulado Análisis de la Mejor Evidencia disponible sobre la influencia que ejercen las Creencias Familiares en el Éxito de la Lactancia Materna, en comparación con la educación brindada por el profesional de Salud.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un tema sobre el cual se han realizado numerosos estudios y recomendaciones de alcance mundial, esto por cuanto desde un punto de vista global su implementación ha demostrado ser beneficiosa en la disminución de la morbi-mortalidad infantil y de manera individual es favorable tanto para el bebé como para la madre. Es importante destacar que la lactancia materna se vivencia inicialmente en el ámbito de salud, ya que la primera puesta al pecho del bebé se realiza en el postparto inmediato o mediato, y en Costa Rica los partos se atienden mayoritariamente en el ámbito hospitalario donde las madres tienen la compañía y consejería de los profesionales de salud a mano. Posteriormente, una vez egresado el binomio del ámbito hospitalario, la lactancia materna se lleva a cabo en un ambiente hogareño y familiar, es por esto que puede verse afectada tanto por la información brindada por el personal de salud que atiende a la familia gestante como por las intervenciones de la familia en el hogar.

El presente estudio busca, por medio de la aplicación de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), indagar y analizar la mejor evidencia disponible con respecto a la influencia que ejercen las creencias y consejos de la familia para el éxito de la lactancia materna, en comparación con la influencia que ejerce la educación brindada por el profesional de salud para el alcance de una lactancia materna exitosa, esto con el fin de brindar recomendaciones para mejorar la gestión del cuidado de madres y bebés en proceso de lactancia, enlazando la realidad clínica con el conocimiento teórico.

Es por lo anterior que se estableció como objetivo general: Analizar la mejor evidencia disponible sobre la influencia que ejercen las creencias familiares sobre el éxito

de la lactancia materna en comparación con la educación brindada por el profesional de salud.

El Comité Asesor del presente estudio está conformado por:

Tutora: Mag. Laura López Quirós.

Lectora: MSc. Yamileth Gutiérrez Obregón.

Lectora: Mag. Sara Brenes Garita.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES

La lactancia materna es una práctica natural, mas no por esto deja de ser complejo determinar los factores realmente influyentes en el éxito de la misma. La lactancia materna, como toda experiencia humana, no se encuentra exenta de atribuciones de diferentes tipos y por lo tanto su práctica se balancea sobre una delgada línea entre lo estrictamente biológico de la alimentación como medio para la supervivencia, y la práctica de la maternidad en un ámbito personal y familiar, circunscrita al ser mismo como parte de un contexto comunitario. No se puede ignorar la influencia que la cultura tiene sobre la lactancia materna, en especial interesa para la presente investigación la influencia de las creencias y costumbres de la familia, así como el conocimiento impartido por medio de las redes de apoyo de salud, para el logro del amamantamiento exitoso.

Con el fin de esclarecer lo ya establecido en la literatura acerca del anterior argumento se realizó una revisión bibliográfica en busca de conocer las aproximaciones que otros autores han realizado al tema de investigación y conocer los estudios y resultados relevantes relacionados con presente objeto de estudio:

A nivel internacional, La Organización Mundial de la Salud (1) en un documento informativo elaborado en el año 2017 sobre las metas mundiales de nutrición para el 2025, dedica un apartado exclusivo para la normativa sobre lactancia materna. Exponen como meta principal para este tema incrementar hasta al menos un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses. El objetivo general del escrito es reforzar la atención, la inversión y la acción en una serie de intervenciones y políticas costo-

eficaces que puedan ayudar a los Estados Miembros y sus asociados a mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses(1).

Mencionan los principales factores que contribuyen a las bajas tasas de lactancia materna en todo el mundo, dentro de los cuales se incluyen las creencias de los cuidadores y de la sociedad que favorecen la alimentación mixta, esto porque en muchos de los casos existe la creencia de que un lactante necesita líquidos o sólidos adicionales antes de los 6 meses, “menos del 40% de los lactantes de todo el mundo reciben lactancia materna de forma exclusiva durante los 6 primeros meses de vida; las tasas aumentan muy lentamente y se han estancado en algunos países”(1) (p.1), en algunos casos las familias gestantes consideran que la leche materna por sí sola no es suficiente para llenarlo y cumplir con sus necesidades.

Además, el documento explica que existen otros elementos como lo son: la falta de capacitación del personal que atiende a esta población o ausencia o déficit de profesionales para este propósito, prácticas y políticas sanitarias que no favorecen la lactancia materna, promoción cada vez más agresiva de productos sustitutos de la leche materna, carencias en cuanto a permisos legales por maternidad y políticas que no la favorecen, y por último, desconocimiento general de los peligros asociados a una alimentación distinta de la lactancia materna exclusiva, así como de las técnicas de lactancia adecuadas, por parte de las mujeres, sus parejas, sus familias, los profesionales sanitarios y los responsables de la elaboración de políticas.

Por su parte, Mcfadden et al (2), en su estudio de tipo metanálisis realizado en el 2017 elaboraron una revisión de ensayos controlados aleatorios o cuasialeatorios que comparan el apoyo adicional para madres lactantes sanas de bebés sanos con la atención de

maternidad habitual, utilizaron 100 ensayos que involucraron a más de 83,246 parejas madre-hijo. Establecieron dentro de los objetivos del estudio examinar la efectividad de los diferentes modos de intervención en lactancia materna, examinar la efectividad de los diferentes proveedores de atención, y finalmente explorar la interacción entre las tasas de lactancia materna y la efectividad del apoyo.

Los investigadores encontraron ensayos que involucraban 29 países, dentro de los cuales 62% de las mujeres provenían de países de ingresos altos, 34% de países de ingresos medios y un 4% de países de bajos ingresos. Encontraron resultados muy heterogéneos en relación con los objetivos que perseguían, dentro de los que cuales buscaron analizar aspectos como quién proporcionó la atención, el tipo de apoyo, el momento de la asistencia, la tasa de lactancia materna de referencia y la cantidad de contactos posnatales (2).

Dentro de los resultados más significativos de este estudio los autores encontraron que aspectos como las intervenciones administradas con un componente cara a cara y un cronograma específico de lactancia contribuyen al mantenimiento de una lactancia materna exclusiva. Finalmente, los autores ofrecen como conclusión general que cuando se ofrece apoyo extra a las mujeres para amamantar aumenta la duración y la exclusividad de la lactancia. El apoyo puede ser ofrecido por personal profesional en el área o por grupos de pares, sin embargo demostraron que el estándar de un apoyo efectivo debe ser dado por personal capacitado ya sea en periodo prenatal o posnatal.

Desde otra perspectiva, en el año 2016, el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (3) en su reporte anual hace un análisis general sobre los porcentajes de mantenimiento de lactancia materna exclusiva entre los 0 y los 6 meses, en

diferentes regiones del mundo. Explican que, aunque el inicio de la lactancia materna es mayoritario, en casi todos los países el descenso es progresivo. Este documento no ahonda en los factores responsables, pero explican que a nivel mundial únicamente un 43% de los niños siguen recibiendo lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad, esto representa únicamente 2 de cada 5 niños.

Cada región es diferente, sin embargo, resaltan resultados como los encontrados en los países nórdicos donde a pesar de contar con economías desarrolladas se observa que, aunque el porcentaje de inicio de lactancia materna es del 100%, los porcentajes de lactancia materna exclusiva a los 6 meses caen incluso por debajo del 20%.

Por un lado, con respecto a la educación brindada por el personal profesional como factor determinante en la lactancia materna, Gorrita, Brito y Ruiz (4), en el año 2016, realizaron un estudio prospectivo de casos y controles después de una intervención educativa en gestantes en el Policlínico “Luis Augusto Turcios Lima”, de San José de las Lajas, Cuba. Conformaron dos grupos homogéneos, con 67 participantes cada uno, uno que recibió la educación, que fue el grupo de los casos, y otro sin educar, que fue el de los controles. Ellos investigaron tiempo de lactancia, causas de abandono, morbilidad, pesos y tallas al nacer, a los 3 y 6 meses.

Estos autores encontraron significativo el contacto cara a cara en la educación a la madre tanto antes como después del parto, ya que esto permite incorporar en la intervención aspectos culturales. Estos autores también concluyeron que las madres dejaban de brindar lactancia materna exclusiva por creer que no era suficiente para llenar a su bebé, sin que la intervención educativa lograra que se guiaran por el aumento de peso del niño como un factor determinante del éxito del amamantamiento.

En este estudio los autores encontraron que un 15,6% de las madres participantes mencionaron los consejos familiares como un factor que las estimuló a dejar la lactancia materna. Una de las conclusiones más importantes radica en el hecho de que ninguna de las motivaciones para suspender la lactancia materna exclusiva reside en problemas de salud del niño, lo cual evidencia que el eje del éxito de esta se encuentra únicamente en la madre: sus conocimientos al respecto, su convicción para lograrlo y el medio familiar y social que la rodea.

Como conclusión general determinaron que intervenir educativamente a gestantes, especialmente durante el tercer trimestre, acerca de lactancia materna resulta efectivo y se alcanzan mejores tiempos de lactancia materna exclusiva, menor morbilidad y mayores percentiles de peso y talla para la edad. (4)

Continuando con la revisión de estudios internacionales, Rollins et al (5) investigaron en un estudio cualitativo realizado en el 2016, los determinantes de la lactancia materna a fin de establecer por qué es importante invertir en esto y qué es lo que se necesita para mejorar las prácticas de amamantamiento. Abordan el tema iniciando desde la Declaración de Innocenti y destacan una serie de iniciativas que se han gestado durante los últimos 25 años como parte del compromiso global hacia el mejoramiento de los índices en lactancia materna, sin embargo, lo establecen como un ideal aún no realizado ya que hacen referencia a un mundo que según ellos aún no está preparado para brindar un ambiente propicio a la mayoría de las mujeres que deseen amamantar.

Hablan de la significancia que tiene la lactancia materna para aquellas madres que están insertas en el mercado laboral o que desean seguir sus estudios, ya que es más fácil dejar la lactancia para continuar con estas actividades que dejar el empleo o la escuela por

dedicarse a la lactancia. Esto es un indicativo de que muy pocas mujeres reciben el apoyo adecuado mediante los derechos de maternidad para poder llevar adelante ambas tareas (5).

Intentaron también establecer el costo de ampliar las intervenciones para promover y apoyar la lactancia materna, y tratar de cuantificar la ganancia o pérdida neta global asociada con la promoción de la misma, sin embargo esto les fue muy difícil ya que llegaron a la conclusión de que esto dependerá mucho del entorno que se estudie y se ponga bajo análisis, por lo que únicamente pueden concluir a modo general que las consecuencias económicas de las pérdidas cognitivas y las estimaciones conservadoras de los costos de tratamiento reducidos sugieren que los beneficios económicos para los países, de la promoción de la lactancia materna, probablemente sean sustanciales.

Al mismo tiempo, proponen seis puntos de acción para que los encargados de formular políticas y los encargados de programas aborden el desafío que significa el mejoramiento en lactancia materna: Diseminar la evidencia sobre los beneficios y el valor de la lactancia materna, fomentar actitudes sociales positivas que den un alto valor al amamantamiento y promuevan una cultura de lactancia, mostrar voluntad política mediante el reconocimiento de los beneficios económicos y sociales que proporciona, regular la industria sustitutiva de la leche materna apelando a una comercialización responsable, ampliar y monitorear las intervenciones y tendencias de la lactancia en las prácticas procurando la adaptación y la actualización de técnicas de amamantamiento, y por último que las instituciones políticas ejerzan su autoridad y eliminen las barreras estructurales y sociales que obstaculizan la capacidad de las mujeres para amamantar. (5)

Lumbiganon et al (6) realizan en el 2016 una revisión sistemática para la base de datos Cochrane, donde consideran la educación prenatal para aumentar la duración de la

lactancia materna. Tuvieron como objetivo general evaluar la efectividad de la educación prenatal y para ello utilizaron ensayos controlados aleatorios publicados, inéditos y en curso, que evaluaban el efecto de la educación en lactancia materna prenatal formal o que comparaban dos métodos diferentes de educación en lactancia materna prenatal formal, sobre la duración de amamantamiento.

Incluyeron 24 estudios que abarcaban en total 10056 mujeres y compararon el método de educación en lactancia materna estándar con la utilización adicional de múltiples métodos de educación en lactancia materna y su influencia en la duración de la lactancia materna. Llama la atención que concluyen que no existe evidencia de que una educación prenatal adicional a la atención estándar muestre mejoras en el tiempo de duración de la lactancia materna. No obstante, es importante tomar en cuenta que aunque los autores no especifican qué significa para ellos una atención en educación prenatal estándar y una adicional o extra, los estudios utilizados fueron en su mayoría provenientes de países como Estados Unidos, Australia, Reino Unido y Canadá, donde los sistemas de salud son muy desarrollados y los sistemas de salud estándar incluyen programas bastante completos y actualizados que podrían diferir mucho en contenido de programas educativos también llamados estándar en países subdesarrollados.

En el ámbito latinoamericano, Becerra et al (7) realizaron un estudio en Colombia en el 2015, el cual pretendía identificar los factores determinantes de tipo social, cultural y familiar que inciden en el éxito o fracaso de la práctica de la lactancia materna. Las autoras realizaron una revisión bibliográfica de forma sistemática tomando un período de búsqueda de 10 años, en la que finalmente utilizaron 54 artículos tomados de diferentes bases de datos y fuentes científicas.

Analizaron durante la investigación tres puntos principales: entorno familiar, la influencia del nivel educativo de la madre y el papel del entorno laboral, y cómo estos factores se relacionaban con el éxito y la duración de la lactancia materna. Lograron determinar que si la madre cuenta con apoyo tanto de su familia como de su pareja esto tiende a aumentar el éxito de la lactancia, así como haber tenido alguna experiencia positiva con algún hijo anterior. Por otro lado, encontraron que el ambiente laboral influye de manera positiva si este protege legalmente a las madres con normas que favorezcan la lactancia, así mismo vieron que aquellas madres que permanecen en su casa lactan durante más tiempo a sus bebés y aquellas que tienen un nivel educativo más alto presentaron una mayor prevalencia de la lactancia. (7)

Morales et al (8), en Baja California, México, investigaron, en el 2015, sobre factores que influyen en el abandono de la lactancia materna y tuvieron como objetivo general identificar los factores sociopsicológicos que influyen en el abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los primeros seis meses de vida del niño. Realizaron una investigación descriptiva, retrospectiva y de corte transversal mediante la aplicación de una encuesta a 64 madres de niños de hasta 6 meses de edad. Lograron determinar que un nivel de escolaridad más alto en la madre se transforma en un factor protector para el mantenimiento de la lactancia materna, aún en poblaciones de edades bajas como las adolescentes. Así mismo encontraron que aquellos hospitales que tienen iniciativas amigables con el niño y la madre lograron tasas de prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 4 meses mucho mayores que aquellos que no impulsan dichas iniciativas. Además, encontraron que, aunque la hipogalactia fue la principal razón por la cual las madres refieren haber abandonado la lactancia materna, los mitos y creencias que imponen

los miembros de la familia sobre la lactancia materna muchas veces le ganan la partida a la preparación psicológica durante el embarazo en pro de una lactancia materna exclusiva y exitosa.

También en relación con la influencia cultural en la lactancia materna y el papel que juegan las creencias en el mantenimiento o no de la misma, Quispe et al (9), en su artículo “Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva” estudiaron a 239 madres que culminaron el proceso del parto y asistieron a consulta de crecimiento y desarrollo del niño, este fue un estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en Perú y publicado en el año 2015.

Estos autores tuvieron como objetivo principal determinar las características y creencias maternas relacionadas con el abandono de la lactancia materna exclusiva, y encontraron como conclusión general que las creencias inadecuadas de la madre influyen directamente en el abandono de la lactancia materna exclusiva. Encontraron que la principal razón por la cual las madres abandonaron la lactancia materna exclusiva fue la percepción de que el niño no se llenaba, seguido por la reincorporación al trabajo y en tercer lugar la percepción de no tener suficiente leche.

Lograron determinar entonces que los conocimientos deficientes generan percepciones y creencias inadecuadas y hacen que las madres abandonen la lactancia materna exclusiva, ya que dudan sobre la capacidad de la leche materna de llenar todas las necesidades de su bebé. Esto influye en los resultados finalmente obtenidos en el estudio, según los cuales se observa que la mayoría de las mujeres dieron lactancia materna exclusiva únicamente durante los primeros tres meses.

Así mismo, Borre et al (10) nos hablan del desconocimiento materno acerca de la importancia real de la lactancia materna exclusiva por al menos los primeros 6 meses del bebé, y de las consecuencias que significa no hacerlo de esta manera. El objetivo general del estudio que publicaron los autores en 2014 fue identificar si las madres de una localidad determinada de Santa Marta, Colombia, conocían los beneficios y consecuencias de la lactancia materna exclusiva. Este fue un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo que utilizó 90 madres que acudieron al centro de salud de la comunidad.

Estos autores encontraron que la escolaridad juega un papel fundamental en el éxito de la lactancia materna, porque a mayor escolaridad las madres presentan mayor adherencia a la lactancia materna, vieron también que esto se relaciona de alguna manera con las repercusiones que causa el embarazo en adolescentes, ya que las mismas cuentan con menos información, menos escolaridad por su edad, se ven más fácilmente influenciadas por los consejos de las personas a su alrededor y por lo tanto presentan más probabilidades de abandonar la lactancia materna prontamente.

Lograron identificar que en este caso un 85,6% de las entrevistadas manifestaron tener los conocimientos de la importancia de la lactancia materna, de la técnica adecuada de amamantamiento, de la duración ideal de la misma, beneficios y ventajas e incluso de las consecuencias de no amamantar. Los investigadores atribuyeron dichos conocimientos a la adecuada educación brindada en el centro de salud, así como al apoyo de sus familiares y la confianza propia, por lo que concluyeron que el impacto que produce la información durante el periodo prenatal y posnatal es muy beneficioso.

Es así como, en concordancia con los resultados obtenidos, destacaron la importancia de tomar en consideración siempre para hablar de lactancia materna exclusiva

aspectos demográficos, sociales, familiares y psicosociales en relación con la adherencia y/o abandono a las prácticas de lactancia materna, esto con el fin de establecer programas específicos para cada población y que aborden grupos de riesgo como lo son las adolescentes y las primigestas.

Por último, a nivel nacional, Gutiérrez y Marín (11), estudiaron en el 2017 el significado de lactancia materna y leche materna para las madres de una comunidad urbana y otra rural en Costa Rica, ellas realizaron un estudio cualitativo con diseño fenomenológico en el que participaron madres de dos comunidades, una rural (Golfito) y la otra urbana (Montes de Oca) en el que participaron madres que asistieron a consulta de crecimiento y desarrollo en el EBAIS.

Encontraron que tanto en zonas rurales como urbanas las madres le otorgan a la lactancia materna un significado positivo desde el punto de vista de acercamiento a su bebé y la importancia de poder ser la fuente de alimentos de su hijo o hija. Le otorgan además un componente divino, ya que creen que es una bendición y un regalo de Dios poder alimentar a su bebé y así crear un vínculo con él y favorecer la adaptación al ambiente familiar y al entorno social.

Lograron identificar que el significado que las madres le dan a la lactancia materna depende de sus experiencias personales, de la interacción con su familia y de la información que recibieron en los centros de salud durante el control prenatal. Además, logran determinar que los conocimientos que demostraron las madres con respecto a la comprensión de los componentes de la leche materna y a la diferencia entre leche materna y lactancia materna es muy básico y no logran determinar la diferencia entre ambos, lo que

atribuyen a que el mayor apoyo y orientación en este proceso lo reciben de sus familiares, lo que podría explicar la falta de especificidad en los conocimientos que manejan.

Asimismo, encontraron que la definición de lactancia materna exclusiva que manejan las madres de ambas comunidades no está acorde con la expuesta en el trabajo lo que demuestra que la noción de esta no es clara y esto podría dar al traste con la recomendación de dar únicamente leche materna a sus hijos hasta los seis meses de edad.

(11)

A continuación, con base en el estado de la cuestión antes establecido se plantea la justificación de las autoras para la escogencia del tema de investigación, así como para el establecimiento de los objetivos a seguir.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La lactancia materna es un tema que de primera mano puede considerarse sencillo por cuanto es un acto natural propio de la supervivencia, no obstante, si se reflexiona detalladamente acerca de las implicaciones que realmente conlleva la lactancia materna, es justo decir que el tema es más complejo de lo que en principio parece.

Dar del pecho, además de ser un acto natural entre los mamíferos, es una actividad que ha sido ampliamente estudiada entre los seres humanos y gracias a dichas investigaciones existe una seguridad comprobada de sus beneficios, entre ellos, disminuir en el niño los riesgos de morbilidad por enfermedades infecciosas, disminuir las hospitalizaciones por gastroenteritis, infecciones respiratorias y de oído, así como evitar tasas más altas de diabetes, obesidad y enfermedades dentales infantiles. De igual forma, la

lactancia materna tiene efectos beneficiosos para la madre, entre los cuales se encuentran la disminución del riesgo de sufrir cáncer de ovario, de mama y de padecer de diabetes.(2)

Como es conocido, la Organización Mundial de la Salud celebra la primera semana de agosto de cada año la semana de la lactancia materna: 170 países conmemoran la Declaración de Innocenti, elaborada en 1990 por las autoridades tanto de la OMS como de la UNICEF, para promover y proteger la lactancia materna y recordar que esta se recomienda de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad y como parte importante de la alimentación del lactante hasta los dos años de edad, complementada hasta entonces con alimentos inocuos al infante. Dicha celebración no solo recuerda y enaltece los beneficios de la lactancia materna y los conocimientos adquiridos respecto a ella hasta el momento, sino que promueve la investigación en el tema y la implementación de prácticas adecuadas de amamantamiento que mejoren la salud del binomio madre-hijo y prevengan enfermedades y mortalidades no deseadas.(5)

Rollins et al mencionan que existen razones que justifican la investigación y el mejoramiento de las prácticas en lactancia materna desde el punto de vista económico y de los cambios positivos que podría generar en los indicadores en salud: “El mejoramiento de las prácticas en lactancia materna pueden prevenir 823 mil muertes anuales en niños menores de 5 años y 20 mil muertes anuales en mujeres, causadas por cáncer de mama”(5) (p. 497). Además, existe una relación directa entre una lactancia materna prolongada -así sea durante los primeros 6 meses- y el aumento en el puntaje en el coeficiente intelectual de los niños (5) (p. 497).

Así mismo, la lactancia materna puede verse fácilmente reflejada en términos numéricos y económicos muy significativos, ya que se ha logrado comprobar que el no

amamantar puede significar pérdidas de \$302 billones al año aproximadamente, lo que significa un 0.49% del ingreso nacional bruto en todo el mundo. Se estima que las familias alrededor del mundo pueden llegar a gastar hasta \$54 billones al año en formulas infantiles. Además, debemos tomar en consideración las pérdidas millonarias que significa para un sistema de salud lidiar con un 45% de enfermedad y muerte en niños y niñas menores de 5 años que se han asociado con desnutrición, incluyendo una lactancia materna subóptima. (12)

Por otro lado, el mejoramiento de la lactancia materna va más allá de sólo los aspectos clínicos y cognitivos, puede tener también un gran impacto ambiental, ya que es un tipo de alimentación natural y completamente amigable con el ambiente, mientras que los sustitutos de esta requieren costos y materiales de manufactura, empaque y transporte, lo que claramente aumenta en gran medida el impacto para el ambiente (5): “Se estima que se necesita más de 4 mil litros de agua para producir sólo 1Kg de sustituto de leche materna. En USA, 550 millones de latas, 86 mil toneladas de metal y 364 mil toneladas de papel son usadas anualmente en el empaque de estos productos, mismos que terminan finalmente en los vertederos” (5)(p. 499). La leche materna al ser un tipo de alimentación naturalmente renovable se produce sin contaminación y es segura para el ambiente.

La lactancia materna es clave para el desarrollo sostenible, la World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)(12) evidencia en su folder de acción conmemorativo a la semana de la lactancia materna del 2016 los puntos primarios sobre los cuales se debe trabajar, es preciso que los gobiernos del mundo que trabajan en alianza con UNICEF busquen alcanzar para el año 2030 los 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) que además tienen concordancia con los ya conocidos Objetivos del Milenio (ODM). Estos

tienen como finalidad enfrentar las raíces de la pobreza y ofrecer soluciones de desarrollo humano, por lo que en temas de alimentación y nutrición la lactancia materna toma nuevamente un papel fundamental. “La seguridad alimentaria a través de la lactancia materna incluye un componente de protección invisible para el futuro desconocido. La leche materna es una manera asequible de nutrición y como tal, constituye una forma importante de reducir los efectos de la pobreza. (12) (p. 2).

Es evidente entonces que la lactancia materna constituye una forma eficiente de mejorar la salud de niños y la madre, combatir la pobreza y la malnutrición, prevenir enfermedades inmediatas y futuras en la díada madre-hijo, y en mejorar los índices de desarrollo de un país y así conjuntamente del mundo en el que vivimos. Son también reiterativos los objetivos que se persiguen en este ámbito, y no queda duda de la importancia de fomentar, mejorar, promover e impulsar actividades en pro de la lactancia materna.

Desde este contexto comunitario y con visión país desde el cual se aborda el tema es también sustancial recalcar la importancia que tienen las políticas e intervenciones de habilitación de una cultura de lactancia como tal, que apoye desde un punto de vista normativo y reglamentario a las madres que con la educación y la guía necesaria deseen amamantar, “Las intervenciones habilitantes funcionan al eliminar las barreras estructurales y sociales que interfieren con la capacidad de las mujeres de amamantar de manera óptima. Los ejemplos incluyen políticas o reglamentaciones sobre maternidad y lugar de trabajo para restringir la comercialización de sustitutos de la leche materna; seguro de salud u otros mecanismos de financiamiento para el apoyo a la lactancia; y certificación hospitalaria amigable para el bebé” (5) (p. 493).

Si los programas en los centros de salud y el apoyo familiar se ven acompañados de políticas que favorezcan ambientes de lactancia materna exitosa estos tendrán un mayor impacto ya que se crea un entorno de apoyo y de voluntad política que impulse a las madres y oriente de mejor manera sus redes de apoyo. Por lo que la elaboración de estudios que busquen clarificar los determinantes de una lactancia materna exitosa son un sustento importante para impulsar también estas políticas y sentar las bases de su relevancia.

Los objetivos en cuanto al abordaje de la lactancia materna no son sencillos de cumplir e implican muchas mejoras, aunque el amamantamiento es una práctica tan antigua como la humanidad misma, lograr su máximo aprovechamiento en el contexto del mundo actual es algo en lo que aún estamos debiendo. Este abordaje debe adaptarse a un universo cambiante, industrializado y cibernético, que camina a pasos agigantados y cada vez en un ambiente de mayor tecnología, donde nos corresponde a nosotros como personas, y con mayor razón a los que nos desempeñamos en el ambiente de la salud, recordar que existen componentes naturales y humanos que jamás se podrán sustituir y que recobran importancia desde el seno mismo del nacer y crecer como especie.

“A diferencia de otros animales, la lactancia es una construcción social y, por tanto, depende del aprendizaje, creencias, valores, normas y condicionantes socioculturales que evolucionan o involucionan al compás de los tiempos y de los individuos que los viven y configuran”(13). Resulta interesante comprender cómo un aspecto tan antiguo como lo es la lactancia materna debe responder a componentes y variables tan diversos para responder a los intereses de todos, dejando atrás las preconcepciones estereotipadas y equivocadas que tildan a la lactancia materna de fácil, innata y sin esfuerzo.

Lo cierto es, que la mayoría de veces lograr una lactancia exitosa no es sencillo para la madre y esto viene al traste con sus propias expectativas, con las expectativas de su familia y de su comunidad, con los objetivos del sistema de salud al que pertenecen, con los compromisos de gestión del sistema político al que están suscritas y con un descenso en las estadísticas en desarrollo humano que los grandes representantes de los países del orbe esperaban obtener al final del día en las convenciones sobre derechos humanos. Por lo tanto, brindar la atención correcta y establecer las intervenciones que promueven la lactancia materna exitosa, que sea efectiva tanto a corto como a largo plazo, es la base para la salud en la infancia, así como toda una estrategia de desarrollo global.

Observamos entonces que lograr una lactancia materna exitosa significa un esfuerzo y un aprendizaje tanto personal como colectivo, lo que lo vuelve muy delicado y complejo. Desde el punto de vista individual lidiar con las expectativas propias como madre es por sí mismo muy difícil, dar el pecho es quizá una de las actividades más representativas de lo que significa ser una buena madre. Llevar un recién nacido a casa es una gran responsabilidad y puede ser caótico: todo cambia, la dinámica familiar se ve alterada, la madre debe lidiar con las inseguridades y los cambios en su cuerpo y con la incertidumbre de poder suplir todas las necesidades de su bebé, por mencionar algunas de las situaciones que se presentan en este escenario. Comienzan a surgir los sentimientos de angustia sobre la alimentación del niño, y de ser capaz de abastecerlas únicamente con lactancia materna, concomitante al dolor que se puede presentar en pezones, espalda y/o cuello al utilizar técnicas inadecuadas.

La frustración, el dolor, los diversos y a veces contradictorios consejos de las múltiples personas a su alrededor, el sentimiento de incapacidad, el exceso de trabajo tanto

dentro como fuera de la casa, la falta de apoyo del sistema de salud por saturación de los servicios o por desconocimiento son sólo algunos de los factores que pueden influir en que no exista una lactancia materna exitosa y prolongada.

Es común que ante un ambiente de inseguridad la tendencia sea a buscar ayuda y consejos, sin embargo, deben estudiarse cuales son las mejores fuentes de conocimiento que se le pueden brindar a dichas madres en distrés, hablando estrictamente en términos de la veracidad y contenido de la información recibida.

Durante el inicio de la lactancia materna, en nuestro país y en el mundo, las mujeres reciben información de parte del personal de salud, especialmente en el ámbito intrahospitalario y algunas veces en los siguientes niveles de atención, pero es aún más común que las usuarias obtengan ayuda de sus esposos, madres, suegras, hermanas mayores, vecinas y otras personas que se sientan con mayor conocimiento que la nueva madre. Desde el punto de vista de la enfermería y la enfermería obstétrica se vuelve fundamental indagar el contenido de la información brindada por la familia, así como la fuerza y presión de la misma, en comparación con la influencia de lo que se enseña a las nuevas madres en los ámbitos de injerencia de la enfermería y del personal de salud.

La comparación entre la influencia de una variable y la otra es por sí misma un objetivo de investigación de gran importancia ya que permite, por un lado, conocer la extensión de la educación que la enfermería obstétrica está brindando respecto al tema de la lactancia materna, a la vez que permite a las enfermeras conocer la información que las madres reciben de su entorno. Es esencial indagar la influencia que los conocimientos brindados por la familia y otros actores de peso tienen en el éxito o fracaso del proceso de lactancia materna, como bien afirman Gorrita et al “...el eje de la lactancia materna exitosa

está en la madre, sus conocimientos al respecto, su convicción para lograrlo y el medio familiar y social que la rodea” (4) (p.138). Investigar al respecto desde la enfermería, además de permitir la comparación, lleva a gestionar nuevas acciones que permiten la mejora en el ámbito de la lactancia materna y la obtención de objetivos a nivel país, entre estas acciones se encuentran: incorporar los personajes que pueden influenciar a las madres a la consulta sobre lactancia materna, indagar sobre las fortalezas y dudas que todos ellos tengan y buscar la raíz de sus creencias, demostrar que estamos interesados en lo que es importante para ellos y no desmeritar la ayuda sino más bien guiarla y fortalecerla desde la información científica y veraz que caracteriza el saber, ser y hacer de enfermería.

La consultoría en lactancia materna brindada por enfermeras especializadas en obstetricia, ginecología y perinatología, es una forma de abrir nuevos horizontes a la obstetricia en Costa Rica, mucho más allá de la atención de partos y el abordaje hospitalario de las usuarias, es la fundamentación para mantener e incorporar nuevos especialistas en el primer y segundo nivel de atención, para así atender las necesidades de conocimiento y apoyo en lactancia materna de las mujeres embarazadas y de las personas que las rodean y aconsejan en el ambiente comunitario. Es nuestro deber como enfermeras y aún más, como enfermeras especializadas en la atención de la mujer embarazada, acercarnos a la mujer en estado de gravidez y a su entorno para convertir nuestro conocimiento en herramientas que ellas puedan utilizar con confianza y que mejoren su paso por la hermosa etapa de la lactancia materna, ayudando a responder inquietudes, superar dudas, deconstruir y construir conocimientos, fortalecer actitudes y promover la autoeficacia.

Analizar la influencia que tienen las creencias familiares en comparación con la influencia de la educación brindada por el profesional de salud sobre el éxito de la lactancia busca ahondar no solo en el conocimiento de las mujeres embarazadas sino de la familia que le acompaña y aconseja, esto con el fin de evidenciar las fortalezas y necesidades de dicha comunidad, así mismo permite conocer los alcances y limitaciones de la educación brindada por los profesionales de salud en el tema. Dicho conocimiento, desde nuestro punto de vista permite agrupar y tomar en cuenta las influencias positivas de ambas partes, así como conocer y abarcar las influencias negativas, impulsando así una atención de enfermería obstétrica que garantice una atención holística, inclusiva y participativa.

1.2.1 Pregunta Clínica

¿Cuál es la influencia que ejercen las creencias familiares sobre el éxito de la lactancia materna en comparación con la educación brindada por el profesional de salud?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

1. Analizar la mejor evidencia disponible sobre la influencia que ejercen las creencias familiares sobre el éxito de la lactancia materna en comparación con la educación brindada por el profesional de salud

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Indagar la mejor evidencia disponible que respalda la influencia que ejercen las creencias familiares sobre el éxito de la lactancia materna.
2. Indagar la mejor evidencia disponible que respalda la influencia que ejerce la educación brindada por el profesional de salud sobre el éxito de la lactancia materna.
3. Comparar los resultados obtenidos de la mejor evidencia científica disponible respecto de la influencia que ejercen las creencias familiares y la influencia que ejerce la educación brindada por el profesional de salud sobre el éxito de la lactancia materna, según la calidad metodológica de los estudios y grados de recomendación.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

2.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Para poder profundizar en el tema de la lactancia materna y la educación al respecto, es preciso establecer la misma como parte de un derecho, el cual se encuentra inmerso en los derechos de la salud sexual y reproductiva.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (14) establece que para contribuir con el cumplimiento de las metas derivadas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es preciso asegurar el acceso de la población a la salud sexual y reproductiva: se deben intensificar los esfuerzos por promover los derechos de la mujer, así como aumentar las inversiones en educación y salud, lo cual incluye la salud reproductiva y la planificación familiar, ya que dichas acciones son las que van a ayudar poco a poco a erradicar la pobreza extrema y el hambre.

“La Salud Reproductiva es un estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos” (14). De acuerdo con UNFPA(14) la salud reproductiva permite asegurar a las personas gozar de una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, así mismo brinda la facultad de decidir de manera libre si se desea o no tener hijos, cuántos hijos se desea tener y en qué momento; incluye también el derecho a recibir información y servicios adecuados que permitan prevenir embarazos no planeados y protegerse de infecciones de transmisión sexual. Así mismo busca garantizar que se brinde a las mujeres los cuidados requeridos durante el embarazo y el parto, así como la atención de las posibles complicaciones asociadas. En general, la salud reproductiva busca las condiciones de equidad necesarias para que las personas puedan tomar decisiones de manera voluntaria e informada, así como asegurar el derecho a la privacidad y a una vida libre de violencia y coerción sexual.

La Salud Sexual, por su parte es entendida como el proceso permanente de consecución del bienestar físico, psicológico y sociocultural en relación con la sexualidad como dimensión fundamental del ser humano (14). Entre las muchas acciones a concretar que se buscan con el conocimiento y respeto de la Salud Sexual y Reproductiva se encuentra una que atañe específicamente al presente trabajo, esta es velar por que todas las mujeres embarazadas tengan acceso a servicios de calidad obstétricos y de atención prenatal.

De acuerdo con Londoño (15) existen factores que entorpecen la vivencia de los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos se encuentran las creencias y prácticas discriminatorias, las creencias erróneas sobre la sexualidad y la reproducción, la escasa oportunidad de decidir sobre la vida sexual y reproductiva y de negociar comportamientos protectores con la pareja, la falta de información, educación y comunicación acerca de la sexualidad y la reproducción, y la deficiencia en el acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud sexual. Es por lo anterior que Londoño hace hincapié en la necesidad de doblar esfuerzos, tanto a nivel interdisciplinario como intersectorial para lograr contribuir con el diseño de difusión de políticas en la promoción y prevención de conductas sexuales saludables, contribuir en la reorganización de los servicios de salud sexual y reproductiva involucrando a todas las personas de acuerdo a su fase del ciclo vital, fomentar la igualdad entre hombres y mujeres, y contribuir desde el sector educativo a la difusión, información y formación de contenidos científicos acerca de la educación sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, niños, adolescentes y personas en general.

Los derechos sexuales y reproductivos están conformados por una larga lista de derechos humanos, la cual se encuentra en constante cambio y su establecimiento se vio

influenciado por la desigualdad de género en contra de las mujeres y gracias al aporte de varios documentos analizados a nivel mundial, entre los derechos sexuales y reproductivos se encuentran(16,17) :

- Derecho a tener una vida sexual libre, segura y placentera.
- Derecho a decidir si tener o no tener relaciones sexuales.
- Derecho a expresar y ser respetado por la orientación sexual y/o identidad de género.
- Derecho a que se respete la intimidad sexual y confidencialidad.
- Derecho a acceder a métodos anticonceptivos que se adapten a las necesidades y deseos.
- Derecho a decidir si se quiere o no tener hijos, así como el número y el espacio que transcurre entre cada uno.
- Derecho a decidir si conformar o no una familia y el tipo de familia que se desea.
- Derecho a obtener información clara, científica, objetiva y accesible sobre el cuerpo y la salud sexual y reproductiva.
- Derecho a acceder a servicios de salud sexual y salud reproductiva que se adapten a las necesidades.
- Derecho a recibir apoyo y que se realicen ajustes para poder tomar decisiones libres e informadas sobre el cuerpo, la sexualidad y reproducción.
- El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de los hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello.
- El derecho a alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva.

- El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación coerción ni violencia.

Los derechos sexuales y reproductivos se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y otros documentos de las Naciones Unidas, entre los cuales se encuentran los detallados en la siguiente figura (18):

Figura 1. Instrumentos jurídicos internacionales que hacen referencia a los derechos humanos vinculados a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva.

Instrumento jurídico internacional	Fecha
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)	1981
Conferencia de Viena	1993
Programa de Acción de Cairo	1994
Plataforma de Acción de Beijing	1995
Convención sobre los Derechos del Niño	1990
Convención Iberoamericana de los Jóvenes	2005
Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad	

Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica. Política Nacional de Sexualidad. I Parte. Marco Conceptual y Normativo de la Política 2010-2021. San José, Costa Rica.

Con la guía que brindan dichos instrumentos internacionales, la OMS(19) establece un enfoque estratégico para fortalecer las políticas y los programas de salud sexual y reproductiva, dicho enfoque considera a los sistemas de salud como los responsables de velar por el respeto efectivo de los principios éticos universales de los derechos humanos, las libertades individuales y la dignidad, dicho enfoque guía la elaboración y actualización de programas a nivel país.

En Costa Rica existe una normativa jurídica que protege los derechos en los ámbitos de la salud sexual y la salud reproductiva, establecida por el Ministerio de Salud,

el cual busca proteger los derechos de hombres y mujeres, así como su acceso a la obtención de lo mejor en cuestiones de salud sexual y reproductiva. "Es necesario señalar que el concepto de salud sexual y reproductiva lleva implícito el derecho de hombres y mujeres a información y acceso a métodos de elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia; así como el derecho de la mujer a tener acceso a servicios de salud que propicien embarazos y partos sin riesgo"(20). En Costa Rica las instituciones de salud velan por brindar una atención basada en los derechos humanos, los cuales incluyen los derechos sexuales y reproductivos, aplicando la normativa establecida por el Ministerio de Salud y con la protección de los derechos de la mujer asegurado por la intervención del Instituto Nacional de la Mujer.

2.2 LACTANCIA MATERNA

Los seres humanos se encuentran clasificados en el reino animal dentro de la clase mamíferos, esto por cuanto poseen todas las características determinantes de los mismos, entre ellas la habilidad de alimentar a sus crías con leche materna proveniente de las mamas de las hembras de la especie. La lactancia materna no es otra cosa que la norma biológica de alimentación de mamíferos, que incluye por supuesto a los seres humanos. Esto constituye un sencillo acto mecánico que se da gracias a un complejo sistema biológico que forma parte del proceso puerperal de la alimentación del recién nacido (21).

Para poder llevarse a cabo el proceso del amamantamiento en los seres humanos es precisa la existencia de una estructura reproductora accesoria llamada glándula mamaria, la cual en términos generales se compone de tejido glandular, tejido adiposo y tejido conectivo fibroso, los ligamentos hacen descansar la glándula mamaria sobre el músculo

pectoral mayor. Las características mamarias son muy variables, dependen de características individuales, raciales y genéticas, además varían de acuerdo con la edad y la paridad. (22)

Las glándulas mamarias están presentes en ambos sexos, pero en el hombre se mantienen rudimentarias, en la mujer su desarrollo se potencia durante la pubertad hasta desarrollar la estructura anatómica compleja de la que hablamos, sin embargo, su máximo desarrollo se propicia con el embarazo y principalmente en la etapa puerperal. La estructura histológica está compuesta por: un parénquima glandular compuesto de alvéolos y conductos, y un estroma de soporte.(22)

Se estima que cada glándula mamaria tiene de 9-12 lóbulos mamarios y cada uno de ellos tiene su propio conducto galactóforo que llega a la punta del pezón de manera individual; a su vez, cada uno de estos lóbulos tiene múltiples lobulillos y cada uno de estos están formados por 10 a 100 acinos o alvéolos. Las células alveolares son las unidades secretoras y cada una produce leche completa, esto quiere decir que son capaces de extraer y sintetizar del plasma sanguíneo los elementos necesarios para constituir la leche: proteínas, grasas, hidratos de carbono, anticuerpos, vitaminas, sales minerales y agua (22).

Con respecto a la fisiología de la lactancia materna, esta se divide en 3 procesos funcionales diferentes: Mamogénesis o desarrollo de la glándula mamaria, galactogénesis o producción y síntesis de la leche y galactopoyesis o mantención de la producción de la leche. Las cuales se explican a continuación: (22)

1. Mamogénesis: el desarrollo de la glándula mamaria inicia en la pubertad cuando se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovario, su

maduración está determinada por la secreción de estrógenos generada en el ovario, sumado a la hormona del crecimiento y a la insulina. El crecimiento de los alveolos está determinado por la secreción cíclica de progesterona y estrógenos. En la etapa gestacional la glándula mamaria se desarrolla a medida que el embarazo avanza, es así como en las instancias iniciales se observa una gran proliferación de los elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los acinos y por la formación de nuevos acinos. En la octava semana se pueden observar cambios más evidentes como aumento de tamaño, se sienten más pesados, se dilatan las venas superficiales y cambia la pigmentación del pezón y la areola.

La actividad secretora se inicia aproximadamente en la semana 20, y esta irá aumentando gradualmente hasta el final del embarazo. Las células mioepiteliales que rodean al alvéolo se alargan y adelgazan, formando una especie de red alrededor de cada acino. Además, durante la segunda mitad del embarazo se observa una infiltración de tejido leucocitario que forma un pre-calostro dentro de los alveolos.

Durante el embarazo no se producen grandes volúmenes de leche, ya que esta función está inhibida por los esteroides que produce la placenta, principalmente la progesterona.

En el pezón y la areola además de aumentar la pigmentación y aumentar de tamaño para favorecer la visualización por parte del recién nacido, se da un evidente cambio en la sensibilidad y protractibilidad. Las glándulas de Montgomery producen secreción sebácea con propiedades antibacterianas, lubricantes y odoríferas.

2. Galactogénesis (Etapa post gestacional): al eliminarse la placenta, los niveles de progesterona que inhibían la producción de leche disminuyen bruscamente y los conductos se llenan de calostro durante las primeras 30 horas posterior al nacimiento. El componente osmótico más activo de la leche es la lactosa y la síntesis de esta aumenta rápidamente en esta etapa por lo que ligeramente se producen grandes volúmenes de leche. El volumen de leche aumenta antes que la madre pueda percibirlo, y más bien se cree que el evento que la mayoría describen como “la bajada de la leche” es el momento en que se genera el cambio del control endocrinológico de la galactogénesis y pasa a ser un control autocrino, esto quiere decir que ya no dependerá de los niveles hormonales de la madre sino de la adecuada succión y remoción por parte del niño.

La producción de leche propiamente dicha se da de 2 a 5 días posterior al parto y depende de la adecuada mamogénesis, de la mantención de prolactina en el plasma sanguíneo y de la caída de los esteroides sexuales.

Se sabe que tanto los estrógenos como la progesterona inhiben la producción de leche, aunque es más claro el proceso de la progesterona, además las células receptoras de progestágenos desaparecen durante la lactancia, lo que explica por qué esta no causa inconvenientes una vez que esta ya está instaurada.

3. Galactopoyesis: es el proceso que mantiene la producción de leche una vez que la lactancia está instaurada, depende de dos factores principales: mantenimiento del ambiente hormonal en el plasma materno, tanto de la prolactina como de la oxitocina, así como de la remoción de la leche de la mama mediante la succión del bebé.

La prolactina es la hormona galactopoyética principal, pero está apoyada por otras hormonas como la insulina, cortisol, hormonas tiroideas, paratiroideas y hormonas de crecimiento y es importante mencionar que no requiere que sus niveles sean superiores a los de una mujer no embarazada, su rol es muy importante en el inicio de la lactancia, no así en la mantención de esta. Se observa que los niveles de prolactina aumentan con la succión del pezón durante el amamantamiento, pero se ha visto que los niveles necesarios para mantener la lactancia varían ampliamente en mujeres que amamantan, lo que dificulta llegar a un consenso. Por lo tanto, como medida general se recomienda para que se mantengan niveles elevados de prolactina, amamantar por lo menos 6 veces en el día y al menos 1 vez durante la noche.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y en Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que los bebés sean puestos al pecho materno durante la primera hora de vida y que se alimenten de manera exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses. Sin embargo, estiman que únicamente el 40% de los niños son alimentados con lactancia materna exclusiva y que únicamente el 44% son puestos al pecho durante la conocida “hora de oro”. (21)

El contacto directo piel con piel del recién nacido con su madre en la primera hora de vida y el inicio de la lactancia materna en este tiempo es muy importante y se ha visto que influye directamente en la supervivencia y el desarrollo del bebé. Se ha demostrado que los niños que no son puestos al pecho durante la primera hora y lo hacen de 2 a 23 horas después aumentan hasta un 33% las posibilidades de morir durante los primeros 28 días de nacidos. Además, se ha visto que la lactancia materna exclusiva durante los

primeros 6 meses de vida, así como de manera complementaria con otros alimentos saludables después de esta etapa contribuyen a prevenir la desnutrición, el hambre y la obesidad. (21)

La lactancia materna genera muchos beneficios, no sólo para el recién nacido y para su madre sino también a nivel social, en términos de salud pública y en términos económicos, no sólo en el ámbito familiar, sino para las finanzas de un país. “Según análisis realizados recientemente, el aumento de las tasas de lactancia materna podría aportar hasta US\$ 300 000 millones a la economía mundial cada año” (21) (p. 1).

El Ministerio de Salud de Chile, en su “Manual Operativo de Lactancia Materna: Acompañando tu lactancia” nos brinda la siguiente lista de beneficios y de riesgos que se pueden evitar gracias a la lactancia materna (23)(p.10):

Beneficios para el niño/a mientras recibe leche materna. Disminuye el riesgo de presentar:

- Diarrea, incluso 2 meses post destete.
- Otitis media aguda y recurrente.
- Infecciones respiratorias altas y bajas.
- Bronquiolitis por VRS grave.
- Mortalidad por neumonía y por causas generales.
- Hospitalizaciones por IRA baja.
- Síndromes febriles.
- Caries en el menor de 1 año.
- Enterocolitis necrotizante.
- Muerte súbita.

Beneficios para el niño/a que persisten en el tiempo luego del destete:

- Menor riesgo de malocclusión.
- Menor prevalencia de obesidad.
- Disminución del riesgo de leucemia.
- Mejor desarrollo psicomotor, cognitivo y académico.
- Facilita el vínculo madre-hijo/a.
- Disminución del riesgo de DM2 a lo largo de la vida.
- Protección contra enfermedades crónicas: hipertensión, dislipidemia y DM2.
- Disminución riesgo enfermedad celíaca y otras enfermedades inflamatorias intestinales.
- Posible efecto protector en salud mental (autismo, déficit atencional) y alteraciones conductuales.

Beneficios para la madre:

- Disminución del sangrado postparto e involución uterina más rápida.
- Facilita la recuperación del peso pre gestacional.
- Disminuye el riesgo de cáncer de mama premenopáusico y de ovario (beneficio comprobado por al menos un año de lactancia acumulada en la vida).
- Disminuye el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, HTA, dislipidemias y enfermedad cardiovascular.
- Menor riesgo de artritis reumatoide y esclerosis múltiple.

Beneficios para la familia

- Es económico, práctico e higiénico.
- Ayuda en la planificación familiar.
- Menor riesgo de abuso y negligencia materna.

Beneficios para la Sociedad

- Población más sana: mayor desarrollo, productividad y satisfacción
- Cuida el medio ambiente: no se generan residuos ni basura

La leche materna es un alimento considerado natural y renovable, es amigable con el medio ambiente y es seguro, el producto es entregado directamente al consumidor, por lo que no hay contaminación, no requiere empaque ni basura asociada, no requiere energía para la manufactura, transporte y por lo tanto no deja huella de carbono, aspectos que sí intervienen en la producción de fórmulas (24).

Lo anterior nos permite observar cómo la lactancia materna es más que un proceso biológico, es una actividad que se encuentra inmersa en un contexto personal, social, familiar, económico y político, por el cual se puede ver influenciado y al cual puede beneficiar, esto convierte la promoción de la lactancia materna en un objetivo de la salud pública.

En el año 1989 se establecieron los 10 pasos hacia una feliz lactancia natural que pretendían proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología. Sin embargo, con el paso de los años se vio que se requerían ciertas modificaciones, ya que siempre hay que darles paso a las mejoras basadas en los estudios y las evidencias, por lo que la OMS y la UNICEF (2018), presentan la versión actualizada de los mismos: (21) (p. 8):

Diez Pasos hacia una feliz lactancia natural (revisión 2018)

Procedimientos de gestión fundamentales:

1. a. Aplicar plenamente el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones conexas de la Asamblea Mundial de la Salud.
 - b. Adoptar una política sobre alimentación del lactante, formulada por escrito, que sistemáticamente se ponga en conocimiento del personal sanitario y de los padres.
 - c. Crear sistemas de seguimiento permanente y de gestión de datos.
2. Velar por que el personal cuente con los conocimientos, las competencias y las aptitudes necesarias para garantizar el apoyo a la lactancia natural.

Prácticas clínicas esenciales

3. Explicar a las mujeres embarazadas y a sus familias la importancia de la lactancia materna y su práctica.
4. Favorecer el contacto epidérmico inmediato e ininterrumpido entre el recién nacido y la madre, y ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna lo antes posible tras el parto.
5. Ayudar a las madres a iniciar y mantener la lactancia materna y a afrontar las dificultades más frecuentes.
6. No dar a los recién nacidos ningún alimento líquido que no sea leche materna, salvo por indicación médica.
7. Facilitar que la madre y el recién nacido permanezcan juntos y se alojen en la misma habitación las 24 horas del día.
8. Ayudar a las madres a reconocer los signos de hambre del recién nacido y a actuar en consecuencia.

9. Asesorar a las madres sobre el uso y los riesgos de los biberones, las tetinas y los chupetes.
10. Coordinar el alta hospitalaria de forma que los padres y el recién nacido sigan teniendo acceso a los servicios de apoyo y a asistencia cuando lo necesiten

La guía hace una distinción entre los primeros dos pasos y sus subsecuentes, ya que los primeros están orientados, en términos muy generales, a la gestión necesaria para garantizar la aplicación de los siguientes. Así mismo, se avoca, a diferencia de los originales, a una cultura de información para las madres y la familia gestante, para que puedan tomar decisiones informadas de lo que más conviene a cada bebé en cada situación particular. En general estos diez pasos establecen las normas para la prestación de atención clínica a las madres y los lactantes.

Resalta la importancia del seguimiento posterior al egreso hospitalario, ya que el tema de la llegada a casa puede ser difícil de afrontar, genera dudas y frustraciones que si no son bien conducidas podrían repercutir de manera infranqueable en el éxito de la lactancia materna, por lo que el último paso, es de los más importantes y debe contar con un grado de eficiencia superior.

2.3 CONCEPTO DE FAMILIA

Cada familia es única, esto debido a la confluencia de diversos aspectos a su naturaleza, como lo son el aspecto histórico, político, socio-cultural y el desarrollo psicoafectivo de sus miembros, además varía según las relaciones, los roles, el número de personas, la manera en que se organizan y las actividades y trabajos que realizan. (25)

El Diccionario de derecho de De Pina define a la familia como “el grupo de personas entre quienes existe un parentesco de consanguinidad por lejano que fuere”(26), así mismo, se ha definido familia como un conjunto de individuos viviendo en un mismo hogar o alrededor de un mismo lugar, lo cual le brinda al término una amplia cobertura conceptual mas no se ajusta a las nuevas realidades que impone la globalización con sus características migratorias y de movilidad de sus integrantes (25). De acuerdo con Oliva y Villa (25) la familia no puede ser estudiada como una institución inmutable y tradicional, sino que debe ser considerada según las nuevas dinámicas, por ejemplo, si bien la familia se ha presentado unida a la institución del matrimonio, lo que le atribuye estabilidad social y legal, existe y ha existido por mucho tiempo la familia no matrimonial. Los sociólogos definen a la familia como un grupo caracterizado por una relación sexual suficientemente definida y permanente para promover a la procreación y educación de sus descendientes, así como una agrupación relativamente permanente y socialmente autorizada de padres e hijos.

La definición de Gustavikno, citada por Oliva y Villa (25) establece que la familia provee a la comunidad de sus miembros y los prepara para que cumplan su papel social satisfactoriamente, siendo así el canal de transmisión de valores y tradiciones de una generación a otra.

Oliva y Villa mencionan que para comprender a la familia se debe estudiar la misma desde un punto de vista fenomenológico holístico que revele su verdadera identidad, dinámica y desarrollo, por lo que se debe incluir todos los aspectos que separadamente son objeto de estudio por cada disciplina, a continuación se enuncian los

fines de la familia según los conceptos biológico, psicológico, sociológico, económico y legal (25):

Fines de la familia desde el concepto biológico:

- La multiplicación con la correspondiente adición de nuevos individuos a la sociedad.
- Generar en la pareja el estadio de total goce de sus funciones sexuales.
- Proporcionar a los hijos un concepto firme y vivencial del modelo sexual, que les permita a futuro en su vida, hacer identificaciones claras y adecuadas de sus roles sexuales.
- Perpetuar la especie humana en el tiempo y espacio.

Fines de la familia desde el concepto psicológico:

- Proporcionar a todos y a cada uno de sus miembros, seguridad en el campo afectivo.
- Preparar a sus integrantes para el desarrollo de procesos adaptativos.
- Crear hábitos cotidianos y de manejo conductual con responsabilidad.
- Manejar bajo esquemas adecuados las crisis, angustia y en general las emociones y frustraciones, a través del autocontrol.
- Dirigir el desarrollo personal hacia la independencia.
- Canalizar energías y manejar impulsos, la violencia y autoritarismo.
- Proteger a todos sus miembros y prepararlos para la independencia a través de la educación y el respeto.

Fines de la familia desde el concepto sociológico:

- Perpetuar costumbres, cultura e identidad social.

- Reconocer y respetar la autoridad.
- Educar en el lenguaje y en la comunicación escrita, así como el uso del diálogo y en general de la comunicación como medio de solución de conflictos.
- Respetar las normas de social convención y las particulares de cada núcleo familiar.
- Crear una identificación y seguimiento de roles y modelos de conducta social.
- Crear redes familiares y sociales de acompañamiento y desarrollo social.
- Formar parte integrante del grupo social básico.

Fines de la familia desde el concepto económico:

- Dar a todos y a cada uno de sus miembros seguridad económica.
- Dotar a todos sus integrantes de los elementos materiales mínimos necesarios para suplir sus necesidades básicas.
- Crear una cultura económica de ahorro y manejo de capital, que le permita subsistir y propender constantemente por su desarrollo económico.
- Preparar a cada individuo para su independencia económica.
- Enseñar el uso y manejo de la moneda y el diseño de estrategias económicas.

Fines de la familia desde el concepto legal:

- Crear hábitos de autocontrol y de reconocimiento de roles, normas y autoridad.
- Respetar reglas y normas producto de las convenciones sociales y particulares.
- Reconocer los acuerdos y roles de los padres e hijos entre sí y con el contexto, en la esfera de la mutua responsabilidad.
- Diferenciar y respetar los derechos de todos los miembros de la familia y de la sociedad, haciendo distinción entre los miembros por edad, funciones, ubicación e intereses.

- Identificar y cumplir los deberes que les corresponden a sus miembros en su contexto.
- Asumir la comunicación como principal herramienta de prevención y manejo o solución de conflictos.

Las anteriores funciones, entre otras, son cargos que la familia cumple de manera directa e indirecta aún sin conocer estrictamente su definición ni función, por lo que es importante concebir a la familia como un grupo social básico que idealmente proporciona a todos sus miembros cuidados, protección, compañía, seguridad y socialización.

Oliva y Villa establecen una definición de la familia más acorde con la globalización: “La Familia es el grupo de dos o más personas que coexisten como unidad espiritual, cultural y socio-económica, que aún sin convivir físicamente, comparten necesidades psico-emocionales y materiales, objetivos e intereses comunes de desarrollo, desde distintos aspectos cuya prioridad y dinámica pertenecen a su libre albedrío: psicológico, social, cultural, biológico, económico y legal” (25). Dicha definición busca romper con el esquema tradicional de la familia, desligándola de la concepción religiosa y matrimonial y estableciéndolo como una institución de orden universal y social.

La familia costarricense se encuentra inmersa en dicha pluriculturalidad y heterogeneidad antes descrita y por ende la atención de su salud debe tomar en cuenta los factores que la influyen. Las mujeres embarazadas, problema de estudio de la presente investigación viven dentro de un núcleo familiar y por ende sus decisiones se van a ver afectadas por las relaciones familiares.

Es importante conocer que la familia costarricense, a la que pertenecen las mujeres gestantes del país, cuenta con una gran herramienta que puede utilizar en toda ocasión

referente a la salud y que brinda un apoyo a lo largo del embarazo, este es, el sistema de salud costarricense, el cual se detalla en el siguiente apartado.

2.4 CREENCIAS Y COSTUMBRES

Los seres humanos somos y nos distinguimos de muchas otras especies de animales, como seres sociales, inmersos y desarrollados de forma inherente en una cultura. Desde el nacimiento pertenecemos a algo: un grupo de personas a las que llamamos familia y un grupo aún mayor a quienes llamamos comunidad, esas personas tienen una idea de sí mismos, del papel que desempeñan en sus casas, en sus trabajos, en sus entornos religiosos, y de las ideas, credos y formas de realizar todas y cada una de sus funciones, que a lo largo de sus vidas han logrado extraer de toda esta interacción. Es, por lo tanto, imposible que aquel que nazca en un lugar determinado, escape de esta avalancha de aspectos económicos, sociales y culturales que se le viene encima (27).

Las creencias son, de acuerdo con Díez (2017), verdades subjetivas, la convicción de que algo es de determinada manera, y no pueden confundirse con verdades absolutas u objetivas, ya que en una creencia el sujeto no se relaciona específicamente con la realidad sino con la representación mental que se hace de ella, de forma que puede coincidir con la versión objetiva de la misma, pero puede que no sea así (27). Por lo tanto, en una creencia o en la costumbre de realizar una actividad de una manera determinada puede haber diferentes grados de acercamiento a la verdad, pero este acercamiento está siempre determinado por la representación y la imagen que la persona ha creado basado en experiencias anteriores y la relación que se haya tenido anteriormente con este objeto.

Díez (2017), explica que todo conocimiento tiene un componente de creencia ya que, aunque se trate del estudio de un evento o un objeto desde el punto de vista

estrictamente científico, el conocimiento exige una relación entre el sujeto y el objeto y esto hace que se agregue automáticamente el factor de creencia (27). Así pues, la idea sobre algo o cómo algo sucede o debe realizarse será muy diferente de persona a persona y es así como la herencia cultural constituye en esencia el modo en que el sujeto aprehende la realidad.

Por lo tanto, los conocimientos que los seres humanos vamos adquiriendo a lo largo de nuestras vidas no pueden desligarse de la socialización, de modo que es indispensable saber que cada persona adaptará aquello que aprende a su realidad social, a su entorno familiar y a aquellas situaciones que reconoce como propias, como suyas. Esto es porque como lo explica Díez, las creencias son ideas ya asumidas por una sociedad determinada, sin importar, como ya hemos explicado, el grado de verdad con el que cuentan (27).

Las creencias constituyen por lo tanto una parte tan inherente al ser humano que la mayoría de las veces ni siquiera pensamos en ellas, sino que únicamente son parte de cada persona y están ahí sin que analicemos si lo que está sucediendo o la forma en la que nos desempeñamos en cierta actividad es así realmente, porque es la mejor manera de hacerlo o porque tenemos la creencia de que así se hace, así nuestros comportamientos se llevan a cabo de manera automática teniendo siempre las creencias en cuenta. Podemos decir, además, que las creencias y costumbres son construcciones paulatinas y prácticamente inconscientes y las vamos acompañando de manera consciente con aprendizaje e ideas nuevas.

Existe entre el individuo y la creencia un vínculo que justifica las acciones y causa los comportamientos, siendo este tan profundo que una creencia inculcada en los primeros años de vida, cuando el cerebro es más impresionable, llega a tener prácticamente la

naturaleza de un instinto, ya que se integran a esquemas y/o conceptos que se mantienen como verdaderos frente a las contradicciones causadas por la razón, el tiempo, la enseñanza o la experiencia (28).

2.4.1 Creencias sobre Lactancia Materna

Como se mencionó anteriormente, Díez nos explica que una creencia no es una idea que el sujeto tiene, sino algo que ya adoptó como propio a través de su proceso de aprender su realidad, así que no es algo que se piensa simplemente sino algo que se es, ya que no son sólo ideas aisladas sino el producto de un largo camino de socialización y constructos tanto personales como comunitarios (27). Vemos, además, que las creencias llegan a ser tan propias de cada ser humano que no se piensan, no se analizan y pueden alcanzar un significado tan profundo como el de un instinto.

Por lo tanto, es bastante fácil vislumbrar la importancia que tiene el tema de las creencias en la lactancia materna, al cual por muchos años se le ha dado la característica de instinto, y aunque ahora sabemos que no es así, y que la educación en lactancia materna mejora todo el proceso, dar por sentado el tema precisamente bajo un amplio sistema de creencias, ha sido lo común.

Todo el período de embarazo, parto y posparto es uno de los hechos más estudiados en la medicina moderna, es en esencia un proceso biológico por sí mismo, es el inicio de la vida, pero es esta misma característica la que la hace competencia de cada cultura sobre la tierra, y por lo tanto un hecho social y biográfico, ligado a creencias, costumbres y experiencias que datan del inicio mismo de la humanidad.

Gil y Solano (2017), explican que la lactancia materna viene acompañada de cambios tanto físicos como psicológicos, de nuevos sentimientos, sensaciones, deseos y además dificultades y problemas. Es un hecho demasiado complejo, ya que podría parecer un momento muy íntimo entre la madre y su hijo, pero al mismo tiempo expone a la madre a lo que la sociedad, su pareja y su familia esperan de ella, la madre se encuentra naturalmente expuesta al juicio y mirada de todas las partes (29).

Es común que las madres reciban consejos y recomendaciones de las personas a su alrededor para lograr una lactancia materna exitosa, además de traer consigo las expectativas que ellas mismas han creado para su lactancia y los pensamientos que desde niñas crearon alrededor de este momento y de como deberían suceder las cosas, lo que creyeron que pasaría, aunque como ya se ha descrito, esto no siempre se acerca completa y objetivamente a la verdad. Por lo tanto, un adecuado asesoramiento debe tomar en cuenta todos estos factores, tanto biológicos como culturales para lograr disminuir el estrés, mejorar el bienestar del bebé y aumentar la satisfacción de la madre.

El éxito de la lactancia materna exclusiva va a depender en gran medida del apoyo recibido durante los primeros días tras el parto, de experiencias anteriores y de la información recibida. Y aunque la familia es para ellas su principal fuente de apoyo, la figura de la enfermera cobra importancia no solo como agente de salud, contribuyendo a la mejora física de madre e hijo, sino también como facilitadora del contexto psicosocial adecuado a las necesidades de las madres y sus hijos. (29)

La lactancia materna es uno de los mayores retos para los facilitadores de la atención obstétrica y perinatal, al estar condicionada por factores psicológicos, biológicos, culturales, sociodemográficos, económicos y genéticos.

El profesional debe conocer la cultura, valores, creencias y necesidades de la población a la que atienden, tomando en cuenta al individuo, familia y comunidad, y sus características socioculturales, ya que una educación excepcional pero que no tome en cuenta estos factores, puede verse estropeada con mucha facilidad por consejos no tan certeros o veraces, pero provenientes de una voz más familiar y que le resulte a la madre más confiable.

Conocer los valores, creencias y prácticas de la población que se atiende a la hora de planificar el proceso de atención de enfermería puede determinar el éxito de la intervención, y debe contemplar cuidados culturalmente competentes con una perspectiva integral y un enfoque transcultural que mantenga un equilibrio entre la objetividad de las metas que se persiguen y la subjetividad propia de cada individuo y su entorno.

2.5 SALUD Y ENFERMERÍA EN COSTA RICA

2.5.1. Sistema de Salud de Costa Rica

El sistema de salud en Costa Rica es motivo de orgullo para los propios y de envidia para los foráneos, se empezó a forjar en 1961 cuando se comenzó a materializar la idea de la universalización de los servicios de salud en el país. En los años noventa el país había logrado abarcar al 90% de la población, y aún en la actualidad cuando muchos países no han logrado alcanzar la universalidad de sus servicios de salud, Costa Rica lleva 20 años de mantener el sistema que consolidó hace ya tiempo. (30)

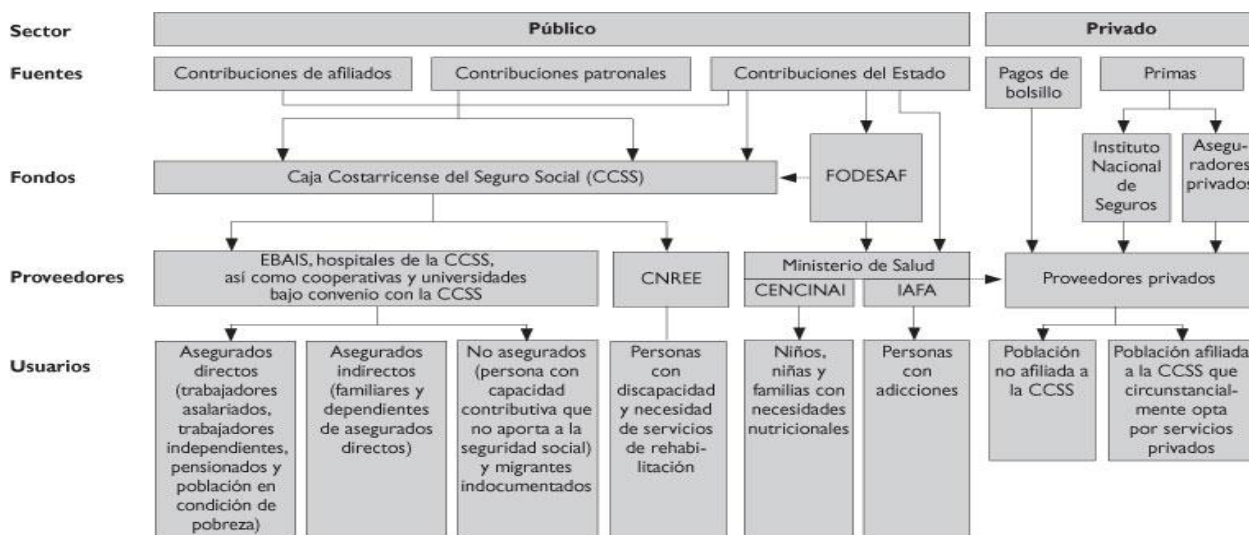
El sistema de salud de Costa Rica está compuesto por el sector público, el sector privado y de alguna manera un no muy definido sector mixto, sin embargo, es el sector público el que lleva el mayor peso de la salud del país ya que cuenta con el grueso de las

instituciones dedicadas a esto, y por estar basado en la seguridad social, se ocupa de una amplia mayoría de la población, por lo que también es el principal empleador para los profesionales de la salud en el país.

La atención pública en salud está dominada en Costa Rica por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Salud es el ente rector de esta institución así como de otras instituciones que se encuentran adscritas al mismo como los son los Centros de Educación y Nutrición (CEN), los Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINAI) y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), quienes atienden a poblaciones con carencias nutricionales y problemas de adicción a sustancias psicoactivas, respectivamente. (31)

Haciendo referencia al sector privado, existe una gran gama de consultorios médicos dedicados a la atención privada, además de compañías de seguros, existen cooperativas que ofrecen servicios a la CCSS, empresas de autogestión, así como clínicas y hospitales de carácter completamente privado. Por último, el Instituto Nacional de Seguros (INS), tanto a nivel público como privado, cubre riesgos laborales y de accidentes, tanto la atención hospitalaria como la rehabilitación traumatológica. Sin embargo, el personal que labora para ellos no es contratado por el estado (31). La siguiente imagen resume la organización y distribución de las principales instituciones que brindan servicios de salud en Costa Rica:

Figura 2. Organización y distribución de las principales instituciones que brindan servicios de salud en Costa Rica



Fuente: Sáenz R, Bermúdez J, Acosta M. (2010)

CENCINA I: Centros de Educación y Nutrición (CEN) y Centros Infantiles de Nutrición y Alimentación (CINA I)

CNREE: Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial de Costa Rica

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud

IAFA: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia

INS: Instituto Nacional de Seguros

El sistema de salud de Costa Rica presta servicios de salud, agua y saneamiento. El componente de servicios de salud incluye un sector público y uno privado. El sector público está dominado por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), institución autónoma encargada del financiamiento, compra y prestación de la mayoría de los servicios personales de salud. La CCSS se financia con contribuciones de los afiliados, los empleadores y el Estado, y administra tres regímenes: el seguro de enfermedad y maternidad, el seguro de invalidez, vejez y muerte, y el régimen no contributivo. La CCSS presta servicios en sus propias instalaciones o en instalaciones del sector privado con las que establece contratos denominados "compromisos de gestión". El sector privado comprende una amplia red de prestadores que ofrecen servicios ambulatorios y de especialidad con fines lucrativos. Estos servicios se financian sobre todo con pagos de bolsillo, pero también con primas de seguros privados. El Instituto Nacional de Seguros opera tanto en el sector público como en el privado, siendo responsable de las coberturas de los riesgos laborales y de tránsito, y de otorgar servicios médicos hospitalarios y rehabilitación traumatológica relacionados. El Ministerio de Salud (MS), por su parte, cuenta con una dirección especializada en salud pública que se apoya en una red de unidades operativas en los niveles regional y local, encargada de la vigilancia y control epidemiológicos. El MS es también el rector del sistema, siendo responsable de la dirección política, la regulación sanitaria, la atención a la salud, la vigilancia epidemiológica, el direccionamiento de la investigación y el desarrollo tecnológico.

Fuente: Sáenz M, Acosta M, Muiser J, Bermúdez J. *Sistema de salud de Costa Rica. Salud Pública Mex.* 2011;53(2):s156-67

Con respecto a la atención que brinda la CCSS, institución que finalmente se encarga de la mayor parte de la atención sanitaria en el país, esta se organiza de acuerdo con la capacidad resolutoria en cada nivel, siendo el primero el de resolución inicial y comunitaria donde se encuentran los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), los cuales atienden poblaciones de hasta 4500 personas o más, esto en conjunto con algunas clínicas periféricas y clínicas desconcentradas de atención ambulatoria. (31)

En el segundo nivel de atención se encuentra una red de mayor resolución en problemas más especializados, ya que cuenta con hospitales periféricos y hospitales

regionales en donde se ofrecen: internamientos cortos, consulta externa especializada, resolución quirúrgica básica, atención de urgencias, y apoyo diagnóstico.

Por último, el alto nivel de especialización tanto quirúrgico como de internamiento lo tiene a cargo el tercer nivel de atención que está constituido por los grandes hospitales nacionales (31).

Los profesionales de enfermería se desempeñan tanto en el ámbito privado como público y laboran en diferentes ámbitos en los distintos niveles de atención en Costa Rica, muchos de ellos en atención directa de la mujer en su proceso de embarazo, labor y parto y postparto, por lo que se hace preciso evaluar la posible intervención que tengan en la promoción de la lactancia materna.

2.5.2 Profesionales de Enfermería

En términos muy generales podemos decir que la enfermería ha existido siempre, no del modo en el que la concebimos en la actualidad, pero sí desde el concepto esencial de la misma, ya que como sabemos el objeto de estudio de la enfermería es el cuidado y siempre han existido personas que no pueden cuidar de sí mismas, así como quienes por lo tanto, se ocupan de estas labores, aunque estas no se relacionaron en primera instancia directamente con la definición de enfermería, lo que se puede considerar una “etapa doméstica del cuidado”. (32)

El proceso de salud-enfermedad dio origen a la forma en la que se desarrollaron a través de los años las profesiones del área de la salud, ya que los profesionales de la salud surgieron como una respuesta a las necesidades de salud y tratamiento y cuidado de la enfermedad de cada época. En relación con lo anterior, podría considerarse predecible que la enfermería haya nacido de la mano de figuras religiosas, ya que la enfermedad en épocas

antiguas se vio siempre fuertemente vinculada a aspectos divinos y sobrenaturales. Era común que las enfermedades y el temor a lo desconocido fueran vistos como castigos por conductas humanas y por lo tanto la atención y cura de las mismas se atribuyera a personas que estuvieran conectadas con los dioses y a quienes se les atribuía poderes divinos (32).

Otro aspecto fundamental en el origen de la enfermería es el razonamiento que nos explica por qué es la mujer la que se ligó con más fuerza desde tiempos antiguos y hasta la actualidad a la profesión, esto tiene un esclarecimiento más bien simbólico, al ser el parto el pilar fundamental para la supervivencia de la especie, que al fin y al cabo es el fin último de la humanidad, es la mujer la encargada de los cuidados que todo este proceso conlleva, lo que fundó las bases de la posterior división sexual del trabajo. “En esta estructura elemental de convivencia, la persona que se va a encargar de satisfacer las necesidades de mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar del grupo es la mujer. Son las mujeres las que desarrollan la práctica del cuidado a través de la higiene, el vestido, la alimentación y todo lo que favorezca el bienestar...va a permanecer más tiempo en el poblado ocupándose también de cuidar a los heridos y a los enfermos” (32) (p. 6).

No obstante, los primeros registros escritos de lo que se conoció como la etapa preprofesional de la enfermería se encontraron en los primeros monasterios, donde surgieron en apariencia los primeros programas formativos para desarrollar un cuerpo teórico de conocimientos. Los monjes ayudaron mucho en el proceso por ser eruditos, bibliotecarios y maestros. “En 1269, aparece el libro de Humberto de Romans *De Officiis Ordinis Praedicatorum*, transcrito posteriormente en Roma en 1989. El libro en el capítulo N°27, define el oficio del enfermero y describe con gran amplitud la figura de dicho profesional” (33) (p. 570).

Aunque en algún momento la enfermería tuvo más autonomía, ya que dependía más de administradores y no tanto de médicos, no cabe duda que el desarrollo y conocimiento de la misma estuvo siempre muy ligado al ámbito hospitalario, ya que fue en este donde se escribieron la mayor cantidad de reglamentos que fueron poco a poco realizando una descripción de la práctica de la enfermería en estas instituciones, la mayoría de orden religioso como los Hermanos de San Juan de Dios, los Religiosos Camilos, las Hijas de la Caridad, los Hermanos Obregones y los religiosos Belemitas. (33)

Posteriormente fue en el siglo XVIII que un médico, Sir Henry W. Acland en 1860, habló por primera vez de una licenciatura en enfermería; ya para esta época los médicos habían tomado el control de los hospitales y habían comenzado a dictar nuevas reglas y estructuras organizacionales, por lo que la enfermería había quedado completamente subordinada a la medicina. Sin embargo, no fue hasta finales del siglo XIX y con más fuerza en el siglo XX que se empieza a hablar de la etapa profesional de la enfermería. (33)

Florence Nightingale es considerada la madre de la enfermería moderna, ya que fue la primera en realizar una serie de observaciones que la llevaron a reconocer el valor del cuidado. Posteriormente, casi un siglo después, los aportes de otras teorizantes en enfermería como Hildegard Peplau (1952), Virginia Henderson (1948) y Vera Fray (1953), enriquecen el conocimiento en enfermería e introducen el concepto de proceso en enfermería. Se crearon posteriormente grupos de estudios como el Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), que es la utilizada en la actualidad en el quehacer diario de la enfermería.

En la actualidad las enfermeras y enfermeros se desempeñan profesionalmente en la atención de usuarios que requieran asistencia según sus necesidades de autocuidado, y sus áreas de labor son amplias y continúan extendiéndose cada día.

La atención de la mujer durante su periodo de embarazo, parto y postparto es realizada en Costa Rica por diferentes miembros del equipo de salud. En el seguimiento y cuidado de las mujeres en estado de gravidez se incorporan médicos, enfermeras, médicos especialistas, enfermeras especialistas, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y otros, según los requerimientos de cada caso especial, la zona donde se brinden los cuidados y los gustos de la familia gestante en el caso de la medicina privada.

Las enfermeras especializadas en los cuidados de la mujer gestante son las enfermeras obstetras, quienes realizan una gran labor y han ayudado desde años atrás a disminuir las tasas de mortalidad materna y neonatales; como entes que velan por que las mujeres reciban el mejor cuidado posible en su embarazo y postparto son parte importante de las campañas de educación y apoyo en lactancia materna.

2.5.3 Profesionales de Enfermería con Especialidad en Obstetricia, Ginecología y Perinatología

Tanto en instituciones públicas como privadas se pueden identificar múltiples disciplinas dedicadas a la atención en salud. La transformación de los sistemas de salud en el país ha venido en aumento con el pasar de los años, ofreciendo áreas cada vez más variadas, específicas y personalizadas al tipo de cuidado que las personas en un mundo tecnológico buscan y requieren, por lo que es fácil darse cuenta de que el antiguo hospital que contaba únicamente con personal médico y de enfermería no es el escenario actual, ya que se pueden observar profesiones y tecnicidades muy concretas que forman parte del

ambiente hospitalario actual; cada una de estas tiene su campo de acción y áreas de conocimiento.

La atención obstétrica por supuesto no es la excepción, por el contrario, involucra momentos muy íntimos pero que pueden ser también muy estresantes y tensos, comprende vidas, emociones, recuerdos, es una de las ramas de la salud más delicada, más extensa, más diversa. Esto ha provocado que se haya diversificado, tanto profesionalmente hablando como desde el punto de vista no profesional.

La atención obstétrica en Costa Rica surgió como una necesidad sanitaria de la época, producto de una lucha de ideologías y de poder entre las prácticas médicas y las fuerzas políticas, ya que eran tiempos donde la medicina estaba teniendo mucho auge, pero existían de manera muy fuerte en los pueblos, sobre todo los más pobres, las prácticas de curandería y partería. (34)

Esquivel y Benavides(34) detallan en su relato acerca del surgimiento de la Escuela de Obstetricia en el mapa social de Costa Rica, que al inicio únicamente existía un protomedicato como la única entidad que dictaba alguna normativa en lo referente a la salud pública, sin embargo, se dieron cuenta que resultaba insuficiente para regular las prácticas de curandería y partería, por lo que la necesidad política y sanitaria de reformar las regulaciones en este sentido, fue prioritaria. Por lo que, en 1895, se transforma el protomedicato en la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia y nace con ella la Revista Gaceta Medica que llevaba a cabo publicaciones que evidenciaban las necesidades y requerimientos de la época en materia de salud pública. (34)

Esquivel y Benavides relatan mediante su investigación que la Revista Gaceta Medica dejó en evidencia varios aspectos que no tardaron en hacer eco sobre la necesidad

de crear la escuela de Obstetricia en el país, como por ejemplo la forma en la que se atendían los partos en las zonas más pobres, alejadas de cuidados prenatales y precauciones higiénicas, que al final daban al traste con muertes maternas y neonatales. Además, hacen referencia a las jornadas de trabajo largas, exhaustivas y mal pagadas que llevaban a cabo las mujeres de la época dedicadas a estos trabajos y que muchas veces optaban por la prostitución, y cómo la apertura de la escuela de obstetricia les abriría una oportunidad de mejorar y salir de dicha situación.

Finalmente, y tras superar las contradicciones que existieron en cuanto al auge en el desarrollo médico de la época versus el ejercicio informal y ligado a lo mágico-religioso en que se desarrollaba la partería en Costa Rica, se logra establecer en 1889 la Escuela de Obstetricia y en 1902 se gradúan en el país las primeras obstétricas, forjando de ahí en adelante la profesionalización y subordinación del saber popular en conjunto con el respaldo de la teoría médica. (34)

En la actualidad, el Colegio de Enfermeras de Costa Rica es quien se encarga de regular y dictar las normas para la práctica de los profesionales de enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal. Dicha norma se hace de conocimiento público mediante la Procuraduría General de la República, siendo la última versión la socializada en 2005. Esta norma explica de manera detallada los alcances de estos profesionales y los respaldos jurídicos para los mismos.

En términos generales la norma especifica las competencias cognitivas, técnicas y actitudinales de los y las profesionales en Enfermería Ginecoobstétrica y Perinatal, establece las definiciones necesarias para la comprensión del documento, así como las actividades específicas a desarrollar en cada nivel de atención, y en la atención en el ciclo

vital. Detallamos a continuación, de acuerdo a esta norma, las competencias generales para el ejercicio de la profesión: (35)

- Fortalecer la atención integral de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal en la promoción de la salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres en los ciclos de vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez y adultez mayor) en el primer nivel de atención en los escenarios de salud establecidos.
- Desarrollar las competencias cognoscitivas, gerenciales, humanísticas, habilidades y destrezas en la atención integral de salud en ginecología, obstetricia y perinatología en los niveles de atención establecidos, fundamentada en la normativa nacional vigente.
- Establecer la atención integral de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal en los programas nacionales existentes a nivel ambulatorio, hospitalario de bajo y alto riesgo, de carácter público y privado (en salud reproductiva y sexual).
- Promover la expansión de la práctica de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal mediante la investigación, el cuidado, la bioética y la ética en otras modalidades innovadoras a nivel público y privado.
- Fortalecer el desarrollo profesional y su legitimación en el liderazgo conductor de una Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal para la transformación.
- Responder y proteger los procesos de mal praxis en los espacios privado y público de la Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal.

- Ampliar los espacios de la práctica de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal de acuerdo al desarrollo tecnológico y científico social nacional e internacional, públicos, privados y de voluntariado.
- Atención de la familia gestante preconcepción, atención prenatal, atención del parto, seguimiento del niño sano.

2.5.4 Clínicas de Lactancia Materna en Costa Rica

Las clínicas de lactancia materna en Costa Rica y sus similares alrededor del mundo constituyen un recurso muy significativo en colaboración con los esfuerzos realizados por las autoridades en miras de garantizar los niveles más altos de lactancia materna y lactancia materna exclusiva al menos durante los primeros 6 meses, objetivo primordial para los sistemas de salud.

En un informe elaborado por la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) en colaboración con el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) y el Ministerio de Salud de Costa Rica, que fue publicado en el 2019, se evidencia que aun teniendo un sistema de salud robusto como el que nos caracteriza tanto regional como mundialmente, y a pesar de las políticas de salud enfocadas en lactancia materna con las que cuenta el país, los resultados son aún discretos y demuestran que el trabajo está solo comenzando si queremos alcanzar los índices esperados.

Este informe describe los resultados de la Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia 2018 (EMNA), los cuales muestran que únicamente un 28% de los niños y niñas entre los 0-5 meses son alimentados exclusivamente con lactancia materna y que, además, la lactancia predominante se da únicamente en un 39% de los casos. Además, encontraron que un 3% de los niños y niñas menores de 5 años presentan algún grado de

desnutrición y que hasta un 7% de esta población (niños (as) menores de 5 años), presenta sobre peso (36). De manera tal que, aunque es bien conocido que la lactancia materna es una estrategia de bajo costo con resultados inmejorables en la prevención de la mortalidad infantil, prevención de patologías tanto maternas como infantiles, además de una herramienta ecológica fabulosa, los resultados hasta el momento no son los esperados. Por lo tanto, ningún recurso está de sobra en la lucha por su promoción y la mejora de sus indicadores, y las clínicas de lactancia materna son un excelente ejemplo de esto.

En nuestro país existen desde ya hace un par de décadas leyes que protegen e impulsan la lactancia materna exclusiva. En 1994 con la aprobación de la Ley N°7430 “Ley de Fomento de la Lactancia Materna” se apoyó de manera más activa lo establecido en los artículos 51 y 71 de la Constitución Política, que hablan de la protección especial que el Estado debe brindar a la madre y al niño(a). Poco a poco las políticas de salud han ido evolucionando al compás de los lineamientos internacionales que le apuestan a la lactancia materna como uno de los objetivos del milenio, lo que ha generado reformas a la Ley de Fomento de la Lactancia Materna que incorporan aspectos como las Clínicas de Lactancia Materna y las salas de lactancia materna en los centros de trabajo.

El documento oficial emitido por la CCSS en el 2012 dice que Las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo deben estar centradas en el desarrollo del recién nacido y conformadas por un equipo de trabajo de profesionales de la salud. Explican que debe ser un equipo líder de la red de servicios que brindan, altamente capacitados y además sensibilizados para promover la lactancia materna, detectar y atender posibles alteraciones en el amamantamiento y/o desarrollo integral de niño(a), así como brindar un seguimiento oportuno y exhaustivo. (37)

Este documento presenta a manera de guía los requisitos con los que deben cumplir las Clínicas de Lactancia Materna en cuanto a recurso humano, espacio físico y materiales con los que debe contar. A continuación se detallan estos aspectos: (37) (p. 15):

Recurso Humano Asignado a la Unidad

- Pediatra o Médico(a) General asignado a la Unidad, capacitado en detección de condiciones de riesgo en recién nacidos y atención de las alteraciones en el proceso amamantamiento y/o desarrollo integral.
- Enfermera(o) especializada(o) en obstetricia, neonatología, estimulación temprana, lactancia materna o pediatría y capacitada en detección de condiciones de riesgo en recién nacidos y atención de las alteraciones en el proceso amamantamiento.
- Enfermera(o) especializada(o) asignado(a) a la Unidad en obstetricia, neonatología, estimulación temprana, lactancia materna o pediatría y capacitada en detección de condiciones de riesgo en recién nacidos y atención de las alteraciones desarrollo integral.
- Auxiliar de enfermería capacitada(o) en detección de condiciones de riesgo en recién nacidos y atención de las alteraciones en el proceso amamantamiento y/o desarrollo integral.
- Funcionario(a) Registros Médicos (repcionista, secretaria).

Recurso Humano de Apoyo

Toda clínica de Lactancia Materna y Desarrollo como Unidad Hospitalaria dispone del apoyo de los Servicios intra y extrahospitalarios, mediante el sistema de interconsultas y referencias según corresponda

Espacio Físico

La clínica de Lactancia Materna y Desarrollo debe tener un espacio físico adecuado según la cobertura de atención, para que se puedan desarrollar las actividades de la Unidad, el cual debe cumplir las siguientes condiciones:

- Aplicar la Ley 7600 Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.
- De fácil acceso a la madre en post parto y a los usuarios externos.
- Dimensiones adecuadas para desarrollar consulta grupal.
- Normas de Bioseguridad.
- Baja contaminación sónica.
- Ventilación e iluminación adecuada de preferencia natural.
- Adecuada ambientación y ornato.

Equipamiento y Materiales

- Camilla de exploración de pacientes.
- Sillas para personal y usuarias(os).
- Cunero.
- Balanza digital neonatal.
- Cinta métrica.
- Computadora.
- Equipo diagnóstico.
- Oxímetro de pulso.
- Equipo de limpieza de bombas extractoras.
- Gasas estériles.
- Masajeador.

- Mascarillas.
- Bilirrubinómetro.
- Equipo de diagnóstico portátil.
- Impresora.
- Telefax (idealmente con línea directa para consultas telefónicas).
- Escritorio.
- Lavatorio.
- Refrigeradora para almacenamiento de leche materna.
- Bombas extractoras manuales.
- Conchas recolectoras de leche.
- Jabón.
- Toallas desechables.
- Basurero.
- Almohadas o dona.
- Beberitos.
- Sistema de lactancia suplementario.
- Jeringas.
- Sondas de alimentar.
- Vasos para recolectar fluidos corporales.
- Copas o vasos para recién nacido.
- Equipo para evaluación del desarrollo.
- Equipo Básico para estimulación del desarrollo.
- Materiales de oficina.

- Material educativo.
- Archivero.
- Bomba extractora de Leche.

De acuerdo a lo establecido en la organización de la gestión, las Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo deben contar con el apoyo del Comité Local de Lactancia Materna y Desarrollo, que es un grupo interdisciplinario, que deben procurar cumplir en dichas clínicas de lactancia materna con las siguientes funciones: (37) (p. 20):

- Operativiza, en el establecimiento de salud al que pertenece, los lineamientos nacionales emanados por el Equipo de Salud del Niño y la Niña del Área de Atención Integral a las Personas de la Gerencia Médica de la CCSS y la Comisión Nacional de Lactancia Materna.
- Coordina las autoevaluaciones y evaluaciones externas del hospital en el marco de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño, la Niña y la Madre.
- Coordina y ejecuta procesos de capacitación permanente del personal del hospital y las Áreas de Salud de la red de servicios que le corresponde, en el tema de Lactancia Materna y Desarrollo de niños de 0 a 3 años.
- Vigila el cumplimiento de la normativa vigente en relación con derechos de la madre, el recién nacido y deberes de los funcionarios de salud en la atención, descritas en el Código de Trabajo (Ley N° 1), el Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N° 7739), Ley N° 7430 “Fomento de la Lactancia Materna” y su Reglamento, Ley N° 7494 “De Contratación Administrativa” y Ley N° 7435 “Protección de la Madre Adolescente”.

- Desarrolla actividades educativas de promoción hacia la comunidad durante la Semana Mundial de la Lactancia Materna (1 al 7 de agosto) y el Día Internacional de Donación de la Leche Humana (19 de mayo), así como en otros momentos que lo considere necesario.

2.6 EDUCACIÓN EN SALUD

Los seres humanos desde que nacemos estamos expuestos a la educación, tanto formal como informal, esto quiere decir que esta se encuentra presente de manera global en las sociedades y se manifiesta de formas diferentes. La manera en la que nos relacionamos con las personas, los cuidados que recibimos de nuestros padres desde que nacemos, cada movimiento, nueva palabra, nuevo gesto o actividad que emprendemos por primera vez, desarrollamos y mejoramos está implícita en el concepto de educación, desde lo más primitivo y hasta lo más complejo.

Todos estamos familiarizados con el proceso de educación, no necesariamente así con el concepto estrictamente dicho, que puede ser definido como un proceso continuo, una práctica que no solo es social, sino que también involucra aspectos culturales mediante los cuales las personas logran adquirir conocimientos, aprendizajes, valores, capacidades y experiencias. (38). Por lo tanto, no es exclusivamente un proceso formal e institucionalizado, sino que incluye también mecanismos no formales e informales como los aprendizajes que obtenemos día con día de las experiencias cotidianas. La educación es dinámica y tiende a perpetuarse mediante una fuerza inercial pero también está expuesta a cambios drásticos, a veces traumáticos y a momentos de crisis y confusiones, cuando muy

pocos saben que hacer; provenientes de contradicciones, inadecuaciones, decisiones casuísticas y desacertadas, catástrofes, o cambios drásticos. (39).

La educación se alimenta de situaciones de cambio, le presenta a los individuos situaciones diversas a las que están acostumbrados, promueve nuevos pensamientos, desarrolla nuevas habilidades, proporciona herramientas e impulsa la toma de decisiones. Está, además, determinada y guiada por la pedagogía quien le da el carácter científico a la educación.

La educación busca dar seguridad al ser humano, busca la perfección, evoca en las personas un sentido de libertad, ya que les proporciona opciones y posibilidades. No obstante, no podemos olvidarnos que también busca preservar costumbres, va de la mano de la cultura de cada individuo y proyecta en él un poco de sus antepasados. Por lo tanto, es el ser humano el único objeto de estudio de la educación.

Observando la educación como una actividad que está determinada por un contexto podemos visualizar la educación en salud, esta es fundamental en el proceso de atención sanitaria de cualquier país, ya que es capaz de generar cambios muy significativos en la población: hábitos alimenticios, hábitos de higiene, apego terapéutico, herramientas emocionales, empoderamiento personal, por mencionar solo algunas; y son precisamente estos cambios personales los que a la larga se crean un colectivo más saludable y por lo tanto una comunidad y sociedad más saludable y más productiva.

El viejo concepto en el que la salud era vista únicamente como la ausencia de enfermedad quedó en el pasado, la sociedad en la que nos desarrollamos exige más, de modo que la salud se convierte en un medio para llegar a un fin, y esto hace que ser saludable en todas las dimensiones que comprenden al ser humano sea fundamental, lo que

convierte la prevención y la promoción de la salud en el pilar fundamental de la sociedad moderna. Nunca antes la educación en salud había sido más valiosa, ya que es el pilar para lograr alcanzar los objetivos en salud que se propongan, convirtiendo a las personas en agentes informados que influyen sobre su propia salud.

La promoción de salud, es una piedra angular de la atención primaria de salud y una función esencial de salud pública; el fundamento de su desarrollo se materializa en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades, dándose un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, desarrollo humano y económico. Por lo tanto, es la estrategia clave del mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad, considerando aspectos sociales, culturales, ambientales, etc., tanto para el individuo mismo, como para toda la sociedad. (40) (p.2).

La educación para la salud, según lo explican Pérez et al (41), es un proceso que busca informar y motivar a las personas de cada comunidad a optar por estilos de vida saludables, busca optimizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, propone cambios ambientales y dirige la educación profesional y la investigación a lograr estos objetivos. La educación para la salud busca modificar comportamientos en la búsqueda de sociedades más saludables.

La educación en salud es para el profesional de enfermería un eje fundamental en la gestión del cuidado, debe estar presente en todas las intervenciones que se realicen y en cualquier nivel de atención. Es parte del rol del profesional, y es esencial para brindar una atención holística, integral y de calidad. El profesional de enfermería debe identificarse a sí

mismo como un educador, capaz de transmitir toda la información necesaria para formar comunidades saludables y generar cambios positivos en la consecución de la salud pública.

Soto et al(42) explican que el Consejo Nacional de Enfermeras de Estados Unidos establece que el rol del profesional de enfermería no incluye sólo el cuidado de las personas enfermas, discapacitadas y moribundas; sino que debe incluir la promoción de la salud, el cuidado autónomo y colaborativo de individuos de todas las edades, familias, grupos y comunidades, en todos los entornos. Explican que el profesional de enfermería tiene como funciones claves la participación en la formulación de políticas públicas, la promoción de entornos seguros, la investigación, la gestión de los sistemas de salud y la educación. “Se reconoce que la enfermera(o) tiene las habilidades para instruir sobre la salud en las intervenciones de enfermería y más aún, aplicar los conocimientos de diversos modos de docencia y aprendizaje... La educación del paciente es un aspecto fundamental de la atención de salud y cada vez es más reconocido como una función esencial en la práctica de enfermería” (42) (p.289).

Así mismo, en la mayoría de los escenarios de salud de nuestro país el grueso de profesionales al servicio de los usuarios está constituido por el personal de enfermería, siendo además los que más tiempo están en contacto tanto con los usuarios como con sus familias, lo que le da al profesional de enfermería amplias oportunidades de gestionar el cuidado mediante la educación en salud, siendo esta un indicativo de una atención de calidad.

2.6.1 Herramientas para la educación en salud

El avènement de los acelerados avances tecnológicos que plagan el estilo de vida actual es un tema que no se puede dejar pasar al hablar de educación obstétrica, ya que nos

referimos a la educación enfocada a los seres humanos que sean probablemente los inventores o promotores de estas mismas tecnologías en el futuro.

“En la actualidad los progresos tecnológicos han permitido hacer un seguimiento de la conducta del feto a lo largo de toda la gestación, incidir en aspectos preventivos e investigar y conocer, desde una nueva perspectiva, lo que es importante para un adecuado desarrollo y funcionamiento tanto orgánico como emocional del feto” (43) (p. 26). Observamos como actualmente el personal sanitario y los futuros padres cuentan con herramientas que anteriormente resultaban inimaginables. Podemos trazar mediante la tecnología la gestión de la atención obstétrica, establecer objetivos de aprendizaje, realizar diagnósticos precoces, prevenir situaciones de riesgo, visualizar muy claramente las condiciones de la familia gestante, todo esto mediante el uso de la tecnología.

Siguiendo esta línea es que se ha incorporado cada vez con más fuerza el concepto de eSalud en el lenguaje de los profesionales sanitarios de todo el mundo, tema que ha venido a más como una estrategia que apoya el acceso universal a la salud, objetivo primordial de las instituciones internacionales que velan por la mejora en las condiciones de vida de todos los seres humanos alrededor del orbe.

“La eSalud (*eHealth* en su terminología en inglés) es el término con el que se define al conjunto de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) que, a modo de herramientas, se emplean en el entorno sanitario en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, así como en la gestión de la salud, ahorrando costes al sistema sanitario y mejorando la eficacia de este” (44). El concepto de eSalud involucra elementos que cada vez con más frecuencia se utilizan para proporcionar servicios médicos como lo son la telemedicina, diferentes aplicaciones móviles, las grandes bases de datos e

incluso video juegos como métodos de promoción de la salud en población infantil y adolescente. Todo esto es un cambio muy significativo en el ámbito médico que pone la tecnología al servicio de los objetivos sanitarios tanto globales como individuales de cada país, con los pros y los contras que esto signifique.

No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el informe sobre la tercera encuesta global de eSalud, enfatizan específicamente en la importancia de que esta sea mucho más que un tema aislado y una propuesta sanitaria específica, explican que deben ser más que propuestas y estrategias y pasar a la etapa de implementación. Generar un marco de ejecución significa juntar todas las propuestas sistémicas de eSalud con las respuestas explicativas que van más allá de la tecnología, como lo son los aspectos culturales, institucionales, formativos, económicos y personales de los seres humanos a los que pretende servir. (45)

En dicho informe se insta a los gobiernos a promover y avanzar en el apoyo financiero que la propuesta necesita, buscando la colaboración y la interacción de instituciones tanto públicas como privadas para lograr encontrar los recursos necesarios, formar comités y alianzas que puedan brindar la consolidación de las estrategias requeridas para poner en marcha de manera definitiva eSalud. (45)

Sin embargo, resaltan la importancia de vigilar la estrategia de cerca, establecer estrictos mecanismos de evaluación, desde la planificación hasta la ejecución, para lograr incorporar análisis coste/efectividad. Además, de destacar de manera muy precisa las dimensiones de cada uno de los componentes del sistema: el aprendizaje de los profesionales, la dimensión organizativa y la del paciente, ya que eSalud solo amplifica los

resultados si existen nuevas prácticas de organización del trabajo y gestión de recursos.
(45)

La tecnología ha estado siempre íntimamente relacionada con la salud y es gracias a ella que tenemos en la actualidad avances tan importantes que permiten el diagnóstico temprano de enfermedades que hasta hace pocos años incluso desconocíamos, pero ahora se pueden curar o paliar de manera efectiva. Sin embargo, la incorporación de tecnologías en la parte preventiva es aún muy joven y nos falta mucho camino por recorrer.

El concepto de promoción de la salud como forma de mejorar la calidad de vida de las personas y con ello los indicativos sociales y económicos de un país no está del todo interiorizado, por lo que es igualmente prematuro hablar del concepto de eSalud como un tema totalmente aterrizado en la realidad de nuestros sistemas de salud como herramienta activa en este objetivo. No obstante, es una excelente estrategia que debe ir creciendo junto con nuestro sistema de salud para poder ser de real ayuda y llevar la educación en salud obstétrica a un nivel tecnológico avanzado que responda a las necesidades de la población en estos tiempos y a sus proyecciones a futuro.

Tomando en cuenta las recomendaciones que acotábamos anteriormente con respecto a verificación de dimensiones, determinación de roles específicos de funcionamiento, establecimiento de estrategias, objetivos claros y financiamiento, eSalud puede ser una herramienta clave en las propuestas que se realicen para el establecimiento de programas básicos y fundamentales de la educación obstétrica como lo son los cursos de preparación para el parto, brindando flexibilidad y una amplia variedad de recursos.

Cada país tiene un protocolo establecido para la realización de dichos programas, los cursos de preparación para el parto son en muchos casos el producto estrella de la

educación obstétrica del sistema sanitario. Se dictan las reglas básicas y contenidos elementales que deberían incluirse y de ahí en adelante cada institución realiza sus ajustes de acuerdo con características poblacionales y socioculturales. Sin embargo, se ha visto que las guías que rigen cada país no están siempre actualizadas, por lo que en muchos casos es evidente la ausencia de elementos de carácter tecnológico como lo es el término de eSalud.

Se debe resaltar la importancia de diseñar guías con la mejor evidencia como una forma de garantizar el cumplimiento de los Objetivos del Milenio y de aportar al Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, de la Mujer y Adolescentes y así asegurar la atención de la madre y el recién nacido. (46) El control preconcepcional es considerado una deuda del sistema de salud con la sociedad y viceversa, tomando en cuenta aspectos como la educación temprana en métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual y estilos de vida saludables. Además, se considera la utilización de las tecnologías para ello como uno de objetivos principales.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia propone entonces los siguientes objetivos en lo que respecta a los temas que, según ellos, cualquier guía de control prenatal debe tener: (47)

- El asesoramiento previo al embarazo de la pareja.
- La captación precoz de todas las gestantes.
- Ofrecer y asegurar la información sobre los cambios en las distintas etapas del embarazo, promoviendo los cuidados adecuados y explicando la realización de procedimientos, pruebas y exploraciones.
- Mejorar la salud y calidad de vida de la mujer embarazada y del feto.

- Identificar los riesgos específicos de cada gestante, con el fin de prevenir en lo posible la patología.
- Detectar y tratar de forma precoz los trastornos acontecidos en el curso del embarazo
- Cuidar al hijo desde su vida intrauterina hasta sus primeros días de vida.
- Disminuir la morbimortalidad materno fetal.
- Favorecer la participación de las mujeres y sus parejas durante todo el proceso, considerando la multiculturalidad y discapacidad.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia introduce sus recomendaciones bajo la premisa de que al seguir el curso natural del embarazo este no debería presentar alteraciones, en la mayoría de los casos, por lo que el control prenatal debe estar fundamentado en la mejor evidencia científica y basado en las necesidades individuales de cada persona, conocer el entorno real de la persona tanto obstétrico, físico como psicosocial e involucrar a las parejas (47). Destacan la importancia de mantener una tasa de mortalidad materna baja gracias a la elevada calidad asistencial con la que cuenta el país y la importancia de que la simplificación de la atención no significa la simplificación en la categorización de embarazos de alto o bajo riesgo que lleve a una atención menos eficiente sino de la individualización de cada caso.

Por su parte, en Costa Rica, la última guía oficial existente para la atención del periodo prenatal, de parto y posparto de la Caja Costarricense del Seguro Social es del 2009, denominada Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal, Parto y Posparto.

Dado el año de publicación del material, este no se encuentra suficientemente actualizado, mas posee puntos importantes a resaltar (48).

La guía fue elaborada para brindar un refrescamiento en la atención que se brindaba hasta entonces, y es importante observar que se hace referencia a la salud reproductiva, concepto que resulta actualizado e inclusivo. Trata de hacer énfasis en el hecho de que fue elaborada siguiendo la mejor evidencia científica y no mitos y/o creencias, factor que fue muy determinante en la historia de la obstetricia tanto en Costa Rica como en el mundo. En la parte introductoria nos brindan una pincelada de aspectos claves como: la individualización de casos, la disminución del intervencionismo que no genere mejoras en la atención y no disminuya los riesgos y la importancia de darle el papel protagónico que merece el primer nivel de atención en el cuidado del embarazo normal (48).

La guía analiza el modelo de atención tecnocrático versus el modelo de atención holístico y humanizado bajo la orientación de los principios dados por la Organización Mundial de la Salud en cuanto al cuidado del embarazo y parto normales, los cuales se detallan a continuación: (48) (p. 17)

- Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un conjunto básico de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
- Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología

sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.

- Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
- Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
- Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
- Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
- Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo, sino de su pareja.
- Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
- Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres

El documento divide su contenido en tres grandes grupos: Atención Prenatal, Atención del parto Normal y Atención del Posparto. Cada uno de los grandes subgrupos define los objetivos, los principios que se buscan integrar en la atención y las actividades básicas que se deben llevar a cabo en cada etapa. Detalla, además, los instrumentos

utilizados para control y registro utilizados en el momento en el que la guía fue elaborada (48). A pesar de que la guía es del año 2009 cuenta con conceptos importantes, es en general una buena orientación en lo que respecta a la atención prenatal, del embarazo y del posparto.

2.6.2 Educación en Salud en Enfermería Obstétrica

La enfermería obstétrica es en esencia promoción de la salud y se basa en la educación: educación sexual y reproductiva oportuna para niños y adolescentes, acceso a consultas de niño sano y adolescente sano, promoción de una sexualidad informada e inclusiva, consultas preconceptionales, consultas pre-natales, cursos de preparación para el parto, educación en lactancia materna, seguimiento de la familia gestante a través de todo el proceso, etc.

Darle a la promoción de la salud un papel protagónico ha guiado el sistema sanitario y los objetivos de salud pública a un nuevo paradigma y por lo tanto ha puesto nuevas significancias en lugares prioritarios, apostando al hecho de que se han evidenciado los resultados positivos

De la Herrán et al(43) nos explican que la educación prenatal tal y como la concebimos actualmente es en realidad reciente, porque no incluye únicamente aquella educación que se brinda a mujeres embarazadas sino que es una actividad emergente que se basa en neurociencia y plasticidad de sistema nervioso, significa formar e informar a los futuros padres, por lo que se convierte en una medida preventiva de mejora tanto individual como social para dar respuesta a problemas colectivos.

La educación prenatal se podría definir como los conocimientos y habilidades que se le deben transmitir a los padres para que puedan crear un ambiente óptimo de cara a la

idea misma de ser padres, desde la planeación misma de la concepción y buscar de esta manera las habilidades necesarias para afrontar el embarazo, el parto, el posparto y promover una crianza saludable. (43)

Los autores explican que es entendible que la sola exposición al ambiente y la dotación genética de cada individuo resulten insuficientes para generar el desarrollo de las mejores habilidades y/o capacidades en un ser humano, por lo que es fundamental también tomar en cuenta la forma en la que las personas viven y aprenden, y sabemos que las etapas iniciales del ser humano son cruciales, por lo que la educación prenatal es una herramienta muy poderosa para generar y potenciar dichas destrezas (43).

Los profesionales en obstetricia logran, mediante el abordaje del microsistema inmediato del bebé, que son sus padres, acceder a los momentos más importantes de lo que será la base del desarrollo posterior. Es necesario abordar aspectos biológicos, psicológicos y sociales del desarrollo integral del individuo y de la sociedad en la que se desenvuelve y a la que también va a afectar dependiendo de lo que pueda proyectar en ella. Es por lo anterior que la labor educativa de los profesionales de salud y específicamente los profesionales en enfermería obstétrica debe ser evaluada y mejorada constantemente, en pro de que su intervención sea positiva y genere mejoras a nivel individual y colectivo.

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1 INVESTIGACIÓN APLICADA

La profesión enfermera, para ser considerada como tal, requiere del respaldo de un cuerpo de conocimiento, y este debe englobar no solo la información y la experiencia por años vivenciada y recolectada por las enfermeras, sino que debe erigirse sobre la fundamentación teórica que respalda el hacer, el ser y el quehacer de enfermería.

A lo largo de los años, la enfermería se ha fortalecido hasta poder concebirse a sí misma como una disciplina y una profesión, lo cual, de acuerdo con Rojas (49) ha sido posible gracias a los esfuerzos de los profesionales para consolidar un cuerpo de conocimiento concreto que permita el continuo desarrollo de la enfermería como una disciplina científica y profesión reconocida. Uno de dichos esfuerzos, que a pasos agigantados ha colaborado con el fortalecimiento de la enfermería es la Investigación Basada en la Evidencia, ya que permite que el avance investigativo que se realiza en áreas tales como el campo clínico, comunitario, de gestión y educativo sea implementado de manera exitosa en el cuidado brindado por los profesionales de enfermería.

Crear conocimiento y fundamentar el trabajo en él, es la forma en la que una disciplina crece científicamente y adquiere credibilidad. Al respecto Moreno menciona que “las profesiones y disciplinas del área de la salud deben tener una visión clara de los principios científicos y filosóficos que orientan su práctica profesional, para actuar en concordancia con ellos”(50)(p.46). De lo anterior se desprende la importancia de realizar investigaciones basadas en los principios científicos, tanto en el ámbito de la enfermería en general como, de forma más específica y relacionada con el presente texto, en el área de la enfermería obstétrica, ginecológica y perinatal.

Es justamente de la reflexión acerca de la necesidad de incorporar la rigurosidad científica al quehacer enfermero, un ámbito con una dualidad teórico-práctica, que surge la práctica basada en evidencia, la cual propone actuaciones basadas en los mejores sustentos científicos, a partir del análisis de un problema clínico previamente planteado en forma de interrogante, sobre el cual se lleva a cabo un trabajo investigativo exhaustivo.

3.1.1 Enfermería Aplicada

La presente investigación se lleva a cabo mediante la modalidad de la Práctica Clínica de Enfermería Basada en la Evidencia (PEBE), la cual se constituye, según Alcolea et al (51), como una corriente que busca fundamentar el cuidado en la mejor evidencia científica disponible, la experiencia profesional y las preferencias del paciente.

De acuerdo con Urra et al (52), la práctica basada en la evidencia beneficia a toda la población, pues tiene como objetivo proporcionar cuidados de salud en forma equitativa y efectiva, fomentando además un cuidado calificado, costo-efectivo y con un uso racional de los recursos disponibles, esto sin dejar de lado las individualidades de las usuarias: Es, de acuerdo con Coello, la “aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones” (53)(p.12).

En la presente investigación se pretende indagar la mejor evidencia disponible que respalda el efecto de la educación brindada por el profesional de salud en comparación con el efecto de la influencia que ejercen las creencias familiares en el éxito de la lactancia materna, información relevante para la adecuada nutrición de los neonatos, la disminución

de riesgos relacionados con la malnutrición y relevante para determinar el grado de intervención requerido por parte del personal de salud para brindar educación en lactancia materna.

Los resultados arrojados por la investigación permitirán una mejor gestión del cuidado de madres y bebés en proceso de lactancia, enlazando la realidad clínica con el conocimiento teórico, y respondiendo éticamente al deber de brindar una atención de calidad, de acuerdo a las necesidades de la población.

3.2 GENERALIDADES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA

La práctica de la enfermería basada en la evidencia brinda un formato efectivo para el cuidado de la salud, con un valor incalculable, esto por cuanto se vislumbra, de acuerdo con Rojas(49), como una herramienta que ayuda a reorganizar la toma de decisiones relativa a un trabajo de importancia utilizando como base la evidencia existente. Dicha reorganización es una necesidad en el marco de la atención de salud renovada por países, y el cambio debe darse desde el propio desempeño de los profesionales en enfermería, desde el compromiso y el apoyo de las instituciones de salud y las instancias políticas, incluyendo así a participar a toda persona o institución inmersa en la responsabilidad que acarrea el manejo de la salud (49).

De acuerdo con Fleming (54), el proceso que sigue la práctica basada en la evidencia es el siguiente: la información que se necesita en la práctica se convierte en preguntas estructuradas, estas preguntas son usadas como plataforma para la búsqueda de literatura apropiada para identificar la evidencia externa relevante que viene desde la

investigación. Una vez encontrada la evidencia, esta es estudiada en forma crítica y relevante para determinar su validez y generalización. Del anterior proceso se obtiene la mejor evidencia posible, la cual se usa en el plan de cuidados a través de la experiencia clínica y con la perspectiva del paciente, y, por último, la ejecución es evaluada a través del proceso de autorreflexión, auditoría o valoración de pares.

Previo a realizar una investigación como la antes detallada es preciso conocer generalidades al respecto, Alcolea et al (51) explican las ventajas y limitaciones de la Enfermería basada en la evidencia:

Ventajas del enfoque:(51)

- Constituye una estrategia para que la investigación apoye la práctica asistencial y se potencien mutuamente.
- Puede facilitar una práctica enfermera efectiva y eficiente, al estar ésta basada en estudios rigurosos.
- Los profesionales sanitarios refuerzan la seguridad en los cuidados que prestan y se potencia su autonomía.
- Mejora la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes.
- Apoya la formación continua de los profesionales y los estimula a aumentar el conocimiento en profundidad de la metodología de investigación para ser capaces de valorar desde un punto de vista crítico los estudios de investigación que encuentran.
- Contribuye a aumentar el cuerpo de conocimientos enfermeros al validar el método científico como la mejor herramienta para conocer la realidad, capaz de generar conocimiento válido y relevante para la práctica profesional.

- Favorece el trabajo en equipo y permite una mayor satisfacción laboral.
- Puede convertirse en un recurso didáctico en todo el proceso de aprendizaje de los nuevos profesionales sanitarios.
- Ofrece una respuesta individualizada a los pacientes al ser sensible a las preferencias, necesidades y a los valores de éstos, incrementando los beneficios para ellos, en tanto deben ser informados sobre la evidencia que sustenta tales cuidados.
- Se trata de un comportamiento profesional ético que busca el bien del paciente y evita causarle cualquier mal.
- Potencia el desarrollo de competencias y habilidades necesarias para un cuidado excelente que disminuirá la variabilidad de la práctica clínica.

Limitaciones del enfoque:(51)

- Al tratarse de investigación secundaria, la falta de investigación original de suficiente calidad metodológica que la sustente hace preciso comenzar por realizar investigación original.
- Existen barreras en los profesionales y en las instituciones que impiden aplicar los resultados en el cuidado de los pacientes.
- Puede presentarse resistencia al cambio en los profesionales enfermeros, exacerbada por la falta de hábito en la lectura de artículos de investigación y escasa formación en metodología de investigación y lectura crítica.
- Pueden presentarse dificultades para asumir las responsabilidades propias de un profesional autónomo.

- En ocasiones los profesionales carecen de habilidades para mantenerse actualizados en resultados de investigaciones.
- Muchos trabajadores llevan una sobrecarga de trabajo asistencial que les impide el repaso de conocimientos adquiridos.

El método de Investigación Basada en la Evidencia trae beneficios importantes a la enfermería y si bien presenta limitaciones, los autores refieren que estas pueden ser superadas asumiendo desde una posición crítica las propias barreras y considerando que una parte fundamental del cometido profesional es investigar con base en las propias necesidades y recursos, para así generar conocimiento disciplinar que sea sensible al entorno cultural en el que se trabaje.

Con el fin de generar el conocimiento disciplinar previamente mencionado, la práctica basada en evidencia consta de una serie de fases o etapas que le otorgan validez científica al proceso de investigación, las mismas se presentan a continuación.

3.3 FASES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA

3.3.1 Fase “0”: Inquietud Investigativa O “Spirit Of Inquiry”

En esta etapa surge una necesidad de indagación, un cuestionamiento y una curiosidad continua, esto lleva a plantearse el porqué de las acciones realizadas en los cuidados de enfermería y a preguntarse cuál evidencia respalda la toma de decisiones clínicas.

De acuerdo con Alcolea et al (51) se ha generado un interés por parte de los profesionales en enfermería por conocer el grado de certeza o incertidumbre en que se

basan los cuidados que las enfermeras prestan a su población, al responder a esta inquietud se logra saber en qué medida las nuevas investigaciones de calidad pueden incrementar la evidencia de la práctica clínica enfermera.

Para la presente investigación surge la interrogante con respecto a la mejor evidencia disponible sobre la influencia que ejercen las creencias familiares en el éxito de la lactancia materna, en comparación con la educación brindada por el profesional de salud. Dicha inquietud nace en relación al constante bombardeo de información que viven las mujeres en proceso de lactancia, información que, si bien en muchas ocasiones puede ser útil, no siempre es verdadera ni fidedigna, requiriendo estas mujeres una guía con conocimiento científicamente comprobado, para orientar su toma de decisiones y mejorar su proceso de amamantamiento.

3.3.2 Fase 1: Formulación De La Pregunta Clínica.

Urra et al (52) mencionan que una pregunta de investigación surge de varias fuentes, ya sea la curiosidad intelectual o la necesidad de responder preguntas sobre algo clínico.

De acuerdo con Orellana y Paravic (55), en la fase 1 se formula la pregunta derivada del problema, duda o incertidumbre que se desea resolver. Esta pregunta debe tener una estructura en la que se identifiquen claramente: la persona, población o situación problema, la intervención habitual frente al problema, la intervención nueva a considerar y por último el efecto o resultado esperado. Así mismo, la pregunta debe ser planteada en forma correcta para traducirse en una estrategia de búsqueda para encontrar una respuesta rápida y adecuada.

Diversos autores (51,52) mencionan el acrónimo PICO, el cual permite clarificar los componentes fundamentales de la pregunta, haciendo más efectivo el esfuerzo empleado para responder con la mejor evidencia disponible a la misma. Dicho formato es el acrónimo de los cuatro elementos claves de la pregunta clínica, los cuales se presentan a continuación:

- P- Población de interés, en este caso corresponde a las mujeres en periodo de lactancia.
- I -Intervención, se refiere a la influencia de las creencias familiares.
- C- Comparación de criterios, concierne a la influencia de la educación brindada por el profesional de la salud.
- O- Obtención de resultados, corresponde a una lactancia materna exitosa.

Diferentes autores han realizado distintas clasificaciones de los tipos de pregunta, Coello et al (53) hacen referencia a la clasificación elaborada por Sackett y otros autores en 1997(56), la cual se muestra a continuación:

- Preguntas relacionadas con el diagnóstico y pronóstico: examen clínico, etiología, diagnóstico diferencial, pruebas diagnósticas y pruebas predictivas.
- Preguntas relacionadas con la intervención: tanto de tratamiento como de cuidados, comparando los riesgos con los beneficios.
- Preguntas relacionadas con las perspectivas del paciente: evolución del paciente, preferencia del paciente y educación del paciente.
- Preguntas relacionadas con la eficiencia y la efectividad: coste y efectividad de determinadas actividades, calidad de los servicios prestados, impacto social de una

actividad determinada, respuesta ante una presión política y aceptabilidad individual o de grupos.

- Preguntas relacionadas con el desarrollo de la profesión: puesta al día de conocimientos profesionales, mejora de las habilidades profesionales y aumento de la calidad de los servicios prestados.

En el presente estudio se trabaja con una interrogante clasificada como de tratamiento o intervención, debido a que se pretende indagar la influencia de dos intervenciones en el éxito de la lactancia materna: las creencias familiares en comparación con la educación brindada por el profesional de salud.

Establecido el tipo de pregunta de la investigación es necesario conocer los tipos de estudios que se pueden utilizar y cuáles de ellos se ajustan a la interrogante planteada, para ello se presenta la clasificación propuesta por Luengo (57):

- *Ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA)*: evalúan la eficacia terapéutica de determinadas medidas, desde la aplicación de un fármaco hasta un protocolo de actuación, suelen dividirse en uno o varios grupos de intervención para comparar los resultados.
- *Casos y controles*: son los estudios que evalúan causa-efecto entre un factor de exposición o de riesgo y determinados resultados en el futuro.
- *Estudio de cohortes*: consiste en el seguimiento de la muestra y la medición de todas las variables de interés, las mismas en función de unas exposiciones u otras.
- *Estudio diagnóstico*: busca determinar la capacidad de pruebas diagnósticas de identificar personas sanas y enfermas.

- *Revisión sistemática (RS)*: son estudios en que la evidencia sobre un tema en particular ha sido sistemáticamente identificada, criticada y resumida según una serie de criterios predeterminados. Los estudios individuales son agrupados para responder una pregunta de tratamiento, diagnóstico, etiología o pronóstico.
- *Meta-análisis*: Es un análisis estadístico integrador de una gran colección de resultados extraídos de trabajos individuales similares, esto para responder específicamente a la pregunta de investigación, dicho análisis posteriormente se presenta a comités de expertos en universidades o instituciones dedicadas a la investigación.
- *Guías de práctica clínica (GPC)*: Estas guías son un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el fin de mejorar la eficiencia global de los sistemas sanitarios y guiar a los profesionales y a los pacientes a decidir cuál es la intervención más adecuada en una situación clínica concreta.

De acuerdo a la pregunta clínica de la presente investigación y la clasificación de los tipos de estudio, se consideró que los tipos de estudio más idóneos para utilizar en la presente investigación son: los meta-análisis, ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA), revisiones sistemáticas (RS) y guías de práctica clínica (GPC).

3.3.3 Fase 2. Búsqueda De La Evidencia Científica.

En la fase dos se busca determinar los hechos y circunstancias que apoyan una creencia o proposición e indican si algo es verdadero o válido. De acuerdo con Orellana y Paravic (55), para cumplir con la segunda etapa, debemos buscar la mejor respuesta a

nuestra pregunta en las fuentes de información a nuestro alcance, que corresponde a la revisión de libros, textos, publicaciones periódicas, bases bibliográficas electrónicas, bases de información específicas de práctica basada en la evidencia y sitios web, todos ellos bajo el escrutinio de un análisis de la calidad de los sitios visitados y de la información contenida en ellos. Icart (58) incluye también la revisión de guías de práctica clínica, que proporcionan recomendaciones a los profesionales y usuarios para tomar decisiones de intervención según la condición clínica presentada.

Urra y otros (52) apuntan que la revisión de la literatura en este proceso es el elemento fundamental para recolectar las mejores evidencias, y las mismas deben ser tomadas de las bases de datos en enfermería y salud; es así como sugieren la utilización de bases de datos de importante renombre tales como la Asociación Americana de Psicología (PsycINFO), Medline, la Librería Cochrane, la Base de Datos de Resúmenes y de Revisiones (DARE) y de resúmenes de disertaciones. Indican además páginas en español, como la Sociedad Científica Española de Licenciadas en Enfermería, la base de datos de la OPS, o Bireme, entre otras.

La búsqueda de la presente investigación se realizó en las bases de datos ScienceDirect, Medline, Cochrane Library Plus, EBSCO, Proquest y Pubmed (59,60), y los artículos finalmente obtenidos fueron escrutinizados en busca de establecer el nivel de evidencia de los mismos.

Orellana y Paravic (55) afirman que las evidencias científicas obtenidas en estas fuentes de información pueden ser de nivel primario o investigaciones originales y de nivel secundario o basadas en la revisión sistemática.

Urta y otros (52) refieren que las evidencias pueden ser jerarquizadas en cinco categorías de acuerdo con su fuerza probatoria:

- I Evidencia fuerte de al menos una revisión sistemática de múltiples diseños de ensayos clínicos aleatorizados.
- II Evidencia fuerte de al menos un diseño apropiado de ensayos clínicos aleatorizados de tamaño adecuado.
- III Evidencia desde ensayos clínicos sin aleatorizar, grupo simple de pre y post, cohorte, tiempo en series o de casos pareados de estudios de casos-control.
- IV Evidencia desde un diseño no experimental en uno o más centros, o de grupos de investigación
- V Opiniones de autoridades respetables, basadas en evidencias clínicas, estudios descriptivos o reportes de comités de expertos.

De acuerdo con lo anterior, la revisión sistemática de varios ensayos clínicos aleatorizados (ECA) posibilitaría la evidencia más fuerte.

Por su parte, Orellana y Paravic (55) presentan la sistematización elaborada por la Agency for Healthcare Research and Quality, la cual clasifica y jerarquiza las evidencias en forma descendente según su fuerza como evidencia; donde el primer nivel tiene la mayor validez, relevancia y aplicabilidad:

- Nivel 1: Meta-análisis de múltiples estudios controlados.
- Nivel 2: Estudio individual con diseño experimental.
- Nivel 3: Estudio con diseño cuasi-experimental como estudio semi-randomizados con grupo único pre y post test, caso control.

- Nivel 4: Estudios con diseño no experimental como descriptivo correlacional y cualitativo con estudios de caso.
- Nivel 5: Relato de casos con datos obtenidos de forma sistemática, de calidad verificable o datos de evaluación de programas.
- Nivel 6: Opinión de autoridades basadas en su competencia clínica, opinión de comités de especialistas, incluyendo interpretaciones de informes no basados en investigaciones, opiniones reguladoras de leyes.

3.3.3.1 Estrategia De Búsqueda

a. Establecimiento de la Pregunta Pico

Se establece una estrategia de búsqueda de la evidencia basada en la inquietud inicial, la cual, como se mencionó previamente, se traduce en la pregunta PICO.

Tabla 1. Pregunta PICO

P	I	C	O
<i>Problema de interés</i>	<i>Intervención que se va a considerar</i>	<i>Intervención con la que se va a comparar</i>	<i>Resultado clínico que se valora</i>
Mujeres en periodo de lactancia.	Influencia de las creencias familiares.	Influencia de la educación brindada por el profesional de salud.	Lactancia materna exitosa.

Fuente: propia

b. Mapa Estratégico

Se elabora un mapa estratégico a partir del desarrollo de las siguientes fases:

- Determinación de Descriptores Específicos

Se determinan los descriptores y criterios de búsqueda en los sitios específicos a partir de conceptos y sinónimos involucrados en la pregunta de investigación:

Tabla 2. Conceptos

Conceptos	
Lactancia Materna	Lactancia
Factores sociológicos	Personal de salud
Factores culturales	Enfermería obstétrica
Familia	Educación en salud

Fuente: propia

- Relaciones entre Conceptos

El establecimiento de relaciones entre los conceptos demuestra la fuerza del vínculo existente entre conceptos, resaltando el protagonismo en la pregunta de investigación.

En este punto se establecen las relaciones presentes entre los conceptos:

Tabla 3. Distribución de las relaciones existentes entre descriptores según conceptos planteados.

Concepto	Relación	Concepto
Personal de salud	Influencia sobre la	Lactancia materna
Enfermería obstétrica	Influencia sobre la	Lactancia materna
Educación en salud	Beneficia	Lactancia materna
Educación en salud	Perjudica	Lactancia materna

Familia	Beneficia	Lactancia materna
Familia	Perjudica	Lactancia materna
Factores culturales	Benefician la	Lactancia materna
Factores culturales	Perjudican la	Lactancia materna
Factores sociológicos	Benefician	Lactancia materna
Factores sociológicos	Perjudican la	Lactancia materna

Fuente: propia

A continuación se enumeran los sinónimos brindados por los descriptores de las ciencias de la salud: (61)

Tabla 4. Enumeración de sinónimos por cada concepto.

Concepto	Sinónimo
Lactancia	Lactancia prolongada.
Lactancia materna	Amamantamiento, Alimentación al pecho.
Personal de salud	Proveedores de Atención de Salud, Trabajadores de la Salud.
Enfermería obstétrica	Enfermera Comadrona, Enfermera Matrona, Enfermera Obstetra, Enfermera Obstetrix, Enfermera Obstétrica, Enfermera Partera, Enfermeras Comadronas, Enfermeras Matronas, Enfermeras Obstetras, Enfermeras Obstétricas, Enfermeras Parteras, Enfermero Comadrón, Enfermero Matrón, Enfermero Partero, Enfermeros Comadrones, Enfermeros Matrones, Enfermeros Obstetras, Enfermeros Obstétricos, Enfermeros Parteros.
Educación en salud	Educación sanitaria, Educación para la salud, Educación para la salud comunitaria.

Factores sociológicos	Fenómenos sociológicos.
Factores culturales	No hay.
Familia	Ciclos en la vida familiar, Familia adoptiva, Familia ampliada, Familia extendida, Familia reconstituida, Familia sustituta, Familiares, Filiación, Investigación de familia, Investigación familiar, Miembros de la familia, Pariente, Parientes, Red familiar, Red de parentesco, Redes familiares, Redes de parentesco, Segunda familia

Fuente: Biblioteca Virtual en Salud, Descriptores en Ciencia de la salud (DeCS)

- Traducción De Los Descriptores

La mayor parte de la evidencia científica de alta calidad se encuentra en los idiomas inglés y portugués, por lo tanto, el uso de descriptores en estos dos idiomas es una parte vital para la obtención de la evidencia en las bases de datos. Para el presente trabajo de investigación se decidió traducir los descriptores a los idiomas idioma inglés y portugués, siendo esto un criterio de inclusión en la investigación.

Tabla 5. Traducción de los descriptores en idioma inglés y portugués.

Término	Traducción Ingles	Traducción portugués
Lactancia	Lactation	Lactação
Lactancia materna	Breast feeding	Aleitamento materno

Personal de salud	Health Personnel	Pessoal de saúde
Enfermería obstétrica	Obstetric nursing	Enfermagem obstétrica
Educación en salud	Health education	Educação em saúde
Factores sociológicos	Sociological factors	Fatores sociológicos
Factores culturales	Cultural factors	Fatores culturais
Familia	Family	Família

Fuente: propia

- *Criterios De Inclusión Para La Recuperación De La Evidencia*

Los criterios de inclusión utilizados en la presente investigación se presentan a continuación:

Tabla 6. Criterios de inclusión.

Criterios de inclusión	
<i>Tiempo</i>	Publicaciones entre los años 2015 al 2019
<i>Población</i>	Mujeres en periodo de lactancia, de cualquier edad, etnia, situación económica y nivel educativo.
<i>Tipo de estudio</i>	Ensayos controlados aleatorizados (ECCA), meta-análisis, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica.
<i>Idioma</i>	Publicaciones en inglés, portugués y español

Fuente: propia

c. Sitios de búsqueda:

En esta sección se define cuáles son los sitios de búsqueda más apropiados. Para la presente investigación se seleccionaron las siguientes bases de datos como sitios de búsqueda de artículos, con el fin de responder la pregunta clínica planteada:

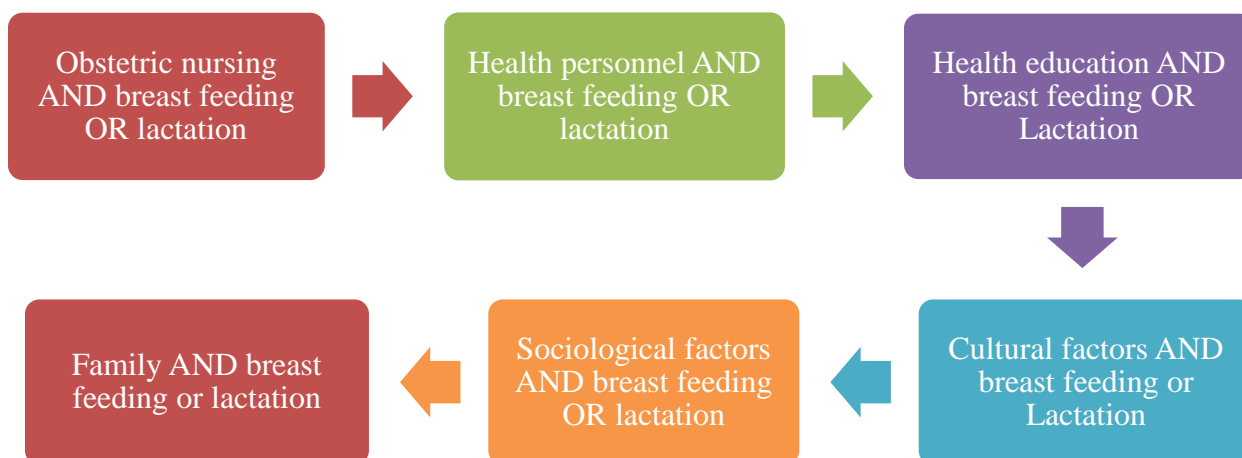
1. ScienceDirect.
2. Medline.
3. Cochrane Library Plus.
4. EBSCO.
5. Proquest.
6. Pubmed.

3.3.3.2 Algoritmo De Búsqueda

Una vez establecidos los descriptores, su traducción respectiva y los criterios de inclusión; se procede a la elaboración del algoritmo de búsqueda en el que se incluye las relaciones existentes entre los conceptos y la forma en la que será colocado en cada uno de los sitios de búsqueda seleccionados (operadores booleanos) lo cual da como resultado un número de artículos que posteriormente deberán ser objetos de selección y lectura crítica.

A continuación, en la figura 1 se presenta el algoritmo de búsqueda utilizado en la presente investigación.

Figura 3. Algoritmo de búsqueda con booleanos AND y OR.



3.3.4 Fase 3: Análisis Crítico De La Evidencia

En concordancia con Ibarra et al, citados por Eterovic y Stiepovich (62), el pensamiento crítico de enfermería es un pensamiento cuidadoso y deliberado, el cual se centra en un objetivo orientado a la obtención de un resultado.

La tercera fase de la metodología puesta en práctica corresponde a la valoración crítica de la evidencia, esto es "...determinar la relevancia del material recolectado de acuerdo con la pregunta de investigación" (52) (p.111). Según Ramírez (63) por medio de una lectura reflexiva se determina si los estudios, cualitativos o cuantitativos, poseen rigor metodológico y aportan resultados útiles para responder la pregunta en cuestión.

Por medio del análisis crítico se logra retirar artículos de calidad inadecuada para la aplicación en la práctica y el entorno. El pensamiento crítico debe imperar en esta etapa y debe considerar, según Alfaro, citado por Eterovic y Stiepovich (62), aspectos como los resultados esperables, el contexto, los conocimientos, los recursos y el paciente.

Para determinar la relevancia del material recolectado de acuerdo con la pregunta de investigación se utilizó la plataforma electrónica FLC 2.0, la cual es una aplicación utilizada para agilizar la lectura y síntesis de la evidencia y que además evalúa distintos diseños de estudios a través de “fichas de lectura clínica” generando así tablas de evidencia sobre los datos incluidos. En el presente estudio se utilizó dicha plataforma para analizar los estudios de: ECCA, revisiones sistemáticas y meta-análisis.

Para la revisión de las guías de práctica clínica se planteó utilizar la plataforma electrónica AGREE II, la cual que es una aplicación especializada para la valoración de Guías de Práctica Clínica, mas finalmente no se recolectaron estudios de este tipo al hacer la búsqueda.

Posterior a generar tablas de evidencia se procedió a seleccionar los artículos de alta evidencia y valorar en ellos los grados de recomendación según los criterios de Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC.)

Las plantillas y tablas utilizadas para valorar la evidencia, así como la clasificación de los niveles de evidencia y grados de recomendación se adjuntan en los anexos.

3.3.5 Fase 4: Transferencia de la Evidencia a la Práctica Clínica

De acuerdo con Ramírez (63), la Práctica Basada en la Evidencia pretende establecer un puente entre lo que se ha hecho tradicionalmente a nivel práctico y aquello que debe hacerse de mejor manera, este puente debe tener sus cimientos en los datos científicos, y solamente de esta manera se puede renovar la prestación de servicios y permitir un accionar más eficaz, eficiente y seguro para los usuarios y usuarias. En la cuarta etapa se realiza la implementación de las evidencias en la práctica, con el objetivo

de mejorar la calidad de los cuidados entregados a los usuarios y sus familias, logrando así que el acto del cuidado sea una actividad reflexiva, deliberada y autónoma (55).

Según Ramírez (63), es en esta etapa donde los resultados de la investigación se comparten con las instituciones, profesionales y usuarios y usuarias de los servicio de salud, con la finalidad de modificar, en caso de ser necesario, la práctica clínica actual.

Con respecto a la integración de la evidencia Urra, Retamal, Tapia y Rodríguez (52) hacen énfasis en que integrar la evidencia de investigación en la decisión práctica plantea un enorme desafío, esto ya que ningún factor, ni la experiencia clínica de los profesionales de salud, ni las preferencias de los pacientes, es menos importante que otro. Así, el profesional de enfermería debe proceder holísticamente y centrar la decisión en el paciente.

Para el presente estudio se elaboró un artículo científico, el cual será sometido a publicación en la Revista Enfermería Actual de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, a la vez que se proyecta la divulgación de los resultados de la evidencia por medio de un boletín, conteniendo la síntesis de los apartados de este manuscrito, que se ofrecerá gratuita y personalmente a enfermeros y enfermeras que laboran en las maternidades de tres instituciones de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social: Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia, Hospital México y Hospital San Vicente de Paul.

3.3.6 Fase 5: Evaluación De La Implementación.

De acuerdo con Urra et al (52), la evaluación del impacto de una intervención es un aspecto crucial en el proceso de la PBE. Los métodos de evaluación permiten determinar si los objetivos últimos de los niveles del cuidado y de la práctica realmente se cumplieron,

y varían de acuerdo con la intervención o el cambio implementado en la práctica. Estos métodos incluyen mediciones fisiológicas, psicológicas, aumentos funcionales, disminución de costos o tiempo de estadía, satisfacción laboral, y encuestas de satisfacción de los usuarios.

Orellana y Paravic (55) establecen que la evaluación de la implementación es una etapa de gran importancia para la práctica de enfermería, pues permite la retroalimentación permanente entre la investigación y la clínica, esto ya que los conocimientos obtenidos a partir de la investigación en enfermería son luego utilizados en la práctica diaria al crear guías y protocolos de atención que permiten entregar cuidados óptimos en todos los niveles de atención en salud.

Ramírez establece a su vez que para poder llegar a una práctica lo más beneficiosa posible, los enfermeros que laboran en centros de asistencia deben generar intervenciones fundamentadas en datos científicos que brinden mayor seguridad a las personas, esto requiere que los profesionales orienten sus esfuerzos a investigar, validar resultados en la práctica, participar de los debates y reflexiones en torno a la producción científica, entrenarse en la búsqueda de evidencias científicas en bases de datos, socializar, revisar y contribuir con la elaboración y evaluación continua de las guías de intervención, lo cual permitirá re-elaborar nuevas formas de prestar servicios por parte de Enfermería, a la luz de pruebas válidas.

En la presente investigación, corresponderá a los y las profesionales de las instituciones de salud, especialmente a los y las encargadas de brindar educación en lactancia materna, implementar la recomendación a partir de la evidencia científica,

adaptándola al contexto en que se desempeñen, para que posteriormente emitan un criterio evaluativo de la evidencia científica implementada.

3.3.7 Consideraciones Éticas

Toda investigación debe considerar aspectos éticos para su realización, entre los cuales se encuentran:

- **Plagio:** Según Laguna (64), el plagio es un apropiamiento del pensamiento intelectual de alguien más, esto se manifiesta a nivel investigativo como la copia de resultados de investigaciones hechas por otras personas, sin autorización ni reconocimiento de autoría. En el presente estudio, se respaldan los tópicos e ideas con citas directas e indirectas de artículos y documentos científicos, dichas citas fueron realizadas siguiendo el estilo Vancouver.
- **Conflicto de intereses:** El conflicto de intereses surge cuando un autor, revisor o editor mantiene relaciones personales o financieras que pueden influenciar de manera inapropiada las acciones y decisiones tomadas en el momento de la realización de la investigación (64). En la elaboración del presente estudio las investigadoras dan fe de no presentar conflicto de intereses.
- **Confidencialidad y privacidad:** Toda persona tiene derecho a la protección de su privacidad, resguardándose siempre la información que brinden los y las usuarias. De acuerdo con Laguna (64), la información de los pacientes o del hospital no deben ser publicadas en los artículos de investigación, a menos que sea totalmente necesario y que el paciente o su guardián otorguen el respectivo consentimiento informado de manera escrita para la publicación. La presente pesquisa es una

investigación secundaria y por ende no maneja datos personales cuya privacidad deba ser resguardada, sin embargo, es importante mencionar que la confidencialidad es requisito esencial en toda investigación.

- ***Declaración de intereses de los autores:*** En el caso del presente estudio, las investigadoras declaran que no tienen conflictos de interés personal ni financiero que pueda influir en las acciones o resultados del mismo.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La recopilación y análisis de los datos se llevó a cabo mediante los pasos descritos en la metodología, cuyas fases se detallaron previamente y se siguieron rigurosamente para su presentación a continuación.

En el presente capítulo se detallan en primer lugar los resultados obtenidos y seguidamente se procede a realizar el análisis de los mismos, determinando y seleccionando la mejor evidencia disponible con relación al tema de investigación, esto utilizando como eje temático los objetivos ya establecidos para la investigación

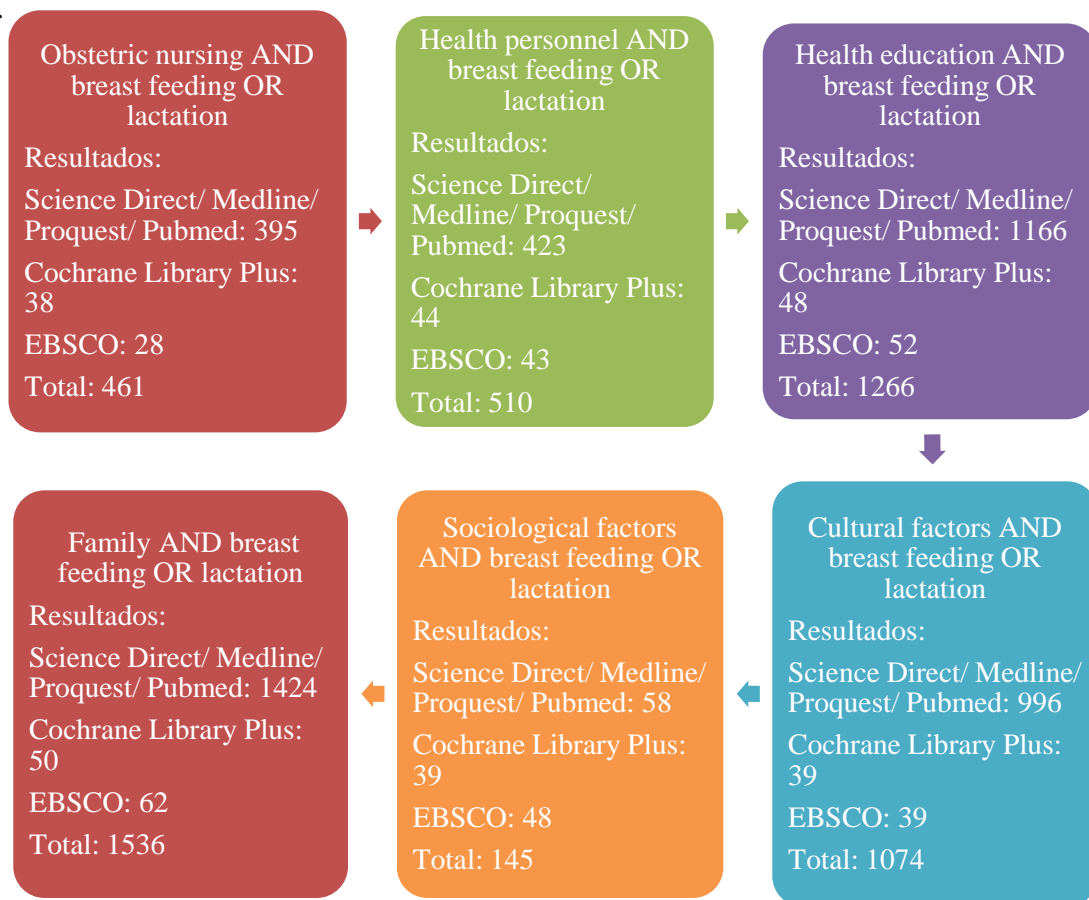
La búsqueda y análisis de los resultados fue realizada por dos revisoras, durante el mes de junio y julio de 2020; los resultados obtenidos por medio de la revisión de artículos fueron analizados meticulosamente mediante la plataforma FCL 2.0(65), utilizándose además los grados de recomendación según los criterios de Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)(66).

La búsqueda de artículos para análisis crítico, se realizó a través de las bases de datos de Medline, Cochrane Library Plus, EBSCO, Science Direct, Proquest y Pubmed (59,60), dicha búsqueda se filtró de forma que se obtuvieran únicamente publicaciones correspondientes a los años 2015 a junio de 2020. Del total de artículos obtenidos se tomaron en cuenta los que hablaban de mujeres en periodo de lactancia, de cualquier edad, y se incluyeron los estudios de tipo ensayos controlados aleatorizados (ECCA), meta-análisis, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica, así mismo se consideraron solo aquellos artículos en idioma español, inglés y portugués. Es importante recalcar que en el desarrollo metodológico se incluyó la traducción de los descriptores al idioma inglés y portugués, pero en el algoritmo de búsqueda se utilizó únicamente el idioma inglés ya que

al utilizar los descriptores en idioma inglés las bases de datos arrojan los resultados en los idiomas preseleccionados (español y portugués).

En la figura 4 se expresan los resultados obtenidos tras la aplicación del algoritmo de búsqueda para cada una de las bases consultadas.

Figura 4. Algoritmo de búsqueda y resultados obtenidos según descriptores por base de datos.



En la figura 4 se puede observar que gran parte de los resultados fueron obtenidos con las relaciones: Family AND breast feeding OR lactation, Health education AND breast feeding OR lactation y Cultural factors AND breast feeding OR lactation, las cuales arrojaron más de mil resultados cada una.

La búsqueda según descriptores y relaciones se realizó en tres partes: primeramente por medio de la plataforma del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica (UCR)(59) se realizó la búsqueda de artículos en las bases de datos suscritas, se agruparon las bases de datos Science Direct, Medline, Proquest y Pubmed, se ajustaron los criterios de búsqueda a los criterios de inclusión establecidos para la presente investigación y se obtuvo un total de 4462 artículos, divididos según las relaciones previamente establecidas en 395 para Obstetric nursing AND breast feeding OR lactation, 423 para Health personnel AND breast feeding OR lactation, 1166 para Health education AND breast feeding OR lactation, 996 para Cultural factors AND breast feeding OR lactation, 58 para Sociological factors AND breast feeding OR lactation y 1424 para Family AND breast feeding OR lactation, como se puede observar la gran mayoría de los artículos obtenidos correspondieron a dichas bases de datos.

Seguidamente e igualmente haciendo uso de la plataforma SIBDI UCR (59) se exploró la base de datos EBSCO, la cual arrojó un total de 272 artículos categorizados de la siguiente manera: 28 para Obstetric nursing AND breast feeding OR lactation, 43 para Health personnel AND breast feeding OR lactation, 52 para Health education AND breast feeding OR lactation, 39 para Cultural factors AND breast feeding OR lactation, 48 para Sociological factors AND breast feeding OR lactation y 62 para Family AND breast feeding OR lactation.

Por último, se realizó una búsqueda, en la base de datos Cochrane Library Plus (60), la cual arrojó 258 artículos correspondientes a 38 para Obstetric nursing AND breast feeding OR lactation, 44 para Health personnel AND breast feeding OR lactation, 48 para Health education AND breast feeding OR lactation, 39 para Cultural factors AND breast

feeding OR lactation, 39 para Sociological factors AND breast feeding OR lactation y 50 para Family AND breast feeding OR lactation.

La búsqueda total realizada según descriptores y relaciones, en las seis bases de datos elegidas, recuperó un total de 4992 registros, los cuales fueron sometidos a una serie de pasos establecidos por el Diagrama de flujo Prisma 2009 (67) para descartar los artículos que no respondían a la pregunta clínica, dichos pasos se resumen en la figura 5 y se detallan a continuación.

En primera instancia, con asistencia de las diferentes bases de datos, se eliminaron los registros duplicados, lo que permitió tener un total de 4896 registros para inspeccionar, en el proceso de examinación se descartaron los artículos en los cuales el nombre no proporcionaba una adecuada aproximación para responder a la pregunta clínica, en este caso se descartaron un total de 4605 artículos, quedando así 291 artículos.

Como siguiente paso se procedió a la revisión del contenido de los resúmenes (abstract) de cada uno de los 291 artículos, considerando el objetivo del estudio, los resultados principales y las conclusiones de cada uno de ellos y si su contenido era relevante para responder a la pregunta clínica planteada. Mediante dicha revisión se descartaron un total de 247 artículos, resultando viables para mayor examinación un total de 44 artículos.

Un aspecto importante a considerar fue la disponibilidad de recuperación del texto completo de cada documento, ya que para realizar el análisis crítico es esencial contar con el artículo completo, que permita realizar una valoración de la calidad del mismo. Se descartó únicamente 1 artículo por la razón anteriormente mencionada.

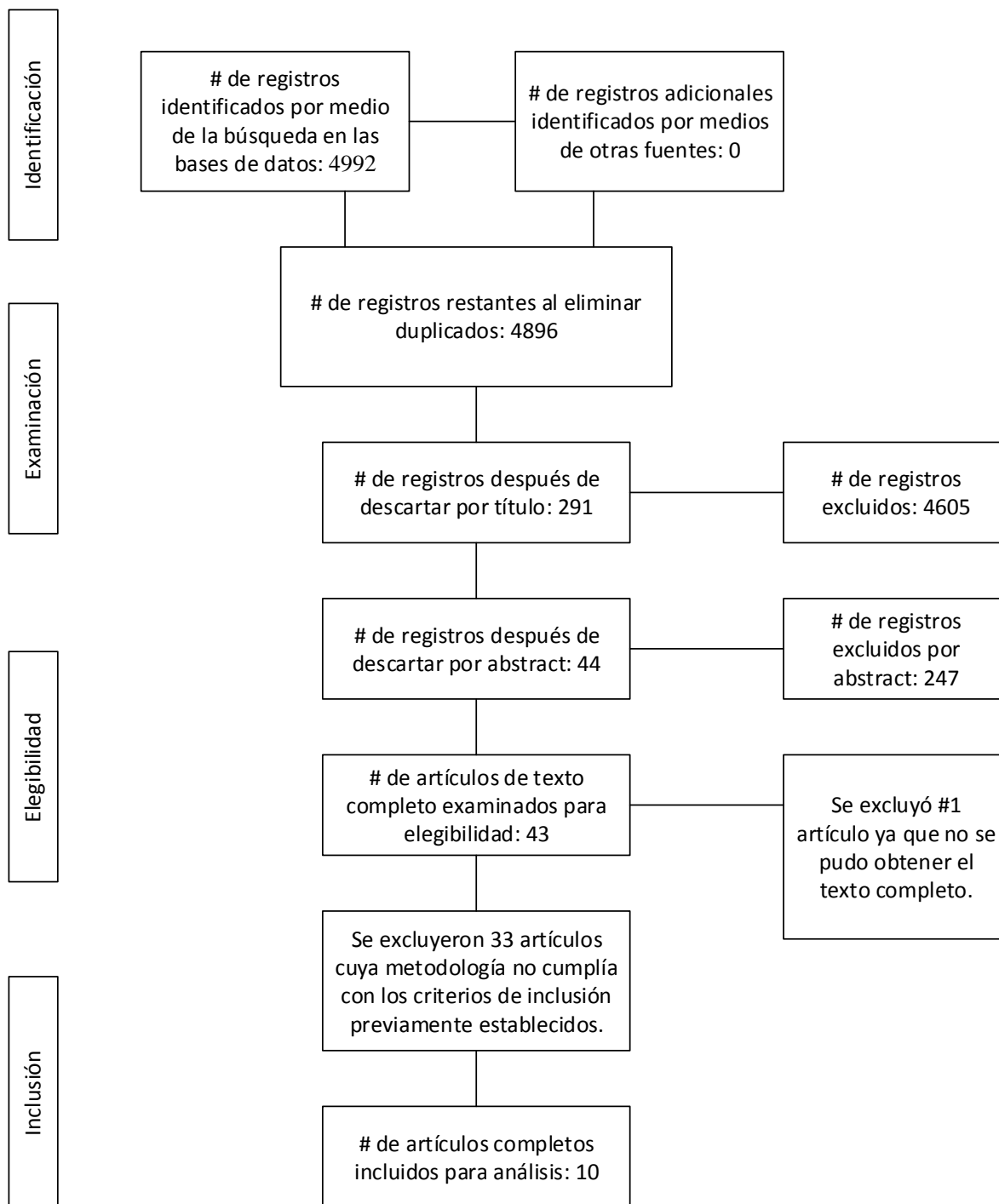
Para este punto se contaba con 43 artículos seleccionados para su estudio, a los

cuales se les aplicó una última examinación con base en el cumplimiento de los criterios de inclusión determinados para la presente investigación, esto por cuanto se logró observar que a pesar de ajustar los parámetros de búsqueda en las bases de datos se incluyeron estudios cuya metodología no correspondía a la especificada. Prestando atención a lo anterior se realizó una revisión rápida de las metodologías utilizadas para la elaboración de los diversos estudios, conservando únicamente las correspondientes a ensayos controlados aleatorizados, meta-análisis, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica. Se descartaron 33 artículos cuya metodología no cumplía con los criterios previamente establecidos, quedando un total de 10 artículos para su consiguiente análisis.

A continuación, se presenta el diagrama de flujo aplicado a la presente investigación, cuyos resultados fueron detallados anteriormente. El uso del diagrama de flujo de Prisma(67) permitió realizar una búsqueda estructurada, con resultados comprobados que, por medio de la implementación de los pasos de identificación, examinación, elegibilidad e inclusión, determinó los estudios cuyo análisis se considera relevante para el cumplimiento de los objetivos de la presente investigación.

Figura 5. Diagrama de Flujo, 2020

Diagrama de Flujo de Prisma, 2020



Fuente: elaboración propia a partir de Diagrama de Prisma de Moher et al (64).

A modo de resumen explicativo de la anterior figura: del total de 4992 artículos extraídos, se descarta un total de 96 artículos duplicados, seguidamente se descartan 4605 artículos por título, 247 por abstract, y 1 por no contar con el texto completo, finalmente, de los 43 artículos obtenidos se descartan 33 estudios por corresponder a un tipo de estudio diferente a los ECCA, RS, GPC o meta-análisis. Al finalizar la búsqueda se obtienen un total de 10 artículos que fueron analizados de forma crítica.

A continuación, se presentan los nombres de los 10 artículos seleccionados para análisis, y la base de datos o grupo de bases de datos de la que fueron obtenidos.

Tabla 7. Títulos de los estudios seleccionados con la respectiva base de datos de donde se obtuvieron.

Estudios seleccionados para análisis crítico	Bases de datos		
	ScienceDirect, Medline, Proquest y Pubmed	Cochrane Library Plus	EBSCO
Balogun O, OSullivan E, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner C, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016;11(001688):1-80. (68)		x	
Huang P, Yao J, Liu X, Luo B. Individualized intervention to improve rates of exclusive breastfeeding: A randomised controlled trial. Medicine (Baltimore) 2019; 98 (47): e17822.(69)	x		
McFadden A, Gavine A, Renfrew M, Wade A, Buchanan P, Taylor J, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017; 2(001141):1-239.(2)		x	
McFadden A, Siebelt L, Marshall J, Gavine A, Girard L, Symon A, et al. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. Int Breastfeed J 2019; 14, 42(70)	x		

Mizrak B, Ozerdogan N, Colak E. The Effect of Antenatal Education on Breastfeeding Self-Efficacy: Primiparous Women in Turkey. International Journal of Caring Sciences 2017 Jan;10(1):503-510.(71)	x		
Ogbo F, Akombi B, Ahmed K, Rwabilimbo A, Ogbo A, Uwaibi N, et al. Breastfeeding in the Community - How Can Partners/Fathers Help? A Systematic Review. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020; 17(2): 413.(72)	x		
Piro S, Ahmed H. Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: an experimental study. BMC Pregnancy Childbirth 2020; 20, 19.(73)	x		
Shafaei F, Mirghafourvand M, Havizari S. The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial. BMC Women's Health 2020; 20, 94.(74)	x		
Sinha B, Chowdhury R, Upadhyay R, Taneja S, Martines J, Bahl R et al. Integrated Interventions Delivered in Health Systems, Home, and Community Have the Highest Impact on Breastfeeding Outcomes in Low- and Middle-Income Countries. J Nutr 2017;147(11):2179S-2187S. (75)			x
Wouk K, Tully K, Labbok M. Systematic Review of Evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative Step 3. J Hum Lact. 2017; 33 (1): 50-82.(76)	x		

Fuente: elaboración propia.

Los estudios recopilados correspondieron a 6 revisiones sistemáticas y 4 ensayos controlados aleatorizados, de los cuales se realizó una ficha de lectura crítica utilizando la plataforma FLC 2.0 (65), la cual permitió elaborar una tabla de evidencia y determinar así si la evidencia de los estudios era alta, media o baja. A continuación, se mencionan los aspectos tomados en cuenta para evaluar la calidad de los estudios según el tipo:

ECCA:

1. Pregunta investigación.

2. Diseño metodológico (periodo de realización, muestra, aleatorización, intervención en el grupo experimental y grupo control).
3. Efectos evaluados y el periodo de seguimiento.
4. Análisis estadístico empleado.
5. Resultados obtenidos.
6. Conclusiones del estudio.
7. Presencia de conflictos de interés.

Revisión Sistemática:

1. Pregunta investigación.
2. Diseño Metodológico (criterios de selección, búsqueda bibliográfica, calidad de los estudios y medios para la extracción de datos).
3. Resultados del proceso de búsqueda y selección.
4. Resultados clínicos y síntesis de la evidencia.
5. Conclusiones del estudio.
6. Conflictos de interés.
7. Validez externa del estudio.
8. Calidad de estudio.

A continuación, se presenta la tabla 8 en la cual se observan los estudios seleccionados y el nivel de evidencia de los mismos, de acuerdo con los resultados arrojados por el programa FLC 2.0(65):

Tabla 8. Procesamiento de la información de los estudios seleccionados, según plataforma FLC 2.0.

Referencia	Estudio	Población	Conclusiones
<p>Balogun O, OSullivan E, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner C, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016;11(001688):1-80. (68)</p>	<p><i>Objetivo:</i> Identificar y describir actividades de promoción de la salud dirigidas a aumentar la tasa de iniciación de la lactancia materna</p> <p>Evaluar la efectividad de los diferentes tipos de actividades de promoción de la lactancia materna, en términos de cambiar el número de mujeres que inician la lactancia materna y la lactancia materna temprana (en la primera hora postparto).</p> <p><i>Período de Búsqueda:</i> 29/03/2016</p> <p><i>Diseño:</i> Revisión Sistemática</p> <p><i>Nivel de Evidencia:</i> Alta</p>	<p><i>Número de participantes/estudios:</i> 362 mujeres / 28 estudios.</p>	<p>Es probable que la educación en salud y consejería brindada por profesionales de la salud, así como las intervenciones de apoyo de los pares, incluidas en la revisión, resulten en algunas mejoras en las tasas de inicio de la lactancia materna, particularmente entre mujeres de bajos ingresos y minorías étnicas en los Estados Unidos, donde las tasas de lactancia materna son típicamente menores.</p> <p>De manera similar, las intervenciones en lactancia materna brindada por profesionales de áreas diferentes a la salud podrían llevar a mejoras en las tasas de inicio temprano de la lactancia materna en países de bajos recursos.</p> <p>El tipo de educación o intervención de apoyo que de forma más probable aumenta las tasas de inicio parece ser las sesiones informales cara a cara basadas en las</p>

			<p>necesidades específicas, brindadas tanto en el periodo pre como post natal por profesionales o consejeros de pares entrenados en lactancia materna.</p> <p>Esta actualización de revisión principalmente incluyó estudios conducidos en Estados Unidos entre mujeres de bajo ingreso, por lo que la generalizabilidad puede verse limitada a poblaciones con características similares.</p> <p>La educación en lactancia materna utilizando multimedia podría no ser efectiva como estrategia de promoción de la lactancia materna, particularmente entre mujeres de bajos ingresos.</p> <p>El contacto temprano entre madre e hijo para mujeres con partos vaginales y cesárea no fue efectivo para mejorar las tasas de inicio de amamantamiento. Por otro lado, permitir a las mujeres y sus hijos permanecer juntos 24 horas al día “rooming in”, que es uno de los Diez Pasos que la</p>
--	--	--	--

			Iniciativa Hospital Amigable con Bebé (Baby Friendly Hospital Initiative, BFHI) de la UNICEF/OMS adoptó como programa global para apoyar el éxito en la lactancia materna, demostró aumentar las tasas de inicio para todas las mujeres en todos los escenarios.
Huang P, Yao J, Liu X, Luo B. Individualized intervention to improve rates of exclusive breastfeeding: A randomised controlled trial. <i>Medicine (Baltimore)</i> 2019; 98(47): e17822. (69)	<p><i>Objetivo:</i> Investigar la efectividad de una educación sobre lactancia materna prenatal y un apoyo a la lactancia postnatal, en comparación con la atención de rutina, para mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva.</p> <p><i>Período de Realización</i> No lo indica</p> <p><i>Diseño:</i> Ensayo clínico controlado aleatorizado.</p>	<p><i>Número de participantes:</i> 352 mujeres (176 control, 176 intervención)</p> <p><i>Período de seguimiento:</i> 4 meses posterior al nacimiento</p> <p><i>Pérdidas post aleatorización:</i> 28 en el de intervención / 31 en el de control</p>	<p>La educación prenatal individualizada continua y el apoyo posnatal pueden aumentar eficazmente las tasas de lactancia materna exclusiva desde el parto hasta los 4 meses posteriores al parto y cambiar el comportamiento de la lactancia materna.</p> <p>La intervención conductual personalizada puede mejorar la satisfacción materna e infantil. Por lo tanto, a todas las mujeres se les debe ofrecer apoyo prenatal y posnatal profesional para amamantar a sus bebés.</p> <p>Las estrategias que se basan principalmente en la intervención cara a cara que utilizan la escala de predicción de deserción de la lactancia materna y la escala de</p>

	<i>Nivel de Evidencia Alto</i>		<p>conocimientos sobre lactancia tienen más probabilidades de encontrar problemas de la madre lactante.</p> <p>El personal médico puede resolver los problemas de lactancia materna en parte mediante llamadas telefónicas mensuales. Por lo tanto, las mujeres que amamantan deben recibir visitas periódicas y continuas mediante llamadas telefónicas.</p> <p>Las visitas periódicas y continuas mediante llamadas telefónicas pueden reducir efectivamente los costos económicos para la mejora de la práctica de la lactancia materna</p>
<p>McFadden A, Gavine A, Renfrew M, Wade A, Buchanan P, Taylor J, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017;</p>	<p><i>Objetivo:</i> Describir formas de apoyo a la lactancia materna que hayan sido evaluadas en estudios controlados, así como el tiempo de las intervenciones y los ambientes en que se han usado.</p> <p>Examinar la efectividad de las diferentes formas de ofrecer</p>	<p><i>Número de participantes/estudios:</i> 74656 parejas madre-infante/ 73 estudios.</p>	<p>Cuando se ofrece apoyo en la lactancia materna a las mujeres, el tiempo y la exclusividad de la lactancia aumenta. Entre las características de un apoyo efectivo se encuentran: que sea brindado de manera estandarizada por personal entrenado durante el periodo prenatal y postnatal, que incluya visitas programadas para que las mujeres sepan en que momento está</p>

2(001141):1-239. (2)	<p>similares intervenciones de apoyo (ofrecerlo de forma proactiva o reactiva, cara a cara o vía telefónica) si las intervenciones ofrecidas pre y postnatalmente fueron más efectivas que aquellas que se llevaron a cabo solo de forma postnatal.</p> <p>Examinar la efectividad de diferentes proveedores de cuidados y formación en el tema (cuando la información esté disponible)</p> <p><i>Período de Búsqueda:</i> 29/02/2016</p> <p><i>Diseño:</i> Revisión Sistemática</p> <p><i>Nivel de Evidencia:</i> Alta</p>		<p>disponible dicha asistencia, y que esté adaptado a las circunstancias y las necesidades del grupo poblacional.</p> <p>El apoyo tiende a ser más efectivo en escenarios con tasas de iniciación más altas y puede ser ofrecido tanto por profesionales como por pares, o una combinación de ambos.</p> <p>Las estrategias que usan principalmente apoyo cara a cara tienden a ser exitosas en mujeres que practican la lactancia exclusiva.</p>
McFadden A., Siebelt L,	<i>Objetivo:</i> Examinar las pruebas	<i>Número de</i>	Las intervenciones de asesoramiento son

<p>Marshall J, Gavine A, Girard L, Symon A, et al. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. Int Breastfeed J 2019; 14, 42. (70)</p>	<p>sobre la eficacia del asesoramiento sobre lactancia materna para informar las directrices mundiales.</p> <p><i>Período de Búsqueda:</i> 01/2018</p> <p><i>Diseño:</i> Revisión Sistemática</p> <p><i>Nivel de Evidencia</i> Alta</p>	<p><i>participantes/estudios:</i> 63</p>	<p>efectivas para mejorar las prácticas de lactancia materna con el mayor efecto sobre la lactancia materna exclusiva.</p> <p>Las recomendaciones incluyen que el asesoramiento sobre lactancia materna se debe brindar en persona y, además, se puede brindar por teléfono, tanto antes como después del nacimiento, a todas las mujeres embarazadas y madres lactantes. Sin embargo, para informar sobre la ampliación y la sostenibilidad a nivel mundial, es necesario comprender mejor los elementos de las intervenciones, como el asesoramiento, y su eficacia en diferentes contextos y circunstancias.</p>
<p>Mizrak B, Ozerdogan N, Colak E. The Effect of Antenatal Education on Breastfeeding Self-Efficacy: Primiparous Women in Turkey. International Journal of</p>	<p><i>Objetivo:</i> Evaluar el efecto de la educación prenatal sobre la autoeficacia de la lactancia materna y el éxito de la lactancia materna.</p> <p><i>Período de Búsqueda:</i> 01/2013 -</p>	<p><i>Número de participantes:</i> 90 participantes (45 en el grupo experimental / 45 en el grupo control)</p> <p><i>Periodo de</i></p>	<p>Aunque la mayoría de las madres nuevas inician la lactancia materna en Turquía, muchas dejan de amamantar prematuramente.</p> <p>La autoeficacia de la lactancia materna es un factor modificable que puede aumentar el éxito y la duración de la lactancia materna.</p>

<p>Caring Sciences 2017 Jan;10(1):503-510. (71)</p>	<p>06/2013</p> <p><i>Diseño:</i> Ensayo clínico controlado.</p> <p><i>Nivel de Evidencia:</i> Media.</p>	<p><i>seguimiento:</i> 1, 4 y 8 semanas posnatalmente y el éxito de la lactancia a las 1 y 8 semanas posnatalmente.</p> <p><i>Pérdidas post aleatorización:</i> refieren haber tenido pérdidas (2 en el de intervención/ 1 en el control), sin embargo, fueron sustituidas antes de iniciar la intervención mediante re-aleatorización.</p>	<p>La evidencia de este estudio demostró que la educación sobre la lactancia materna, que se basa en la Teoría de la Autoeficacia de la Lactancia Materna de Dennis, contribuye a aumentar la autoeficacia y el éxito de la lactancia materna.</p> <p>De acuerdo con estos resultados, las enfermeras que imparten educación sobre la lactancia materna deben ser informadas sobre la autoeficacia de la lactancia materna y tratar de incorporar el tema en sus programas de educación sobre la lactancia materna.</p>
<p>Ogbo F, Akombi B, Ahmed K, Rwabilimbo A, Ogbo A, Uwaibi N, et al. Breastfeeding in the Community - How</p>	<p><i>Objetivo:</i> Evaluar sistemáticamente el impacto de tipos específicos de apoyo de la pareja en el inicio, la duración y la exclusividad de la lactancia</p>	<p><i>Número de participantes/estudios:</i> 7</p>	<p>El estudio mostró que el apoyo apropiado y específico para la lactancia materna de la pareja puede influir en la decisión de la madre de iniciar y continuar la lactancia materna en el período posnatal temprano.</p>

<p>Can Partners/Fathers Help? A Systematic Review. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> 2020; 17(2): 413. (72)</p>	<p>materna.</p> <p><i>Período de Búsqueda</i> No se especifica.</p> <p><i>Diseño:</i> Revisión Sistemática.</p> <p><i>Nivel de Evidencia:</i> Alta.</p>		<p>El estímulo verbal a las nuevas madres por parte de sus parejas fue la forma más común de apoyo para mejorar los comportamientos de lactancia.</p> <p>Otros tipos específicos de acciones de apoyo a la pareja que llevaron a mejores conductas de lactancia incluyeron la sensibilidad de la pareja a las necesidades de la madre lactante, la asistencia para prevenir y manejar las dificultades con la lactancia y ayudar con las tareas del hogar y del cuidado de los niños.</p> <p>Las intervenciones de lactancia materna para las nuevas madres deben considerar la participación de los socios y sus roles específicos para maximizar los impactos.</p>
<p>Piro S, Ahmed H. Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: an</p>	<p><i>Objetivo:</i> Evaluar la efectividad de la intervención de enfermería sobre la inadecuada autoeficacia en la lactancia materna, el conocimiento y la actitud de una</p>	<p><i>Número de participantes:</i> 130 mujeres embarazadas.</p>	<p>La práctica exclusiva de la lactancia materna se ve afectada por el aumento de la autoeficacia en la lactancia materna de las madres a través de las intervenciones de enfermería prenatal, que también mejoran el</p>

<p>experimental study. BMC Pregnancy Childbirth 2020; 20, 19. (73)</p>	<p>muestra de mujeres en el Kurdistán iraquí.</p> <p><i>Período de Búsqueda</i> 10/2017-07/2018</p> <p><i>Diseño:</i> Ensayo clínico controlado.</p> <p><i>Nivel de Evidencia:</i> Media.</p>	<p><i>Período de seguimiento:</i> 2 meses posterior al nacimiento (consulta de vacunación).</p> <p><i>Pérdidas post aleatorización:</i> 13 en el grupo de intervención 11 en el grupo control.</p>	<p>conocimiento y las actitudes de la lactancia materna de la madre. El nivel de autoeficacia en la lactancia materna es un predictor de la práctica exclusiva de amamantamiento durante los primeros dos meses después del nacimiento Se ha evidenciado que existe una asociación entre aumentar la lactancia materna exclusiva (como una nutrición óptima para los lactantes) y reducir la morbilidad/ mortalidad de los lactantes, además de proporcionar un mejor estado de salud para las madres, por lo que un programa educativo prenatal integral sobre lactancia materna puede jugar un papel importante en el logro de mejores resultados de salud tanto para los bebés como para las madres.</p>
<p>Shafaei F, Mirghafourvand M, Havizari S. The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-</p>	<p><i>Objetivo:</i> Evaluar el efecto de la consejería sobre la autoeficacia de la lactancia materna y la frecuencia de problemas de lactancia materna en mujeres</p>	<p><i>Número de participantes:</i> 108 (54 en el grupo de intervención 54 en el grupo control)</p>	<p>Los hallazgos actuales sugieren que la consejería prenatal disminuye la frecuencia de problemas de lactancia materna y la autoeficacia de la lactancia materna en las madres hasta los 4 meses después del parto.</p>

<p>efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial. BMC Women's Health 2020; 20, 94. (74)</p>	<p>con lactancia materna fallida.</p> <p><i>Período de Realización:</i> 11/2017-05/2018</p> <p><i>Diseño:</i> Ensayo clínico controlado.</p> <p><i>Nivel de Evidencia:</i> Alto.</p>	<p><i>Periodo de seguimiento:</i> 4 meses posterior al nacimiento.</p> <p><i>Pérdidas post aleatorización:</i> 5 en el grupo de control, 3 en el grupo de intervención.</p>	<p>El asesoramiento a las madres, en particular a aquellas con lactancia materna fallida anteriormente, en los centros de salud y por parteras y consejeras de lactancia, durante el período de lactancia materna exclusiva, puede mejorar la salud y el bienestar de los niños en la comunidad.</p>
<p>Sinha B, Chowdhury R, Upadhyay R, Taneja S, Martines J, Bahl R et al. Integrated Interventions Delivered in Health Systems, Home, and Community Have the Highest Impact on Breastfeeding Outcomes in Low- and Middle-Income Countries. J Nutr. 2017; 147(11):</p>	<p><i>Objetivo:</i> Actualizar la evidencia existente acerca del efecto de las intervenciones en el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva (-1 y entre 1 y 5 meses) y continua (6 a 23 meses) en países de bajo y mediano ingreso, cuando dichas intervenciones son brindadas por los sistemas de salud, en la casa o ambientes comunitarios, o en una</p>	<p><i>Número de estudios:</i> 9.</p>	<p>Es posible lograr mejorías en las prácticas de lactancia materna en países de bajo y mediano ingreso con el uso juicioso de intervenciones ya probadas, particularmente cuando se brindan en una combinación de escenarios. Los hallazgos pueden considerarse para su inclusión en el modelo “Lives Saved Tool”.</p>

2179S-2187S. (75)	<p>combinación de escenarios.</p> <p><i>Período de Búsqueda:</i> artículos publicados después de octubre 2014 hasta el 10 de julio de 2016.</p> <p><i>Diseño:</i> Revisión Sistemática.</p> <p><i>Nivel de Evidencia:</i> Alta.</p>		
Wouk K, Tully K, Labbok M. Systematic Review of Evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative Step 3. J Hum Lact. 2017; 33 (1): 50-82. (76)	<p><i>Objetivo:</i> Determinar si la educación prenatal sobre lactancia materna en la clínica o en el hospital aumenta el inicio, la duración o la exclusividad de la lactancia materna.</p> <p><i>Período de Búsqueda</i> 01/2000-05/2016</p> <p><i>Diseño:</i> Revisión sistemática.</p>	<p><i>Número de participantes/estudios:</i> 38 estudios</p>	<p>La educación prenatal que incluye tanto materiales informativos como apoyo interpersonal se asocia positivamente con el inicio, la duración y la exclusividad de la lactancia materna.</p> <p>El apoyo a la lactancia materna brindado en una variedad de formatos, que incluyen visitas domiciliarias y sesiones individuales o grupales en clínicas prenatales, se asocia con mejores resultados en la lactancia materna.</p> <p>La falta de una evaluación estandarizada de</p>

	<i>Nivel de Evidencia: Media.</i>		<p>las intenciones de amamantamiento de las participantes limita la comparabilidad de las intervenciones evaluadas en esta revisión.</p> <p>Si las mujeres tienen planes sólidos para el inicio, la duración y la exclusividad de la lactancia, la eficacia de la educación y el apoyo prenatal puede quedar enmascarada por los efectos del techo.</p>
--	-----------------------------------	--	---

La tabla anterior nos muestra a manera de resumen, los aspectos más importantes de cada uno de los artículos seleccionados de acuerdo con la lectura crítica y extracción de datos que se llevó a cabo siguiendo las plantillas de la plataforma FLC 2.0, sin embargo, existen aspectos que no se reflejan en la misma y que resultan relevantes para la investigación, por lo que a continuación se detalla cada uno de los estudios.

Balogun et al (68) realizan un estudio acerca de las intervenciones existentes que buscan promover el inicio de la lactancia materna (LM) y establecen que existe un trasfondo a considerar previo a la elaboración de su investigación, ya que a pesar de que se han documentado ampliamente los riesgos de no dar de mamar, las tasas de inicio de la lactancia materna continúan siendo relativamente bajas en los países de altos ingresos, particularmente entre mujeres de bajos ingresos, mientras que en los países de bajos y medianos ingresos muchas mujeres no siguen las recomendaciones de la OMS de iniciar la lactancia materna en la primera hora después del parto. Teniendo en cuenta lo anterior realizan su estudio en busca de actualizar una revisión Cochrane del 2005 en el tema.

El estudio se propone como objetivos: identificar y describir las actividades de promoción de la salud dedicadas a aumentar las tasas de inicio de la LM, evaluar la efectividad de diferentes tipos de actividades de promoción de la LM en términos de establecer cuales afectan el número de mujeres que inician la LM y cuales afectan el número de mujeres que inician una lactancia materna temprana.

Al estudiar el artículo en detalle se observa que se estableció un periodo de búsqueda y se define adecuadamente la población a estudiar, la cual correspondió a mujeres expuestas a intervenciones con el fin de promover la lactancia materna, asimismo se definen adecuadamente las intervenciones objeto de estudio: cualquier intervención con el fin de promover la iniciación

de la lactancia materna que se diera antes de la primera vez que se colocara al bebe al pecho materno.

El estudio determina las medidas de los resultados, siendo el resultado principal la iniciación y la iniciación temprana de la lactancia materna, y no se incluyeron resultados secundarios. Establecido lo anterior se observa que la revisión se basa en una pregunta clínica claramente definida.

Con respecto al método del estudio, se indican claramente los métodos de búsqueda, las autoras realizan una búsqueda en el Registro de Ensayos sobre Embarazo y Parto de Cochrane y además revisan las listas de referencias de los artículos encontrados en busca de Ensayos controlados aleatorizados con o sin ciego, de cualquier intervención de promoción de la lactancia materna en cualquier grupo poblacional, excepto mujeres e infantes con problemas de salud. Dicho lo anterior, se puede constatar que se establecieron criterios de inclusión y exclusión adecuados para responder a la pregunta, sin producirse sesgos de información.

Con respecto a la recolección de datos, la revisión es realizada por dos autores de manera independiente en busca de ensayos según los criterios de inclusión, los cuales son extraídos por 4 autores utilizando el formulario establecido, así mismo 4 de los autores realizaron la valoración del riesgo de sesgo para cada estudio utilizando los criterios establecidos por el “Manual de bolsillo Cochrane para revisiones sistemáticas de intervenciones”, las discrepancias se resolvieron por medio de discusiones y se introdujo a una tercera persona cuando fue necesario, así mismo, cuando se consideró que había información faltante se contactó a los investigadores, lo que hace que la búsqueda bibliográfica de dicho estudio fuera suficientemente exhaustiva y rigurosa.

La calidad de los estudios es evaluada de forma adecuada aplicando el enfoque GRADE a dos comparaciones relacionadas con los resultados primarios, que fueron: profesionales de la salud brindando educación y apoyo en lactancia materna versus el cuidado estándar, y profesionales no sanitarios brindando educación y apoyo en lactancia materna versus el cuidado estándar.

Los resultados principales identifican que se incluyeron 28 ensayos que contuvieron a 107362 mujeres en 7 países en la revisión, 5 estudios no contribuyeron a los datos de resultado por lo que se excluyeron del análisis, la calidad metodológica de los estudios incluidos fue mixta, con números significativos de estudios con riesgo de sesgo alto o no claro por razones de ocultación de la asignación (N=20), falta de cegamiento de resultados de la valoración (N=20), datos de resultados incompletos (N=19), informes selectivos (N=22) y sesgos de otras fuentes potenciales (N=17).

Con respecto a los resultados de la categoría “Profesionales de la salud brindando educación y apoyo en lactancia materna versus el cuidado estándar”, se obtiene que las intervenciones realizadas por los profesionales de salud incluyen campañas promocionales y consejería, las cuales se llevan a cabo en ambientes formales. Se obtuvo evidencia de 5 estudios, los cuales incluyeron un total de 564 mujeres, donde hubo mejoras en las tasas de inicio de la lactancia materna entre mujeres que recibieron educación y apoyo brindados por profesionales de la salud (RR 1.43, IC 95%: 1.07 a 1.92, $Tau^2=0.07$, $I^2=62\%$, evidencia de baja calidad), en comparación con las mujeres que recibieron cuidados estándar. Se le disminuyó el nivel a la evidencia dada la presencia de limitaciones en el diseño y heterogeneidad. No se reportaron resultados acerca de inicio temprano de la lactancia materna en los estudios bajo esta comparación.

Por su parte, con respecto a los resultados de la categoría “profesionales no sanitarios brindando educación y apoyo en lactancia materna versus el cuidado estándar”, hubo evidencia de ocho ensayos que incluyeron a 5712 mujeres, y determinaron una mejora en las tasas de iniciación de la lactancia materna entre las mujeres que recibieron intervenciones de asesores profesionales no sanitarios y grupos de apoyo (RR promedio 1,22, IC del 95%: 1.06 a 1.40, $Tau^2 = 0,02$, $I^2 = 86\%$, evidencia de baja calidad), en comparación con las mujeres que recibieron atención estándar. En tres ensayos con 76 373 mujeres, no hubo una diferencia clara entre los grupos en cuanto al número de mujeres que practicaban la iniciación temprana de la lactancia materna (RR promedio 1.70, IC del 95%: 0,98 a 2,95, $Tau^2 = 0,18$, $I^2 = 78\%$, evidencia de calidad muy baja). La calidad de la evidencia se disminuyó debido a una combinación de limitaciones en el diseño, heterogeneidad e imprecisión.

En el estudio se realizaron también otras comparaciones, como lo fueron: comparaciones de educación combinada dirigida por profesionales de la salud con apoyo de compañeros o un educador comunitario versus atención estándar (dos estudios, 1371 mujeres) o atención control (un estudio, 237 mujeres), educación sobre la lactancia materna mediante el uso de multimedia versus atención habitual (dos estudios, 497 mujeres), contacto temprano entre madre e hijo versus atención estándar (dos estudios, 309 mujeres), y grupos comunitarios de lactancia materna versus grupos sin lactancia materna (un estudio, 18 603 mujeres). Ninguna de estas comparaciones proporcionó datos sobre la iniciación temprana de la lactancia materna.

Los autores concluyen que se encontró evidencia de calidad baja de que la educación sobre la lactancia materna dirigida por profesionales de la salud y el asesoramiento no dirigido por profesionales de la salud, así como las intervenciones de apoyo de compañeros, pueden dar lugar a algunas mejoras en el número de mujeres que comienzan a amamantar. La mayoría de los

ensayos se realizaron en Estados Unidos en mujeres de bajos ingresos y que variaban en cuanto a su origen étnico y su intención de alimentación, lo que limitó la posibilidad de generalizar estos resultados a otros entornos.

En resumen, el texto concluye que la educación sobre la lactancia materna brindada por profesionales de la salud, y las intervenciones de apoyo de pares, tienen una influencia positiva sobre que más cantidad de mujeres inicien la lactancia materna.

Si bien los resultados de la revisión no son generalizables a la población y contexto que interesa, el estudio realizado por Balogun et al (68) se consideró según las fichas de lectura crítica como de alta calidad ya que la revisión se basa en una pregunta clínica claramente definida, la metodología utilizada para la selección y evaluación de los estudios individuales está bien descrita y es adecuada, considera el sesgo de publicación, los resultados de la revisión sistemática evaluada están correctamente sintetizados y descritos, y las conclusiones dan respuesta a los objetivos de estudio, además se menciona la fuente de financiación y los autores declaran la ausencia de conflictos de interés.

Continuando con el análisis de artículos, el de Huang et al (69) fue un estudio realizado en la República Popular de China, fue publicado en el 2019, aunque no se especifica el tiempo de realización del mismo; los autores lo presentan como un ensayo clínico controlado aleatorizado y tuvo como objetivo investigar la efectividad de la educación sobre lactancia materna prenatal y el apoyo a la lactancia postnatal, en comparación con la atención de rutina, para mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva.

Los autores nos hablan en su justificación de como aún en nuestro tiempo las tasas de inicio, duración y sobre todo de exclusividad de lactancia materna son subóptimas, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Expresan que, aunque muchos niños

inician lactancia materna inmediatamente posterior al nacimiento en los centros de salud, la continuidad de esta cae rápidamente en el hogar. Asimismo, señalan al personal de salud como el llamado a brindar la educación necesaria sobre lactancia materna y crear un ambiente propicio que la promueva. No obstante, señalan que no siempre los efectos de la educación sobre la lactancia materna se encuentran claros y que se requiere establecer sus verdaderos resultados.

En relación con la metodología, 3 investigadores certificados internacionalmente como consultores de lactancia materna reclutaron a mujeres embarazadas de las oficinas de admisión obstétrica. Las filtraron por criterios de inclusión y exclusión y las que aceptaron participar completaron el consentimiento informado. Se asignaron en los grupos usando una tabla de asignación aleatorizada separando las participantes en diferentes salas para no contaminar la muestra.

Se puede observar que el lugar en el que se realiza el estudio cuenta con un sistema de apoyo a la lactancia materna ya estructurado, ya que la intervención del grupo control, aunque fue sólo la rutinaria incluía: atención obstétrica prenatal y posnatal de rutina, de acuerdo con los requisitos del Hospital Amigo del Niño, una sesión de educación prenatal sobre lactancia materna en la que se les mostró un video educativo de 30 minutos, que presentaba los beneficios de la lactancia materna, las barreras para la lactancia materna, la postura adecuada para la alimentación, entre otros. Después del parto, recibieron visitas posnatales por parte de un lactante consultor que instruye a las madres sobre la lactancia materna y resuelve cualquier problema de lactancia, así como guías impresas sobre lactancia materna al momento del alta hospitalaria.

Por otro lado, la intervención en el grupo experimental incluyó: educación individual sobre lactancia materna prenatal y apoyo para la lactancia posnatal, fueron visitados por un investigador al ingreso hospitalario. En el momento de la admisión, la investigadora utilizó la

escala de predicción de deserción de la lactancia materna y la escala de conocimiento de la lactancia para comprender y analizar los problemas de conocimiento de los sujetos sobre la lactancia materna. Posteriormente, con base en los resultados, el investigador brinda una intervención individualizada de manera presencial. Después del parto, los investigadores brindaron orientación profesional sobre lactancia materna a las madres y al momento del alta, los investigadores utilizaron la escala de evaluación de la lactancia materna y la escala de conocimientos sobre lactancia materna para analizar los problemas de lactancia materna e intervenir. Por último, los investigadores solicitaron mensualmente detalles sobre la situación de la lactancia materna, y se brindó orientación mediante seguimiento telefónico desde el alta hospitalaria materna hasta los 4 meses posparto.

El artículo proporciona la fórmula mediante la cual se calculó la muestra, así como los detalles del paquete estadístico utilizado para el análisis de los datos tanto cualitativos como cuantitativos y establecieron $p < 0,05$ para la significancia estadística. Con respecto a los resultados, el estudio contó finalmente con 352 participantes: 176 en el grupo de intervención y 176 en el grupo control, y la población que terminó el estudio fue del 83,2% (293 madres) que llegaron hasta los 4 meses de seguimiento.

Con respecto al resultado primario observaron que, al alta del hospital, el 43,2% (70/162) de las mujeres asignadas al azar al grupo de intervención estaban amamantando exclusivamente en comparación con el 30,0% (47/157) de las mujeres que recibieron atención de rutina (riesgo relativo 1,78; intervalo de confianza [IC] del 95% 1,12–2,82. A los 4 meses, el 70,9% (105/148) de las mujeres del grupo de intervención estaban amamantando exclusivamente en comparación con el 46,2% (67/145) de las mujeres del grupo de control (2,84; 1,76–4,60). Esta mejora significativa todavía estaba presente al alta del hospital y 4 meses después del parto.

Con respecto a los resultados secundarios pudieron determinar que las mujeres asignadas al azar al grupo de intervención tenían más probabilidades de amamantar a demanda en comparación con el grupo de control desde el alta hasta 4 meses después del parto, cuando el 95,1% (154/162) de las mujeres en el grupo de intervención amamantaban a demanda en comparación con el 68,1% (107 / 157) de mujeres que reciben atención de rutina (9,00; 4,09-19,74). A los 4 meses, el 94,6% (140/148) de las mujeres asignadas al azar a recibir una intervención individualizada estaban amamantando a demanda en comparación con el 75,9% (110/145) de las mujeres del grupo de control (5,57; 2,48-12,49). Además, la incidencia de pezón agrietado fue menor en las mujeres que recibieron intervención individual que en las mujeres del grupo de control (0,49; 0,29 a 0,81) a los 42 días después del parto y (0,50; 0,29 a 0,85) a los 4 meses después del parto.

Dicha investigación concluye que la educación brindada por los profesionales de salud influye en el aumento de mujeres que realizan y mantienen la lactancia materna exclusiva tanto al alta hospitalaria como a los 4 meses postparto y aumenta la cantidad de mujeres que dan lactancia materna a demanda.

Con respecto a la calidad del artículo, podemos determinar que los objetivos están bien planteados, así como la intervención que se realizará, los resultados responden a los mismos y las conclusiones que observamos en el cuadro de resumen están acorde con los datos arrojados. Es importante rescatar que los autores mencionan como debilidad de su estudio el no haber comparado las diferencias en la práctica de la lactancia materna entre los diferentes apoyos familiares y recomiendan tomarlo en cuenta para las futuras investigación. La parte metodológica se encuentra muy bien descrita, la muestra se calcula de manera adecuada, sin embargo, el estudio sí tuvo una pérdida de participantes importante que corresponde a un 17% en

el grupo de control y un 15,9% en el de intervención, aunque el artículo no nos indica cuál es la pérdida aceptable de acuerdo a la formula, la muestra fue grande y podría suceder que las pérdidas no signifiquen un aspecto que comprometa el estudio ya que no se menciona dentro de las debilidades y limitantes del estudio. Por lo demás, los resultados están bien tabulados, ofrecen datos sobre el riesgo relativo, intervalo de confianza y valores p, lo que otorga una fuerte validez estadística. Los autores no mencionan la fuente de financiamiento, pero declaran no tener conflictos de interés, por lo que de acuerdo con la clasificación por lectura crítica se le asigna a este estudio una calidad alta.

Mcfadden et al (2) realizan una actualización de la revisión ya elaborada y publicada acerca del apoyo a la lactancia materna en madres sanas con bebés sanos nacidos a término, realizan dicha actualización ya que consideran que existe evidencia de importantes riesgos para la salud tanto de los bebes como de las madres cuando no se da lactancia materna. Las actuales tasas de lactancia materna de muchos países no reflejan el cumplimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, quienes recomiendan que los lactantes sean alimentados exclusivamente con leche materna hasta los seis meses de edad y que la lactancia materna continúe como parte importante de la dieta del lactante hasta que tenga por lo menos dos años de edad.

Los autores establecen como objetivos de su investigación: describir formas de apoyo a la lactancia materna que se han evaluado en estudios controlados, el momento de las intervenciones y los ámbitos en que se han usado; examinar la efectividad de los diferentes modos de ofrecer intervenciones de apoyo similares, determinando si las intervenciones que contienen elementos prenatales y postnatales son más eficaces que las que tienen lugar en el período postnatal

exclusivamente; examinar la eficacia de los diferentes profesionales sanitarios y la formación; explorar la interacción entre las tasas de lactancia materna del contexto y la eficacia del apoyo.

El estudio define adecuadamente la población objeto de estudio, la cual corresponde a mujeres saludables embarazadas que consideran o tienen la intención de amamantar, o mujeres saludables que están amamantando a bebés saludables, así mismo define adecuadamente las intervenciones objeto de estudio, correspondientes al contacto con uno o varios individuos, ya sean profesionales o voluntarios, que ofrezcan apoyo adicional a los cuidados estándar que se ofrecen en el ambiente al que pertenecen las mujeres.

Las medidas de los resultados se definen en el estudio: la medida principal de resultado fue el efecto de las intervenciones sobre el tiempo en que las mujeres dejan de dar de mamar, el resultado principal buscaba establecer la intervención recibida por quienes detienen la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva antes de 4 a 6 semanas y después de 6 meses postparto. Otros resultados de interés fueron la detención de cualquier tipo de lactancia o de la lactancia materna exclusiva en otros momentos (dos, tres, cuatro, nueve y doce meses), medidas de morbilidad neonatal e infantil y medidas de satisfacción maternal con los métodos de cuidado y alimentación. No se consideraron resultados secundarios.

En cuanto al método de estudio se indican claramente los métodos de búsqueda, las autoras realizaron búsquedas en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto el día 29 febrero 2016 y revisaron las listas de referencias de los estudios recuperados. Se detalla además el tipo de diseño de los estudios incluidos en la revisión, así como los criterios de inclusión y exclusión, el estudio incluyó ensayos controlados aleatorizados o cuasialeatorizados que compararan el apoyo adicional a las madres sanas que amamantan a sus hijos sanos a

término con la atención materna habitual. Se considera que los criterios de inclusión y exclusión detallados en la investigación fueron adecuados para dar respuesta a la pregunta de investigación.

Con respecto a la obtención y análisis de datos el estudio informa que dos autores de la revisión evaluaron de forma independiente los ensayos para la inclusión y el riesgo de sesgo, extrajeron los datos y verificaron su exactitud. La calidad de la evidencia se evaluó mediante el enfoque GRADE.

Los resultados principales incluyen la revisión de 100 ensayos que incluyen más de 83.246 binomios madre-hijo, de los cuales 73 estudios aportan datos (58 ensayos aleatorizados individuales y 15 ensayos aleatorizados por grupos). Se consideró que el riesgo general de sesgo de los ensayos incluidos en la revisión fue mixto. De los 31 nuevos estudios incluidos en esta actualización, 21 proporcionaron datos para uno o más de los resultados primarios. El número total de binomios madre-hijo en los 73 estudios que contribuyeron con datos a esta revisión es de 74.656, y los 73 estudios se realizaron en 29 países.

Los resultados confirmaron que todas las formas de apoyo adicional analizadas en conjunto mostraron una disminución en el cese de cualquier tipo de lactancia materna, que incluye la lactancia materna parcial y exclusiva (RR promedio para el cese de cualquier lactancia materna antes de los seis meses 0,91; IC del 95%: 0,88 a 0,95; evidencia de calidad moderada, 51 estudios) y para el cese de la lactancia materna antes de las cuatro a seis semanas (RR promedio 0,87; IC del 95%: 0,80 a 0,95; evidencia de calidad moderada, 33 estudios). Todas las formas de apoyo adicional juntas también mostraron una disminución en la interrupción de la lactancia materna exclusiva a los seis meses (RR promedio 0,88; IC del 95%: 0,85 a 0,92; evidencia de calidad moderada, 46 estudios) y a las cuatro a seis semanas (RR promedio

0,79; IC del 95%: 0,71 a 0,89; evidencia de calidad moderada, 32 estudios). Se redujo la evidencia a una calidad moderada debido a la gran heterogeneidad.

Así mismo, se investigó la heterogeneidad para los cuatro resultados con análisis de subgrupos en las siguientes covariables: quién proporcionó la asistencia, el tipo de apoyo, el momento del apoyo, la tasa de antecedentes de lactancia y el número de contactos posnatales, mas las covariables no pudieron explicar la heterogeneidad en general.

Se obtuvo que el apoyo adicional tanto del personal no profesional como de los profesionales tuvo un impacto positivo en los resultados de la lactancia, pero varios factores pueden haber mejorado también los resultados de las mujeres que practican la lactancia materna exclusiva.

Si bien las pruebas de interacción fueron significativas para algunos análisis, se aconseja en el estudio cautela en la interpretación de los resultados y al sacar conclusiones específicas basadas en los resultados de los subgrupos debido a la alta heterogeneidad.

Los autores concluyen que cuando se ofrece apoyo en la lactancia a las mujeres, aumenta la duración y la exclusividad de la lactancia, entre las características del apoyo eficaz figuran: que sea ofrecido por personal capacitado durante la atención prenatal o posnatal, que incluya visitas programadas continuas para que las mujeres puedan predecir cuándo estará disponible el apoyo, y que se adapte al entorno y a las necesidades del grupo de población.

Así mismo describen que es probable que el apoyo sea más eficaz en contextos con altas tasas de iniciación, que el apoyo pueden ofrecerlo profesionales o personal no profesional y otras madres, o una combinación de ambos, y que las estrategias que se basan principalmente en el apoyo cara a cara tienen más probabilidades de tener éxito con las mujeres que practican la lactancia materna exclusiva.

En resumen, la revisión de Mcfadden et al (2) se basa en una pregunta clínica claramente definida, la metodología utilizada para la selección y evaluación de los estudios individuales está bien descrita y es adecuada, los resultados de la revisión sistemática evaluada están correctamente sintetizados y descritos, las conclusiones están justificadas y son útiles y el estudio toma en cuenta la heterogeneidad entre los estudios que se combinan en la revisión y emite recomendaciones al respecto. Por estas razones mediante la elaboración de la ficha de lectura crítica el artículo se cataloga como de alta evidencia.

Por su parte, McFadden et al (70) realizaron para la Organización Mundial de la Salud una revisión sistemática y meta análisis que tuvo como objetivo examinar las pruebas sobre la eficacia del asesoramiento sobre lactancia materna para informar las directrices mundiales. Los autores explican que la lactancia materna tiene uno de los mayores impactos conocidos dentro de las intervenciones preventivas en salud, por lo que no es una sorpresa que haya sido tomada como un área prioritaria para las organizaciones mundiales encargadas de salud pública. Tanto es así, que los objetivos de cobertura de lactancia materna exclusiva han sido subidos a un 70% para el 2030.

Basados en lo anterior los autores nos explican que es imperativo redoblar esfuerzos en lo que respecta a la ampliación y mejoramiento de programas enfocados en el objetivo de lactancia materna exclusiva que se espera. Pero es igualmente importante identificar las técnicas y estrategias más efectivas para que esto suceda y poder destinar así esfuerzos y recursos en aquellas medidas que sabemos efectivas; así que el estudio se justifica en identificar qué elementos en la programación de intervenciones preventivas son los mejores para aumentar los indicadores, sobre todo tomando en cuenta que en general las intervenciones que se han estudiado y sus múltiples variables resultan ser tan heterogéneas.

En relación con la metodología la búsqueda incluyó seis bases de datos electrónicas: Registro internacional de ensayos clínicos de la OMS, Clinicaltrials.gov, Cochrane Trials Register, Medline, CINAHL y Embase, y se realizó durante enero del 2018, no tuvieron restricción de idioma o fecha, los autores realizaron revisión inversa en las referencias de los artículos e incluyeron hasta 3 investigadores en la revisión de los artículos. Los criterios de inclusión y exclusión están muy detallados, y se enfocan en encontrar compendios de calidad que abarquen la gran gama de elementos que se puedan incluir como asesoramiento.

Cada uno de los autores extrajo la información de los estudios de manera independiente, utilizando un cuestionario diseñado para esto, y en caso de tener discrepancias las resolvieron discutiéndolo y/o pidiendo la opinión de un tercer experto. El riesgo de sesgo se evaluó mediante los criterios descritos en el Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas de Intervenciones y utilizaron el enfoque GRADE para evaluar la calidad de las pruebas.

Realizaron un ajuste de los tamaños de las muestras de los ensayos aleatorios por conglomerados y así poder incorporar una estimación del coeficiente de correlación intragrupo (CCI) derivado del ensayo, si era posible, para calcular un tamaño de muestra efectivo, así como los ajustes numéricos necesarios para realizar el análisis siempre que fuera posible. El análisis estadístico lo realizaron mediante el software Review Manager 5, utilizaron un metanálisis de efectos aleatorios para combinar los datos cuando hubo heterogeneidad estadística significativa y presentan los efectos promedio del tratamiento con intervalos de confianza del 95%.

Realizaron un detallado análisis por subgrupos para tomar en cuenta los resultados de la revisión en temas principales: momento, frecuencia, modo, proveedor de asesoramiento, participación de enfoques anticipatorios, contexto y asesoramiento dirigido a subgrupos de

población específicos. Además, realizaron un minucioso análisis de sensibilidad de sesgo para identificar aquellos con más o menos riesgo.

Finalmente analizaron un total de 63 artículos que aportaron datos al estudio, los cuales procedían de países tanto de ingresos altos como bajos. Las características generales de las poblaciones que fueron objeto de estudio en los diferentes análisis fueron muy heterogéneas, varió en cuanto a edad media de la madre, paridad (multíparas, primíparas), forma de nacimiento (vaginal o por cesárea) y la mayoría de los estudios reclutaron únicamente bebés sanos, a término y sin malformaciones congénitas.

Las intervenciones que encontraron en los estudios fueron también muy diversas en todas sus variables (tiempo, duración, intensidad, suministro de información, técnicas y apoyo para los efectos prácticos, entre muchas otras), así que la cantidad y la naturaleza del asesoramiento junto con el detalle de las intervenciones informadas variaron considerablemente. En general, los resultados se presentan muy detallados, ofrecen tabulaciones con números absolutos, proporcionan intervalos de confianza, riesgo relativo, y valores p. Los autores toman en cuenta la heterogeneidad de los sujetos estudiados en cada investigación, los posibles sesgos, las comparaciones entre grupos con similitudes y en general un análisis paso a paso de la amplia gama de variables descritas.

Concluyen que las intervenciones de asesoramiento son efectivas para mejorar las prácticas de lactancia materna con el mayor efecto sobre la lactancia materna exclusiva. Las recomendaciones incluyen que el asesoramiento sobre lactancia materna debe brindarse en persona y, adicionalmente, puede brindarse por teléfono, tanto antes como después del parto, a todas las mujeres embarazadas y madres lactantes.

McFadden et al (70) refieren que los resultados de este estudio deben tratarse con cautela ya que mencionan como gran limitante que los estudios encontrados demostraron un riesgo de sesgo alto que puede deberse a la falta de cegamiento que no sería factible por el tipo de intervención; además, las diferencias encontradas con respecto a la definición de las intervenciones y/o a la falta de detalle en la información reportada se consideró otra limitante.

En general, el estudio tiene un objetivo claro, se realizó una búsqueda exhaustiva, incluyó una gran cantidad de estudios, se extrajeron los datos de manera rigurosa y se evaluó de manera apropiada la calidad de estos. Se tomó en cuenta la heterogeneidad de los datos y resultados, se evaluó detenidamente el riesgo de sesgo, se informaron los resultados muy minuciosamente analizando cada variable y cada aspecto posible, proporcionando datos íntegros, claros, bien tabulados con claridad y validez estadística. Los resultados responden a los objetivos y las conclusiones, a pesar de contar con un despliegue de datos tan amplio, fueron claros y concisos. Además, los autores demostraron mucha transparencia en la presentación de las limitantes del estudio, por lo que plantean recomendaciones al respecto. Especifican la fuente de financiamiento y declaran no tener conflictos de interés. Es por todo lo anterior que este artículo se clasifica con una calidad alta.

Mizrak et al (71), por su parte, llevan a cabo un ensayo clínico controlado en Eskisehir, Turquía en 6 Centros de Salud de la Familia (FHC), el objetivo del estudio fue evaluar el efecto de la educación prenatal sobre la autoeficacia de la lactancia materna y el éxito de la lactancia materna. Con respecto a la autoeficacia en la lactancia materna los autores refieren que es un aspecto totalmente modificable y es capaz de predecir si la madre va a elegir amamantar, el esfuerzo que dedicará, si tendrá patrones de autorrealización o de autoderrota y la forma en la que responderá emocionalmente a las dificultades que se le presenten durante la lactancia.

La metodología del estudio indica que fue de intervención, la escogencia del lugar fue por conveniencia, ya que los centros de salud presentaban una buena ubicación, una buena cantidad de mujeres embarazadas y se aprovechaba la experiencia en la educación rutinaria en lactancia que de todos modos brindan. Los autores señalan que realizaron una prueba de potencia para calcular el tamaño de la muestra, sin embargo, esta resultó ser únicamente de 90 personas (45 en el experimental y 45 en el control), lo cual a simple vista parece poco, no obstante, la fórmula de cálculo no está detallada y no conocemos la población total de mujeres embarazadas que atienden estos centros de salud, por lo que la información resulta insuficiente para determinar si el tamaño de la muestra fue adecuado.

Para la extracción de la información utilizaron un cuestionario prenatal y uno posnatal, la Herramienta de Autoeficacia de Lactancia Materna (BSES-SF) (Versión Postnatal y Antenatal) y la Herramienta de evaluación de la lactancia materna LATCH que evalúa el éxito de lactancia. El estudio explica de manera amplia los tiempos en que se administraron los cuestionarios de evaluación tanto al grupo control como al de intervención, así como el desglose de las intervenciones de educación brindadas también a ambos grupos, se detallan muy bien las del grupo experimental y en el grupo control se brindó la información de rutina, el artículo indica que algunos participantes del grupo control refirieron haber recibido educación de familiares mayores o de internet, sin embargo, al no ser este un objetivo de dicha investigación, este tema no se desarrolla. Se le proporcionó seguimiento domiciliario al grupo de intervención, evacuación de dudas y ayuda en la resolución de los problemas que pudieran tener. Y finalmente administraron los cuestionarios de evaluación por última vez en la semana 8 posparto.

Con respecto a los resultados, los autores retoman el objetivo principal basado en la autoeficacia de la lactancia materna y el éxito de la misma e indican que el estudio concluye que

no existieron diferencias estadísticamente significativas en la evaluación prenatal como si las hubieron en las evaluaciones posnatales tanto a las 1, 4 y 8 semanas posparto en el grupo experimental con respecto al grupo control y que por lo tanto, la educación sobre la lactancia materna, que se basa en la Teoría de la Autoeficacia de la Lactancia Materna de Dennis, contribuye a aumentar la autoeficacia y el éxito de la lactancia materna. Por lo que recomiendan a las enfermeras encargadas de brindar esta educación en los centros de salud tomar en cuenta esta teoría e incluirla en la malla curricular que administran.

Los datos proporcionados en los resultados y la discusión son precisos, se adaptan y contestan a los objetivos del estudio, proporcionan valores *p*, sin embargo, no proporcionan intervalos de confianza, aunque sí realizan análisis mediante ANOVA para el análisis de las medias de cada variable. Las conclusiones son concretas y se ajustan a los objetivos, no obstante, el seguimiento fue muy limitado, ya que se realizó únicamente por 8 semanas posparto, lo que resulta poco tomando en cuenta las recomendaciones internacionales.

En el artículo no se hace referencia a la existencia o no de conflictos de interés ni se mencionan fuentes de financiamiento, tampoco se hace referencia a limitaciones que los autores crean haber tenido durante la investigación, ni se menciona nada con respecto al control o disminución de sesgos, por lo que estos aspectos más los mencionados sobre el tamaño de la muestra hacen que de acuerdo con la lectura crítica realizada, el artículo se clasifique con una calidad media.

El siguiente artículo a desglosar es el de Ogbo et al (72), una investigación australiana que mediante una revisión sistemática plantea el objetivo de evaluar sistemáticamente el impacto de tipos específicos de apoyo de la pareja en el inicio, la duración y la exclusividad de la lactancia materna.

Los autores mencionan como aspecto importante dentro de sus antecedentes que investigaciones previas han demostrado que los miembros de la familia (marido, pareja, abuela), no solo influyen en la decisión de la madre de iniciar y continuar la lactancia materna, sino que también desempeñan un papel importante en el cese prematuro de la lactancia materna adecuada en el período posnatal temprano. Así mismo, mencionan que han encontrado que la mayoría de los defensores de la lactancia materna y planificadores de programas diseñan las intervenciones para las madres sin el conocimiento de quién más en el hogar puede influir en las decisiones de alimentación infantil.

Con respecto a la metodología se adhirió a las pautas de 2015 Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) y realizaron una búsqueda exhaustiva en 7 bases de datos (Embase, ProQuest Central, Scopus, PsycINFO, Web of Science, MEDLINE / PubMed y CINAHL), además previamente realizaron una búsqueda inicial en la biblioteca Cochrane y en Google Scholar para garantizar que no se hubiera realizado ningún estudio previo como este, los autores también mencionan haber realizado una búsqueda inversa en las referencias de los artículos recuperados.

Los criterios de inclusión y de exclusión están bien detallados, así como la herramienta de extracción de datos en la que utilizaron formularios piloto adaptados del manual del revisor del Joanna Briggs Institute (JBI) y el Manual Cochrane para revisiones sistemáticas, mencionan también que los artículos fueron valorados por 3 revisores para incluirlos o no en la investigación. Por otro lado, con respecto a la valoración de la calidad de los estudios que escogieron para la investigación explican que se evaluó utilizando las herramientas de evaluación de estudios del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) para la evaluación de la calidad de los estudios observacionales de

cohorte y los estudios transversales y los estudios de intervención controlada, es así como estos investigadores proporcionan al lector dos tablas complementarias que detallan dicha información de valoración de calidad.

En relación con los resultados lograron determinar que 4 de los estudios informaron que el apoyo mediante el apoyo verbal a las madres para utilizar los cuartos de lactancia materna o tomar descansos para la extracción de leche materna significaron una estrategia clave para mejorar las prácticas de lactancia materna y aumentaron la duración de la lactancia durante los primeros 6 meses o más después de regresar al trabajo. Así mismo encontraron con una importante significancia estadística, en otro de los estudios que utilizaron, que el apoyo de la pareja en forma de estímulo positivo a las madres mejoró tanto el inicio como la duración y la exclusividad de la lactancia materna a las 6 semanas y 6 meses después del parto.

Siempre con respecto a los resultados exponen que uno de los estudios incluidos informa que si los padres apoyan a las madres en aspectos como la prevención y las formas de afrontar las dificultades de la lactancia materna esto resulta en un aumento en las tasas de duración y exclusividad de la lactancia materna; mientras que otro estudio demostró que el apoyo de la pareja realizando tareas del hogar o en el cuidado y asistencia de los niños también resultó en tasas más altas de lactancia materna exclusiva así como de duración de la misma. Lo anterior establece que la influencia de la familia sobre la lactancia materna puede ayudar al éxito de la misma.

Con respecto a la calidad del estudio analizado y como ya se mencionó: la metodología está muy bien lograda, ofrece claridad de la búsqueda exhaustiva realizada, detalla la forma de extraer los datos y garantiza la calidad de los mismos. Es importante mencionar que los datos presentados en los resultados de este estudio ofrecen los valores calculados para OR así como los

intervalos de confianza, por lo que brindan información estadística significativa en la expresión de los datos. Además, las conclusiones presentadas contestan muy bien a la pregunta de investigación y se detallan de manera concisa y precisa. Los autores indican la fuente de financiamiento y declaran no tener conflictos de interés, por lo que basados en la lectura crítica del mismo se clasifica de alta calidad.

Por su parte, tenemos el estudio publicado por Piro y Ahmed (73), esta es una investigación realizada en una zona al sur de Asia denominada Kurdistán, una zona en desarrollo y con fuertes conflictos políticos y que de acuerdo a los antecedentes presentados por las investigadoras presenta tasas muy bajas de éxito en lactancia materna (inicio, duración y exclusividad). Las autoras realizan un estudio de intervención aleatorizada, tuvieron como objetivo general evaluar la efectividad de la intervención de enfermería sobre la inadecuada autoeficacia en la lactancia materna (EEB), el conocimiento y la actitud de una muestra de mujeres en el Kurdistán iraquí.

El estudio se realizó en El PHCC, que es uno de los centros de salud más importantes de la ciudad de Erbil y brinda atención primaria de salud a una importante población objetivo. Las autoras refieren que lograron identificar 300 posibles participantes, sin embargo, el estudio se realizó finalmente únicamente con 130 participantes ya que algunas no cumplían con los criterios de inclusión completos (125), otras rehusaron a participar (25) y por último estuvieron las que por un asunto de barreras geográficas no pudieron participar (20).

En el estudio la muestra se asignó de manera aleatoria mediante Microsoft Excel 2013, quedando 65 participantes en el grupo control y 65 en el grupo de intervención. El grupo que conformó el estudio fue pequeño y no se hizo una estimación previa de la muestra para saber si

la cantidad de pacientes que finalmente participaron resulta adecuada. Por otro lado, los criterios de inclusión y de exclusión son bastante claros.

La recolección de la información se hizo en 5 partes: la Parte A un formulario que recogía las características generales y sociodemográficas de las participantes; la Parte B fue un cuestionario elaborado por las investigadoras donde se evaluaba el conocimiento sobre lactancia materna de las madres previo a la intervención, dicho cuestionario puntuaba con 1= correcto, 0=incorrecto, sin embargo no se menciona si este fue validado previamente; la Parte C utilizó la Escala de Actitudes de Alimentación Infantil de Iowa (IIFAS) para medir las actitudes maternas, esta es una herramienta analítica válida y confiable; en la Parte D evaluaron la autoeficacia en la lactancia materna (EEB), usando la Escala de autoeficacia de la lactancia materna prenatal (PBSES), la cual está validada; por último, la Parte E midió la EEB posnatal de los sujetos dos meses después del nacimiento mediante la Escala de autoeficacia de la lactancia materna-Forma corta (BSES-SF), que es también una herramienta validada.

La intervención de enfermería fue un programa que tuvo dos sesiones de educación sobre lactancia materna, en pequeños grupos de cuatro a seis participantes con dos días de intervalo, cada sesión con una duración de 60 a 90 minutos. Para la sesión educativa, los investigadores recopilaron la información requerida sobre los aspectos BF con imágenes relacionadas en un folleto de cuarenta páginas en idioma local. Los temas incluidos fueron: - Anatomía y fisiología simples de la Lactancia materna (LM) - Beneficios de la LM tanto para el bebé como para la madre - Inicio de la LM, los beneficios del contacto piel con piel, la posición común de la LM - El apego del bebé al pecho, los signos de succión efectiva - Métodos de extracción de leche - Consejos de lactancia materna exitosos - Problemas comunes que encontraron las madres lactantes durante las etapas iniciales de la lactancia materna, y cómo se superaron estos desafíos.

Además, algunos videos relacionados se descargaron en una computadora portátil y se mostraron durante aproximadamente 15 minutos a los participantes para facilitar el proceso educativo, se dio la oportunidad de aclarar dudas posteriores vía telefónica.

En términos de resultados, lograron demostrar con significancia estadística que el conocimiento de las madres sobre lactancia materna dos semanas posterior a la intervención educativa fue mayor que los conocimientos demostrados por el grupo de control, cuando estos resultados no habían tenido diferencia significativa en las pruebas realizadas antes de la intervención; así como la puntuación sobre actitud hacia la lactancia materna, que también reflejó ser mayor y estadísticamente significativa en la evaluación posterior contrario a la inicial.

La EEB se midió previo a la intervención, dos semanas después de finalizadas las sesiones de educación y dos meses posterior al nacimiento, tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Los resultados de la evaluación previa no mostraban ninguna diferencia entre grupos para ninguno de los contenidos de la escala, mientras que tanto en la evaluación 2 semanas posterior a la educación como 2 meses posterior al nacimiento, las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control mostraron sustanciales diferencias con significancia estadística.

Además, demostraron que el grado de EEB era sustancialmente más alto en las madres que amamantaban de manera exclusiva que en aquellas que usaban biberón de manera parcial tanto en el grupo experimental como en el de control y el análisis de regresión logística del estudio mostró que una EEB posnatal más alta predijo un nivel más alto de LM exclusiva en los grupos de estudio experimentales proporcionando un OR: 0,661 (IC del 95%: 0,50-0,87); P = 0,004.

En conclusión, se obtuvo que la educación brindada por el personal de salud influye sobre el aumento del conocimiento de las madres sobre lactancia materna, así como en la autoeficacia en la lactancia materna.

En cuanto al análisis de la calidad de la publicación podemos observar que si bien es cierto es un estudio muy bien estructurado, la muestra no se define de manera adecuada, ya que no da seguridad de que sea representativa de la población y las pérdidas de participantes post aleatorización fueron muy importantes; además, con respecto a las herramientas de recogida de datos se utilizaron escalas con altos niveles de validez, pero el cuestionario elaborado por las investigadoras no fue validado, por lo que estos dos aspectos restan mucho al diseño metodológico en general.

Así mismo, el periodo de seguimiento posterior a la intervención educativa fue de sólo dos meses posteriores al nacimiento, lo que resulta insuficiente en un estudio que pretende evaluar dentro de sus tópicos la lactancia materna exclusiva con respecto a lo recomendado. Con respecto a los resultados y las conclusiones del estudio estos sí se presentan de manera clara y concisa, responden al objetivo del estudio, se presentan tabuladas con significancia estadística, intervalos de confianza y valores p , lo que les da total veracidad y validez a los resultados obtenidos. Por lo tanto, de acuerdo con el resumen de calidad del estudio dado por la herramienta utilizada para extracción y análisis de esta investigación la misma resulta con una calidad media.

El siguiente artículo que analizaremos es el de Shafaei et al (74), es un estudio iraní realizado entre 2017 y 2018 y publicado en 2020 en la región de Tabriz y el objetivo de estudio fue evaluar el efecto de la consejería sobre la autoeficacia de la lactancia materna y la frecuencia de problemas de lactancia materna en mujeres con lactancia materna fallida anterior. Los autores explican a manera de justificación del estudio que como se ha visto también en otras

investigaciones, el hecho de que una madre cuente ya con un antecedente de lactancia materna sin éxito y/o fallida puede significar un predisponente para que con el siguiente bebé estos problemas continúen y eso limite las oportunidades alimenticias del niño y de autoeficacia de la madre.

El estudio es un ensayo clínico controlado aleatorizado en el que participaron 108 mujeres (54 en el grupo de intervención/54 en el grupo de control). El tamaño de la muestra fue calculado de manera adecuada con una estimación estadística previa y con adecuada validez alfa de Cronbach. Establecieron como problema principal a analizar la autoeficacia de la lactancia materna y como problema secundario la frecuencia de problemas de lactancia materna.

Las participantes provenían de los diferentes centros de salud de la región de Tabriz, después de levantar una lista con las posibles participantes y explicarles vía telefónica la dinámica general del estudio que se realizaría, se les aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, que se encuentran bien definidos, las mujeres que calificaban para el estudio y dieron su consentimiento firmaron el mismo de manera escrita y mediante ocultamiento de la información por parte de una persona ajena a la investigación se asignaron en los grupos de control y de intervención.

La intervención incluyó sesiones de consejería sobre lactancia materna de 60 a 90 minutos de duración aproximadamente, en grupos de 5 a 7 participantes. Se llevaron a cabo cuatro sesiones de asesoramiento en un período de una semana donde se trataron los siguientes temas: ganancias y combinaciones de la leche materna, los beneficios psicológicos de la lactancia, la estructura y fisiología de la mama, las hormonas de la lactancia, las razones comunes de interrupción y falla de la lactancia, afecciones y trastornos comunes de la mama, nutrición materna durante la lactancia consejos de bombeo.

Se entregó un folleto instructivo al grupo de intervención al final de la sesión preliminar y se habilitaron las consultas telefónicas adicionales en caso de que tuvieran alguna pregunta y si era necesario el consultor programó el asesoramiento presencial desde el día 15 y hasta el final del 4° mes posparto en caso de que surgiera algún problema. Además, se aplicó a ambos grupos (intervención y control) la lista de verificación que fue elaborada por uno de los investigadores sobre la frecuencia de los problemas de lactancia y la Escala de autoeficacia de la lactancia materna (BSES) estándar, en el día 15 y los meses 2 y 4 después del parto.

El análisis estadístico se detalló desde el inicio del estudio, para la distribución normal de los datos cuantitativos, para la comparación de las características sociodemográficos y para las comparaciones intergrupales, así como las pruebas correspondientes (chi cuadrado y ANOVA) para la autoeficacia de la lactancia materna; se consideró $p < 0.05$ para la significancia estadística. Con respecto a las pérdidas post aleatorización se considera que no fueron elevadas (5 en el grupo de control, 3 en el grupo de intervención), ya que se había considerado una pérdida del 10% desde el cálculo de la muestra.

En los resultados encontraron que 15 días posterior al nacimiento se observó en el grupo de intervención una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a eficacia para la lactancia materna, y lo mismo pasó durante la evaluación tanto en el segundo mes como en el cuarto mes posparto, donde las diferencias también fueron estadísticamente significativas con un intervalo de confianza establecido y expresado en los resultados en relación a un 95%.

Por otra parte, con respecto a la comparación de la frecuencia de problemas para la lactancia materna, aún los problemas de lactancia con mayor prevalencia (fisuras y dolor) fueron significativamente más frecuentes en el grupo de control que en el de intervención. Observaron que en todas las etapas de evaluación (15 días, 2 meses y 4 meses posparto) los problemas de

lactancia materna fueron más frecuentes en las madres del grupo control, además se vio que 92.6% de las madres del grupo de intervención, en comparación con el 31.5% de las madres del grupo de control refirieron tener suficiente leche para amamantar a sus bebés.

Concluyeron, por lo tanto, que el asesoramiento a las madres, en particular a aquellas con lactancia materna fallida anterior influye de manera positiva a la mejoría y éxito de la lactancia materna del nuevo bebé, mejorando la salud y el bienestar de los niños en la comunidad, así mismo determinaron la importancia del seguimiento de la lactancia materna después del parto para la detección temprana y reducción posterior de los problemas.

Al realizar el análisis de calidad del estudio, las conclusiones dadas por los autores van de la mano con los objetivos del estudio y son claras; además, los resultados tienen fuerza estadística y se muestran tabulados de manera precisa. La metodología se encuentra muy bien elaborada y detallada, la muestra fue calculada estadísticamente y asignada aleatoriamente con ocultamiento de esta, las pérdidas posteriores a la aleatorización fueron las esperadas en el cálculo de la muestra, de modo que no parece haber sesgo a lo largo de la investigación. El seguimiento fue de 4 meses, que, aunque no cumple los 6 meses de recomendación con respecto a la lactancia materna, fue bastante cercano. Los autores mencionan la fuente de financiamiento del estudio y declaran no tener conflictos de interés, de manera que se asigna de acuerdo con la plantilla de lectura crítica una calidad de evidencia alta a este artículo.

Sinha et al (75) detallan que es necesario mejorar las tasas de lactancia materna, además describen que en países de bajo y mediano ingreso (LMICs) se han observado apenas mejorías sutiles en las tasas de lactancia materna en la última década, lo que resalta la necesidad de acelerar las intervenciones de promoción de la lactancia materna.

Los autores establecen como objetivo de su estudio actualizar la evidencia acerca del efecto de las intervenciones en las tasas de inicio temprano de la lactancia exclusiva (-1 mes a 1-5 meses) y continua (6 a 23 meses) en países de bajo y mediano ingreso cuando estas son brindadas en sistemas de salud, en el hogar o en escenarios comunitarios, o una combinación de ambientes.

El estudio define adecuadamente desde la investigación anterior la población objeto de estudio, las intervenciones objeto de estudio y la intervención con que se compara, así mismo se definen adecuadamente las medidas de los resultados, especifican resultados en lactancia materna de acuerdo con las categorías de lactancia materna definidas por la OMS, teniendo como resultado de interés el inicio temprano de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva y el amamantamiento continuo. Mediante la lectura del texto se puede observar que la revisión se basa en una pregunta clínica claramente definida.

En cuanto al método del estudio, se consideró que la metodología utilizada para la selección y evaluación de los estudios individuales está bien descrita y es adecuada, primeramente, se realiza una búsqueda sistemática de la literatura en las bases de datos Pubmed, Cochrane y CABI para identificar nuevos artículos relevantes a la revisión existente, los cuales hayan sido publicados después de la fecha de la búsqueda del anterior meta-análisis. En la revisión se incluyen ensayos controlados aleatorizados individuales y grupales, y estudios observacionales (cohortes y casos y controles prospectivos o retrospectivos).

Tres autores de la revisión revisaron los títulos y abstracts de manera independiente con el fin de detectar referencias potencialmente relevantes, posteriormente obtuvieron los textos completos de todos los artículos potencialmente relevantes y de manera independiente realizaron la evaluación de la elegibilidad de los estudios mediante el uso de criterios de inclusión y

exclusión adecuados para responder la pregunta de investigación. Después de lo anterior realizaron la extracción de los datos, los desacuerdos o discrepancias entre los revisores se resolvieron mediante la discusión y consulta de un cuarto revisor de ser necesario.

Los autores reportaron los OR combinados y los IC del 95% correspondientes como estimaciones de resultado. En casos de alta heterogeneidad se utilizaron modelos de efectos aleatorios, y las causas se exploraron mediante análisis de subgrupos y metaregresión. Para determinar la calidad de los estudios utilizaron la herramienta “Cochrane Risk of Bias”, donde si se presentaban más de dos sesgos en el estudio se le catalogaba como de bajo calidad, de lo contrario se catalogó de alta calidad. Se llevó a cabo una evaluación de la calidad de las estimaciones agrupadas mediante el uso del Software GRADE Pro versión 3.6.1 para el efecto de las intervenciones en cada uno de los resultados de lactancia materna, y la valoración de la calidad de los ensayos controlados aleatorizados fue realizada mediante GRADE.

A modo de resultado se expone que las tasas de inicio temprano de la lactancia materna, de lactancia materna exclusiva y prolongada en países de bajo y mediano ingreso mejoraron significativamente como resultado de las intervenciones brindadas en los sistemas de salud, en el hogar o comunidad o en ambientes combinados. Se encontró que las intervenciones administradas simultáneamente en una combinación de entornos mostraron las mayores mejorías en los resultados deseados de la lactancia materna. Así mismo, el asesoramiento brindado en cualquier entorno y el apoyo amigable al niño en los sistemas de salud parece ser las intervenciones más efectivas para mejorar la lactancia materna.

Concluyen que es posible lograr mejorías en las prácticas de lactancia materna en países de bajo y mediano ingreso con el uso juicioso de intervenciones ya probadas, particularmente cuando se brindan en una combinación de escenarios, es decir, que la intervención de

profesionales de la salud en los diferentes ámbitos presenta una influencia positiva para el aumento de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva y la lactancia prolongada.

El estudio es considerado de alta calidad de evidencia por cuanto se basa en una pregunta clínica claramente definida, la metodología utilizada para la selección y evaluación de los estudios individuales está bien descrita y es adecuada, tiene en cuenta la heterogeneidad entre los estudios que se combinan para la revisión, los resultados de la revisión sistemática evaluada están regularmente sintetizados y descritos, pero están libres de influencias derivadas de los conflictos de interés, y las conclusiones están justificadas y son útiles.

El último estudio que describiremos es el de Wouk et al (76), un estudio realizado en Carolina del Norte, Estados Unidos. Las autoras quisieron determinar mediante una revisión sistemática si la educación prenatal sobre lactancia materna en la clínica o en el hospital aumenta el inicio, la duración o la exclusividad de la lactancia materna. Este estudio se basa en el paso 3 de la iniciativa de Hospitales amigos del Niño que promueve los 10 Pasos para una Lactancia Materna Exitosa que es impulsada por la Organización Mundial de la Salud. El paso 3 hace referencia específicamente a la Educación Prenatal sobre Lactancia Materna.

Este estudio menciona que las técnicas de educación prenatal descritas como efectivas por la OMS incluyen dentro de otros aspectos el desarrollo de la confianza de la madre, la discusión de mitos e inhibiciones con respecto a la lactancia materna, así como la inclusión de los partidarios sociales de la madre como las parejas y abuelas (os). Además, mencionan dentro de sus antecedentes diversos estudios que analizaban las intervenciones realizadas (individuales, grupales, domiciliarias, pre y posnatales) y los diferentes resultados que generan tanto en la duración como en la exclusividad de la lactancia materna en diferentes periodos de seguimiento.

En la metodología las autoras refieren que intentan abarcar algunas de las limitaciones que encontraron en estudios anteriores por lo que intentan incluir una selección más amplia de intervenciones: las que se administraron durante el período prenatal solas o en combinación con componentes intraparto y posparto; así como estudios extraídos de contextos de países tanto desarrollados como en desarrollo; y estudios cuasiexperimentales además de ensayos aleatorizados.

La escogencia de las bases de datos se basó en su enfoque médico, y aunque realizaron una búsqueda que abarcó un período largo desde el 2000 hasta el 2016, utilizaron únicamente dos bases de datos (MEDLINE y CINAHL), así como artículos únicamente en inglés. Utilizaron el método de PRISMA y refieren haber realizado una revisión inversa de referencias en los artículos que resultaran útiles, pero no realizaron búsqueda manual en revistas adicionales. Finalmente toman para el análisis un total de 38 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión pactados y utilizaron en la evaluación de la calidad metodológica la herramienta de la Colaboración Cochrane para examinar el riesgo potencial de sesgo, así mismo proporcionan una tabla donde se observa la valoración y los resultados en porcentajes.

En general, los resultados arrojaron una amplia cantidad de variables relacionadas con la intención de amamantar y las autoras mencionan que únicamente uno de estos estudios midió la fuerza de esta intención. Con respecto al objetivo general del estudio que se refería específicamente a las intervenciones prenatales se observó que únicamente 17 de los 38 artículos incluidos hablaban de intervención exclusiva prenatal, sin componentes adicionales intra o posparto. Encontraron diferencias estadísticamente significativas en factores como el inicio (5 estudios), la duración (2 estudios) y la exclusividad (6 estudios). Además, se proporciona un

cuadro donde se detalla la información estadística que cada uno de los estudios incluidos proporcionaba, así como los datos más relevantes de cada uno de ellos.

Con respecto a resultados de corte más secundario, ya que no eran específicamente el objetivo del estudio, establecen que la mayoría de las investigaciones encontraron diferencias estadísticamente significativas entre cualquier intervención de educación prenatal, en la gran gama de formatos posibles (grupales, individuales, presenciales, vía web, con videos, muñecos, etc.) y cualquier mejora en la práctica de lactancia materna, ya fuera en inicio, duración y/o exclusividad; aunque refieren que la falta de una evaluación estandarizada de las intenciones de amamantamiento de las participantes limita la comparabilidad de las intervenciones evaluadas.

Finalmente, y como dato relevante para nuestra investigación, las autoras de este artículo presentan una sección de resultados y discusión en referencia a las intervenciones prenatales que involucran parejas u otras personas de apoyo. Observaron que 3 de los estudios seleccionados que estaban dirigidos específicamente a los futuros padres, y 5 dirigidos a la principal persona de apoyo de la madre mostraron diferencia estadísticamente significativa en al menos una medida de resultado de lactancia materna (inicio, duración, exclusividad). Las intervenciones fueron muy variadas e incluyeron desde sesiones grupales para discutir mitos y verdades de la lactancia materna hasta contenido publicitario orientado específicamente a los padres y su papel durante la lactancia materna, pero en todos, el resultado siempre fue una mejora en la lactancia materna.

Por último, en términos de calidad del artículo, el mismo presenta una pregunta de investigación bien definida que establece la intervención de comparación, sin embargo, llama la atención que en la presentación de resultados se presentan muchos otros aspectos adicionales a los que en un inicio se pretendían estudiar. Los autores no refieren tener conflictos de interés y mencionan la fuente de financiamiento. Las autoras toman en cuenta el riesgo de sesgo y de

heterogeneidad de los datos, no obstante, tomando en cuenta lo mencionado acerca de la escogencia de únicamente 2 bases de datos y de artículos únicamente en inglés la lectura crítica evidencia un nivel de calidad medio para este artículo.

Tras la exhaustiva revisión de los artículos de interés seleccionados para el presente estudio se obtiene que los artículos de alta calidad son los siguientes:

1. Balogun O, et al (68). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding/Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna.
2. Huang P, et al (69). Individualized intervention to improve rates of exclusive breastfeeding: A randomised controlled trial/Intervención individualizada para mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva: un ensayo controlado aleatorio.
3. McFadden A, Gavine A, et al (2). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies/Apoyo para mujeres saludables en periodo de lactancia materna con bebés a término saludables.
4. McFadden A, Siebelt L, et al (70). Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis/Intervenciones de asesoramiento para permitir que las mujeres inicien y continúen la lactancia: una revisión sistemática y un metanálisis.
5. Ogbo F et al(72). Breastfeeding in the Community - How Can Partners/Fathers Help? A Systematic Review/Lactancia materna en la comunidad: ¿cómo pueden ayudar las parejas y los padres? Una revisión sistemática.
6. Shafaei F et al (74). The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial/El efecto del asesoramiento prenatal

sobre la autoeficacia de la lactancia materna y la frecuencia de los problemas de lactancia materna en madres con lactancia materna fallida previa: un ensayo clínico controlado aleatorizado.

7. Sinha B et al (75). Integrated Interventions Delivered in Health Systems, Home, and Community Have the Highest Impact on Breastfeeding Outcomes in Low- and Middle-Income Countries/Las intervenciones integradas brindadas en los sistemas de salud, el hogar y la comunidad tienen mayor impacto sobre los resultados en lactancia materna de los países de bajo y mediano ingreso.

Por su alta calidad de evidencia dichos artículos son elegidos para dar respuesta a la pregunta clínica planteada en el presente estudio. El punto final de la presentación de los resultados lo compone la clasificación de la evidencia según nivel y grado de recomendación, que fue realizado con la escala Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) (66). A continuación, se exponen las deducciones más trascendentales de los estudios finalmente seleccionados por ser de alta calidad, así como su nivel de evidencia y grado de recomendación según la escala de CTFPHC.

Tabla 9. Inclusión de artículos, variables evaluadas y nivel de evidencia según Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), 2020.

Variables a evaluar	Estudios						
	Balogun O et al, 2016	Huang P et al, 2019	McFaden A et al, 2017	McFaden A et al, 2019	Ogbo F et al, 2020	Shafaei F et al, 2020	Sinha B et al, 2017
Tipo de Intervención							
Influencia de la educación por profesionales de la salud	Hubo evidencia de mejora en el inicio de la lactancia materna entre mujeres que recibieron intervenciones de parte de profesionales de la salud (RR 1.43, 95% IC 1.07 to 1.92; 5 ensayos, 564 mujeres, Tau2= 0.07, IP = 62%; evidencia de baja calidad).	La educación individualizada sobre lactancia materna prenatal y el apoyo posnatal pueden mejorar significativamente las tasas de lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 4 meses después del parto en comparación con la atención de rutina.	Los resultados del análisis confirman que todas las formas de apoyo adicional a la lactancia materna muestran una disminución en el cese de cualquier tipo de lactancia materna (RR para cese antes de los seis meses 0.91, 95% IC 0.88-0.95; calidad moderada 51 estudios). Todas las	El estudio encontró un efecto significativo de las intervenciones de asesoramiento sobre cualquier lactancia materna a las 4 a 6 semanas (riesgo relativo [RR] 0,85; IC del 95%: 0,77 a 0,94) y a los 6	Este estudio no menciona la educación por profesionales de la salud.	Los hallazgos del estudio muestran que la consejería prenatal dadas en los centros de salud, por parteras y consejeras de lactancia aumenta la autoeficacia de la lactancia materna en las madres hasta los 4 meses después del parto y logran solventar la mayoría de los problemas de lactancia materna que enfrentan las madres.	Según la naturaleza de las intervenciones, la consejería o educación en el hogar o en la comunidad tuvo un alto impacto en el inicio temprano de la lactancia materna (OR: 3.16; 95% IC: 1.80, 5.52). Se encontró que los enfoques de comunicación

			<p>variedades de apoyo adicional juntas también mostraron una disminución en el cese de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses (RR 0.88, 95% IC 0.85-0.92; calidad moderada, 46 estudios) y entre las 4 y seis semanas (RR 0.79, 95% IC 0.71 to 0.89; calidad moderada, 32 estudios).</p> <p>El apoyo brindado por profesionales de la salud se asoció con un efecto ampliamente similar al apoyo</p>	<p>meses (RR 0,92; IC del 95%: 0,87 a 0,94).</p>			<p>de masas integrados, consejería y enfoques de movilización comunitaria fueron aún más efectivos (OR: 7.37; 95% IC: 2.81, 22.6); sin embargo, lo anterior se encontró basados en un único estudio. La consejería en entornos del sistema de salud y el apoyo amigable con el bebé también fueron efectivos, pero tuvieron un menor impacto. El análisis de subgrupos de acuerdo con la</p>
--	--	--	---	--	--	--	--

			<p>brindado por no profesionales en cuanto a que las mujeres dejaran de dar de mamar posterior a los 6 meses de lactancia.</p> <p>No se encontró evidencia de un efecto diferente cuando el apoyo es brindado por profesionales de la salud, no profesionales o ambos, para el cese de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva entre las cuatro y seis semanas.</p>				<p>naturaleza de la intervención</p> <p>mostró que la consejería en el hogar o en ambientes comunitarios (OR: 2.45; 95% IC: 1.68, 3.57) tuvo el más alto impacto en la lactancia materna exclusiva en menores de 1 mes, seguido de cerca por las intervenciones brindadas en el entorno del sistema de salud (OR: 2.22; 95% IC: 1.67, 2.95).</p> <p>El análisis de subgrupos de acuerdo con la naturaleza de la</p>
--	--	--	---	--	--	--	---

							intervención mostró también que la consejería en el hogar, en ambientes comunitarios o en el entorno del sistema de salud fueron los más eficaces en mejorar la lactancia materna exclusiva entre 1 y 5 meses, seguida por los enfoques de apoyo amigable con el bebé, medios de comunicación de masas integrados, consejería y enfoques de movilización comunitaria.
--	--	--	--	--	--	--	---

							De acuerdo con la naturaleza de las intervenciones, el enfoque de apoyo amigable con el bebé fue una intervención del sistema de salud significativa para la lactancia materna continua.
Influencia de las creencias familiares	No hay evidencia de creencias familiares.	No hay evidencia de creencias familiares.	No hay evidencia de creencias familiares.	No hay evidencia de creencias familiares.	No hay evidencia de creencias familiares.	No hay evidencia de creencias familiares.	No hay evidencia de creencias familiares.
Influencia del apoyo o consejería de la familia	No hay evidencia de consejería de familiares.	No hay evidencia de consejería de familiares.	Los resultados del análisis confirman que todas las formas de apoyo adicional a la lactancia materna muestran una disminución en el	No hay evidencia de consejería de familiares.	De los siete estudios elegibles, cuatro estudios revisados informaron que la acción de apoyo de la	No hay evidencia de consejería de familiares.	No hay evidencia de consejería de familiares.

			<p>cese de cualquier tipo de lactancia materna (RR para cese antes de los seis meses 0.91, 95% IC 0.88-0.95; calidad moderada 51 estudios). Todas las variedades de apoyo adicional juntas también mostraron una disminución en el cese de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses (RR 0.88, 95% IC 0.85-0.92; calidad moderada, 46 estudios) y entre las 4 y seis semanas (RR 0.79, 95% IC 0.71 to 0.89; calidad</p>		<p>pareja en forma de proporcionar aliento a la nueva madre fue una estrategia clave para mejorar las prácticas de lactancia materna.</p>		
--	--	--	--	--	---	--	--

			moderada, 32 estudios).				
Influencia del apoyo o consejería de pares	Hubo evidencia de mejora en el inicio de la lactancia materna entre mujeres que recibieron intervenciones de profesionales no sanitarios, consejeros y grupos de apoyo (RR 1.22, 95% IC 1.06 to 1.40; 8 ensayos, 5712 mujeres; Tau2 = 0.02, IP= 86%; evidencia de baja calidad).	No se muestra evidencia sobre consejería de pares en este estudio	Para el cese de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses se observó un mayor efecto cuando la intervención fue realizada por no profesionales en comparación con profesionales sanitarios o una mezcla de ambos. Los intervalos de confianza para el apoyo profesional y no profesional no se superponen pero debido a la alta heterogeneidad entre los subgrupos se recomienda precaución para la	No hay evidencia de consejería de pares.	No se menciona consejería de pares.	Este estudio no menciona apoyo o consejería brindada por pares.	No hay evidencia de consejería de pares.

			interpretación de este resultado.				
Lactancia Materna Exitosa							
Autoeficacia en la lactancia materna	No menciona la autoeficacia en lactancia materna.	Aunque el estudio no hace referencia específicamente a la autoeficacia en lactancia materna el estudio encontró que la satisfacción materna con la lactancia materna fue mayor en las mujeres que recibieron intervención individualizada que en las mujeres del grupo control ($F = 0,98, p = 0,32$).	No menciona la autoeficacia en lactancia materna.	No menciona la autoeficacia en lactancia materna.	No menciona la autoeficacia en lactancia materna.	La media (DE) de la autoeficacia de la lactancia materna fue 119,3 (10,5), 128,3 (8,3) y 133,8 (10,3) en el grupo de intervención y 105,3 (16,1), 105,7 (19,7) y 109,4 (24,7) en el grupo de control en el 15° día, 2° y 4° mes después del parto, respectivamente. Hubo una diferencia significativa en términos de autoeficacia de la lactancia materna entre el grupo de intervención y el grupo de control el día 15 ($p < 0,001$) y el 2° ($p < 0,001$) y el 4°	No menciona la autoeficacia en lactancia materna.

						(p <0,001) mes después del parto.	
Inicio temprano de la lactancia materna	No se encontró evidencia sobre inicio temprano.	No se encontró evidencia sobre inicio temprano.	No se incluía en el estudio el análisis del inicio temprano de la lactancia materna.	No se incluía en el estudio el análisis del inicio temprano de la lactancia materna.	Uno de los estudios encontró que el apoyo de la pareja en forma de estímulo positivo a las madres mejoró el inicio de la lactancia materna.	No se incluía en el estudio el análisis del inicio temprano de la lactancia materna.	Las intervenciones dieron lugar a importantes mejoras en el inicio temprano de la lactancia materna (OR: 3.31; 95% IC: 2.44, 4.50). Las intervenciones realizadas simultáneamente en sistemas de salud y en un entorno doméstico o comunitario mostraron el mayor efecto (OR: 4.96; 95% IC: 2.88, 8.54) en comparación

							con las intervenciones brindadas en los entornos por aparte.
Lactancia exclusiva	Este estudio no hace referencia específicamente a la lactancia materna exclusiva.	Al alta del hospital, el 43,2% de las mujeres asignadas al azar al grupo de intervención estaban amamantando exclusivamente en comparación con el 30,0% de las mujeres del grupo control (riesgo relativo 1,78; intervalo de confianza [IC] del 95%: 1,12–2,82). A los 4 meses, el 70,9% de las mujeres del grupo de intervención	Las mujeres en los grupos de intervención fueron menos propensas a detener la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses (RR 0.88, 95% IC 0.85 to 0.92; calidad moderada). Si bien el 74.9% de las mujeres en los grupos de intervención detuvieron la lactancia materna exclusiva a los 6 meses, se detuvo una proporción	El estudio encontró mayores efectos en la lactancia materna exclusiva a las 4 a 6 semanas (RR 0,79; IC del 95%: 0,72 a 0,87) y a los 6 meses (RR 0,84; IC del 95%: 0,78 a 0,91).	Dos de los estudios encontraron que las palabras de aliento de la pareja estaban fuertemente asociadas con el mantenimiento de la LME en las primeras 6 semanas posparto (OR = 3,25; IC del 95%: 1,95, 5,42). Además, los dos ensayos clínicos	Este estudio no hace referencia específicamente a la lactancia materna exclusiva.	Se encontró que las probabilidades de lactancia materna exclusiva en el periodo de <1 mes aumentaban al doble (OR: 2.16; 95% IC: 1.68, 2.79) como efecto de las intervenciones de promoción de la lactancia materna. Las estimaciones agrupadas mostraron que las

		estaban amamantando exclusivamente en comparación con el 46,2% de las mujeres del grupo de control (2,84; 1,76–4,60).	aún mayor de mujeres en el grupo de control (83.4%) Un análisis de sensibilidad utilizando solo los estudios evaluados como de bajo riesgo de sesgo para ocultamiento todavía favoreció significativamente los grupos de intervención. Así mismo, las mujeres en los grupos de intervención presentaron menores probabilidades de dejar la lactancia materna exclusiva a las seis semanas, en		controlados incluidos en este estudio informaron que las acciones de apoyo a la pareja en forma de ayuda para prevenir y manejar las dificultades de la lactancia dieron como resultado un aumento de las tasas de exclusividad de la lactancia materna.		probabilidades de lactancia materna exclusiva de 1 a 5 meses aumentaron el triple (OR: 3.08; 95% IC: 2.57, 3.68) con las intervenciones de promoción de la lactancia materna.
--	--	---	---	--	--	--	---

			<p>comparación con las mujeres de los grupos control (RR 0.79, 95% IC 0.71 to 0.89; calidad moderada). En los grupos de intervención el 57.2% de las mujeres dejaron de dar lactancia materna exclusiva a las seis semanas, mientras que en los grupos control este porcentaje fue de 65.0%.</p>				
Lactancia prolongada	Este estudio no hace referencia específicamente a la lactancia materna prolongada.	No hay evidencia de resultados referentes a la lactancia prolongada.	Las intervenciones para apoyar la lactancia materna parecen tener un efecto beneficioso sobre el número de mujeres que	Las intervenciones de asesoramiento redujeron el riesgo de que las mujeres interrumpieran	Las palabras de aliento de la pareja para usar las salas de lactancia (OR = 6,57; IC del 95%: 4,21, 10,4) o tomar	Este estudio no hace referencia específicamente a la lactancia materna prolongada.	El meta-análisis mostró que las probabilidades de continuar la lactancia materna fueron 1.6 veces mayores

			<p>continúan amamantando más allá de los seis meses (RR 0.91, IC 95% 0.88 a 0.95, evidencia de calidad moderada) En general, el 52.59% de las que recibieron intervenciones de apoyo dejaron de amamantar a los 6 meses, en comparación con 56.64% en los controles. Dichos resultados deben ser interpretados cautelosamente dada la heterogeneidad para este resultado, mas un análisis de</p>	<p>la lactancia a las 4 a 6 semanas en un 15% (cociente de riesgos [RR] 0,85; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,77; 0,94), y a los 6 meses en un 8% (RR 0,92; IC 0,87,0,97).</p>	<p>descansos para extraer la leche (OR = 2,84; IC del 95%: 1,62, 5,23) aumentaron la duración de la lactancia durante los primeros 6 meses o más después de regresar al trabajo.</p> <p>Asimismo, los dos ensayos clínicos controlados incluidos en el estudio mostraron que el apoyo de la pareja en forma de ayuda para prevenir y manejar los</p>	<p>posterior a recibir intervenciones de promoción de la lactancia materna (OR: 1.62; 95% IC: 1.16, 2.27), con el impacto de ser los más altos cuando las intervenciones se realizan en una combinación de escenarios (OR: 1.82; 95% IC: 1.36, 2.45).</p>
--	--	--	--	---	--	---

			<p>sensibilidad utilizando solo los estudios evaluados como de bajo riesgo de sesgo para ocultamiento demostró un efecto positivo similar en ambos casos.</p> <p>Las mujeres que recibieron intervención de apoyo mostraron menos probabilidades de dejar la lactancia materna antes de las seis semanas. (RR 0.87, 95% IC 0.80 a 0.95; calidad moderada).</p> <p>Hubo una variación considerable en el</p>		<p>problemas de lactancia dio como resultado tasas más altas en la duración de la lactancia materna.</p>		
--	--	--	---	--	--	--	--

			<p>resultado de los estudios individuales mas un análisis de sensibilidad utilizando solo los estudios evaluados como de bajo riesgo de sesgo para ocultamiento todavía favoreció significativamente los grupos de intervención.</p>				
Nivel de evidencia	I	I	II-1	I	II-3	I	II-2
Grado de recomendación	B	A	B	A	A	A	A
Validez Interna	Buena	Buena	Buena	Buena	Moderada	Buena	Buena

La tabla anterior describe los resultados de los siete artículos que fueron clasificados como de alta calidad con el uso de la plataforma FLC 2.0 (65), la cual evalúa la pregunta de investigación, el método, los resultados, las conclusiones, los conflictos de interés y la validez externa, dando mayor énfasis a la metodología. Si bien dichos artículos son de alta calidad se realizó también un análisis de los niveles de evidencia, el grado de recomendación y la validez interna de la evidencia expuesta por los autores y se aplicó dicha clasificación a la evidencia encontrada con respecto a variables establecidas en relación a los objetivos de estudio de la presente investigación.

Al examinar los grados de recomendación y nivel de evidencia de los artículos según la escala del Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) (66) se obtiene que cuatro de los siete artículos presentan un nivel de evidencia I, mientras que los otros tres son evidencia II: Mcfadden et al (2) presenta un nivel de evidencia II-1 ya que abarca estudios de asignación aleatoria y cuasialeatoria, Sinha et al (75) presentan datos cuya evidencia se clasifica como II-2 ya que considera evidencia a partir de estudios de cohortes y casos y controles, y Ogbo et al (72) considera evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención, por lo que se clasifica como evidencia II-3.

Los grados de recomendación de los estudios fueron en general altos, cinco de ellos fueron de grado de recomendación A y los otros dos de recomendación B, ambas categorías indican que existe evidencia para ejercer una acción, es decir, se recomienda realizar dicha intervención (66). Por último, la validez interna de la mayoría de los artículos se consideró buena, con excepción del artículo elaborado por Ogbo et al (72), cuya validez se consideró moderada.

Se considera que se encontró evidencia de alta calidad para el análisis por objetivos, por cuanto los estudios de Huang et al, Mcfadden et al y Shafaei et al (69,70,74) se catalogaron como IA, correspondiente al más alto nivel de evidencia y recomendación, con buena validez interna y el estudio de Balogun et al se estableció como IB, con el más alto nivel de evidencia y un adecuado grado de recomendación.

A continuación, se presenta el análisis de la evidencia obtenida de acuerdo con los objetivos planteados.

4.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS SEGÚN OBJETIVOS

Para el presente estudio se establecieron 3 objetivos específicos, los cuales se utilizaron como base para el análisis de la evidencia obtenida, a continuación, se analizan los resultados obtenidos según cada objetivo:

Primer objetivo: Indagar la mejor evidencia disponible que respalda la influencia que ejercen las creencias familiares sobre el éxito de la lactancia materna.

Por un lado, con respecto al primer objetivo planteado no se obtuvieron resultados acerca de la influencia que ejercen las creencias familiares sobre el éxito de la lactancia materna, ya que los textos hacían referencia al apoyo familiar mas no especificaban creencias determinadas que afectaran el amamantamiento, su duración o que la lactancia fuera exclusiva.

Por otro lado, el análisis de los textos brindó información acerca de una variable relacionada mas no igual a la establecida, esto es, la influencia del apoyo de la familia sobre el éxito de la lactancia materna, materia que nos pareció importante de mencionar a continuación pues brinda información útil para contemplar en la atención de las madres gestantes.

El estudio de Mcfadden et al (2) realizó un análisis de la influencia del apoyo en la lactancia materna y estableció como medidas de resultado el cese de la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses postparto y antes de las cuatro a seis semanas postparto. En dicho artículo se incluyeron una alta variedad de estudios donde el apoyo era brindado por profesionales y menor cantidad donde el apoyo era brindado por no profesionales, no se distingue qué tipo de no profesionales. Si bien las medidas de resultado no establecían determinar quién brindaba el apoyo, los autores hicieron un pequeño análisis de los resultados según quién brindaba el apoyo y los catalogaron como profesionales de la salud y no profesionales. El estudio fue catalogado como de alta calidad, con un grado de recomendación B y con un nivel de evidencia II-1.

En general obtuvieron, para 3 de las cuatro medidas de resultado, que no había diferencia entre quienes brindaran el apoyo, pero para el cese de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses se observó un mayor efecto cuando la intervención fue realizada por no profesionales en comparación con profesionales sanitarios o una mezcla de ambos. Lo anterior es un resultado inesperado que, si bien los autores mencionan precaución a la hora de su interpretación por la alta heterogeneidad entre los subgrupos, podría sugerir que al estar los familiares, pares y consejeros no profesionales más cerca de las familias gestantes en su proceso más tardío de lactancia materna, cuando ya se encuentran en sus hogares y el seguimiento profesional se ve disminuido por redireccionamiento de los recursos hacia mujeres en proceso de embarazo, labor, parto, postparto y lactancia materna temprana, tienen mayor influencia sobre el cese de la lactancia materna, ya sea para promover que se dé o no se dé. Lo anterior crea la incógnita para realizar más estudios al respecto, y abrir el campo de intervención para llevar educación en

lactancia materna a la población en general visualizando que esta tiene un impacto sobre la mujer embarazada.

Así mismo, los resultados generales del análisis de Mcfadden et al (2) confirman que todas las formas de apoyo adicional a la lactancia materna muestran una disminución en el cese de cualquier tipo de lactancia materna y todas las variedades de apoyo adicional juntas también mostraron una disminución en el cese de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses y entre las 4 y seis semanas, esto nos permite observar que las intervenciones, ya sean profesionales o no profesionales, juntas llevan a mejoras en las tasas de lactancia materna y que al brindar educación no solo a la mujer gestante y postparto, sino a su familia y a su entorno se puede trabajar metas en conjunto y lograr mejorías en las tasas.

Por su parte, de manera más específica, Ogbo et al (72) realizaron un estudio acerca de los tipos específicos de apoyo brindado por la pareja a las madres lactantes y su influencia sobre el inicio, la duración y la exclusividad de la lactancia materna y determinaron que los miembros de la familia, y en este caso concreto, las parejas, son importantes en los resultados de lactancia materna y pueden producir cambios estadísticamente significativos.

Lograron determinar que el soporte verbal a la madre para que utilice los cuartos de extracción de leche materna y tomar descansos para este fin aumentó la duración de la lactancia materna durante los primeros seis meses, incluso después de haber regresado al trabajo. Así mismo, lograron determinar que el estímulo positivo, así como el apoyo en relación con la prevención y afrontamiento de los problemas en lactancia materna lograron mejorar no sólo la duración sino también la exclusividad, y que el hecho de ayudar en las tareas de la casa o con el cuidado de los niños resultaron en tasas más altas de estas mismas variables.

Por lo tanto, los autores concluyen que el apoyo apropiado y específico por parte de las parejas puede influir en las decisiones que tome la madre con respecto a la nutrición del niño(a). Encontraron que el estímulo verbal fue la forma más común de apoyo, pero que otros tipos de apoyo más específicos resultaron también en muy buenos resultados para la lactancia materna. Mencionan, además, que es fundamental que las personas encargadas de la planificación de programas para la promoción y defensa de la lactancia materna tomen en cuenta a los socios/parejas y sus roles específicos.

Estos autores mencionan que es muy común ver que las personas encargadas de trazar la estrategia para lograr mejores resultados de lactancia materna a nivel de cada uno de los sistemas de salud del mundo se centran únicamente en la madre y el feto, sin tomar en cuenta otros participantes como los padres, abuelas u otros. Sin embargo, con el tiempo se ha puesto mayor importancia en estos aspectos, demostrando, mediante evidencia científica la relevancia y los resultados que pueden causar.

El estudio elaborado por Ogbo et al (72) fue catalogado como de alta calidad y con un grado de recomendación A, con un nivel de evidencia II3 y fue el único estudio dentro de los criterios de inclusión y posterior a la revisión de la calidad, que incluyó de manera concreta la influencia que ejerce el apoyo familiar sobre el éxito de la lactancia materna, específicamente la influencia de la opinión del padre del bebé, la cual si es positiva hacia la lactancia materna exclusiva o hacia la lactancia materna prolongada mejora las posibilidades de que estos dos aspectos se presenten y mantengan.

Dicho estudio obtuvo resultados que apoyan las recomendaciones elaboradas por diferentes entes internacionales y nacionales para la inclusión de la pareja y por ende de la familia en el proceso de la lactancia materna. Como se mencionó en el marco teórico de la

presente investigación, las nuevas guías, sobre todo en países más desarrollados o con sistemas de salud catalogados de más alto nivel, ya hablan de esto como un pilar fundamental, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia propone dentro de sus objetivos con respecto al tema “favorecer la participación de las mujeres y sus parejas durante todo el proceso, considerando la multiculturalidad y discapacidad” (47). Para ellos la atención debe estar fundamentada en la mejor evidencia científica y basado en las necesidades individuales de cada persona, conocer el entorno real de la persona tanto obstétrico, físico como psicosocial e involucrar a las parejas.

Con respecto a esto, y como se mencionó en este estudio, en Costa Rica tenemos la última guía oficial existente para la atención del periodo prenatal, de parto y posparto de la Caja Costarricense del Seguro Social, la cual fue publicada en el 2009 y se denomina “Guía de Atención Integral a las Mujeres, Niños y Niñas en el Período Prenatal, Parto y Posparto” (48), dicha guía, por su año de publicación, se encuentra un poco desactualizada, no obstante, hace mención a la necesidad de que la atención esté centrada en las familias y dirigida hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja, además de la importancia de tener en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr los objetivos.

Observamos que el estudio de Ogbo et al (72) encuentra evidencia que recomienda la participación de las parejas como medio para mejorar el inicio, la exclusividad y la duración de la lactancia materna. Tanto estos autores como las guías de atención a la mujer en periodo prenatal, parto y posparto mencionan la necesidad de incluir aspectos fundamentales como las redes de apoyo, no obstante, hasta el momento dicha recomendación no ha tomado la fuerza que debería y se sigue dejando a la familia en un papel secundario que no define roles específicos.

Adicionalmente, dos estudios (2,68) brindan evidencia del efecto que tienen las intervenciones brindadas por no profesionales y por pares en el inicio y cese de la lactancia exclusiva, si bien no se puede generalizar al respecto ya que no se establece en los estudios qué tipo de personas se encuentran comprendidas en estos grupos, es posible que algunos de ellos, especialmente los llamados pares, sean familiares que brinden consejería a partir de su experiencia.

Es preciso realizar más investigaciones en relación con la influencia de la familia sobre el éxito de la lactancia materna, estableciendo variables específicas como la influencia de la pareja, la influencia de las nuevas abuelas, influencia de las mujeres en la familia, costumbres familiares acerca de la lactancia materna, etc., ya que como se discutió en el marco teórico, la familia tiene entre sus funciones preparar a sus integrantes para el desarrollo de procesos adaptativos, perpetuar costumbres, cultura e identidad social y crear una identificación y seguimiento de roles y modelos de conducta social.

Segundo objetivo: Indagar la mejor evidencia disponible que respalda la influencia que ejerce la educación brindada por el profesional de salud sobre el éxito de la lactancia materna.

Balogun et al (68) en su estudio establecen, con un nivel de evidencia y recomendación IB, que se presentan mejoras en el inicio de la lactancia materna entre mujeres que reciben intervenciones de parte de profesionales de la salud, especialmente si se realizan sesiones informales cara a cara basadas en las necesidades específicas, brindadas tanto en el periodo pre como post natal por profesionales o consejeros de pares entrenados en lactancia materna, dichas acciones pueden llevarse a cabo en distintos ámbitos y uno de ellos, el cual es un espacio

especializado y de interacción directa que permite la educación por parte de un profesional de salud especializado y la interacción entre pares, corresponde a las clínicas de lactancia materna.

Lo anterior es importante ya que si bien el estudio menciona la asesoría por pares recomienda que estos tengan entrenamiento en lactancia materna, de manera que se hace énfasis en que la educación brindada por personal con información conduce a consecuencias positivas.

Así mismo, Balogun et al (68) mencionan que permitir a las mujeres y sus hijos permanecer juntos 24 horas al día demostró aumentar las tasas de inicio para todas las mujeres en todos los escenarios, lo anterior es una acción que pueden gestionar y realizar los profesionales de enfermería y especialmente los profesionales en obstetricia, quienes se encuentran a cargo de los servicios de atención de labor, parto y postparto. Dicha acción pone en práctica uno de los Diez Pasos que la Iniciativa Hospital Amigable con Bebé de la UNICEF/OMS (21).

Huang et al (69) también nos hablan sobre sobre la influencia que ejerce la educación brindada por el profesional de salud sobre el éxito de la lactancia materna. En un artículo que pudimos catalogar como de alta calidad con un grado de recomendación IA lograron determinar que aquellas mujeres que recibieron el programa de educación adicional al de rutina tuvieron mayor éxito para amamantar exclusivamente que aquellas que no lo recibieron, tanto al alta hospitalaria como 4 meses después del nacimiento.

Estos autores también analizaron la lactancia materna a demanda y la aparición de problemas para la lactancia y obtuvieron que las mujeres asignadas al azar al grupo de intervención que incluía la educación individualizada adicional lograron brindar más alimentación a demanda y lograron disminuir la aparición de problemas comunes de lactancia materna como el pezón agrietado.

Al igual que los autores anteriores, Huang et al (69) lograron concluir que la educación prenatal, en este caso individualizada y continua, y el apoyo posnatal, pueden aumentar eficazmente las tasas de lactancia materna exclusiva desde el parto hasta los 4 meses posteriores al parto y cambiar el comportamiento de lactancia materna. Es de suma importancia que el personal de salud brinde dicho apoyo ya que, tal y como lo mencionan otros autores como Herrán et al (43), se debe formar e informar a los futuros padres, ya que la educación prenatal es sumamente efectiva como una medida preventiva de mejora tanto individual como social para dar respuesta a problemas colectivos como lo son los niveles subóptimos de lactancia materna.

De acuerdo con Huang et al (69), el personal de salud es el llamado a brindar la educación necesaria sobre lactancia materna y crear un ambiente propicio que la promueva, lo cual es muy importante porque nos recuerda que como profesionales de enfermería y con mucha más razón los especialistas en ginecobstetricia debemos estar a la cabeza de la educación de la población, en temas determinantes de la salud pública. Es importante recalcar que el ya mencionado deber de los profesionales de brindar educación y propiciar un ambiente promotor de la lactancia materna puede darse desde los consultorios de atención prenatal, el ámbito hospitalario y las clínicas de lactancia materna tanto a nivel hospitalario como en el primer nivel de atención, lo cual plantea la necesidad de valorar si existen suficientes clínicas de lactancia materna, tanto a nivel público como privado que puedan llenar estas ahora expuestas necesidades educativas de la población.

Con respecto a esto Soto et al (42) nos dice que es fundamental reconocer que la enfermera(o) tiene las habilidades para instruir sobre la salud en las intervenciones de enfermería y más aún, aplicar los conocimientos en diversos modos de docencia y aprendizaje. La educación del paciente es un aspecto fundamental de la atención de salud y es cada vez es más reconocida

como una función esencial en la práctica de enfermería, por lo que se recomienda utilizar todas estas herramientas con las que cuentan los profesionales de enfermería y enfermería obstétrica para mejorar las tasas de lactancia materna en el país.

Por su parte, y como se mencionó en el análisis del primer objetivo, la revisión sistemática elaborada por Mcfadden et al (2) confirma mediante sus resultados que todas las formas de apoyo adicional a la lactancia materna muestran una disminución en el cese de cualquier tipo de lactancia materna y todas las variedades de apoyo adicional juntas también mostraron una disminución en el cese de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses y entre las 4 y seis semanas, dicho estudio describe que se analizaron 73 documentos y en 49 de ellos la educación en lactancia materna fue brindada por profesionales de la salud, lo que implica que las formas de apoyo brindadas por profesionales de salud pueden prevenir el cese anticipado de la lactancia materna. El estudio indica que tanto los voluntarios entrenados como los médicos y enfermeras tienen un impacto positivo en la lactancia materna.

Así mismo, McFadden et al (70) en su revisión y meta análisis, que resultó de alta calidad con un grado de recomendación y nivel de evidencia IA, examinaron las pruebas sobre la eficacia del asesoramiento sobre lactancia materna para informar las directrices mundiales, este fue un estudio realizado para la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este estudio estuvo más enfocado en analizar las diferentes intervenciones y el efecto que lograban causar sobre los determinantes de la lactancia materna.

Al igual que los estudios anteriores pudieron determinar que las intervenciones estudiadas son muy diversas (tiempo, duración, intensidad, suministro de información, técnicas y apoyo para los efectos prácticos, entre muchas otras), esto hace que la calidad de las intervenciones y los diferentes factores alrededor de las mismas sean muy distintas entre ellas, no

obstante y en concordancia con los autores ya mencionados, lograron concluir que las intervenciones de asesoramiento son efectivas para mejorar las prácticas de lactancia materna con el mayor efecto sobre la lactancia materna exclusiva. Estos autores recomiendan que los asesoramientos sobre lactancia materna realicen una mezcla entre las intervenciones en persona y los seguimientos telefónicos, ya que lograron determinar que generan buenos resultados.

Por lo tanto, podemos determinar que la educación brindada por el profesional de salud sobre el éxito de la lactancia materna es una realidad y se establece que las intervenciones, en todas sus variedades, logran causar un impacto positivo, mejorando la duración y exclusividad de la lactancia materna, al mismo tiempo, logran disminuir los problemas relacionados con lactancia materna, lo que mejora también la autoeficacia de las madres. Además, podemos visualizar la importancia de incorporar la tecnología en el acompañamiento y educación en lactancia materna, como lo es el seguimiento y apoyo telefónico a las madres, esto como un pequeño paso en la incorporación de estos recursos, pero que ha demostrado ser de gran ayuda.

Shafaei et al (74) realizaron un estudio donde mencionan que el hecho de que una madre cuente con un antecedente de lactancia materna fallida anterior puede ser un predisponente para que con el siguiente bebé estos problemas continúen, por lo que evaluaron el efecto de la consejería sobre la autoeficacia de la lactancia materna y la frecuencia de problemas de lactancia materna en mujeres con lactancia materna fallida anterior.

Estos autores lograron determinar con un grado de evidencia y recomendación IA que un programa de consejería que incluyó sesiones en grupos pequeños durante una semana con diferentes temas relacionados con lactancia materna, así como proporcionar material de apoyo y habilitar después del nacimiento consultas telefónicas, resultaron en una mejora en la

autoeficacia de la madre con respecto a la lactancia materna y una disminución estadísticamente significativa de los problemas relacionados con la lactancia.

Con respecto a estos resultados, otros autores, como León (39) nos habla de que la educación, en este caso representada por la consejería en lactancia materna, debe ser dinámica, y que muchas veces se alimenta de cambios drásticos, a veces traumáticos y de momentos de crisis y confusiones, por lo que un programa bien planeado aún con madres con una lactancia previa fallida puede dar muy buenos resultados de lactancia materna con el siguiente bebé. La educación en salud busca dar seguridad a las madres y como lo menciona también Pérez et al (41) pretende informar y motivar para generar cambios y modificar comportamientos en la búsqueda de sociedades más saludables, para lo anterior es importante recalcar que las clínicas de lactancia materna se constituyen como programas de consejería de la lactancia materna, las cuales proporcionan material de apoyo y pueden incursionar en la consejería y seguimiento telefónico así como el uso de herramientas de seguimiento virtuales.

Aunado a lo anterior es importante rescatar el hecho de que en el estudio de Shafaei et al se hayan realizado seguimientos telefónicos, ya que este concepto de incorporar las ventajas y recursos tecnológicos a la atención médica es cada vez más común e importante, sobre todo en el contexto actual. La eSalud permite el uso del conjunto de tecnologías de la información y la comunicación como herramientas para la prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y gestión de la salud, ahorrando costes al sistema sanitario y mejorando la eficacia de este. (44)

Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el informe sobre la tercera encuesta global de eSalud, enfatizan específicamente la importancia de que esta sea mucho más que un tema aislado y una propuesta sanitaria específica, explican que deben ser más que propuestas y estrategias y pasar a la etapa de

implementación, por lo que encontrar estudios como este que ya incluyen dentro de su análisis los impactos que puede llegar a tener este tipo de herramientas es de mucha utilidad en la toma de decisiones a futuro. (45)

Por último, Sinha et al (75) en su estudio de alta calidad clasificado de nivel de evidencia I y grado de recomendación A, evalúa las intervenciones integradas y su efecto sobre las tasas de lactancia materna, según la atención se brindara en las instalaciones del sistema de salud, en el hogar o en la comunidad. Dichas intervenciones fueron brindadas tanto por profesionales como no profesionales de salud. Los autores identificaron 3 tipos de intervenciones: brindadas en el sistema de salud, brindadas en el hogar y brindadas en entornos comunitarios, en la primera intervención se incluyeron los estudios que examinaban la iniciativa de Hospital amigable con el bebé, los establecimientos que ponían en práctica el “rooming in” y los apoyos organizados para mejorar los resultados de lactancia materna entre otros, mientras que las intervenciones brindadas en el hogar y en la comunidad incluyeron estudios donde se realizaron visitas de consejería cara a cara al hogar, llamadas telefónicas para consejería, apoyo en el hogar de parte del padre o abuelo, grupos de consejería, reuniones de grupo, movilizaciones sociales, medios de masa o medios sociales.

Dado que los resultados de interés del estudio no eran determinar la influencia de cuáles agentes variaban las tasas de lactancia materna, sino establecer en que entornos se da mayor impacto en los resultados de lactancia materna en los países de bajo y mediano ingreso, se puede observar que tanto en los entornos de salud como del hogar y comunitario se describen intervenciones brindadas por personal de salud, ya que incluye visitas del personal de salud al hogar, a la comunidad, información brindada por el personal de salud en medios de comunicación social y de masas.

El estudio encontró que, según la naturaleza de las intervenciones, la consejería o educación en el hogar o en la comunidad tuvo un alto impacto en el inicio temprano de la lactancia materna y que los enfoques de medios de comunicación de masas integrados, consejería y enfoques de movilización comunitaria fueron aún más efectivos, mientras que, si bien la consejería en entornos del sistema de salud y el apoyo amigable con el bebé también fueron efectivos, tuvieron un menor impacto.

Así mismo, el análisis de subgrupos de acuerdo con la naturaleza de la intervención mostró que la consejería en el hogar o en ambientes comunitarios tuvo el más alto impacto en la lactancia materna exclusiva en menores de 1 mes, seguido de cerca por las intervenciones brindadas en el entorno del sistema de salud. Mostró también que la consejería en el hogar, en ambientes comunitarios o en el entorno del sistema de salud fueron los más eficaces en mejorar la lactancia materna exclusiva entre 1 y 5 meses, seguida por los enfoques de apoyo amigable con el bebé, medios de comunicación de masas integrados, consejería y enfoques de movilización comunitaria. Además, de acuerdo con la naturaleza de las intervenciones, el enfoque de apoyo amigable con el bebé fue una intervención del sistema de salud significativa para la lactancia materna continua.

Lo anterior habla de la importancia de llevar la educación en salud y especialmente la educación en lactancia materna, brindada por personal con conocimiento, al mundo exterior, en vez de mantenerlo en la esfera de la atención en clínicas y hospitales. En Costa Rica, como se describió en el marco teórico, existe un sistema de salud robusto con niveles de atención, los cuales brindan cuidados a la población (31). El primer nivel de atención, encargado de dar resolución inicial y comunitaria, cuenta con programas para la lactancia materna, en general elaborados y llevados a cabo por enfermeros y obstetras, quienes dan un esfuerzo adicional para

atender las necesidades educativas de la población mediante campañas y consejería. La evidencia encontrada por Sinha et al (75) permite recomendar el aumento de los profesionales en el primer nivel de atención para fortalecer y crear nuevos programas, líneas de atención y campañas para llevar la educación en lactancia materna a los hogares y las comunidades, y fortalecer de esta manera la aplicación de la información que las mujeres reciben en los ámbitos del sistema de salud.

Tercer objetivo: Comparar los resultados obtenidos de la mejor evidencia científica disponible respecto de la influencia que ejercen las creencias familiares y la influencia que ejerce la educación brindada por el profesional de salud sobre el éxito de la lactancia materna, según la calidad metodológica de los estudios y grados de recomendación.

Se encontraron artículos de alta calidad, alta evidencia y alta recomendación (68–70,74,75) que apoyan la educación brindada, en diferentes ámbitos y con diferentes herramientas, por el personal de salud, mientras que con respecto a la influencia de las creencias familiares no se encontraron artículos para analizar. Como hallazgo incidental se encontró un artículo que habla de la influencia del apoyo de la familia, dicho estudio es el de Ogbo et al, cuya calidad es alta, la recomendación alta y el nivel de evidencia mediano (II3), el estudio de Ogbo et al (72) encuentra evidencia que recomienda la participación de las parejas como medio para mejorar el inicio, la exclusividad y la duración de la lactancia materna.

Por su parte, se encontró únicamente un artículo que realizaba la comparación entre el apoyo brindado por profesionales de la salud y no profesionales de salud, sin brindar mayor énfasis en la influencia de la familia, dicho artículo fue el elaborado por Mcfadden et al en el 2017 (2) y no tenía como objetivo principal establecer la diferencia según quiénes brindaban el apoyo, sino que realizaron las observaciones al respecto como medida de resultado secundario.

Dicho artículo se catalogó como de alta calidad por medio del uso de las fichas de lectura crítica (65) y según la Canadian Task Force on Preventive Health Care (Anexo 1) su nivel de evidencia y recomendación fue de II-1 B, lo que significa que su evidencia es del segundo nivel más alto de calidad y las intervenciones que estudia son recomendables de realizar, más se considera que, al ser un resultado secundario y dado que los autores indican entre las limitaciones la alta heterogeneidad entre los subgrupos y recomiendan precaución a la hora de su interpretación, los resultados no fueron contundentes.

Si bien los resultados del artículo no se consideran contundentes este trae a la luz la importancia del apoyo en la lactancia materna independientemente de quien lo dé, y llama la atención sobre la influencia predominante del apoyo de los no profesionales en el cese de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, lo cual tiene sentido ya que las personas más cercanas a la mujer y que le acompañan en sus problemas y luchas diarias pueden brindar recomendaciones en el momento justo, que pueden fomentar la continuación o discontinuación del proceso de lactancia materna exclusiva. Es por esto que se considera que es una necesidad para la orientación de la educación realizar estudios acerca de la influencia de la familia en la lactancia materna, así como estudios comparativos entre la influencia de ésta y la influencia de los profesionales, no en pro de la competencia sino para justificar la elaboración de campañas de lactancia materna que permitan tener conocimiento correcto y claro a la población general, visualizando su impacto como familia y comunidad sobre las decisiones que toma la mujer en proceso de amamantamiento.

**CAPÍTULO V:
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

5.1 CONCLUSIONES

Tras la valoración de la evidencia científica disponible con respecto a la influencia de las creencias de la familia, la influencia del apoyo de la familia y la influencia de los profesionales de salud en el éxito de la lactancia materna y con énfasis en los artículos de alta calidad y nivel de evidencia, concluimos que:

Es indispensable la participación de los profesionales de salud en la educación en lactancia materna, pero es también muy importante la inclusión de las personas relacionadas con la madre, o sea sus redes de apoyo y/o entorno familiar, en la planificación de los programas que defienden y buscan un mejoramiento en el tema de lactancia materna.

No se encontraron resultados de alta calidad que hicieran referencia a las creencias familiares y cómo estas influyen en la lactancia materna por lo que es preciso indagar acerca de las creencias para valorar cuáles son y cuáles tienen un fundamento científico que permita la reproducción de las mismas, así como determinar cuáles afectan negativamente a la lactancia materna y deben ser detenidas.

Como hallazgo incidental se concluye que el apoyo por parte de las parejas logra una mejora significativa tanto en la duración como en la exclusividad de la lactancia materna. No obstante, se requiere de más estudios de calidad que investiguen la influencia que podría llegar a tener la familia en el éxito de la lactancia materna.

Los estudios sobre lactancia materna deberían incluir un periodo de seguimiento mayor, sobre todo aquellos que pretenden evaluar la duración y la exclusividad de la lactancia materna, ya que como pudimos observar la mayoría tienen un máximo de seguimiento de 4 meses lo que

limita los resultados desde el punto de vista de la recomendación general de una lactancia materna exclusiva de al menos 6 meses.

La consejería y educación en lactancia materna, aún en madres con lactancias maternas anteriores fallidas, logran altos niveles de autoeficacia en las madres, fomenta la confianza de ser capaces de amamantar a sus hijos y logra disminuir significativamente los problemas relacionados con lactancia materna, incluso aquellos más comunes como pezones agrietados y dolor.

La educación prenatal individualizada y continua, y el apoyo posnatal, pueden aumentar eficazmente las tasas de lactancia materna exclusiva desde el parto hasta los 4 meses posteriores al parto y cambiar el comportamiento de lactancia materna, el personal de salud es el llamado a brindar la educación necesaria sobre lactancia materna y crear un ambiente propicio que la promueva.

El profesional de enfermería y enfermería obstétrica cuenta con las herramientas educativas y estructurales para brindar educación, apoyo y seguimiento en lactancia materna, una de ellas corresponde a las clínicas de lactancia materna, las cuales cumplen con la posibilidad de brindar las intervenciones que según los estudios analizados colaboraron con las mejoras y el éxito en la lactancia materna y lactancia materna exclusiva.

La incorporación de tecnologías en salud como lo son los seguimientos telefónicos para aclarar dudas y brindar consejería en lactancia materna resultan ser eficientes y repercuten de manera positiva en las madres y la alimentación de sus bebés, por lo que su aplicación es muy recomendable y deberían existir estudios específicos al respecto en el marco de una sociedad que utiliza cada vez más y más la tecnología para solventar sus necesidades. El personal sanitario

debe estar a la vanguardia de esta realidad y tomar dichos recursos a su favor en la educación y promoción de la salud.

Existen muchas formas de brindar educación para la lactancia materna, individual, grupal, presencial, telefónica, con videos, otorgando material de apoyo, y no existe evidencia científica que nos diga cuál es la más efectiva, ya que existe con respecto a esto mucha heterogeneidad, sin embargo, todos los tipos de educación adicional evidencian mejoras representativas en los resultados para una lactancia materna exitosa, mejorando inicio, duración y exclusividad.

Adicionalmente, las investigadoras concluimos que a pesar de que existen múltiples creencias a nivel social, las cuales se reproducen principalmente de manera verbal, entre familias, comunidades y generaciones, dichas creencias no han sido plasmadas en estudios, lo que da la impresión de que el ámbito de salud, que incluye a la enfermería obstétrica, ha dejado de lado el abordaje holístico de la educación en lactancia materna, para dedicarse a dar indicaciones y recomendaciones, desconociendo si las mismas van a ser cumplidas por familias cuyas propias creencias pueden colisionar con la información brindada.

Consideramos que lo anterior es un reflejo de un sistema de salud empobrecido con los años, donde las consultas prenatales actualmente son mayoritariamente dadas por profesionales cuya formación no contempla los ámbitos social, espiritual y familiar, sino solo la medicina desde un punto de vista paternalista, es preciso recuperar espacios y crear nuevas áreas a nivel público y privado, que permitan la atención de las mujeres embarazadas y en periodo postparto desde un punto de vista integral, el cual es la médula ósea de la enfermería profesional y especializada.

5.2 RECOMENDACIONES

A continuación se presentan las recomendaciones que surgieron al finalizar la investigación, las mismas están dirigidas a enfermeras en procesos de investigación para obtener su título de maestría en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal, enfermeras en puestos de investigación en la Universidad de Costa Rica y otras universidades a nivel nacional e internacional, enfermeras especialistas en el campo que laboran en segundo y tercer nivel de atención y enfermeras que laboran brindando servicios de consejería en el tema de lactancia materna, ya sea a nivel público o privado:

Es preciso elaborar investigaciones de alta calidad en referencia a las creencias familiares y su influencia sobre las decisiones que toma la mujer en periodo de lactancia materna.

Es necesario realizar más estudios comparativos que tengan como objetivo primordial el estudio de la influencia de las creencias familiares en comparación con la influencia del personal de salud sobre la lactancia materna.

Es recomendable estudiar la influencia del apoyo familiar sobre el cumplimiento de las recomendaciones brindadas por los profesionales de salud en cuanto a lactancia materna.

Se recomienda realizar estudios que ahonden en los tipos de educación y consejería más efectivos, que orienten en mayor medida los esfuerzos y los recursos.

Se sugiere realizar investigaciones acerca de los entornos en los cuales se realizan las intervenciones para mejorar la lactancia materna, con el fin de reconocer las necesidades de la población y ampliar los espacios de la práctica de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal.

Se debe estudiar la influencia de la educación y apoyo brindado por las clínicas de lactancia materna en el éxito de la lactancia, así como del alcance poblacional que tienen, con el fin de determinar si es necesario crear más de estos centros de atención especializados.

Es recomendable que los profesionales de salud incluyan y utilicen herramientas de ESalud y estudiar sus efectos en el logro de los objetivos país en lactancia materna.

Es necesario que las enfermeras y especialmente las enfermeras ginecobstetras en Costa Rica se actualicen en temas de investigación y realicen investigaciones con el fin de fortalecer la atención integral de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal por medio de la atención de calidad basada en la evidencia y específicamente en la evidencia del contexto de la mujer costarricense.

Es recomendable fomentar la realización de estudios cualitativos con respecto a las creencias y costumbres familiares relacionadas con la lactancia materna, ya que esto podría proporcionar una mirada más cercana a estas prácticas y brindar un porte cultural real a la práctica obstétrica que se acerque cada vez más a las necesidades individuales de cada usuaria y su entorno.

Es necesario impulsar la realización de proyectos en los diferentes escenarios de práctica obstétrica con especial mirada a la lactancia materna y sus determinantes, proyectos que aporten conocimiento, pero al mismo tiempo dinamismo y actualización, al quehacer mismo de nuestra disciplina.

Cada profesional de enfermería obstétrica debe tener la iniciativa de impulsar a sus colegas y de impulsarse a sí mismo por el constante camino del conocimiento, y la realización de prácticas clínicas que inspiren la actualización e incorporación de nuevas tecnologías, de nuevas ideas, de mejores prácticas; debe ser no sólo una meta, sino una constante en el ejercicio de nuestra profesión.

Fomentar la realización de sesiones clínicas, de reuniones si se quiere casuales, donde los grupos de trabajo discuten sus inquietudes en un ambiente para compartir ideas y expresar dudas es ideal para generar crecimiento, tomando en cuenta que entre iguales se entienden, los grupos de discusión en los centros de trabajo se convierten siempre en una excelente forma de alimentar el conocimiento.

Es preciso reclamar espacios perdidos y crear nuevos espacios en la educación en lactancia materna, que permitan el abordaje integral de la atención en salud de las mujeres en edad reproductiva.

**CAPÍTULO VI:
REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS Y
ANEXOS**

6.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna. 2017.
2. Mcfadden A, Gavine A, Renfrew M, Wade A, Buchanan P, Taylor J, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;001141(2):1–239.
3. Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna. Lactancia Materna en cifras [Internet]. 2016. Available from: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
4. Gorrita R, Brito D, Ruiz E. Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida. *Rev Cuba Pediatr* [Internet]. 2016;88(2):130–43. Available from: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/103>
5. Rollins N, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter C, Martines J, et al. Breastfeeding 2 Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *www.thelancet.com*. 2016;387.
6. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho J, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(12).
7. Becerra F, Rocha L, Fonseca D, Bermudez L. El Entorno Familiar Y Social De La Madre Como Factor Que Promueve O Dificulta La Lactancia Materna. *Rev la Fac Med*. 2015;63(2):217–27.
8. Morales Y, Borges L, Algozain Y. Factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. *Rev Cubana Enferm*. 2015;31(3).
9. Quispe M, Oyola A, Navarro M, Silva J. Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Rev Cuba Salud Publica*. 2015;41(4):582–92.
10. Borre Y, Cortina C, González G. Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente? *Rev Cuid*. 2014;5(2):723–30.
11. Marin L, Gutiérrez Y. Significado de lactancia materna y leche materna para las madres de una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2017;15(1).

12. World Alliance for Breastfeeding Action. Semana Mundial de la Lactancia Materna - Lactancia Materna, clave para el desarrollo sostenible [Internet]. 2016. Available from: http://ibfan-alc.org/SMLM/SMLM2016/Folder_Accion_SMLM2016.pdf
13. Rodríguez R. Aproximación antropológica a la lactancia materna. *Antropol Exp.* 2015;(15):407–29.
14. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud sexual y reproductiva [Internet]. Available from: <https://costarica.unfpa.org/es/temas/salud-sexual-y-reproductiva-3>
15. Londoño A, Torres J, Consejería Presidencial para los Derechos Humanos. Promoción de los derechos humanos sexuales y reproductivos. Módulos pedagógicos paraformadores. Editorial. Bogotá. Colombia; 1998. 1–124 p.
16. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 [Internet]. 1994. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf
17. Profamilia. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos [Internet]. Profamilia.org. 2020. p. 1. Available from: <https://profamilia.org.co/aprende/cuerpo-sexualidad/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos/>
18. Ministerio de Salud de Costa Rica. Política Nacional de Sexualidad. I Parte. Marco Conceptual y Normativo de la Política 2010-2021 [Internet]. San José, Costa Rica.; Available from: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/politicas-en-salud/1038-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-i/file%0A>
19. mundial de la salud O. Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. *Oms / Who* [Internet]. 2008;11. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/RHR_07.7/es/
20. Instituto Nacional de la Mujer. Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Inamu.go.cr. 2020. p. 1. Available from: <https://www.inamu.go.cr/salud-reproductiva-y-sexual>
21. Organización Mundial de la Salud. Guía para la aplicación. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural en los centros que prestan servicios de maternidad y

- neonatología: Revisión de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño. 2018.
22. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Lactancia Materna. Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud. 2010.
 23. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Acompañando tu lactancia. Manual Operativo de la Lactancia Materna. 2017.
 24. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar The benefits of breastfeeding and associated risks of replacement with baby formulas. *Pediatría Rev chil Pediatr.* 2017;88(1):7–14.
 25. Oliva E, Villa V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris* [Internet]. 2014;10(1):11–20. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
 26. De Pina R. *Diccionario de Derecho*. Editorial. México; 2005.
 27. Díez P. Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr.* 2017;37(131):127–4.
 28. Silva J, Corona R, Herrera N. Creencias hacia el origen de la vida y naturaleza humana: una comparación entre académicos de universidades públicas y privadas. *Integr Académica en Psicol.* 2017;5(13):107–20.
 29. Gil-Estevan M, Solano-Ruíz M. Diversidad cultural y lactancia materna. Prestación de cuidados culturalmente competentes en Atención Primaria. *Index Enferm.* 2017;26(3):162–5.
 30. Muiser J. La Seguridad Social en Costa Rica en los últimos veinte años: Comportamiento del seguro de salud en perspectiva comparada (1990 – 2010). Programa Estado de La Nación. 2013.
 31. Sáenz M, Acosta M, Muiser J, Bermúdez J. Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública Mex.* 2011;53(2):s156–67.
 32. Martínez M, Chamorro E. Historia de la enfermería : evolución histórica del cuidado enfermero. 197 p.
 33. Arratia A. Investigación y Documentación Historica en Enfermería. *Texto y Context Enferm.* 2005;14(4).
 34. Martínez D, Meza M. Surgimiento de la Escuela de Obstetricia en el mapa social de Costa Rica: finales del siglo XIX y principios del XX. *Enfermería Actual Costa Rica* [Internet].

- 2015;28:38–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i28.17202>
35. Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Reglamento de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal de Costa Rica. Reglamento de Enfermería Ginecobstétrica y Perinatal de Costa Rica. 2005.
 36. UNICEF Costa Rica. Encuesta de Mujeres, Niñez y Adolescencia 2018 (EMNA) Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (MICS-06). 2019.
 37. Caja Costarricense del Seguro Social. Manual Implementación Clínicas de Lactancia Materna y Desarrollo. 2012.
 38. Universidad Estatal a Distancia. Pedagogía Universitaria para la Educación a Distancia. Unidad 1. Identificando las piezas: conceptos básicos sobre Educación [Internet]. 2016. Available from: https://multimedia.uned.ac.cr/pem/pedagogia_universitaria/paginas_unidad1/conceptos_basicos.html
 39. León A. Qué es la Educación. *Educere*. 2007;11(39):595–604.
 40. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2018 [Internet]. Chile; 2018. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/Orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red-2018.pdf>
 41. Pérez K, Serrano M, Hernández K, Fernández H. Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2016;32(2):218–25. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000200008&lng=es.
 42. Soto P, Masalan P, Barrios S. La Educación en salud, un Elemento Central del Cuidado de Enfermería. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2018 May;29(3):288–300.
 43. De la Herrán A, Hurtado M, García P. Educación prenatal y Pedagogía prenatal: Nuevas perspectivas para la investigación, la enseñanza y la formación. Primera Ed. Colombia-Nueva York; 2018. 1–445 p.
 44. Agencia de comunicación COM SALUD. ¿Qué es la eSalud? Definición y concepto [Internet]. *LaeSalud.com*. 2016. p. 1. Available from: [https://laesalud.com/que-es-esalud/#:~:text=La eSalud \(eHealth en su,la gestión de la salud%2C](https://laesalud.com/que-es-esalud/#:~:text=La eSalud (eHealth en su,la gestión de la salud%2C)

45. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La eSalud en la Región de las Américas: derribando las barreras a la implementación. Resultados de la Tercera Encuesta Global de eSalud de la Organización Mundial de la Salud. 2016.
46. Ministerio de la Salud de la Nación de la República de Argentina. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Primera Ed. Vol. 1. Argentina; 2013. 83 p.
47. Sociedad Española de Ginecología y Obstetrica. Control prenatal del embarazo normal. Prog Obs Ginecol [Internet]. 2018;61(05):510–27. Available from: [https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n5/GAP_Control prenatal del embarazo normal_6105.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n5/GAP_Control_prenatal_del_embarazo_normal_6105.pdf)
48. Caja Costarricense del Seguro Social. Guía de Atención Integral a las Mujeres Niños y Niñas en el periodo prenatal, parto y posparto. San José, Costa Rica; 2009. 1–123 p.
49. Rojas L. La Investigación en Enfermería desde la Perspectiva de la Evidencia Científica. San José; 2013. 1–165 p.
50. Moreno M. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería. Rev Aquichan. 2005;5(1):44-55.
51. Alcolea M, Oter C, Martín Á. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. NURE Investig. 2011;52:1–7.
52. Urra E, Retamal C, Tapia C, Rodríguez M. Enfermería basada en la evidencia: qué es, sus características y dilemas. Investig y Educ en Enfermería. 2010;28(1):108–18.
53. Coello P, Ezquerro O, Fargues I, Marzo M, Navarra M, Pardo J, et al. Enfermería Basada en la Evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados. Ediciones DAE (Grupo Paradigma), editor. 2004.
54. Flemming K. Asking answerable questions. Evid Based Nurs. 1998;1(2):36–7.
55. Orellana A, Paravic T. Enfermería basada en la evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. Cienc y Enfermería XIII. 2007;(1):17–24.
56. Sackett D, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. Evidence- based medicine: how to practice and teach. EBM. Edinburg: Churchill Livingstone; 1997.
57. Luengo R. Lectura crítica de un artículo científico IV: Validez interna de estudios epidemiológicos. Nure investigación. 2013;(62):1–4.

58. Icart T. Enfermería basada en la evidencia. II Mesa redonda: Gestión de los cuidados. II Congreso de Enfermería Comunitaria. 2000.
59. Universidad de Costa Rica. Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI) [Internet]. Available from: <http://sibdi.ucr.ac.cr/>
60. John Wiley & Sons Inc. Cochrane Library Plus [Internet]. 2020. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/>
61. BIREME / OPS / OMS. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS. 2017.
62. Eterovic C, Stieповich J. Enfermería Basada en la Evidencia y Formación Profesional. *Cienc y Enfermería XVI*. 2010;16(3):9–14.
63. Ramírez N. Enfermería basada en la evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional. *Enfermería en Costa Rica*. 2011;32(2):89–97.
64. Laguna S, Caballero C, Lewis V, Mazuera S, Salamanca J, Daza W, et al. Consideraciones éticas en la publicación de investigaciones científicas. 2007; 23 (1): 64-78. *Salud Uninorte*. 2007;23(1):64–78.
65. Osteba. Fichas de Lectura Crítica FLC [Internet]. 2020. Available from: <http://www.lecturacritica.com/es/>
66. Manterola C, Zavando D, Grupo Mincir. Cómo interpretar los Niveles de Evidencia en los diferentes escenarios clínicos. *Rev Chil Cirugía*. 2009;61(6):582–95.
67. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D, The Prisma Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: THE PRISMA STATEMENT. *PLoS Med*. 2009;6(e1000097):6.
68. Balogun O, O’sullivan E, Mcfadden A, Ota E, Gavine A, Garner C, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(11).
69. Huang P, Yao J, Liu X, Luo B. Individualized intervention to improve rates of exclusive breastfeeding: A randomised controlled trial. *Med*. 2019;98(47):e17822.
70. McFadden A, Siebelt L, Marshall J, Gavine A, Girard L, Symon A, et al. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J*. 2019;14(1):1–19.
71. Mizrak B, Ozerdogan N, Colak E. The Effect of Antenatal Education on Breastfeeding Self-Efficacy. *Int J Caring Sci*. 2017;10(1):503–11.
72. Ogbo F, Akombi B, Ahmed K, Rwabilimbo A, Ogbo A, Uwaibi N, et al. Breastfeeding in

- the Community - How Can Partners/Fathers Help? A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Heal*. 2020;17(2):413.
73. Piro S, Ahmed H. Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: An experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1–12.
74. Shafaei F, Mirghafourvand M, Havizari S. The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: A randomized controlled clinical trial. *BMC Womens Health*. 2020;20(1):1–10.
75. Sinha B, Chowdhury R, Upadhyay R, Taneja S, Martines J, Bahl R, et al. Integrated interventions delivered in health systems, home, and community have the highest impact on breastfeeding outcomes in low- and middle-income countries. *J Nutr*. 2017;147(11):2179S-2187S.
76. Wouk K, Tully K, Labbok M. Systematic Review of Evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative Step 3: Prenatal Breastfeeding Education. *J Hum Lact*. 2017;33(1):50–82.

6.2 ANEXOS

Anexo 1. Síntesis de evidencia y grados de recomendación Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)

Grados de recomendación para intervenciones de prevención (CTFPHC)	
Grados de Recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
B	Existe moderada evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
C	La evidencia disponible es conflictiva y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.
D	Existe moderada evidencia para recomendar en contra de la intervención clínica de prevención.
E	Existe buena evidencia para recomendar en contra la intervención clínica de prevención.
I	Existe evidencia insuficiente (en cantidad y en calidad) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.

Niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC)	
Niveles de Evidencia	Interpretación
I	Evidencia a partir de EC con asignación aleatoria.
II-1	Evidencia a partir de EC sin asignación aleatoria.
II-2	Evidencia a partir de estudios de cohortes y casos y controles, preferiblemente realizados por más de un centro o grupo de investigación.
II-3	Evidencia a partir de comparaciones en el tiempo o entre sitios, con o sin la intervención; podrían incluirse resultados espectaculares provenientes de estudios sin asignación aleatoria.
III	Opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Validez interna e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC)	
Validez Interna	Interpretación
Buena	Un estudio (incluyendo la RS y el meta-análisis) que cumple los criterios específicos de estudio bien diseñado.
Moderada	Un estudio (incluyendo la RS y el meta-análisis) que no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de estudio bien diseñado, aunque no tiene “defectos fatales”.
Insuficiente	Un estudio (incluyendo la RS y el meta-análisis) que tiene en su diseño al menos un “defecto fatal” o no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de estudio bien diseñado, aunque no presenta “errores fatales” o una acumulación de defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan elaborar las recomendaciones.

Anexo 2. Plantilla de análisis crítico FCL 2.0 para ensayos clínicos

1. Referencia						
Cita bibliográfica				Cita abreviada		
2. Estudio						
Diseño	Objetivos	Periodo de realización	Procedencia de la población	Entidades participantes		
3.Revisores						
Nombre/s	Fecha					
4. Pregunta de investigación						
¿Se define adecuadamente la población objeto de estudio?	¿Se define adecuadamente las intervenciones objeto de estudio?	¿Se define adecuadamente la intervención con la que se compara?	¿Se define adecuadamente los efectos que se quieren estudiar?	El ensayo se basa en una pregunta de investigación claramente definida		
5. Método						
5.1 Validez Interna						
5.1.1. Participantes						
¿Se miden criterios de inclusión?	¿Se miden criterios de exclusión?	¿Se miden el número de participantes/grupo?	¿Están descritas las características de los participantes?	¿Se hizo una estimación adecuada del tamaño	¿Son diferentes las características de los participantes entre los grupos que se	<u>En resumen:</u> ¿Está la muestra claramente

				muestral?	comparan?	descrita y es adecuada para los objetivos del estudio?	
5.1.2. Intervención/comparación							
¿Está bien descrita la intervención realizada en el grupo experimental?	¿Está bien descrita la intervención realizada en el grupo control?	¿La aplicación de la intervención es similar en ambos grupos?		¿Se toman medidas para comprobar el cumplimiento del tratamiento?	¿Hubo cointervención?	<u>En resumen:</u> ¿La intervención esta detallada para todos los grupos de estudio?	
¿Se describe el estudio como aleatorizado?	¿Se indica la unidad de asignación?	¿La aplicación del método es correcta?	¿La ocultación de la asignación es adecuada?	¿Se comprueba que la aleatorización se ha realizado adecuadamente?	¿Se produjeron pérdidas pre-aleatorización? (número / grupo)	¿Se indican las causas de las pérdidas pre-aleatorización? ?	En resumen: ¿Teniendo en cuenta las preguntas anteriores consideras que la aleatorización está bien realizada?
5.1.3. Efectos							

¿Está descrito el efecto primario o variable resultado principal?	¿Están descritos los efectos secundarios o no principales	¿Se utilizaron variables intermedias o subrogadas?	¿Se utilizaron variables combinadas?	¿Se describen los criterios utilizados para medir los efectos?	¿Se describen las técnicas de medida empleadas ?	¿Se utilizaron técnicas de medida estándar, validadas y fiables?	<u>En resumen:</u> ¿Los efectos esperados están bien descritos
5.1.4. Seguimiento							
¿Se indica el periodo de seguimiento?	¿Se describen los criterios de finalización ?	¿Se explicita si se finalizó el estudio antes de lo previsto o varió el periodo de seguimiento a lo largo del estudio?	¿Se indican las causas?	<u>En resumen:</u> ¿El tiempo de seguimiento fue suficientemente largo para detectar el efecto de la intervención?	¿Se produjeron pérdidas post-aleatorización? Anotar número/grupo	¿Se indican las causas?	<u>En resumen:</u> ¿El número de pérdidas post-aleatorización es elevado?
5.2 Análisis							
¿Estaba determinado el análisis estadístico desde el principio del estudio?	¿Están bien descritos los métodos estadísticos empleados?	¿Se realiza un análisis por subgrupos	¿Se realiza un análisis por intención de tratar?				<u>En resumen:</u> ¿El análisis estadístico es adecuado?

6. Resultados							
¿Se presentan los resultados planteados en los objetivos?	¿Se especifica cuál es la magnitud del tamaño del efecto?	¿Están bien diferencia dos los resultados primarios y secundario s?	¿Los resultados se presentan tabulados?	¿Se presentan medidas en valores absolutos?	¿Se especifica la significación clínica de los resultados?	¿Se expresan los resultados con intervalos de confianza?	¿Se describe la aparición de efectos adversos?
¿Se realiza un análisis estadístico de los efectos adversos?				En resumen: ¿La magnitud del efecto está claramente descrita?			
7. Conclusiones							
¿Las conclusiones dan respuesta a los objetivos del estudio?							
8. Conflictos de interés							
¿Se menciona la fuente de financiación?			¿Los autores se declaran la existencia o ausencia de algún conflicto de interés?		Los conflictos de interés no condicionan los resultados ni las conclusiones del ensayo. ¿Se cumple este criterio?		
9. Validez externa							
Los resultados del estudio son generalizables a la población y al contexto que interesa.							
10. calidad del estudio							
<u>Pregunta investigación</u>							
El ensayo se basa en una pregunta de investigación claramente definida.	Bien	Regular	Mal	Ns/No aplicable			

<u>Método</u>				
El método del estudio ha permitido minimizar los sesgos.	Bien	Regular	Mal	Ns/No aplicable
<u>Resultados</u>				
Los resultados del ensayo son útiles, precisos y con poder estadístico.	Bien	Regular	Mal	Ns/No aplicable
<u>Conclusiones</u>				
Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos y tienen en cuenta las posibles limitaciones del estudio.	Bien	Regular	Mal	Ns/No aplicable
<u>Conflictos de interés</u>				
	Bien	Regular	Mal	Ns/No aplicable
<u>Validez externa</u>				
Los resultados del estudio son generalizables a la población y al contexto que interesa.	Bien	Regular	Mal	Ns/No aplicable

Anexo 3. Plantilla de análisis crítico FCL 2.0 para revisiones sistemáticas

1. Referencia							
Cita bibliográfica				Cita abreviada			
2. Estudio							
Objetivos		Periodo de búsqueda			Entidades participantes		
3.Revisores							
Nombre/s	Fecha						
4. Pregunta de investigación							
¿Se define adecuadamente la población objeto de estudio?		¿Se define adecuadamente las intervenciones objeto de estudio?		¿Se define adecuadamente la intervención con la que se compara?		¿Se define adecuadamente las medidas de los resultados?	
5. Método							
<i>5.1. Criterios de selección</i>							
¿Se indica el tipo de diseño de los estudios incluidos en la revisión?		¿Se eligió el tipo de diseño apropiado?		Además del diseño de los estudios, ¿Se mencionan otros criterios de inclusión?		¿Se mencionan los criterios de exclusión?	<u>En resumen:</u> ¿Son los criterios de inclusión y exclusión adecuados para responder a la pregunta?
<i>5.1.2. Búsqueda bibliográfica</i>							
¿Está detallada la estrategia de búsqueda?	¿Están justificadas las restricciones en la búsqueda?	¿Se describen las fuentes en las que se buscó información?	¿Se indican los criterios seguidos para la elección de	¿Consideras que se han podido producir sesgos de información?	¿Se realiza una búsqueda inversa?	¿Se realiza una búsqueda manual en revistas	<u>En resumen:</u> ¿La búsqueda bibliográfica es suficiente mente

			las fuentes?			claves?	exhaustiva y rigurosa?
5.1.3. Calidad de los estudios							
¿Se describe el método empleado para la evaluación de la calidad de los estudios?				En resumen: ¿La calidad de los estudios se evalúa de forma apropiada?			
5.1.4. extracción de datos							
¿Se utiliza algún formulario para la extracción de datos?		¿Se extrae de forma clara la información sobre la intervención y los resultados para todos los sujetos y grupos relevantes?		¿Se menciona el número de revisores?		En resumen: ¿La extracción de datos se realiza de forma rigurosa?	
6. Resultados							
6.1. Resultados del proceso de búsqueda y selección							
¿Se indica el número de estudios y de pacientes/participantes incluidos en la revisión sistemática evaluada?		¿Se evalúa la calidad de los estudios incluidos en la revisión? En el caso de que se evalúe la calidad de los estudios, anota los resultados al respecto.			¿Están bien descritos los datos de los estudios incluidos en la revisión?		
6.2. Síntesis de la evidencia							
En la revisión sistemática evaluada, ¿se tiene en cuenta el posible sesgo de publicación?				¿Se tiene en cuenta la posible heterogeneidad entre los estudios que se combinan en la Revisión Sistemática o meta-análisis?			
6.3-Resultados clínicos de la revisión sistemática evaluada							
¿Se indica la precisión de los resultados clínicos analizados en la revisión?		¿Está bien descrito el tamaño del efecto de los resultados clínicos analizados en la revisión?. Anota los resultados			¿Los resultados de la revisión sistemática evaluada están correctamente sintetizados y descritos?		
7. Conclusiones							
¿Las conclusiones dan respuesta a los objetivos del estudio?				¿Las conclusiones presentadas se basan en los resultados obtenidos?			

8. Conflictos de interés				
¿Se menciona la fuente de financiación? ¿Los autores declaran la existencia o ausencia de algún conflicto de interés?		¿Se menciona la fuente de financiación? ¿Los autores declaran la existencia o ausencia de algún conflicto de interés?		
9. Validez externa				
Los resultados de la revisión son generalizables a la población y al contexto que interesa.				
10. calidad del estudio				
<u>Pregunta investigación</u>				
La revisión se basa en una pregunta clínica claramente definida.	Bien	Regular	Mal	Ns/No aplicable
<u>Método</u>				
La metodología utilizada para la selección y evaluación de los estudios individuales está bien descrita y es adecuada.	Bien	Regular	Mal	Ns/No aplicable
<u>Resultados</u>				
¿Los resultados de la revisión sistemática evaluada están correctamente sintetizados y descritos?	Bien	Regular	Mal	Ns/No aplicable
<u>Conclusiones</u>				
Las conclusiones están justificadas y son útiles.	Bien	Regular	Mal	Ns/No aplicable
<u>Conflictos de interés</u>				

Los resultados y las conclusiones están libres de influencias derivadas de los conflictos de interés.	Bien	Regular	Mal	Ns/No aplicable
<u>Validez externa</u>				
Los resultados de la revisión son generalizables a la población y al contexto que interesa.	Bien	Regular	Mal	Ns/No aplicable

Anexo 4. Tabla de evidencia que arroja el FCL 2.0 para ensayos clínicos.

Referencia	Estudio	Población	Intervención comparación	Resultados	Conclusiones	Comentarios	Calidad de la evidencia
Cita abreviada	Diseño: Objetivos: Periodo de realización:	Número de participantes / grupo: Características de los participantes:	Intervención grupo experimental: Intervención grupo control: Periodo de seguimiento: Pérdidas post aleatorización:	Magnitud del efecto (+ intervalos de confianza / valor p): Efectos adversos:	Conclusiones	Comentarios	Calidad de la evidencia

Anexo 5. Tabla de evidencia que arroja el FCL 2.0 para revisiones sistemáticas.

Referencia	Estudio	Población	Intervención	Comparación	Resultados	Conclusiones	Comentarios	Calidad de la evidencia
Cita abreviada	Objetivos: Periodo de búsqueda: Diseño:	Población:	Intervención:	Comparación:	N° de estudios y pacientes: Magnitud del efecto:	Conclusiones	Comentarios	Calidad de la evidencia

