



UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

Campus Tuxtepec

**Autoeficacia y Técnica de lactancia materna en un grupo de madres con hijos
menores de dos años.**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

Presenta:

Tania Martínez Marcos

Director de tesis

Mase. Ortencia Vázquez Sánchez

San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca, Octubre, 2019



UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

Campus Tuxtepec

**Autoeficacia y Técnica de lactancia materna en un grupo de madres con hijos
menores de dos años.**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

Presenta:

Tania Martínez Marcos

Director de tesis

Mase. Ortencia Vázquez Sánchez

Asesores Metodológicos.

M. Psi. Frank Pulido Criollo

DCE. Berenice Juan Martínez

San Juan Bautista Tuxtepec Oaxaca, Octubre, 2019



UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

OFICIO NÚMERO:	JCLE/604/2019
ASUNTO:	EL QUE SE INDICA.

Tuxtepec, Oaxaca, a 08 de octubre de 2019.

L.P. YESENIA BARRIENTOS ARENAL
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES
P R E S E N T E.

Sirva la presente para informarle que los miembros de la Comisión Revisora del trabajo del trabajo de tesis de la C. **Tania Martínez Marcos** pasante de la carrera de la Licenciatura en Enfermería con número de matrícula **10120079** reviso y aprobó el trabajo de investigación denominado **"Autoeficacia y Técnica de Lactancia Materna en un Grupo de Madres con Hijos Menores de Dos Años"** mismo que será presentado como prueba escrita del acto de recepción profesional, para obtener el título de **Licenciatura en Enfermería**.

Por lo anterior y de acuerdo a los lineamientos institucionales, se le da trámite legal para que proceda con la recepción del trabajo presentado.



Atentamente
terra uberrima, mens aperta
Bou lo-tama, chijiji

L.E. Argelia Mora Martínez
Jefa de carrera de la Licenciatura en Enfermería
Universidad del Papaloapan



C.e.p. Expediente.



UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

OFICIO NÚMERO:	JCE/603/2019
ASUNTO:	EL QUE SE INDICA.

Tuxtepec, Oaxaca, a 08 de octubre de 2019.

L.P. YESENIA BARRIENTOS ARENAL
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES
P R E S E N T E.

Por medio de la presente le informo que la Jefatura de carrera a mi cargo, ha tenido a bien designar como sinodales a los profesores investigadores:

TITULARES:

DCE. Berenice Juan Martínez	Presidente
LEO. Martha Cid Alonso	Secretario
MASE. Ortencia Vásquez Sánchez	Vocal

SUPLENTE:

LEO. Dionila Díaz Félix	Suplente
EECI. Dulce Rosario Ortiz García	Suplente

Para fungir como sinodales en el examen profesional del C. **Tania Martínez Marcos**, pasante de la carrera de la Licenciatura en Enfermería con número de matrícula 10120079 para obtener el Título de la Licenciatura en Enfermería.

En este sentido, le saluda un cordial saludo.



Atentamente
terra uberrima, mens aperta
BZu Lo-kuma, chijijū

L.E. Argelia Mora Martínez
Jefa de carrera de la Licenciatura en Enfermería
de la Universidad del Papaloapan



C.c.p. Expediente.

Dedicatoria

A Dios, por rodearme de salud y bendiciones en todo momento, por encontrarme aquí y ahora llena de Amor y Gratitud, por estar siempre presente, por aumentar mi Fe y paciencia para poder culminar satisfactoriamente esta etapa de mi vida profesional.

¡Gracias!

A mis padres, por su apoyo moral, económico, a su ejemplo de lucha y perseverancia constante para salir adelante sin importar la circunstancia, a ellos le debo todo lo bueno de mi persona. Con amor.

Gracias Padres, los Amo.

Estela y Julio

Por el hecho de coincidir en mi vida, por su amistad, compañía, amor y apoyo incondicional.

A ti Ulises, te quiero.

Agradecimientos

A la Universidad de Papaloapan Campus Tuxtepec, por formar parte de mi profesión académica.

A la Directora de Tesis Mase. Ortencia Vásquez Sánchez, por su apoyo incondicional en el proceso de elaboración de esta tesis, por la motivación y colaboración constante, por su paciencia, disponibilidad, todo ello permitió la culminación de la presente investigación.

¡Gracias!

Al M. Psi. Frank Pulido Criollo, por aceptar ser mi asesor en lo que respecta a la parte estadística, por su ayuda y motivación para mi mejoramiento en el ámbito profesional. Excelente

Profesor- Investigador, Por todo su apoyo y paciencia. ¡Gracias!

A la DCE. Berenice Juan Martínez por su apoyo en la revisión de esta investigación para que concluyera correctamente. ¡Gracias!

A las madres lactantes que participaron en esta investigación, por brindarme su tiempo y responder con calidez y paciencia los ítems planteados en esta investigación.

Índice General

Resumen.....	1
Introducción	2
Planteamiento del problema.....	5
Justificación	7
Objetivos	9
Hipótesis	10
Marco Teórico	11
Historia de la lactancia materna	15
Anatomía y fisiología de la glándula mamaria	19
Composición de la leche	22
Etapas de la leche materna	25
Técnica de lactancia materna	29
Beneficios de la lactancia materna exclusiva.....	36
Estudios relacionados	38
Metodología	42
Aspectos éticos y legales	49
Discusión.....	57
Conclusiones	61
Limitantes	63
Recomendaciones	64
Plan de cuidados de enfermería.....	66
Bibliografía	77
Anexos	81

Índice de Tablas

Tabla 1. Normas relacionadas con lactancia materna exclusiva	41
Tabla 2. Reactivos de autoeficacia y peso factorial.	45
Tabla 3. Variables.....	47

Índice de Figuras

Figura 1. Anatomía de la glándula mamaria	20
Figura 2. Técnica de lactancia materna	31
Figura 3. Técnica de lactancia materna	32
Figura 4. Técnica de lactancia materna	32
Figura 5. Técnica de lactancia materna	33
Figura 6. Técnica de lactancia materna	33
Figura 7. Técnica de lactancia materna	34
Figura 8. Gráfico de sedimentación de instrumento de autoeficacia	46
Figura 9. Puntaje de la variable talla de niños y lista de cotejo de lactancia materna.....	52
Figura 10. Puntaje de variable número de hijos y edad de las madres encuestadas.....	¡Error!

Marcador no definido.

Figura 11. Puntaje de la variable edad del lactante y talla del lactante;**¡Error!** **Marcador no definido.**

Resumen

Introducción: La lactancia materna exclusiva es una de las formas más eficaces para proporcionar los nutrientes necesarios para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes, con repercusiones beneficiosas en la salud de la madre, la familia, la sociedad y el medio ambiente. **Objetivo:** Evaluar la autoeficacia y técnica de lactancia materna a mujeres lactantes de niños menores de 2 años de la comunidad de Jaltepec de Candayoc, Oax. **Material y método.** El tipo de estudio es correlacional, diseño no experimental. La población fue de 51 mujeres lactantes con hijos menores de 2 años, se utilizó un instrumento previamente validado con 9 reactivos sociodemográficos y 14 ítems sobre la autoeficacia de la lactancia materna, con 5 opciones de respuesta para cada ítem. Este instrumento fue validado obteniendo una alfa de Cronbach de 0,79. Para la lista de técnica de lactancia materna se evalúa 8 reactivos con 2 opciones. El programa estadístico fue el SPSS, versión 22. **Resultados.** La puntuación media obtenida de la escala de autoeficacia en lactancia materna (BSES-SF) fue de 44.411, esto indica que existe un bajo nivel de autoeficacia en lactancia en la población estudiada. Se obtuvo los siguientes valores correlacionales significativos; variable talla del niño y lista de cotejo ($r = -.292^*$, $p < .037$), variable número de hijos y edad de las madres ($r = .532^{**}$, $p < .000$), variable edad del lactante y talla del lactante ($r = .551^{**}$, $p < .000$). **Conclusiones.** Es necesario mejorar la autoeficacia en las madres lactantes, concientizar sobre la importancia vital de llevar a cabo correctamente técnica de la lactancia materna. Así como también realizar nuevos estudios relacionados con lactancia materna.

Palabras Clave: Autoeficacia, técnica, lactancia materna exclusiva, mujeres

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definen la lactancia materna como ingesta de leche materna que excluye el consumo de cualquier otro tipo de alimento: constituyendo un acto instintivo, fisiológico, de herencia biológica, y adaptativo para alimentar al niño durante los primeros meses de vida (OMS).

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años más.

La leche materna es el alimento natural producido por todos los mamíferos; la leche humana se considera la mejor fuente de nutrición para los recién nacidos, ya que cumple funciones importantes como nutrición, desarrollo psicológico, dentario e inmunológico y seguridad. Conocer la gran importancia que reviste fomentar la lactancia materna es una estrategia clave para mejorar las tasas de morbilidad y mortalidad infantiles a nivel mundial (Valverde, Mendoza, Peralta, 2017).

La promoción de la lactancia materna exclusiva deber ser función primordial del profesional de enfermería, dado que proporcionar el conocimiento y el acompañamiento durante el embarazo y el puerperio permite explicar a las madres la forma de resolver las dificultades de este periodo, en particular los primeros días, ya que muchas de estas situaciones propician el abandono

temprano de la lactancia y el inicio de la alimentación con sucedáneos de la leche materna (Valverde, Mendoza, Peralta, 2017).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) mostró el deterioro de la práctica de la lactancia materna en el país, en el análisis de la alimentación infantil en menores de dos años se mostró que el 38.3% de las niñas y los niños recién nacidos son puestos al seno materno en la primera hora de vida, la lactancia materna exclusiva descendió de 22.3% a 14.5% según las encuestas 2006 y 2012 y en el medio rural de 36.9% a 18.5% en el mismo periodo. Al año sólo la tercera parte de las niñas y niños recibe lactancia materna, y a los dos años tan sólo la séptima parte (Estrategia Nacional de Lactancia Materna, 2014-2018).

La redacción de la lactancia materna exclusiva a nivel nacional fue de 7.9 puntos porcentuales de 2006 a 2012, mientras que en el medio rural la diferencia fue de 18.4 puntos. Las madres que nunca dieron pecho a sus hijas e hijos exponen razones que sugieren desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto para iniciar y establecer la lactancia, tales como: no tuve leche 37.4% madre enferma, 13.7% él bebé no quiso, 11.4% bebé enfermo, 5.3% prematuro 3.1%.

En México era más frecuente la lactancia, lo cual significaba que la fuente predominante de alimentación del lactante era la leche humana, además de recibir agua o bebidas a base de agua, jugos de fruta, líquidos rituales y sales de rehidratación oral, gotas o jarabes. De acuerdo con la misma encuesta el 25% de las niñas y niños recién nacidos tiene lactancia predominante, por lo que, en conjunto con la lactancia exclusiva y otras modalidades, el 55% de las niñas y niños recién nacidos estarían recibiendo cualquier tipo de lactancia materna hasta los seis meses de

edad. Estas cifras continúan por debajo de lo esperado y hacen necesario analizar con mayor detalle los patrones de lactancia materna en el país.

La práctica de la lactancia es uno de los determinantes más importantes de la salud en el primer año de vida del recién nacido. Durante el año 2014 el 96.3 % de recién nacidos iniciaron el proceso de amamantamiento en lo que corresponde a Oaxaca y el 92.2% equivalente a la República Mexicana. La duración promedio de la lactancia fue de 12.4 meses en Oaxaca y de 9.2 meses a nivel nacional. La edad de incorporación de alimentos distintos a la leche materna (ablactación), por distribución porcentual; 46.8% de recién nacidos en Oaxaca lo hicieron antes de dos meses, 22.5% de los dos a los tres meses, y 25.6% de los 4 a 7 meses (Consejo Nacional de Población, CONAPO, 2014-2018).

Planteamiento del problema

En el año 2015 el UNICEF, declaro que México ocupa el último lugar en lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del lactante, el promedio regional es de 37.9% y en el país se ubica en el 14.4%. Las madres refieren que las razones o causas son: desconocimiento o poco apoyo antes y después del parto, para iniciar y establecer la lactancia materna. Datos proporcionados por el UNICEF demuestran que la lactancia materna ha disminuido debido a múltiples factores, comercialización de sucedáneos de leche materna y publicidad contraria hacia la lactancia, así como las condiciones favorables del mercado laboral para que las madres amamanten a sus hijos (Desarrollo Integral de la Familia, 2015).

Las madres que amamantan a sus hijos con lactancia materna exclusiva, solo tiene un 12% de riesgo de muerte para sus bebés en los países bajos y medianos, siendo de 3 a 4 veces menor que de los que no recibieron lactancia materna. El alimentar más tiempo con lactancia materna disminuye en un 13% las probabilidades sobrepeso u obesidad en los niños y reduce en un 35% la incidencia de diabetes tipo II, evita las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) y una tercera parte de todas las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), como la neumonía.

A pesar de las cifras alentadoras, es preocupante percibir que en los últimos años, aun se sigue observando tasas de abandono de la lactancia materna en nuestro país, y este problema a nivel mundial se constituye en un problema de salud pública, encontrándose este abandono asociado a variables sociodemográficas, como edad materna, grado de escolaridad, ocupación; variables biomédicas, como la paridad y multiparidad, peso del recién nacido y el tipo de parto; y las

variables de tipo psicosociales, como la experiencia previa y la confianza de la madre respecto a su capacidad para amamantar, también denominada autoeficacia en lactancia materna.

La autoeficacia constituya el conjunto de creencias que tienen las personas respecto a sus capacidades, aptitudes y habilidades para organizar y realizar una acción que se considera necesaria y que es requerida para alcanzar una meta. Por ello, en la práctica de la lactancia materna, la autoeficacia constituye el grado de confianza que tienen las madres respecto a su capacidad de afrontar en forma satisfactoria la práctica de brindar lactancia materna a sus niños.

La autoeficacia en la lactancia materna se encuentra influenciada por diversos factores como el amamantamiento de hijos mayores, la observación de otras mujeres cuando están dando de lactar, la persuasión verbal y comentarios de otras personas como familiares, amigos, así como la fatiga, estrés y ansiedad que experimentan las madres cuando dan de lactar a sus niños. Por lo que se considera que es muy importante realizar el presente estudio con el objetivo de determinar el nivel de autoeficacia de lactancia materna en las madres con hijos menores de dos años de la comunidad de Jaltepec de Candayoc, Oaxaca. Y por tal motivo surge la siguiente interrogante:

¿La autoeficacia es un factor primordial para que las madres no lleven correctamente la técnica de lactancia materna?

Justificación

Las barreras para la lactancia materna incluyen desde aquellas de índole individual hasta las relacionadas con el ambiente sociocultural, económico y de políticas en el país. Una duración corta de lactancia materna exclusiva se debe a la inexperiencia de las madres para amamantar, a su poca confianza en producir suficiente leche y a su necesidad de regresar al trabajo fuera de casa. También las creencias de padres, familiares y la insuficiente asesoría por parte de los servicios de salud, obstaculizan la adopción de las prácticas recomendadas de lactancia materna exclusiva y complementada. (González de Cosío, Hernández, 2016).

Durante esta etapa, conocida como los primeros 1 000 días, el cerebro y el cuerpo del niño se desarrollan a la máxima velocidad alcanzada en la vida humana. Es un periodo limitado del desarrollo temprano caracterizado por una gran plasticidad cuando la nutrición y otros factores ambientales tienen efectos a largo plazo en la fisiología, la función, la salud y la enfermedad del humano (González de Cosío, Hernández, 2016).

Si los niños no reciben una alimentación correcta en esta etapa el daño causado es irreversible. Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante los primeros 1 000 días incluyen un mayor riesgo de enfermar y morir así como un desarrollo mental y motor retrasado. Las consecuencias a largo plazo están relacionadas con un menor rendimiento intelectual, una menor capacidad de trabajo, un riesgo reproductivo aumentado (en el caso de las mujeres) y riesgos en la salud general en etapas posteriores de la vida. La leche humana tiene propiedades inmunológicas, hormonales y nutricionales únicas; es un tejido vivo delicadamente ajustado a cada etapa de la vida del menor.

La lactancia materna protege a los niños en su primer año de vida contra las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil como muerte súbita, enterocolitis necrosante, diarreas, infecciones respiratorias de vías altas y bajas y otitis media. Esto la hace una de las estrategias más costo-efectivas para prevenir mortalidad infantil. Un análisis publicado por la OMS de datos de países de medianos y bajos ingresos, confirma que los niños que no son amamantados tienen seis veces más riesgo de morir por enfermedades infecciosas durante los primeros 2 meses de vida que aquellos que son amamantados. (OMS, 2016).

El efecto protector de la lactancia no solo está confinado a una menor morbilidad y mortalidad a corto plazo, pues este se extiende a etapas posteriores y hay clara evidencia para enfermedades crónicas como dermatitis, asma, exceso de peso, diabetes tipos 1 y 2 y leucemia; y por otro lado está el efecto promotor del capital humano a través de un mejor desarrollo y mayores logros en la educación formal e ingreso en la etapa adulta. El patrón de crecimiento de los niños alimentados con leche humana es diferente a los alimentados con fórmula láctea, y este junto con la composición de la leche humana ha sugerido a la lactancia materna como posible mecanismo protector contra el sobrepeso, la obesidad, al igual que otras enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, como leucemia o diabetes.

La LME durante los primeros 6 meses, y continuada luego de la introducción de la alimentación complementaria en este punto, es una estrategia con un extraordinario costo-efectividad: previene un estimado de 11.6% de muertes y reduce 21.9 millones de años de vida potencialmente perdidos.

Objetivos

Objetivo general

- Evaluar la autoeficacia y la técnica de lactancia materna a las mujeres lactantes con niños menores de dos años en la comunidad de Jaltepec de Candayoc, Oaxaca.

Objetivos específicos.

- Conocer si existe una relación entre las características sociodemográficos de mujeres con el puntaje de autoeficacia.
- Determinar si existe una relación entre la autoeficacia y los puntajes totales de la lista de cotejo de técnica de lactancia materna.
- Relacionar el número de hijos de la madre con la autoeficacia.
- Conocer si existe una relación entre los puntajes totales de la lista de cotejo de lactancia materna con la autoeficacia.

Preguntas de investigación

- ¿Existe una relación entre las variables de datos sociodemográficos de mujeres con el puntaje de autoeficacia?
- ¿Hay una relación entre la autoeficacia y los puntajes totales de la lista de cotejo de la técnica de lactancia materna?
- ¿Entre mayor número de hijos, mayor el nivel de autoeficacia?
- ¿Existe una relación entre el promedio de lista de cotejo de lactancia materna con autoeficacia?

Hipótesis

- Las características sociodemográficas están relacionadas con la autoeficacia
- A mayor edad de la madre, mejor nivel de autoeficacia.
- A mayor ocupación, menor tiempo para llevar una buena técnica.
- A mayor edad de la madre, mayor número de hijos.
- La técnica de lactancia materna es independiente del nivel de escolaridad de la madre.
- El nivel de autoeficacia es independiente de la edad de la madre.
- Entre mayor promedio de lista de cotejo de técnica de lactancia materna mayor nivel de autoeficacia.

Marco Teórico

La autoeficacia constituye las creencias y autopercepciones que tienen las personas respecto a sus propias capacidades, aptitudes y habilidades para organizar y realizar las acciones necesarias para obtener determinados logros. Considera que las creencias de autoeficacia no son invariables, únicas, ni permanentes, sino que se presentan en tres dimensiones: magnitud de autoeficacia, que implica la cantidad de acciones que una persona percibe que es capaz de hacer; la fuerza, relacionada a la resolución y convencimiento que tiene una persona respecto a lo que puede o no puede hacer; y la generalidad, que comprende el factor transituacional que tienen nuestras conductas de éxito o fracaso, (Bandura. Guevara, 2014).

La autoeficacia en la lactancia materna se encuentra referida a los logros que consigue u obtiene la madre en la ejecución del amamantamiento, los cuales se encuentran divididos en:

- Expectativas de eficacia: La madre siente confianza de que podrá ser capaz de colocar correctamente el bebé en su pecho.
- Expectativas de resultado: La madre considera que colocar al bebé correctamente en su pecho garantizará que sus pezones no se agrieten.

La influencia de la autoeficacia en los comportamientos relacionados con la lactancia materna posee 4 dimensiones claramente definidas de la siguiente manera:

Elección de conducta: Determina la manera en que una persona intenta iniciar una determinada conducta. Las madres que poseen altos niveles de autoeficacia en la lactancia decidirán iniciarla, mantenerla comprometiéndose con ella.

Esfuerzo empleado para mantener la conducta: Las madres con altos grados de autoeficacia en lactancia materna harán un esfuerzo para continuar dando de lactar a sus niños aun cuando se encuentren con dificultades.

Patrones de pensamiento: Las madres que tienen una elevada autoeficacia en lactancia materna visualizarán con éxito, podrán pensar de manera analítica y revertirán los pensamientos negativos cuando se enfrenten a diversas dificultades.

Reacciones emocionales: Las madres que cuentan con autoeficacia elevada en la lactancia materna podrán interpretar las dificultades como un desafío positivo sin sentirse abrumadas por la presencia de ellas; mientras que las madres que tengan baja autoeficacia reaccionarán de forma contraria, afectando negativamente en la práctica de lactancia materna (Bandura, 2016).

Las fuentes de información influyen significativamente en el desarrollo de la autoeficacia en la lactancia materna; puesto que cuánto más grande es la creencia que se tiene más grande será la expectativa que se busque alcanzar. Por ello, se puede establecer que las creencias de autoeficacia se adquieren mediante la información aportada por 4 fuentes, que en la práctica de la lactancia se relacionan de la siguiente manera:

Logros de ejecución/experiencia anterior: Constituyen la fuente de información más importante relacionada a la autoeficacia, debido a que basan en experiencias previas de dominio real; estableciéndose que el logro del éxito repetido en determinadas actividades y tareas aumenta proporcionalmente las evaluaciones positivas de autoeficacia; mientras que los fracasos repetidos en la práctica de una determinada actividad disminuye el grado de autoeficacia, especialmente cuando los fracasos no pueden atribuirse a la realización de un esfuerzo insuficiente o a la presencia de circunstancias externas.

Experiencia Vicaria: Esta fuente de información sostiene que las personas aprenden o adoptan una determinada conducta viendo a otras personas ejecutar de manera exitosa ciertas actividades; por lo que un individuo puede creer que él también posee las capacidades suficientes para poder desempeñarse el mismo éxito que las personas que ha observado. Esta fuente de autoeficacia adquiere relevancia en aquellos casos donde los individuos no poseen un gran conocimiento respecto a sus propias habilidades, destrezas y capacidades; o en su defecto, tienen poca experiencia en la tarea o actividad que van a realizar.

Persuasión verbal: Constituye otra importante fuente de autoeficacia, especialmente en aquellas personas que poseen altos niveles de autoeficacia y que necesitan de un poco más de confianza para realizar un esfuerzo extra y conseguir los logros y objetivos trazados. Sin embargo, esta fuente de información tiene mayor éxito en la disminución de la eficacia percibida que en el fortalecimiento la misma, ya que la influencia de los familiares, amigos y personal de salud es muy fuerte, pudiendo ser positiva negativa.

Estado fisiológico o respuestas psicológicas: La presencia de dolores y cansancio, pueden ser interpretados por el individuo como signos característicos de su propia ineptitud. En general, las personas identifican los estados elevados de ansiedad y estrés como signos de vulnerabilidad y por ende como indicadores de un bajo rendimiento o capacidad práctica. (Bandura, 2016).

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender: Pender en su modelo considera que promocionar la salud significa disminuir la presencia de factores de riesgo e incrementar los factores en relación al estado de salud de las personas, a través de la modificación de los estilos

de vida y la adopción de conductas saludables, enfatizándose en este modelo teórico que las personas que le confieren mayor importancia al cuidado de su salud, son las que tienden a conservarla; planteando que las creencias y costumbres de las personas constituyen el motor fundamental que promueve el desarrollo de conductas saludables (Nola. Pender, 2011).

Este modelo busca ilustrar la manera como las personas buscan alcanzar un determinado estado de salud, adaptando decisiones respecto al cuidado de su salud; poniendo énfasis en la relación que se establece entre las características propias de las personas y los aspectos situacionales que se vinculan a las conductas que se buscan alcanzar. Este modelo se relaciona con la presente investigación pues aborda los aspectos y características relacionadas a la adopción de conductas saludables en las madres que se encuentran lactando a niños menores de dos años, orientadas al desarrollo de la autoeficacia en la lactancia materna, y que permitan el mejoramiento del estado nutricional de los lactantes mediante la práctica de la lactancia materna (Nola. Pender, 2011).

Historia de la lactancia materna

La leche materna ha sido durante toda la existencia del ser humano, el único alimento que el recién nacido y el infante podían recibir para poder sobrevivir. Así desde la aparición del hombre en la tierra, no se ha concebido otro tipo de alimento para la primera etapa de la vida humana. (Alonso, 2017).

Aportación cultural A.C

Durante 40 000 años la lactancia materna ha permitido la supervivencia de la especie humana en durísimas circunstancias. Desde las civilizaciones más antiguas, la clase alta utilizó nodrizas para criar a sus hijos. Las nodrizas eran mujeres que amamantaban a los hijos de aquellas madres de clase alta que no querían llevar a cabo la lactancia materna, por el desgaste que producía, lo cual con el tiempo se fue convirtiendo en un trabajo remunerado. La alimentación al pecho se debía proporcionar por un mínimo de dos años, hasta un máximo de 4 años de edad del infante (Alonso 2017).

Babilonia, India, Egipto y Roma A. C

En Babilonia la lactancia materna se practicaba hasta que el niño cumplía los tres años de edad, al igual que en la India y en Egipto. En Roma se consideraba un honor practicar la lactancia materna: las nodrizas eran elegidas por el faraón, donde gozaban de privilegios hasta obtener altos rangos en la corte del Rey. Aunque se fomentaba la práctica en lactancia materna, esta era asociada al envejecimiento prematuro, desgaste y dilatación del seno materno de las mujeres que tenían a sus hijos.

Grecia A. C

Los griegos en especial Sorano de Éfeso, considerado el padre de la puericultura, aseguraba que el destete debía realizarse pasado los dos años o tres años de iniciar la lactancia, donde surge también la figura de la nodriza, que al ser solicitada por la clase alta, no solo para poder acceder a un mejor nivel social, si no que la familia que la contrataba adquiría cierto prestigio en su comunidad, al proporcionar un lujo que no cualquiera podría acceder.

India y China, A.C

En la india el primer texto de lactancia materna fue en el año 500 A.C. En china por orden del emperador se escribe un libro llamado Estatuto de la Medicina, el cual establece que la lactancia debía darse por lo menos dos años después del nacimiento o hasta que se diera un nuevo embarazo en esa mujer. Es importante el rol que ha cumplido la mujer y el poder que ha ejercido la misma en diversas culturas a través de la lactancia materna. (Alonso, 2017).

Lactancia materna en México. El sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del año 2015 destaca que la historia de la lactancia materna es tan antigua como la historia de la humanidad, los beneficios se han documentado por siglos. Además de ser un proceso biológico, es una actividad cultural, que interviene creencias, clase social, etnia, región y educación.

Lactancia materna en la colonización de américa. En México-Tenochtitlan, en donde el cuidado del embarazo y la atención en el parto estaban a cargo de la partera (tlatmatquicitl): quien cuidaba aspectos alimentarios e higiénicos. El acompañamiento de la partera no concluía

con la asistencia en el parto, continuaba haciéndose cargo del recién nacido y de la madre. En este sentido, se creía que cada ceno estaba unido a dos puntos diferentes del cuerpo: uno al corazón y otro a los pulmones, por lo que las niñas al succionar absorbían la leche obtenida del corazón, en cambio los niños al absorbían obtenían la leche obtenida del pulmón. Las madres de todas las clases sociales, amamantaban a sus hijos con leche materna durante dos años y al destetarlos, se realizaba una celebración (Valverde, Mendoza, Peralta, 2017).

Al realizarse la colonización de América, se reconocen métodos para combatir la desnutrición infantil, ya que además de una prolongada lactancia, la alimentación a base de maíz nixtamalizado, era una fuente de calcio después del iniciar el destete. Posterior a la colonización de América, empieza a desarrollarse la importancia del vínculo entre madre e hijo, pues las nodrizas desarrollaban una relación muy estrecha con el infante que amamantaban. Esto ocasiono que el uso de las nodrizas quedara a un lado y se diera mayor importancia a la unión madre e hijo, a través de la lactancia materna.

En el siglo XVIII, los médicos empezaron en el área de embarazo, parto y posteriormente con el recién nacido. Describían las ventajas y necesidades de llevar a cabo la lactancia materna, dejando a tras el trabajo de las nodrizas. (Castañeda Núñez).

Actualidad en lactancia materna. En la actualidad, la duración de lactancia materna en México es cerca de 10 meses; cifra estable en tres encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006 y 2012. El porcentaje en lactancia materna exclusiva en menores de seis meses bajo entre el año 2006 y 2012 de 22.3% a 14.5%; En la población rural descendió del 36.9% a 18.5%. El 5% de niños

menores de 6 meses consumen fórmula y aumento el porcentaje de niños que consumen innecesariamente agua. Esto es negativo porque incrementa el riesgo de enfermedades gastrointestinales (UNICEF, 2014).

Iniciativa Hospital Amigo del Niño. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) es un Movimiento Mundial liderado por la Organización Mundial de la Salud OMS y el UNICEF, para dar a cada infante el mejor comienzo en la vida a través de atención en salud donde la lactancia materna es la norma. Fue lanzada en el año 1991 en coordinación con OMS –UNICEF. Ha promovido el conocimiento acerca de las necesidades de los lactantes sobre la leche materna y de las madres sobre el acto de amamantar (OMS, OPS Y UNICEF 2018).

El objetivo de la Iniciativa Hospital Amigo (IHAN) es implementar 10 pasos para lograr una lactancia materna exitosa y detener la distribución de sucedáneos de la leche materna gratuitos o a bajo costo que se pudieran proporcionar en los servicios básicos de salud. Los diez pasos hacia una lactancia natural son la base de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) y resumen las acciones necesarias para apoyar la lactancia materna en las maternidades y en las unidades de salud del sector público, privado y social (Estrategia Nacional de Lactancia Materna, ENLM, 2014-2018).

Anatomía y fisiología de la glándula mamaria

Las mamas están situadas en la pared torácica anterior (en la facia superficial), compuestas de tejido glandular, tejido graso, tejido conectivo de soporte. Anatómicamente se ubican entre la segunda costilla y el sexto espacio intercostal, los ligamentos suspensorios de cooper son los encargados de fijarlas por su parte profunda a la fascia del musculo pectoral mayor y en la parte superficial a la dermis.

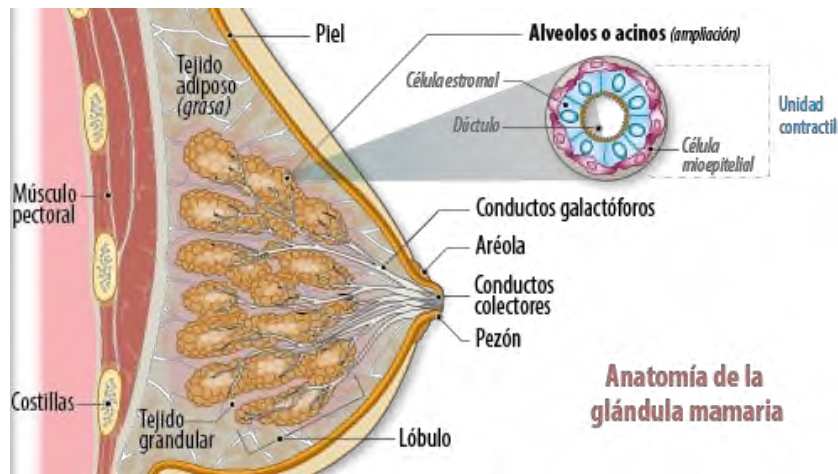
Glándula mamaria. Es una glándula sudorípara, su función principal es la producción de leche para alimentar y proteger al recién nacido posteriormente al nacimiento. Es el único órgano que no está plenamente desarrollado en el momento del nacimiento. Muestra cambios en tamaño, forma y función desde el nacimiento hasta las etapas del embarazo y posteriormente lactancia. La glándula mamaria pasa por fases principales de crecimiento y desarrollo antes de las etapas de embarazo y lactancia: fase intrauterina, fase correspondiente a los 2 primeros años de vida y fase de la pubertad (Valverde, Mendoza, Peralta, 2017).

Estructura interna de la glándula mamaria: La mama madura está formada por tres estructuras: piel, tejido subcutáneo y tejido mamario. La mama se considera una glándula secretora, formada por un conjunto de 15 a 20 glándulas pequeñas, cada una forma una unidad llamada glóbulo mamario y que drena hacia el pezón por un conducto llamado lactífero.

Estos conductos están próximos a la aréola y se dilatan para formar los conductos lactíferos, auténticos almacenes de la leche materna. La mama es la unión de numerosas glándulas o glóbulos separados por tabiques conectivos; cada glóbulo está formado por abundantes

lobulillos, se encuentra rodeado por tejido conectivo que envuelve a la glándula secretora de la glándula mamaria. Su unidad funcional es el alveolo, cada uno formado por una capa de células glandulares mamarias, que vierten secreción en el interior del mismo, para posteriormente drenar al sistema de conductos que finalizan en el pezón.

Figura 1. Anatomía de la glándula mamaria



Estructura externa de la glándula mamaria

Pezón: Está ubicado en el cuarto espacio intercostal, la piel suele ser muy fina y delgada, la epidermis que lo recubre está formada por un epitelio plano estratificado y queratinizado; es eréctil ante los estímulos táctiles, sensoriales. Fisiológicamente está formado por glándulas sebáceas y sudoríparas, donde existen abundantes conductos lactíferos que desembocan en el exterior. El pezón está determinado por terminaciones nerviosas y sensitivas. Está formado por musculatura lisa, actúa como soporte de los conductos, senos galactóforos y otros conductos del pezón. Además está rodeado por tejido conectivo móvil lo que resulta fundamental para la erección del pezón, lo que facilita vaciar los senos galactóforos durante la lactancia materna.

Areola: La areola es circular y pigmentada, suele medir entre 20 y 60 mm de diámetro, posee numerosas glándulas sebáceas que se muestran como pequeños nódulos bajo la piel. Está formada por musculo liso y fibras elásticas así como de tejido conectivo en forma circular; que aumenta durante el embarazo. En la areola se ubican los conductos de Montgomery, donde se localizan las glándulas sebáceas, lactíferas y sudoríparas; estas glándulas crecen durante el embarazo y la lactancia, se encargan de segregar una sustancia que favorece la hidratación de la mama, finalizado el embarazo y la lactancia, la glándula queda en posición de hipofuncionalidad.

Fisiología de la lactancia: Durante el embarazo hay un intenso desarrollo de los conductos, lóbulos y alvéolos bajo influencia de lactógeno placentario y esteroides sexuales, a su vez se libera mayor cantidad de prolactina que contribuye al desarrollo de las mamas. El desarrollo es tan intenso que a las 5 a 8 semanas las mamas se agrandan visiblemente y se sienten más pesadas, la pigmentación se intensifica y las venas superficiales se dilatan. Con el aumento de progesterona después de los 3 meses hay aumento progresivo de prolactina que estimula la actividad glandular llenando parcialmente los alvéolos con calostro.

Después del nacimiento desaparece la inhibición placentaria de la síntesis de leche y los niveles maternos de progesterona en sangre declinan rápidamente, llenando las mamas de calostro en las primeras 30 horas postparto (Valverde, Mendoza, Peralta, 2017).

Composición de la leche

Leche materna y composición: Los componentes de la leche materna son principalmente agua, proteínas como componente principal (destaca la caseína y carnitina), carbohidratos y grasas, así como vitaminas, electrolitos y minerales, (Valverde, Mendoza, Peralta).

Agua: Componente principal, la leche humana proporciona alrededor de 75 calorías por 100 ml. El principal constituyente de la leche humana es agua, el requerimiento hídrico de un lactante es perfectamente satisfecho por la leche materna.

Proteínas: Segundo componente principal, el contenido proteico es de 0.9%, es de alto valor biológico y su aprovechamiento es muy eficiente. En la fórmula artificial se debe agregar mayor concentración proteica para un efecto similar al de la leche humana. El nivel proteico de la leche materna es derivada del suero, lacto-albumina y del cuajo, caseína, en una relación de 60/ 40. En la leche artificial la relación es de 20/80 y se ha modificado en la fórmula para semejar la relación materna, (Asociación Española de pediatría, 2016).

La caseína humana: Proteína presente en la leche materna; es más ligera y menos compacta que la leche de fórmula, lo que permite ser más fácil de digerir. Su principal función es permitir mayor nivel de calcio y fosforo en la leche materna.

La taurina: Proteína presente en la leche materna, su función no está totalmente aclarada pero parece necesaria en la estabilidad de membranas celulares y en el desarrollo del sistema

nervioso. Las proteínas del suero de la leche materna son fundamentalmente: alfa-lacto albumina y lactoferrina. Otros componentes son la lisozima e inmunoglobulina que junto con lactoferrina cumplen importante función inmunológica.

La Carnitina: Proteína necesaria, remplace a la glucosa como fuente de energía inmediatamente después del nacimiento. Los recién nacidos alimentados al seno materno tienen mayores niveles de carnitina y de hidratos de carbono.

Carbohidratos y grasas: La lactosa es el principal carbohidrato de la leche materna, es indispensable para la absorción de calcio y lípidos. Su concentración de las grasas varía de 2.5 a 5 gr por 100 ml. Proporcionan el 50% de la energía; la composición de la grasa depende de la dieta y de la etapa de lactancia materna. (Asociación Española de pediatría, 2016).

Vitaminas, enzimas, electrolitos y minerales: En la leche materna existen variaciones en concentraciones de diversas vitaminas durante el proceso de lactancia. Los niveles de vitamina A, E y C son adecuados, las enzimas más importantes en la leche materna son: proteasa, amilasa y lipasa; su función principal es facilitar la digestión y absorción de proteínas, almidones, grasas respectivamente y componentes importantes presentes en la leche materna son los electrolitos y minerales.

Hormonas que participan en la lactancia materna

Para la producción de leche, se necesita la acción de hormonas que actúan en el proceso como: prolactina, oxitocina, hormonas tiroideas, hormonas de crecimiento, insulina y suprarrenales. Las dos hormonas principales que contribuyen al pecho materno de manera directa son la prolactina y la oxitocina. Los estrógenos, están involucradas de manera indirecta en la lactancia. Cuando el lactante succiona el pecho materno, los impulsos sensoriales viajan del pezón hacia el cerebro. Como respuesta, el lóbulo anterior de la glándula pituitaria secreta prolactina y el lóbulo posterior secreta oxitocina, (Valdez, 2008).

Prolactina. Es necesaria para la secreción de la leche por parte de las células alveolares, aumenta durante el embarazo y estimula el crecimiento del tejido mamario. Después del parto, los niveles de progesterona y de estrógenos disminuyen rápidamente, por lo tanto la prolactina deja de ser bloqueada y se inicia la producción de leche. Cuando el lactante succiona, se incrementan los niveles sanguíneos de prolactina, lo cual estimula la producción de leche por los alvéolos. Los niveles de prolactina tienen un nivel máximo aproximadamente a los 30 minutos después del inicio de lactancia.

Oxitocina. Provoca que las células mioepiteliales que rodean los alvéolos se contraigan. Esto produce que la leche, que se encuentra almacenada en los alvéolos, fluya y llene los conductos. El reflejo de oxitocina es llamado también reflejo de salida o reflejo de eyección de la leche. La oxitocina inicia su acción cuando la madre tiene prevista una mamada y cuando el lactante está succionando. Este reflejo está condicionado por las sensaciones y sentimientos de la madre,

como el tocar, oler, ver, o escuchar el llanto de su bebe. Si la madre tiene un dolor intenso o está emocionalmente afectada, el reflejo de oxitocina puede inhibirse y la leche puede repentinamente dejar de fluir.

Etapas de la leche materna

Precalostro. Es un exudado del plasma que se produce en la glándula mamaria a partir de la semana 16 de embarazo. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa, ya que un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactasa. La lactoferrina y la IgA son más abundantes en ella. (Valverde, Mendoza, Peralta, 2017).

Calostro. Se caracteriza por su color amarillento dado por la presencia de beta-carotenos. Tiene una densidad alta (1040-1060) que lo hace espeso. Aumenta su volumen en forma progresiva hasta 100 ml al día en el transcurso de los primeros tres días y está en relación directa con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión. Contiene 87% de agua; 2.9g/100 ml de grasa; 5.5g/100ml de lactosa y 2.3g/100 ml de proteínas proporcionando 58 Kcal/100 ml.

Leche de transición. Se produce entre el cuarto y el 15° día postparto. Esta leche presenta un aumento del contenido de lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles y disminuye en proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. Su volumen es de 600 a 800 ml/día. Su color blanco se debe a la emulsificación de grasas y a la presencia de caseinato de calcio. (Valverde, Mendoza, Peralta, 2017).

Leche madura. Presenta un perfil estable de los diferentes nutrimentos los cuales se prolongan durante los meses que la madre se encuentra lactando. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento. Sus componentes principales son:

Agua: Representa aproximadamente el 88 a 90% y está en relación directa con el estado de hidratación. Si la mujer lactante disminuye su ingesta, el organismo conserva líquidos a través de la disminución de pérdidas insensibles y orina para mantener la producción.

Carbohidratos: 7.3 gramos/100 ml del total de componentes de la leche. El principal azúcar es la lactosa, con un valor osmótico fundamental para mantener la densidad de la leche a través del agua. Existen más de 50 oligosacáridos que constituyen el 1.2% de la leche entre los que se encuentran: glucosa, galactosa y otros. Todos estos carbohidratos y glucoproteínas poseen un efecto benéfico para el desarrollo del lactobacilos búfidos.

Lípidos: Varía de 3 a 4 gramos/100 ml de los constituyentes de la leche. Componente con mayores variaciones de su concentración durante la lactancia. Las variaciones se presentan al inicio y al final de la tetada, en la mañana y en la noche. Proporciona el 30-55% de kilocalorías.

Proteínas: 1 g/100 ml, constituyen el 0.9% de la leche, el mayor porcentaje corresponde a caseína (40%) y el 60% restante a proteínas del suero: lisozima, lactoalbúmina, lactoferrina que contribuye a la absorción de hierro en el intestino del niño y lo fija, evitando que sea usado por las bacterias. Como parte del Nitrógeno no proteico se encuentran aminoácidos libres, entre ellos

la taurina potente neurotransmisor, que el recién nacido no es capaz de sintetizar. Es de destacar la presencia de inmunoglobulinas. IgA, IgG, IgM. La principal es la IgA secretora cuya función consiste en proteger las mucosas del recién nacido y es producida por el denominado ciclo entero mamario.

Vitaminas: La leche humana contiene todas las vitaminas. Existen variaciones en las vitaminas hidrosolubles y dependen de la dieta de la madre.

Minerales y elementos traza: Las cantidades que se encuentran son suficientes para las necesidades del lactante, no influyendo la dieta de la madre en las concentraciones del hierro y calcio.

Hierro: La leche humana contiene cantidades pequeñas, la absorción de éste es mayor, evitando el desarrollo de anemia en los lactantes (absorción de 48% a partir de la leche humana, 10% en la leche de vaca y sólo el 4% en las fórmulas comerciales).

Zinc. El Zinc presente en la leche materna tiene un índice de absorción mayor (45%), que el de las fórmulas (31%) y de la leche de vaca (28%). Siendo éste un factor importante, pues es conocido que los lactantes pueden desarrollar manifestaciones de deficiencia de zinc.

Selenio: Tiene concentraciones en la leche materna mayores que las que se aprecian en la leche de vaca.

Flúor: Se asocia con una disminución de los procesos de caries dental. Los niveles de flúor en la leche humana son menores (0.025 mg/l). La administración de flúor oral a la madre no logra incrementar estos niveles. El niño alimentado al seno tiene menos caries y una mejor salud dental.

Calcio/fósforo. La relación calcio/fósforo es de 2 a 1 en la leche humana, lo que favorece la absorción del primero (30 y 15 mg/100 ml de calcio y fósforo respectivamente).

Técnica de lactancia materna

Es importante que la madre se encuentre relajada, ya que de este modo se adaptara con mayor facilidad la técnica de lactancia materna, favoreciendo la producción de leche. Antes de poner él bebe al pecho, es importante que la madre se lave las manos con agua y jabón y evitar posibles infecciones hacia él bebe. La lactancia es un período fisiológico normal, una consecuencia natural de dar a luz. No existe por tanto ninguna necesidad de “preparar el pecho”, ni durante el embarazo ni tras el parto. Es más importante conseguir una técnica y postura correcta al dar de mamar.

- Los pezones planos o invertidos no contraindican la lactancia; aunque en ocasiones, para iniciar la lactancia se precise de asesoramiento cualificado. No se recomienda el uso de pezoneras.
- La ducha diaria es la medida higiénica correcta y suficiente. Seca bien las areolas y pezones para evitar que la zona quede húmeda. No hay que limpiar los pezones ni antes ni después de las tomas.
- No es recomendable el uso de cremas para el pezón, aunque puedes utilizar productos naturales que no sea necesario limpiar para dar de mamar (exprimir y dejar secar la propia leche que tiene sustancias antisépticas y reparadoras, lanolina). Los aceites sirven para hidratar, pero cuando han aparecido grietas están contraindicados.
- No es imprescindible el uso de sujetador. Existen algunos diseñados a propósito para dar de mamar. No es necesario utilizarlo por la noche; prioriza siempre tu comodidad.

Agarre del seno materno

- Para que el bebé se agarre, frota el pezón contra su labio inferior hasta que abra bien la boca y entonces acércale al pecho con un movimiento decidido. Acércate el bebé al pecho y no el pecho al bebé.
- La boca del bebé debe estar muy abierta, el labio inferior abarcando la mayor parte posible de la areola (inferior), ya que la succión correcta se hace con la lengua en la areola. Su barbilla pegada al pecho y la nariz rozándolo ligeramente; esta posición le permite respirar sin dificultad. Observarás como llena la boca y traga con movimientos rítmicos, más rápidos y enérgicos al principio de la toma.
- No es necesario sujetar la mama, pero si lo haces coloca los dedos y la palma de la mano debajo del pecho y el pulgar en la parte superior (como una letra C), lejos de la areola y sin presionar. No hagas la pinza con los dedos porque retrae el pezón y presiona los conductos resultándole al bebé más difícil sacar la leche.

Cuando la succión produce más dolor es un signo de agarre incorrecto. Para corregirlo tira de su barbilla hacia abajo: abrirá más la boca y colocará bien su labio inferior agarrando bien el pecho. Es una maniobra más recomendable que retirarlo del pecho para que vuelva a agarrar (produce más dolor). Prueba a cambiar de postura.

El bebé tiene que soltar el pecho espontáneamente, ofrécele otra vez el mismo pecho hasta que lo rechace (señal de que lo ha vaciado) y después puedes ofrecerle el otro pecho si lo quiere. Si por cualquier circunstancia necesitas retirarlo del pecho, introduce un dedo en la comisura de su boca para que se deshaga el vacío y evitar molestia.

Una buena técnica de lactancia permite mantener la producción de leche y evita la aparición de grietas y dolor. No existe una única posición adecuada para amamantar, lo importante es que la madre este cómoda, que él bebe este enfrentado y pegado al cuerpo de la madre y que se agarre bien al pecho, introduciendo gran parte de la areola en su boca, para que al mover la lengua no lesione el pezón. (Asociación Española de pediatría, 2016).

Agarre al pecho

Los signos que nos indicaran un buen agarre son: el mentón del bebe toca el pecho, la boca está bien abierta y abarca gran parte de la areola, los labios están hacia fuera (invertidos) y las mejillas están redonda (no hundidas) cuando succiona. Si él bebe se coge bien al pecho la lactancia no duele. (Fig. 2)



Figura 2. Técnica de lactancia materna
AEP (Asociación española de pediatría)

Posturas para amamantar

Posición sentada o posición de cuna

Se coloca al bebé con el tronco enfrentado y pegado a la madre. La madre lo sujeta con la mano en su espalda, apoyando la cabeza en el antebrazo, pero no muy cerca del codo para que el cuello no se flexione, lo que dificultaría el agarre. Con la otra mano dirige el pecho hacia la boca del bebé y en el momento en que este la abre, lo acerca con suavidad al pecho hacia la boca del bebé. (Fig. 3).



Figura 3. Técnica de lactancia materna
AEP (Asociación española de pediatría)

Posición acostada

La madre se sitúa acostada de lado, con el bebé también de lado, con su cuerpo enfrentado y pegado al cuerpo de la madre. Cuando el bebé abra la boca, la madre puede acercarlo al pecho empujándolo por la espalda, con suavidad, para facilitar el agarre. Es una posición muy cómoda para la toma nocturna y los primeros días de lactancia. (Fig. 4).



Figura 4. Técnica de lactancia materna
AEP (Asociación española de pediatría)

Posición de crianza biológica

La madre se coloca recostada (entre 15 y 16°) boca arriba y él bebe boca abajo, en contacto piel con piel con el cuerpo de la madre. Esta postura permite al bebe desarrollar los reflejos del gateo y búsqueda. La madre le ayuda a llegar al pecho ofreciendo límites con sus brazos. Esta posición es especialmente adecuada durante los primeros días y cuando exista algún problema de agarre (dolor, grietas, rechazo del pecho). (Fig. 5)



Figura 5. Técnica de lactancia materna AEP (Asociación española de pediatría)

Posición invertida o balón de rugby

Se sitúa al bebé por debajo de la axila de la madre con las piernas hacia atrás y la cabeza a nivel del pecho, con el pezón a la altura de la nariz. Es importante dar sujeción al cuello y a los hombros del bebé pero no a la cabeza, que necesita estar con el cuello un poco estirado para atrás (deflexionado), para facilitar el agarre. Es una posición adecuada para amamantar a gemelos y a prematuros. (Fig. 6)



Figura 6. Técnica de lactancia materna AEP (Asociación española de pediatría)

Posición de caballito

El bebé se sitúa sentado sobre una de las piernas de la madre, con el abdomen pegado y apoyado sobre el materno. Esta postura es útil en casos de grietas, reflujo gastroesofágico importante, labio leporino o fisura palatina, prematuros, mandíbula pequeña (retromicrognatia) o problemas de hipotonía. En estos casos puede ser necesario sujetar el pecho por debajo, a la vez que se sujeta la barbilla del bebé, (Fig.7).



Figura 7. Técnica de lactancia materna AEP (Asociación española de pediatría)

Recomendaciones acerca de las técnicas de lactancia materna.

- Lactancia a demanda. El bebé tiene que mamar siempre que quiera. Ofrézcale el pecho cuando “busque”, se chupe los dedos, sin esperar a que llore.
- Para evitar ingurgitación, comience cada toma por el pecho del que no mamó o del que mamó menos en la toma anterior.
- Deje que vacíe el pecho, la leche del final de la toma tiene más grasa (más calorías).
- Si el bebé está contento y no parece enfermo, toma suficiente leche. Si moja menos de 5 pañales al día y no hace deposiciones es posible que esté tomando poca leche y debe consultar con su pediatra (Asociación Española de pediatría, 2016).

Diez pasos para una lactancia materna exitosa

1. Contar con una política por escrito sobre lactancia materna que se comunique sistemáticamente a todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud en la manera de implementar esta política.
3. Capacitar a las embarazadas y a sus familias en todos los aspectos de la lactancia materna.
4. Iniciar la lactancia materna durante la media hora siguiente al nacimiento.
5. Enseñar a las madres técnicas y como mantener la lactancia.
6. Dar a los recién nacidos leche materna exclusiva, solo ofrecer otro tipo de alimento cuando este médicamente indicado.
7. Facilitar y favorecer el alojamiento conjunto, se permite que las madres y sus bebés permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Fomentar lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños chupones, ni biberones.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo. (OMS, UNICEF, 2019)

Beneficios de la lactancia materna exclusiva

Los estudios científicos han demostrado que la lactancia materna tiene beneficios tanto para el bebé como para su madre, e incluso también para la propia familia. A la hora de aconsejar a una mujer para que le dé el pecho a su hijo, hay que hacerle notar los beneficios que tiene la leche materna sobre las leches artificiales.

Beneficios para el recién nacido

- La leche materna es el alimento natural que además de proporcionarle al bebé los nutrientes adecuados para un buen desarrollo, se adapta a su aparato digestivo.
- Los bebés alimentados con leche materna tienen menos riesgo de sufrir infecciones, como diarrea (el riesgo de muerte por esta causa disminuye 18 veces en los bebés), catarros, bronquiolitis, bronquitis o neumonía (disminuye 3 veces el riesgo de muerte por infecciones respiratorias); la otitis en bebés alimentados con este tipo de leche es menos frecuente.
- El sistema inmunológico del bebé completa su desarrollo al año después del nacimiento, por lo cual es importante la protección que le brinda la leche de la madre, retrasando la aparición de alergias, asma o enfermedades crónicas del intestino. Estudios científicos han demostrado que la leche materna disminuye los casos de enfermedades como la diabetes u obesidad.
- Previene las anomalías dentarias y maxilofaciales, ya que la succión del pezón no es igual a la de la tetina del biberón.

- Refuerza el vínculo afectivo entre la madre y el hijo. El vínculo que se establece durante el amamantamiento no sólo le da cariño al bebé, también le va creando sentimientos de seguridad que se traducirá a medida que crece en una mayor confianza en sí mismo.

Beneficios para la madre

- La recuperación posparto es más rápida en aquellas mujeres que dan de mamar a sus hijos, porque la oxitocina hormona que se produce en la glándula hipófisis como respuesta a la succión del pezón, contrae el útero por lo tanto disminuye la pérdida de sangre (loquios), y ésta dura menos días.
- Protege contra algunas enfermedades, por ejemplo contra el cáncer de mama. Los estudios científicos han demostrado que las mujeres que dan de mamar tienen menos riesgo de tener un cáncer de mama.
- Prolonga el período de infertilidad, ya que la ovulación aparece más tarde en las mujeres que le dan el pecho a sus hijos.
- Durante la lactancia la mujer consume más calorías, lo que le ayuda a recuperar su peso habitual más rápido.
- Las madres que amamantan a sus hijos tienen disminución del perímetro abdominal y esto es debido que con cada succión el útero se contrae.
- Desde el punto de vista psicológico la experiencia de amamantar es una vivencia que le permite a la madre compartir con el hijo momentos de placer y bienestar, haciendo que sea más intenso el vínculo afectivo con su bebé.

Beneficios para la familia. La lactancia materna repercute en la economía familiar, porque se gastará menos en consultas al pediatra y en medicamentos, además no se compra, no se prepara y es fácil de alimentar al bebe.

Estudios relacionados

En México, con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014 se observa que del total de 9 070 065 hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 49 años en el periodo enero de 2009 a septiembre de 2014, 91.4% recibieron leche materna contra 7.8% que no la consumieron; para 0.8% de los niños, la mujer respondió no sabe, por lo que no se pudo determinar la condición de lactancia materna en esos casos. De manera general, a 9 de cada 10 niños se les dio leche materna en 23 entidades. Tlaxcala, Yucatán (ambas entidades con 95.2%) y Puebla (95%), son los estados donde se observan los porcentajes más altos de hijos nacidos vivos con lactancia materna.

En contraste, Durango (86%), Coahuila (86.2%) y Aguascalientes (87.2%) son los estados con menores porcentajes; Chiapas es la entidad con el mayor porcentaje de respuesta no sabe, con 2.7 %. En un análisis por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre, se observa que los hijos nacidos vivos de las mujeres del grupo de 45 a 49 años de edad son los que presentan los porcentajes más bajos de lactancia materna con 78%, seguidos de los hijos nacidos vivos de las madres del grupo de edad de 40 a 44 años, donde a 84.1% se les dio leche materna; esta tendencia se mantiene por tamaño de localidad, siendo los hijos nacidos vivos de las mujeres de 45 a 49 años de edad que viven en localidades con menos de 15 000 habitantes, los que presentan el porcentaje más bajo de lactancia materna 73.1 %, (INEGI, 2016).

Además se destaca que dentro de este mismo grupo, se observa el porcentaje más alto de respuestas no sabe (19.8 por ciento), respecto a la condición de lactancia materna. Tanto a nivel nacional como por tamaño de localidad, los hijos nacidos vivos de las mujeres del grupo de 25 a 29 años son quienes reportan los porcentajes más altos de lactancia materna: 93.1% a nivel nacional, 94.5% en las localidades con menos de 15 000 habitantes y 92% en las de 15 000 y más habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016). A nivel mundial, únicamente 38% de los bebés son alimentados de forma exclusiva con leche materna y se espera que para 2025, se llegue a 50%.

Respecto al inicio de la lactancia materna, con datos de la ENADID 2014 se observa que a nivel nacional, 10.7% de los bebés al nacer y 29.8% a la hora de nacidos, son alimentados con leche materna, por lo que en 40.5% se establece la práctica de la lactancia materna en el tiempo adecuado señalado por organismos internacionales y por instancias nacionales que es en la primera hora de vida. 41.9% de los hijos nacidos vivos son alimentados por primera vez con leche materna entre las 2 y las 23 horas de haber nacido. (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016).

A partir del primer día de nacido, el porcentaje de inicio de la lactancia comienza a decrecer, para llegar a 2.4% en más de tres días de nacido. Por tamaño de localidad y grupo quinquenal de edad de la madre, se observa que la recomendación mencionada encuentra mayor cumplimiento en los hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años de localidades con menos de 15 000 habitantes (54.7%), mientras que el porcentaje más bajo (22.7%), se encuentra entre los hijos

nacidos vivos de mujeres de 45 a 49 años de localidades de 15 000 y más habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016).

La ENADID 2014 pregunta a las mujeres con hijos nacidos vivos sin condición de lactancia materna (7.8% del total de mujeres de 15 a 49 años con un hijo nacido vivo en el periodo), las razones por las cuales decidieron no darla, siendo las tres principales: “nunca tuvo leche” con 33.4%, seguido de “el (la) niño(a) la rechazó” (25.9%) y “estaba enferma” (14.2 %). También destaca que en casi 5% de las mujeres, el médico fue quien le recomendó dar fórmula y que 1% señala que “No quiso amamantarlo”. Muchas mujeres pueden interpretar que no tienen leche al principio, cuando tienen calostro o presentan lactogénesis retardada sin saberlo; la producción de leche materna se incrementa conforme aumenta la demanda.

Considerando únicamente las tres principales causas de no lactancia, 4 de cada 10 mujeres de 45 a 49 años señalan como motivo “nunca tuvo leche”, misma proporción de mujeres que en el grupo de 20 a 24 años mencionó el rechazo del bebé a este alimento; para la causa “estaba enferma”, el porcentaje más alto (17.6%) lo presentan las mujeres de 35 a 39 años. Por tamaño de localidad se observa que “nunca tuvo leche” y “estaba enferma” reportan porcentajes altos entre las mujeres de localidades de 15 000 y más habitantes (34 y 15% respectivamente), mientras que “el (la) niño(a) la rechazó”, fue superior entre las mujeres de localidades con menos de 15 000 habitantes (27.8 contra 24.9 %), (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016).

Tabla 1. Normas relacionadas con lactancia materna exclusiva

Normas	Descripción	Observación
Norma Oficial Mexicana. PROY-NOM-050-SSA2-2018. Para el fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.	Esta norma tiene como finalidad establecer criterios y procedimientos para la promoción, protección y apoyo a la práctica de la lactancia materna hasta los 2 años de edad, siendo alimentos exclusivo durante los primeros seis meses de edad.	Es importante que esta norma se cumpla en todos los niveles de atención y se lleve a cabo para fomentar el apoyo continuo hacia la lactancia materna. En todos los niveles de atención a la salud es necesario que exista un departamento especial encargado de vigilar que la norma se cumpla correctamente después del nacimiento durante los primeros seis meses hasta los dos años.
Norma Oficial Mexicana. NOM-031-SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño	Esta norma nos menciona los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación, y erradicación de las enfermedades evitables por medio de las vacunas, prevención y control de las enfermedades	Es necesario contar con el apoyo de los padres de familia, para que sean responsables en el aspecto del esquema de vacunación completo y puntual para el bienestar de su hijo.
Norma Oficial Mexicana. NOM-007-SSA2-2016. Para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacido.	Esta norma tiene como prioridad establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.	El personal de enfermería deberá de brindar información relevante acerca de la importancia que tiene acudir a citas durante el embarazo, cuidados del posparto, cuidados del recién nacido y darle seguimiento a la lactancia materna.
Norma Oficial Mexicana. NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.	Esta norma trata sobre establecer los criterios que deben seguirse para orientar a la población en materia de alimentación.	El individuo debe concientizarse y ser responsable en cuanto a su propia alimentación.

Metodología

Tipo de estudio. Es correlacional ya que se realizan análisis para relacionar las variables. Este estudio tiene un diseño no experimental. La investigación ha sido realizada con la aplicación de un instrumento de autoeficacia en lactancia materna exclusiva y una lista de cotejo en técnica de lactancia materna, en mujeres con hijos menores de dos años.

Identificación y/o delimitación del universo o población. El universo o población que se estudiaron fueron 51 mujeres que se encuentran lactando a niños menores de 2 años pertenecientes a la comunidad de Jaltepec de Candayoc, Oaxaca. La muestra fue por conveniencia ya que se eligió a las madres que se encuentran brindando lactancia materna exclusiva pertenecientes a dicha comunidad dispuestas a colaborar.

Criterios de inclusión

- Madres aptas mentalmente para responder la encuesta
- Madres que corresponden al área geográfica de la comunidad de Jaltepec de Candayoc.
- Madres que viven en el área rural de la comunidad.
- Madres que tengan hijos menores de seis meses.
- Madres que estén de acuerdo en participar en el estudio ya sea de manera verbal o escrita.
- Madres que estén lactando

Criterios de exclusión

No se consideraron en el presente estudios a las madres que presentaron las siguientes características:

- Madres con hijos que tengan malformación congénita (labio leporino)
- Madres con VIH
- Madres imposibilitadas física o psicológicamente para responder a las preguntas planteadas en los instrumentos de investigación.
- No aceptaron participar en el estudio de investigación (rechazaron el consentimiento informado).
- Madres que no deseen participar de manera verbal o escrita.
- Madres que tengan hijos mayores de dos años.
- Madres que no se encuentren lactando.

Procedimiento de recolección de datos. La investigación se realizó por medio de un instrumento enfocado a la autoeficacia en lactancia materna y técnica en lactancia materna que poseen las madres con hijos menores de dos años que se encuentran lactando tomando en cuenta dos criterios. Para evaluar el conocimiento de la lactancia materna se dividió en dos aspectos:

- I. Autoeficacia
- II. Técnica de lactancia materna

Procesamiento de la información. Para la tabulación y análisis estadísticos se utiliza el programa IBM SPSS Statistics 21 versión.

Análisis de los datos o información. Una vez aplicado el cuestionario a mujeres lactando con hijos menores de 2 años y recopilada la información necesaria se elabora una base de datos utilizando el programa IBM SPSS Statistics 21 versión; posteriormente se obtuvieron resultados mediante el análisis descriptivo.

Adaptación del instrumento. Escala de Autoeficacia del Amamantamiento (Breastfeeding Self-Efficacy Scale, BSES-SF). Para conocer la confiabilidad del instrumento de Autoeficacia de lactancia materna en mujeres, se aplicó el instrumento a 51 mujeres que se encuentran lactando a niños menores de dos años.

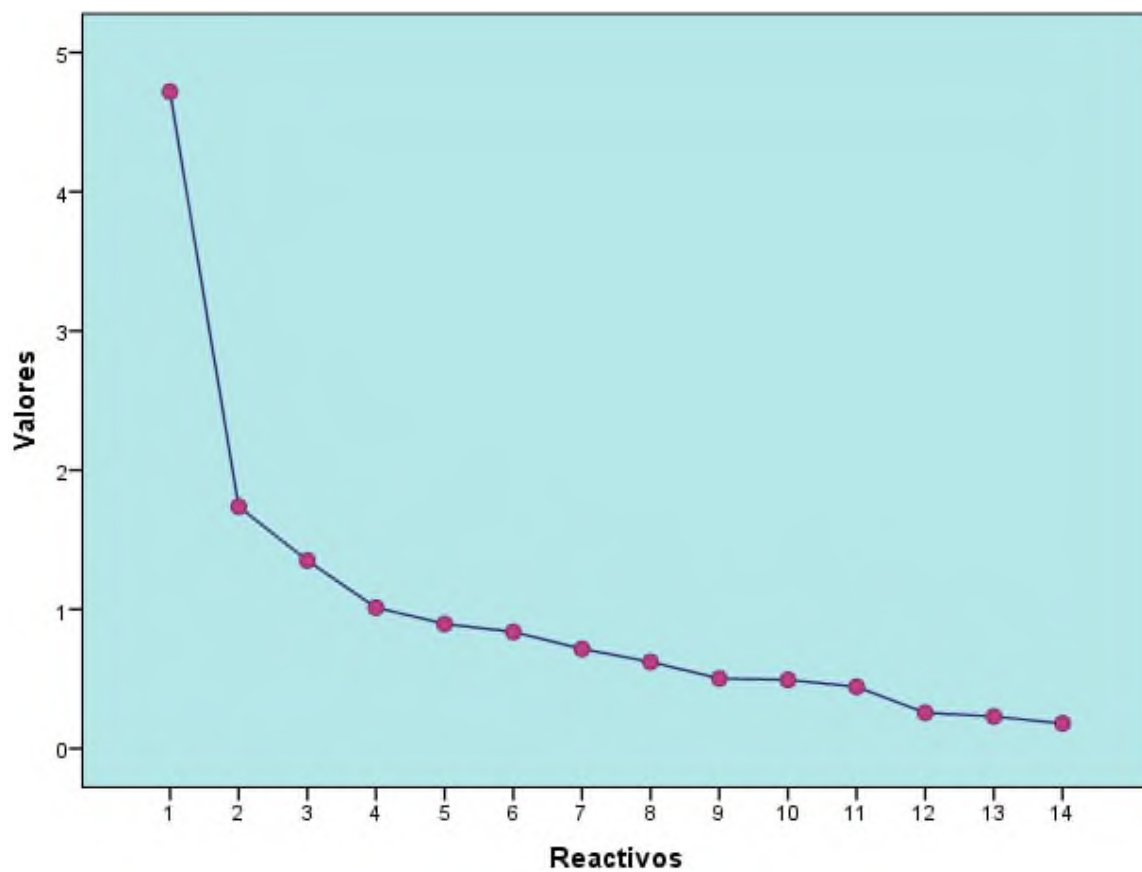
Procedimiento. Se contactó con la enfermera encargada del centro de salud de la comunidad de Jaltepec de Candayoc, Oaxaca, el cual proporciono una lista de madres que se encuentran lactando con hijos menores de dos años. Se les proporciono el consentimiento informado y confiabilidad de datos de la encuesta por medio del instrumento de autoeficacia y técnica en lactancia materna. El número de factores de la escala se realizó mediante un Análisis Factorial. Esta escala está formado por dos factores; Percepción de la lactancia materna y Beneficios de la lactancia materna. (Tabla 2, Fig. 8).

Tabla 2. Reactivos de autoeficacia y peso factorial.

Reactivos de autoeficacia	Percepción de la lactancia	Beneficios de la lactancia
Siempre sé que mi bebe está tomando leche.	.333	.214
Siempre me adapto bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida	.303	.652
Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento	.300	.671
Siempre estoy segura de que mi bebé agarra bien al pecho con su boquita durante la toma	.774	.246
Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí	.483	-.308
Siempre puedo dar de mamar, incluso cuando el bebé está llorando	.757	-.100
En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé	.687	-.053
Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia	.581	-.525
Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí	.487	-.339
Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo	.786	.189
Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro pecho	.433	.483
En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé	.418	.509
Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide.	.692	-.060
Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no.	.717	.236

Fuente: En la siguiente tabla nos muestra el peso factorial de los reactivos del instrumento de autoeficacia en lactancia materna del presente estudio, mediante el análisis de componentes principales extraídos.

Figura 8. Gráfico de sedimentación de instrumento de autoeficacia



Fuente: En la siguiente figura nos muestra los puntajes de los reactivos de la encuesta de autoeficacia con sus valores respectivos como se muestra a continuación; 1= 4.719, 2= 1.737, 3= 1.351, 4= 1.013, 5= .896, 6= .838, 7= .716, 8= .622, 9= .503, 10= .493, 11= .444, 12= .257, 13= .230, 14= .181.

Tabla 3. Variables

Variable	Escala	Definición	Operacionalización	Indicador
Edad	Razón	Es el tiempo transcurrido entre el día, mes y año de nacimiento y el día, mes y año en que ocurrió y/o se registró el hecho vital.	Día Mes Año	Años cumplidos
Escolaridad	Ordinal	Años de escolaridad	Sin escolaridad Primaria Secundaria Preparatoria Universidad	Sin escolaridad (1) Primaria (2) Secundaria(3) Preparatoria (4) Universidad(5)
Estado civil	Nominal	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Soltera Casada Unión libre	Soltera (1) Casada (2) Unión libre (3)
Ocupación	Nominal	Aquella faceta del empeño humano que da respuesta a las necesidades vitales de un individuo, que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia.	Labores del hogar Profesional	Ama de casa (1) Profesional (2)
Número de hijos	Razón	Número total de hijos ya sea biológico, adoptivo, o de crianza, un(a) hijastro (a), una persona bajo la tutela legal de otra.	En la encuesta se le pide que especifique el número de hijos.	Pregunta abierta
Tipo de parto	Nominal	Intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.	Fisiológico Cesárea	Normal (1) Cesárea (2)
Edad del lactante	Razón	Período inicial de la vida extrauterina durante la cual el bebé se alimenta de leche materna. Niño mayor de 28 días de vida hasta los 2 años de edad.	Meses Años	Menores de dos años.
Peso del lactante	Razón	Mide la masa corporal de un individuo.	Kilogramos (Kg)	Kilogramos (Kg)
Talla del lactante	Razón	Mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza a los pies (talones)	Centímetros (Cm)	Centímetros (Cm)

Lista de cotejo de las habilidades.

La validación de lista de cotejo en técnica de lactancia materna exclusiva, se ha realizado mediante la validez de expertos.

Procedimiento.

Para la elaboración de esta lista de cotejo se solicitó el apoyo de dos enfermeras para verificar los pasos de una técnica correcta en lactancia materna, las observaciones de cada una de ellas fueron analizadas de forma individual, se realizó las debidas correcciones para poder aplicarlo. La evaluación de cada lista de cotejo se llevó por medio de la observación de cada video de la madre mientras amamantaba.

Aspectos éticos y legales

Para ejecutar el estudio fue necesario hacer la invitación a las mujeres lactantes con hijos menores de dos años de edad para participar en el presente estudio de investigación. Antes de decidir si participaba o no, debían conocer y comprender cada uno de los datos, como el objetivo del estudio, la finalidad, el derecho de redacción, los costos, autorización del uso y distribución de la información. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Una vez que comprendieron el estudio y si deseaba participar, entonces se les pidió que firmaran el formato de consentimiento, de la cual se le entregó una copia firmada y fechada.

Resultados

Caracterización de las participantes

En el estudio participaron 51 mujeres en etapa de amamantamiento con hijos menores de dos años de la comunidad de Jaltepec de Candayoc, Oaxaca. La edad promedio de las madres lactantes es de 24.35 años, la desviación estándar es de 6.5; el 3.9% de las mujeres no saben leer ni escribir, el 23.5% cuenta con primaria, el 29.4% con secundaria, el 27.5% con preparatoria y el 15.7% con universidad. El 3.9% de las madres se encuentra en estado civil soltera y el 96.1% casada.

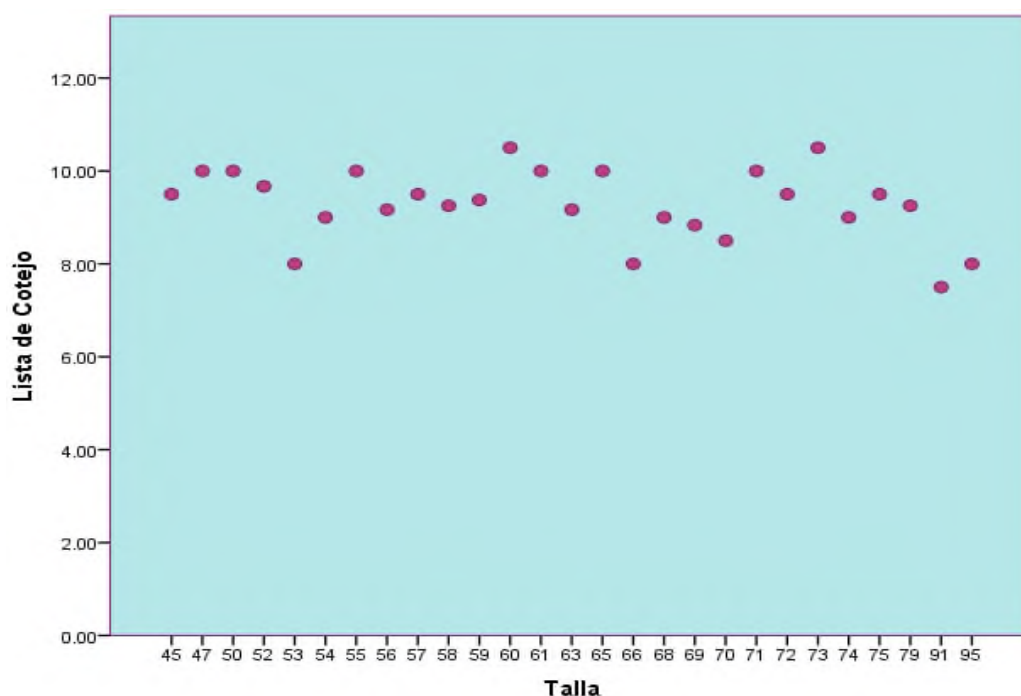
El 96.1 % se dedica a labores del hogar y solo el 3.9 % tiene un trabajo profesional. Respecto al número de hijos el 47.1% de las madres tiene solo 1 hijo, el 27.5% con dos hijos, el 15.7% con tres hijos, el 5.9% con cuatro hijos y solo el 3.9% con 5 hijos. El 41.2% de las madres tuvo un parto normal y el 58.8% fue cesárea. La edad promedio de los niños lactantes es de 6.45 meses, el peso promedio de los niños lactantes es de 7.27 kg y la talla promedio de los niños lactantes es de 63.57 cm.

La puntuación media obtenida de la Escala de Autoeficacia en Lactancia Materna (BSES-SF) fue de 44.4118. En el análisis descriptivo calculando la mediana se obtuvo el siguiente resultado 3.28, de acuerdo a la escala de Likert utilizada, esto nos indica que las madres lactantes no se creen completamente seguras de estar brindando correctamente lactancia materna, ya que solo cuentan con la práctica y creencia de que brindan una buena lactancia hacia sus hijos, sin contar con bases teóricas esenciales de lo que conlleva la lactancia y sus beneficios.

Además cabe mencionar que el evaluar la autoeficacia no es predilecto para que las madres lleven una buena lactancia materna, esto debido a que hay una diferencia en la forma de responder el instrumento y la forma o técnica de llevar a cabo la lactancia materna.

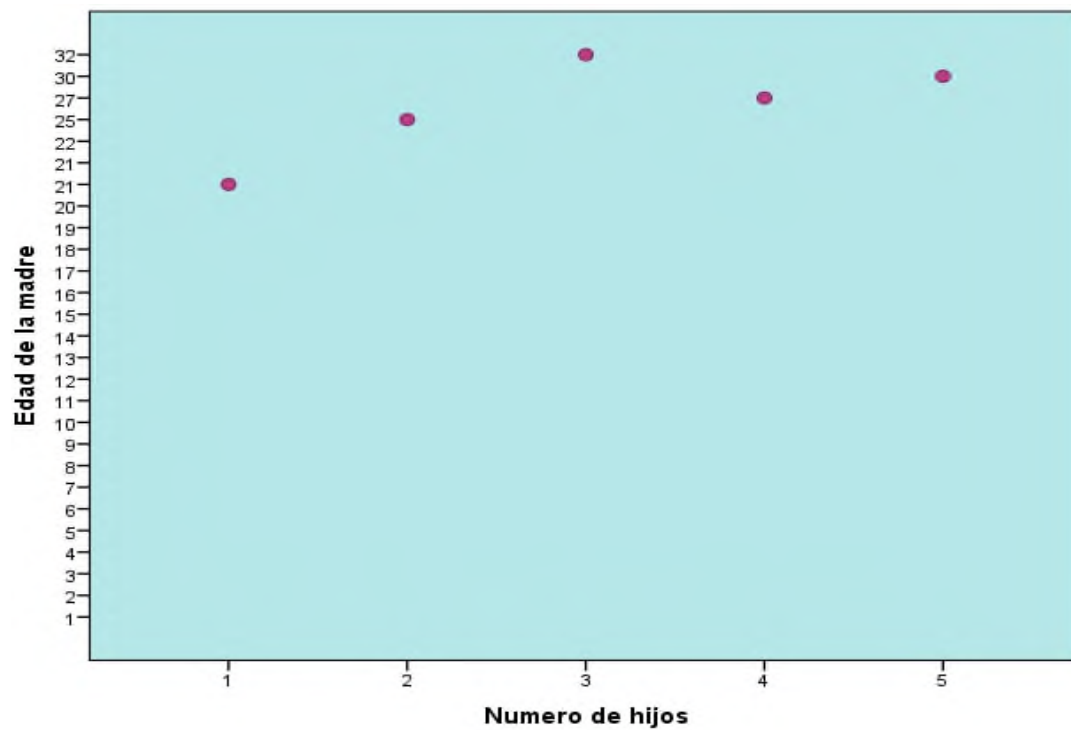
Respecto a la técnica de lactancia materna se obtuvo el siguiente resultado, obteniendo un promedio en puntuación media de 9.3235, esto indica una puntuación baja ya que carecen de información relacionada a técnicas de amamantamiento como agarre, succión, y posiciones que son claves para una buena práctica de amamantamiento. En general se puede afirmar que la población estudiada tiene déficits en la técnica de lactancia materna, que pueden estar influenciados por diversos factores sociodemográficos o el nivel de formación de cada mujer.

Figura 9. Puntaje de la variable talla de niños y lista de cotejo de lactancia materna



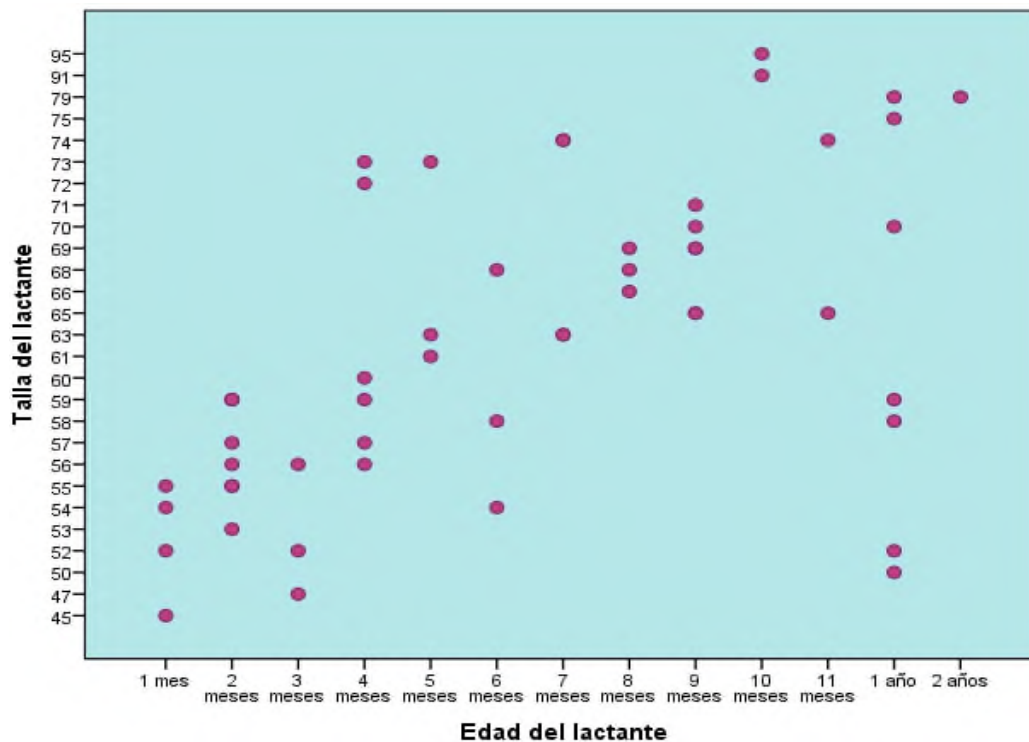
Existe una relación lineal negativa entre la talla del lactante y el puntaje total en la técnica de lactancia materna ($r = -.292^*$, $p < .037$; tal como se muestra en la figura 9). Esto quiere decir que entre mayor el puntaje en lista de cotejo de lactancia materna, menor es la talla del lactante. Lo que nos indica que si la madre no está llevando a cabo adecuadamente la técnica de lactancia materna, esto afecta a la nutrición del lactante así como a su desarrollo y crecimiento.

Figura 10. Puntaje de variable número de hijos y edad de las madres encuestadas



Así mismo hay una correlación positiva entre el número de hijos y la edad de las madres encuestadas ($r = .532^{**}$, $p = .000$), tal como se muestra en la figura 10. Entre mayor edad de la madre mayor el número de hijos. Probablemente las madres encuestadas empezaron su etapa reproductiva a temprana edad.

Figura 11. Puntaje de la variable edad del lactante y talla del lactante



También hay una asociación de la edad del lactante y la talla del lactante, ($r = .551^{**}$, $p < .05$; tal como se muestra en la figura 11). Esto quiere decir que entre mayor edad del lactante es mayor el nivel de talla en algunos casos como se muestra anteriormente.

Para dar respuestas a objetivos específicos planteadas anteriormente se mencionan a continuación; se analizó la variable sociodemográfica de las madres encuestadas; autoeficacia de lactancia materna con edad de la madre ($r = .155$, $p = .277$) no existe correlación significativa. De igual manera se analizaron la autoeficacia con lista de cotejo de técnica de lactancia materna ($r = .836$, $p = -.030$) no existe correlación significativa. Se correlacionaron las variables número de hijos de la madre con autoeficacia de lactancia materna ($r = .005$, $p = .974$) no existe correlación significativa.

Así mismo se analizaron la siguientes variables edad de la madre con edad del lactante ($r = .188$, $p = .187$; no existe correlación significativa), edad de la madre con peso del lactante ($r = .179$, $p = .210$; no existe correlación), edad de la madre con talla del lactante ($r = .193$, $p = .175$; no existe correlación), número de hijos de la madre encuestada con peso del lactante ($r = .141$, $p = .325$; no existe correlación), número de hijos de la madre con talla del lactante ($r = .096$, $p = .502$; no existe correlación), edad del lactante con número de hijos de la madre encuestada ($r = .076$, $p = .598$; no existe correlación), edad del lactante con peso del lactante ($r = .085$, $p = .553$; no existe correlación), peso del lactante con talla del lactante ($r = .090$, $p = .530$; no existe una correlación significativa.).

Edad de la madre con percepción de lactancia materna ($r = .163$, $p = .252$), edad de la madre con beneficios de lactancia materna ($r = .050$, $p = .726$; no existe una correlación), edad de la madre con lista de cotejo de técnica en lactancia materna ($r = .059$, $p = .681$; no existe correlación), número de hijos con percepción ($r = .001$, $p = .992$; no existe correlación), número de hijos con beneficios de lactancia materna ($r = .012$, $p = .932$; no

existe correlación), número de hijos de la madre con liste de cotejo en técnica de lactancia materna ($r = .045$, $p = .752$; no existe correlación).

Edad del lactante con autoeficacia en lactancia materna ($r = .146$, $p = .306$; no existe correlación), edad del lactante con percepción de lactancia materna ($r = .154$, $p = .282$, no existe correlación), edad del lactante con beneficios de lactancia materna ($r = .049$, $p = .732$; no existe correlación), edad del lactante con lista de cotejo en técnica de lactancia materna ($r = -.081$, $p = .570$), peso del lactante con autoeficacia en lactancia materna ($r = .109$, $p = .448$), peso del lactante con percepción en lactancia materna ($r = .105$, $p = .462$; no existe correlación), peso del lactante con beneficios de lactancia materna ($r = .065$, $p = .652$; no existe correlación), peso del lactante con lista de cotejo de técnica en lactancia materna ($r = -.218$, $p = .124$; no existe correlación), talla con autoeficacia ($r = -.163$, $p = .252$; no existe correlación), talla con percepción ($r = -.191$, $p = .180$; no existe correlación), talla con beneficios ($r = .006$, $p = .964$; no existe correlación).

Discusión

El siguiente estudio de autoeficacia y técnica de lactancia materna arrojaron los siguientes resultados, respecto a la puntuación media obtenida de la Escala de Autoeficacia en Lactancia Materna (BSES-SF) fue de 44.4118, similar a la de otros estudios realizados como china (M=41.1) o Japón (M=44.7) o como una muestra con diversidad étnica en Reino Unido (M=46.5). Este valor medio es inferior a otros estudios que obtuvieron los datos de autoeficacia más tardíamente en el posparto, con mayor exposición de las madres a la experiencia de la lactancia, realizados en Canadá (M=55,8) y Brasil (M=63,6), y al de un estudio realizado en Turquía (M=60), un país con tasas poblacionales de lactancia materna mucho mayores a la española.

De acuerdo al modelo de Nola Pender (2011), la madre lactante busca crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de salud y tener la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva e ir aumentando el nivel de la autoeficacia durante el contacto con su hijo. Las conductas promotoras de salud están influenciadas por factores cognitivos perceptuales, que son mecanismos motivacionales primarios (biológicos, psicológicos, socioculturales), para la adquisición y mantenimiento de la Promoción de la Salud.

Por lo tanto, las madres se ven obligadas a adquirir la habilidad mediante la práctica sobre lactancia materna. Aun existiendo barreras socioculturales que no sean favorables para el inicio y mantenimiento de esta práctica. Por ello es necesario la ayuda y colaboración del personal de salud capacitado, como fuente primaria que influyen en su conducta y así contribuir de manera positiva para que se desarrollen paulatinamente durante la etapa de lactancia materna para que estas prácticas y conocimientos contribuyan a una lactancia futura.

Es importante recalcar que las madres tienen que comprometerse a mejorar y contar con la disponibilidad e interés, para obtener resultados favorables y benéficos para ella y el lactante.

Respecto a la técnica de lactancia materna, obteniendo un promedio en puntuación mediana de 9.3235, esto nos indica una puntuación deficitaria y que las madres no están capacitadas para llevar a cabo una buena técnica de lactancia materna. Esto se debe a las barreras que presentan las madres, desde la etapa prenatal y posnatal, que incluyen las siguientes índoles. **Individuales:** falta de confianza y capacidad para nutrir a su bebé, enfermedad de la madre, malestares y requerimientos, **Interpersonales:** recomendaciones inadecuadas sobre cuidado, destete, prácticas de ablactación y remedios de malestares por familiares, pareja y proveedores de salud, **Institucionales:** Consejería inadecuada e inefectiva en los servicios de salud, **Comunitarias;** de norma social (por ejemplo, aceptación de la fórmula antes de los seis meses y como reflejo de solvencia económica), **Políticas;** falta de apoyo del sistema de salud, incumplimiento del código de comercialización de sucedáneos de leche materna, mercadotecnia no regulada de bebidas azucaradas dirigida a niños y políticas laborales que no favorecen la lactancia.

Fue posible observar que la mayoría de las madres tienen la creencia de que realizan la técnica adecuada para una lactancia exitosa y por ende tienen la idea de cortar con los conocimientos necesarios sobre lactancia materna. Sin embargo brindan la lactancia materna como seguir una norma social o costumbre, sin tener los conocimientos básicos y necesarios que engloban la lactancia materna.

Para mejorar el nivel de autoeficacia y técnica en lactancia materna es necesario reforzar conocimientos en las madres. Cumplir las normas y darles seguimiento para que estas se cumplan adecuadamente y evitar las enfermedades más frecuentes que se presentan durante los primeros años de vida. Además es necesario priorizar la lactancia materna ya que es parte fundamental en la vida de cada ser humano, lo que trae consigo beneficios principalmente para la madre e hijo.

Es necesario promover más aun la lactancia materna exclusiva, para ello recomendamos la aplicación de “Los diez pasos para una lactancia materna exitosa”. (OMS, UNICEF, 2018).

Datos similares de autoeficacia coinciden con (Martínez, 2011) quien afirma que “el nivel de autoeficacia es un factor protector para la lactancia materna, pues mientras mayores niveles de autoeficacia se presenten, mayor confianza tendrán las madres de continuar amamantando a sus niños(as)”.

González, Muñoz y Nessi (2011) resaltaron que la promoción de la lactancia materna en madres se encuentra relacionada con valores altos y medios de autoeficacia de las madres en su capacidad de amamantamiento a sus niños.

Narchi y Fernández (2009), concluyeron que la autoeficacia materna en las madres primíparas puede ser influenciada también por experiencias personales, persuasión verbal en el momento de la intervención educativa y experiencias indirectas, tales como observar a otras mujeres amamantando en la maternidad.

Coronado (2010) estableció que los factores que se asocian a niveles medios y bajas de autoeficacia en la lactancia materna, se encuentran relacionadas con la desconfianza de las madres en cuanto a la efectividad de la misma.

Rodríguez, Padoin, Paula, Souza, Almeida y Ximenes (2015): Concluyeron que una experiencia negativa en relación al amamantamiento aumenta las probabilidades de presentar autoeficacia reducida; concluyendo que es necesario que los profesionales de la salud consideren la autoeficacia en su contexto profesional; pues influyen significativamente en la capacidad de amamantamiento; lo que se asemeja a lo evidenciado en el estudio de investigación.

Bandura: Menciona que la observación del amamantamiento durante la infancia influye de manera positiva en los niveles de autoeficacia de las madres primigestas. (Guevara 2014).

Oliver (2012) obtuvo resultados diferentes a los del presente estudio; pues en su trabajo de investigación identificó que las madres primerizas tuvieron niveles altos de autoeficacia en la lactancia materna concluyendo que la autoeficacia constituye un factor protector para la práctica de la lactancia materna; pues mientras mayores niveles de autoeficacia se presentan, mayor confianza tienen las madres para continuar amamantando a sus niños.

Por su parte, Navarro y Duque identificaron que el principal factor que influye en los niveles de autoeficacia de lactancia materna es la ocupación de la madre, influenciando negativamente en la práctica de lactancia materna (2013).

Conclusiones

La importancia de la lactancia materna como factor determinante de la salud infantil y materna hace que la protección, promoción y apoyo de esta sea una prioridad en la atención de la mujer embarazada, el profesional de enfermería tiene el compromiso de promoverla, crear conciencia entre el personal clínico y con la población, así como adquirir conocimientos y habilidades de forma continua como una forma de mejorar las condiciones de salud de la población infantil. Lo anterior conlleva a un buen nivel de autoeficacia lo que es fundamental para una adecuada técnica en lactancia materna exclusiva.

Tal como propone Nola Pender (2011). Concientizar sobre la importancia vital de llevar a cabo correctamente la lactancia materna, es importante disponer de interés para asistir a pláticas, talleres, foros sobre dicho tema para mejorar la calidad de vida, desarrollo y crecimiento del lactante por parte de la madre.

Las madres lactantes no cuentan con un alto nivel de autoeficacia debido a diversas barreras influyen en su vida diaria, además de que a la mayoría no le interesa asistir a pláticas informativas, porque no considera necesario e importante adquirir conocimientos en lactancia materna, además tienen la creencia de contar con las habilidades necesarias para llevar a cabo una buena técnica en lactancia materna. Es necesario brindar información y capacitación a las madres, sobre los beneficios y ventajas de la lactancia materna como el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños, el fortalecimiento del vínculo afectivo madre niño y su preponderante importancia como factor protector en la prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia. Es importante promover la ejecución de

seminarios y jornadas dirigido a mejorar las actividades de promoción de la salud que realiza el personal de enfermería a fin de garantizar en su totalidad que se fomente la práctica de la lactancia materna, que permitirá incrementar los niveles de autoeficacia y técnica en la lactancia materna de las madres.

En cuanto a la guía de observación, es necesario homogenizar los criterios de observación en la técnica de lactancia materna, ya que no se pueden comparar resultados con otros estudios.

Limitantes

Las limitaciones en este estudio realizado son las que se mencionan a continuación; establecer y buscar parámetros para incrementar la validez y confiabilidad de los instrumentos que se deben de utilizar antes de ser aplicado a la población elegida. De igual manera es necesario buscar la validez en criterios externos con otros estudios relacionadas para realizar comparaciones y aumentar el tamaño de muestra para aplicar el instrumento. Realizando la investigación y buscando datos a nivel regional, nacional, no se obtuvieron grandes resultados de estudios realizados sobre lactancia materna.

Las limitaciones en este estudio son: no haber hecho la adaptación cultural para la validez y confiabilidad de la guía de observación.

Recomendaciones

Se sugiere las siguientes recomendaciones a los nuevos investigadores con temas sobre lactancia materna realizar su estudio en una población mayor para aumentar la confiabilidad y validez de resultado. Además de integrar instrumentos que sean validados de una manera diferente para mejorar dicho instrumento de evaluación y a la población no se le dificulte entender y no sea muy compleja, sobre todo en zonas rurales. Realizar investigaciones de tipo cualitativo y cuantitativo para indagar sobre algunas creencias y costumbres que pueden estar interfiriendo en el nivel de autoeficacia de las madres lactantes y que no favorecen en la práctica de la lactancia materna.

De igual forma realizar estudios de tipo experimentales y cuasi experimentales donde se evalúen el impacto y la eficacia de las sesiones educativas y talleres demostrativos sobre la importancia de lactancia materna en el incremento de los niveles de autoeficacia sobre la lactancia en las madres lactantes.

A los profesionales de enfermería; Promover el trabajo holístico, integral y multidisciplinario en el afrontamiento de la problemática en estudio, involucrando a todos los profesionales, tales como médicos, profesionales de Obstetricia y de Enfermería respectiva en la promoción, enseñanza y difusión de la lactancia materna exclusiva desde el momento de la concepción de las gestantes hasta después de los recién nacidos; permitiendo que las madres se encuentran adecuadamente sensibilizadas sobre la importancia de la lactancia materna para el adecuado desarrollo de sus niños, y por consiguiente, presenten mayores niveles de autoeficacia que se reflejen en el incremento de las coberturas de la lactancia materna exclusiva en la región y el país en general.

A la madres lactantes se le sugiere participar en forma activa en los talleres, sesiones y demás actividades educativos que desarrollen los profesionales y estudiantes de Enfermería en los diversos establecimientos de salud sobre la importancia de la lactancia materna, sus beneficios y la demostración de diversas técnicas de amamantamiento, que les permitirán tener conocimientos idóneos sobre la práctica de la lactancia materna, y puedan estar adecuadamente sensibilizadas respecto a esta problemática, incrementando sus niveles de autoeficacia y técnica de lactancia materna así como también su capacidad para poder suplir las necesidades nutricionales y afectivas de sus niños a través de lactancia materna exitosa.

Plan de cuidados de enfermería

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DEL RESULTADO	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
<u>Etiqueta (problema) (P):</u> Disposición para mejorar la lactancia materna. <u>Manifestado por</u> la madre expresa deseo de mejorar la capacidad de amamantar con lactancia materna exclusiva.	▪ Mantenimiento de la lactancia materna	▪ Crecimiento del lactante dentro del rango normal. ▪ Desarrollo del lactante dentro del rango normal. ▪ Conocimiento familiar de los beneficios de la lactancia materna continuada. ▪ Conocimiento de los recursos de apoyo.	1. Inadecuado. 2. Ligeramente adecuado. 3. Moderadamente adecuado. 4. Sustancialmente adecuado. 5. Completamente adecuado	Mantener a 4 Aumentar a 5

INTERVENCIONES RECOMENDADAS
El personal de enfermería deberá hacer promoción y difusión del programa de lactancia materna, debido que es un factor de protección para disminuir el riesgo de padecer cáncer de mama, así mismo para las enfermedades del corazón.
El personal de enfermería deberá difundir que la lactancia materna a largo plazo podría estar asociada con un menor riesgo de cáncer de endometrio.
Informar a las mujeres embarazadas y puérperas sobre los beneficios de la lactancia materna, uno de ellos es, disminuir la retención de peso después del parto.
El personal de enfermería podrá administrar analgésicos a mujeres que estén lactando, ya las cantidades transferidas son clínicamente insignificantes y representan poco o ningún riesgo para el lactante.
El personal de enfermería deberá promocionar la lactancia materna, proporcionar información para que la madre tome una decisión personal y defienda la elección.
El personal de enfermería deberá recordar que en medida de lo posible se evite el uso de chupetes, para así mantener y prolongar la duración de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.
El inicio y mantenimiento de la lactancia materna exitosa se ha relacionado con diversos factores; entre los positivos están: Edad, experiencia previa en lactancia, mayor nivel educativo, haber tomado una decisión sólida antes del parto, haber recibido educación maternal sobre beneficios de la lactancia materna exitosa y ambiente favorable hospitalarios y posteriormente en el entorno materno.

INTERVENCIONES RECOMENDADAS
El personal de enfermería deberá informar a las madres lactantes sobre las barreras que puedan enfrentar como son: el conocimiento, el comportamiento y las actitudes individuales, que están formados por las interacciones entre la mujer, sus amigos, familiares y sus contextos históricos, sociales, políticos, económicos, institucionales y comunitarios más amplios.
El personal de enfermería deberá de promocionar y recomendar la lactancia materna exclusiva, como un factor de protección y fortalecer la relación entre la madre y el recién nacido para aumentar la salud y la resiliencia de este.
El personal de enfermería deberá promocionar en las mujeres embarazadas los beneficios de la lactancia materna exclusiva a través de difusión de carteles, trípticos, pláticas y rotafolios.
El personal de enfermería deberá hacer difusión sobre lactancia materna exclusiva a las madres hispanas para evitar el abandono de la lactancia materna exclusiva y retrasar el inicio de la introducción temprana de alimentos sólidos, incluidos los alimentos étnicos, lo que ocasiona que los recién nacidos sean más obesos como niños sanos.
El personal de enfermería deberá promocionar la lactancia materna en el mercado, para que esta sea una tendencia de demanda.
el personal de enfermería deberá promocionar, insistir e informar en la lactancia materna natural, por ser uno de los mejores métodos de alimentación para los lactantes, por razones económicas, higiénicas, afectivas, es de bajo costo y contiene proteínas que favorece la respuesta inmunitaria, elementos que fomentan el crecimiento de todos los órganos.
El personal de salud deberá recomendar la lactancia materna, ya que proporcionada en la infancia mejora el rendimiento escolar, aumenta el coeficiente intelectual en el adulto y se relaciona con una mejor calidad de vida en el futuro.

El personal de enfermería deberá informar y educar sobre los factores desfavorables para la lactancia materna como: Tabaquismo, practicas hospitalarias erróneas, ofrecimiento precoz de biberones, nacimiento por cesárea, enfermedad maternal o neonatal, prematuridad, bajo peso al nacer, parto traumático, somnolencia, irritabilidad, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todos los lactantes en todo el mundo sean amamantados mínimo dos años, con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida para una salud y un desarrollo óptimos. El personal de enfermería deberá evitar la práctica de la lactancia materna cuando la madre sea portadora para ser positiva VIH.
La Norma Oficial Mexicana NOM-SSA2-2010, para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, se indica recomendar a las madres infectadas con VIH-SIDA nutrición alternativa que puede incluir el uso de sustituto de leche materna (sucedáneos), para evitar la transmisión del VIH-SIDA nutrición alternativa que puede incluir el uso de sustituto de leche materna (sucedáneos), para evitar la transmisión del VIH al lactante, haciendo énfasis en la necesidad de mantener esta nutrición sustitutiva en forma adecuada, higiénica y sostenida.

El personal de enfermería deberá informar las contraindicaciones que existen para la alimentación al seno materno como la infección aguda del herpes en la areola del pezón de una madre con un recién nacido.
La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. En el numeral refiere 5.3.1.9.promover la lactancia materna exclusiva excepto en los casos medicamente justificadas, entre ellos el de la madre con VIH positivo en los cuales, se recomendara sucedáneos de leche materna o humana.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DEL RESULTADO	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
<u>Etiqueta (problema) (P):</u> Lactancia materna ineficaz <u>Relacionados con</u> anomalías del seno materno, ansiedad materna, antecedentes de fracaso en la lactancia materna, falta de apoyo familiar, cirugías previas, conocimiento insuficiente de los padres acerca de la importancia del amamantamiento, dolor de la madre, fatiga, interrupción de la lactancia materna, obesidad, dificultad laboral para amamantar, prematuridad, reflejo de succión débil del lactante, retraso de lactogénesis fase II, secreción láctea insuficiente, entre otros. <u>Manifestado por</u> agitación del lactante durante la lactancia, alteración de la evacuación, incapacidad del lactante de agarrarse correctamente al pecho, aumento insuficiente del peso, resistencia, llanto del lactante, ulcera en el pezón después de la primera semana, succión no mantenida, vaciado insuficiente de las mamas en cada toma.	Asegurar el estado nutricional: ingesta alimentaria y líquidos Conducta de mantenimiento del peso. Fortalecer los lazos efectivos padres-hijo.	▪ Ingestión alimentaria oral ▪ Satisfacción del lactante ▪ Ingestión alimentaria por sonda ▪ Ingestión de líquidos orales ▪ Control del peso del lactante. ▪ Control del peso ▪ Mantiene la ingesta calórica diaria optima ▪ Utiliza suplementos nutricionales ▪ Come en respuesta al hambre ▪ Mantiene el equilibrio de líquidos ▪ Obtiene ayuda de un profesional sanitario ▪ Utiliza sistemas de apoyo personal ▪ Duerme las horas necesarias ▪ Mantiene al lactante cerca de ellos ▪ Tocan y acarician al lactante ▪ Utilizan contacto visual ▪ Responden a las señales del lactante ▪ Se sostiene al lactante para alimentarle ▪ Mantienen al lactante seco, limpio y caliente.	1. Inadecuado. 2. Ligeramente adecuado. 3. Moderadamente adecuado. 4. Sustancialmente adecuado. 5. Completamente adecuado 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Mantener en 3 Aumentar a 5 Mantener a 3 Aumentar a 5 Mantener en 3 Aumentar a 5

INTERVENCIONES RECOMENDADAS
El personal de enfermería deberá recomendar el contacto piel a piel en pacientes con parto vaginal con mínima intervención y que permita la estrategia de apego inmediato.
El personal de enfermería deberá recomendar que en medida de lo posible se evite el uso de chupetes, para así mantener y prolongar la duración de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.
El inicio y mantenimiento de la lactancia materna exitosa se ha relacionado con diversos factores; entre los positivos están: edad, experiencia previa en lactancia, mayor nivel educativo, haber tomado una decisión sólida antes del parto, haber recibido educación maternal sobre los beneficios de la lactancia materna exitosa, ambiente favorable hospitalario y posteriormente en el entorno materno. El personal de enfermería deberá recomendar la lactancia materna exclusiva, ya que la frecuencia y duración de un amamantamiento son variables, y los lactantes que son amamantados al seno materno, por lo general se alimentan con más frecuencia en comparación con los lactantes que se alimentan con fórmula, de esta manera, la lactancia materna apoya la fisiología de la lactancia como un mecanismo de retroalimentación de la oferta y la demanda y asegura que se produzca suficiente leche materna para satisfacer las demandas y necesidades del recién nacido. El personal de enfermería deberá informar a los nuevos padres y las familias sobre los beneficios de la lactancia materna como: Que el menor se enferme menos Mayor crecimiento y desarrollo Beneficios psicológicos para madre e hijo, y Económico.

INTERVENCIONES RECOMENDADAS
El personal de enfermería deberá informar y educar sobre los factores desfavorables para la lactancia materna como: tabaquismo, prácticas hospitalarias erróneas, ofrecimiento precoz de biberones, nacimiento por cesárea, enfermedad materna o neonatal, prematuridad, bajo peso al nacer, parto traumático, somnolencia, irritabilidad, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia.
Las unidades médicas deberán implementar un programa que movilice a los expertos en salud materna, para hacer cambios en rutinas y conductas basadas en la terminación de los diez pasos para una lactancia materna exitosa.
De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica en el SNS, 2017 menciona que: En el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido en el postparto. Primera Toma: ▪ Dejar que el recién nacido se agarre espontáneamente al pecho durante el periodo de contacto piel con piel. ▪ En caso de que el recién nacido no encuentre el pezón espontáneamente, antes de que finalice la primera hora, un profesional entrenado debería ofrecer apoyo y ayuda práctica, procurando inferir lo menos posible en la vinculación del recién nacido con la madre. ▪ En el caso de que el recién nacido no muestre signos de búsqueda, se puede ofrecer ayuda adicional a la madre con el agarre. Tiempo máximo en el que puede realizar la primera toma: No se conoce cuál es el tiempo máximo que se puede esperar hasta que el recién nacido se agarre al pecho. Por ello, en recién nacidos, asintomáticos, y sin riesgo de hipoglucemia, se puede observar y esperar a que se agarren al pecho, y si tras la primera hora no lo ha conseguido, ofrecer ayuda práctica.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DEL RESULTADO	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
<u>Etiqueta (problema) (P):</u> Producción de leche materna insuficiente <u>relacionados con:</u> De la madre: consumo de alcohol, desnutrición. Embarazo, se encuentra en régimen de tratamiento terapéutico, tabaquismo crónico, consumo de líquidos insuficientes, entre otros. Del niño: técnica de succión o reflejo de succión ineficaz, falta de oportunidad para la succión de leche materna y tiempo insuficiente, rechazo del pecho materno, entre otras. <u>Manifestado por:</u> De la madre: ausencia de producción de leche a la estimulación y de baja calidad, entre otras. Del niño: con frecuencia trata de mamar del seno materno, tiempo de amamantamiento insatisfactorio, estreñimiento, ganancia de peso <500 gms, al mes, llanto frecuente, micciones de pequeña cantidad de orina, tiempo de amamantamiento prolongado.	Estimular el estado nutricional: ingestión de nutrientes.	Ingestión calórica Ingestión proteica Ingestión de grasas Ingestión de hidratos de carbono Ingestión de vitaminas Ingestión de mineral Ingestión de hierro Ingestión de calcio Ingestión de sodio	1. Inadecuado. 2. Ligeramente adecuado. 3. Moderadamente adecuado. 4. Sustancialmente adecuado. 5. Completamente adecuado	Mantener a 3 Aumentar a 5

INTERVENCIONES RECOMENDADAS
El personal de enfermería deberá recomendar la práctica de la lactancia materna para reducir la probabilidad de padecer enterocolitis, diarrea, enfermedad respiratoria, infección del oído medio, diabetes tipo 1 y de la infancia.
El personal de enfermería deberá recomendar la lactancia materna exclusiva, ya que la frecuencia y duración de un amamantamiento son variables, y los lactantes que son amamantados al seno materno, por lo general se alimentan con más frecuencia en comparación con los lactantes que se alimentan con fórmula, de esta manera, la lactancia materna apoya la fisiológica de la lactancia como un mecanismo de retroalimentación de la oferta y la demanda y asegura que se produzca suficiente leche materna para satisfacer las necesidades y demandas del recién nacido.
El personal de enfermería deberá hacer difusión sobre lactancia materna exclusiva a las madres hispanas para evitar el abandono de la lactancia materna exclusiva y retrasar el inicio de la introducción temprana de alimentos sólidos, incluidos los alimentos étnicos, lo que ocasionan que los recién nacidos sean más obesos como niños sanos.
El personal de enfermería deberá promocionar la lactancia materna en el mercado, para que esta sea una tendencia de demanda.
El personal de enfermería deberá promocionar la educación en salud, el control prenatal, experiencias de amamantamiento y el apoyo a la madre, ya que inciden en el inicio o suspensión temprana de la lactancia materna.
De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica en el SNS, 2017, para la extracción de leche materna, recomienda: Higiene: lavado de manos, no es necesario lavar las areolas y pezones en cada extracción, la ducha diaria. Comodidad, sugerir a la madre que: Busque un lugar tranquilo, privado y cómodo con el equipo limpio

INTERVENCIONES RECOMENDADAS
Recomendar la lactancia materna exclusiva por lo menos 6 meses, lleva a un menor grado de obesidad y menos complicaciones relacionadas con el síndrome metabólico durante la infancia y la adolescencia.
El personal de enfermería deberá recomendar la lactancia materna, hasta los primeros dos años de vida y exclusiva hasta los seis meses, ya que favorece un adecuado crecimiento y desarrollo, impactando en causas evitables de morbilidad infantil, sin distinción de nivel socioeconómico o trabajo materno.
El personal de enfermería podrá administrar analgésicos a mujeres que estén lactando, y las cantidades transferidas son clínicamente insignificantes y representan un poco o ningún riesgo para el lactante.
El personal de enfermería deberá promocionar la lactancia materna, proporcionar información para que la madre tome una decisión personal y defienda la elección.
El personal de enfermería deberá, vigilar cualquier signo o síntoma de mastitis incluyendo síntomas gripales, sensibilidad de los senos, eritema y dolor, para continuar con la lactancia mediante la extracción manual de leche, así como vigilar y mejorar la técnica de agarre del recién nacido al seno materno.
El personal de enfermería deberá evitar la práctica de la lactancia materna cuando la madre sea portadora para ser positiva de VIH. El personal de enfermería deberá recomendar que en medida de lo posible se evite el uso de chupetes, para así mantener y prolongue la duración de la lactancia materna exclusiva hasta los

y listo para usar si decide utilizar extracción mecánica, Prevea la posibilidad de tomar una infusión o alguna bebida mientras se usa el extractor de leche, Realizar ejercicios de relajación y respiración profunda y tranquila.

seis meses.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR DEL RESULTADO	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
<u>Etiqueta (problema) (P):</u> Patrón de alimentación ineficaz del lactante. <u>Relacionado con</u> defecto orofaríngeo, deterioro neurológico y prematuridad, entre otras. <u>Manifestado por</u> incapacidad para coordinar la succión, deglución y la respiración. Incapacidad para iniciar una succión eficaz y mantener una succión eficaz, pérdida de peso, insatisfacción a la alimentación, entre otras.	Mejorar el estado de deglución.	Reflejo de deglución Mantiene alimento en boca Controla las secreciones orales Produce saliva Comodidad con la deglución.	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	1. Mantener a 5 2. Mantener s 5 3. Aumentar a 4 4. Aumentar a 4
	Mejorar el estado de nutrición del lactante.	Tolerancia alimentaria Relación peso-talla Hidratación Glucemia Ingestión por sonda de alimentación Administración IV de líquidos Administración parenteral de líquidos.	1. Inadecuado. 2. Ligeramente adecuado. 3. Moderadamente adecuado. 4. Sustancialmente adecuado. 5. Completamente adecuado	
	Fortalecer la adaptación del prematuro.	FC: 120-160 LPM FR 30-60 LPM Saturación de oxígeno >85% Termorregulación Coloración cutánea Tolerancia alimentaria Tono muscular relajado Responder a estímulos	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	

	Fortalecer la adopción de recién nacido.	Puntuación Apgar. FC (100-160x). FR (30). SO₂ >90% Termorregulación, coloración cutánea, reflejo de succión, tono muscular, glucemia, concentración de bilirrubina, evacuación intestinal, eliminación urinaria.	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango. 3. Normal 4. Desviación moderada del rango 5. Normal 6. Desviación leve del rango normal 7. Sin desviación del rango normal	
	Establecimiento de la lactancia materna para el lactante.	Alineación y unión adecuada, sujeción areolar adecuada, succión y colocación, micciones al día según edad, deposiciones sueltas, amarillentas y grumosas al día apropiadas para la edad, aumento adecuado de peso para su edad, lactante satisfecho.	1. Inadecuado. 2. Ligeramente adecuado. 3. Moderadamente adecuado. 4. Sustancialmente adecuado. 5. Completamente adecuado	

INTERVENCIONES RECOMENDADAS
Recomendar el contacto piel a piel en pacientes con parto vaginal con mínima intervención y que permita la estrategia de apego inmediato.
Vigilar cualquier signo o síntoma de mastitis incluyendo síntomas gripales, sensibilidad de los senos, eritema y dolor, para continuar con la lactancia mediante la extracción manual de la leche, así como vigilar y mejorar la técnica de agarre del recién nacido al seno materno
Recomendar la lactancia materna exclusiva por lo menos 6 meses, lleva a un menor grado de obesidad y menos complicaciones relacionadas con el síndrome metabólico durante la infancia y adolescencia.
Recordar la práctica de la lactancia materna para reducir la probabilidad de padecer enterocolitis, diarrea, enfermedad respiratoria, infección del oído medio, diabetes tipo 1 y de la infancia.
Promocionar la educación en salud, el control prenatal, experiencias de amamantamiento y el apoyo a la madre, ya que inciden en el inicio o suspensión temprana de la lactancia materna.

Bibliografía

- Alonso, S. (2017). *Conocimientos y factores sobre lactancia materna en mujeres durante el periodo de puerperio*. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia. Toluca, México.
- Arestegui, R. (2014) *Lactancia materna exclusiva ¿Siempre?* *Revista peruana de Ginecología y obstetricia* Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n2/a11v60n2.pdf>
- Asociación Española de Pediatría (AEP). *Datos sobre Lactancia Materna*. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna-provisional/documentos-sobre-lactancia-materna>.
- Avendaño, M. J & Medrano, K.T. (2017). *Conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva que tienen las madres adolescentes primíparas en un hospital nacional*. Lima-Perú.
- Bach. Gómez A y Jackeline G. (2017). “*Autoeficacia sobre lactancia materna en madres primigestas que acuden al centro de salud Potracancha-Huanuco 2016*”.(Tesis de Pregrado). Universidad de Huanuco. Facultad de Ciencias de la Salud. Huanuco, Perú.
- Bandura A. *Autoeficacia: hacía la teoría unificadora del cambio de comportamiento*. *Revista de Psicología* 1978.
- Bandura, A. (1982). *Self- efficacy mechanism in human agency*. American Psychologist.
- Br. Flores Quezada, Elda Elisa, Br. Naves Cabrera, Mariela Zoydeli. (2019). *Autoeficacia percibida y practica del amamantamiento en madres adolescentes, Hospital Belen de Trujillo*. (Tesis de Pregrado). Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Enfermerita. Trujillo, Perú.
- Castillo, J.A. (2016). *Factores asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva en tres barrios de la ciudad de Matagalpa, en el primer trimestre del año 2016*. Matagalpa, Nicaragua.
- Clasificación de resultados de enfermería (NOC), (2014), *Medición de resultados en salud*, Quinta Edición, Editorial Elsevier.
- Crowley, I. (2015). *La leche materna salva vidas*. Recuperado de https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *La leche Materna Salva Vidas*. Abril 2015. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Lactancia Materna en México*. 2015. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/spanish/17051.html>.
- Garayar, N.G. (2015). *Conocimiento y práctica sobre lactancia materna exclusiva de las madres que acuden al puesto de salud Llnavilla-Villa El salvador 2015*. Villa El salvador.
- García, L.A, (2015). *Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de seis meses acerca de la lactancia materna exclusiva*. Centro de salud materno infantil. Lima Perú.
- Gobierno de la Republica. (2014-2018). *Estrategia Nacional de Lactancia Materna*. México. Disponible en http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/ENLM_2014-2018.pdf
- González de Cosió Martínez, T. Hernández Cordero, S. Primera Edición, (2016) *Lactancia Materna en México*, Ciudad de México, Editorial Intersistemas S.A de C.V.
- Gorrita, R.R., Terrazas, A., Brito, D., Ravelo, Y., (2015). *Algunos aspectos relacionados con la lactancia exclusiva en los primeros seis meses de vida*. Revista cubana de pediatría.
- Guía para las madres que amamantan. (2017). Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/gpc_560_lactancia_osteoba_paciente.pdf.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., (1998,1991), *Metodología de la investigación, Segunda edición*, México, McGraw-Hill Interamerica Editores, S.A. de C.V.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Semana Mundial de Lactancia Materna. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/rde/wp-content/uploads/2019/04/RDE_27.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2011-2012. *Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico*. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf>

- Intervenciones de enfermería para la promoción de la lactancia materna en los tres niveles de atención. *Guía de Evidencia y Recomendaciones. Guía de práctica clínica.* México, CENETEC; 2018[Fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-823-2018/ER.pdf>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). *Guía de Práctica Clínica Sobre Lactancia Materna.* Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco Donostia-San Sebastián, 1 – 01010 Vitoria-Gasteiz.
- Muñoz Cruz, R; Rodríguez Mármol, M. *Autoeficacia de la lactancia materna en mujeres primíparas de Madrid. Enfermería (Montev.).* [Internet]. 2017, Jun [citado xxxxx]; 6 (1) 19-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v6i1.1366>.
- Muñoz, C.A. (2018), *Factores Asociados al conocimiento de lactancia materna en puérperas hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia del hospital “San José”.* Lima-Perú.
- N. Marta, (2016) *Técnica de lactancia materna*, Asociación española de pediatría (AEP). Disponible en <http://lactanciamaterna.aeped.es/tecnicas-de-lactancia-materna/>.
- NANDA INTERNACIONAL, Diagnósticos enfermeros, (2015-2107), *Definiciones y clasificación*, Editorial Elsevier.
- Norma oficial mexicana 012- SSA3-2012. *Que establece criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.*
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.* (2016-04-07).
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. *Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.* (2013- 01-22).
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Diez datos sobre la lactancia materna.* Agosto 2017. Disponible en: <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>.
- Pender N. *Modelo de promoción de la salud.* Raile, M., Marriner, A. (2011). *Modelos y Teorías de Enfermería*, Séptima edición. España: Elsevier España, S.L
- Quilo, Adolfina. (2015). *Nivel de conocimientos sobre lactancia materna en madres del programa vaso de leche. Asentamiento humano virgen asunta Chachapoyas 2014.* Chachapoyas Perú.

- Remigio R. Gorrita Pérez, Daily Brito Linares, Yenisley Ravelo Rodríguez & Elisa Ruiz Hernández. (2014). *Conocimientos de futuras madres sobre la lactancia materna y sus ventajas*. Revista de Ciencias Médicas.
- Secretaría General. (2016). *Ley General de salud*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_120718.pdf.
- T.D. Marco Alegría, D. Martínez, M.J. Muñoz Gómez, I. Sayas Ortiz, A. Oliver-Roig, M. Richart-Martínez, *Valores de referencia españoles para la versión reducida de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna BSES-SF* (2014).
- Valverde Molina, I. Nancy Angélica Mendoza Caballero, Isabel Cristina Peralta Reyes (2da Edición) (2017) *Enfermería Pediátrica*. Ciudad de México, Editorial El Manual Moderno.
- Vieira ES, Caldeira NT, Eugenio DS, Lucca MM, Silva IA. *Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018; 26:e3035 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035>.

Anexos

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Hola mi nombre es Tania Martínez Marcos y soy egresada de la Universidad del Papaloapan, campus Tuxtepec. Actualmente estoy realizando mi tesis para obtener el grado de licenciado en enfermería y para ello quiero pedirte que me apoyes con tu participación en el estudio que consistiría en contestar una encuesta.

Procedimiento: En un espacio cerrado pasarás y amamantarás a tu bebé para que yo pueda observar cómo lo haces, lo anterior será documentado con una cámara de video.

Tu participación en el estudio es voluntaria, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Toda la información que proporciones me ayudará a conocer la habilidad que tienes para amamantar.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas (o resultados de mediciones), solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (x) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (x), ni escribas tu nombre.

☐

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el consentimiento:

Fecha: a _____ de _____ de _____

Observaciones:

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

I. INSTRUCCIONES

- Responda el cuestionario marcando con una “X” la opción que considere correcta.
- La veracidad con que usted responda es muy importante.
- Agradezco ampliamente la información y su tiempo para contestar este cuestionario.

II. DATOS GENERALES

- 1) **Edad:** _____
- 2) **Escolaridad:**
a) Sin escolaridad b) Primaria c) Secundaria d) Preparatoria e) Universidad
- 3) **Estado civil**
a) Soltera b) Casada c) Unión libre
- 4) **Ocupación:**
a) Ama de Casa b) Profesional
- 5) **Número de hijos:** _____
- 6) **Tipo de parto**
a) Normal b) Cesárea
- 7) **Edad del lactante:** _____
- 8) **Peso:** _____
- 9) **Talla:** _____

III. INSTRUCCIONES

- Se presenta una serie de preguntas relacionadas con la lactancia materna, sus respuestas son confidenciales.
- Responda el cuestionario marcando con una “X” la opción con la que más se identifique de acuerdo a cada pregunta.
- La veracidad con que usted responda es muy importante.
- ❖ Agradezco ampliamente la información y su tiempo para contestar este Instrumento.

ITEM					
Siempre sé que mi bebe está tomando leche.					
Siempre me adapto bien con la lactancia, igual que con otros retos de mi vida					
Siempre puedo amamantar a mi bebé sin utilizar leche artificial o en polvo como complemento					
Siempre estoy segura de que mi bebé agarra bien al pecho con su boquita durante la toma					
Siempre puedo manejar la situación de la lactancia de forma satisfactoria para mí					
Siempre puedo dar de mamar, incluso cuando el bebé está llorando					
En todo momento sigo manteniendo las ganas de amamantar a mi bebé					
Siempre me siento cómoda cuando doy el pecho en presencia de otros miembros de mi familia					
Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí					
Siempre llevo bien el hecho de que la lactancia consuma parte de mi tiempo					
Siempre puedo acabar de amamantar a mi bebé con un pecho antes de cambiar al otro					
En cada toma siempre creo que mi pecho es suficiente para alimentar a mi bebé					
Soy capaz de amamantar a mi bebé cada vez que me lo pide.					
Siempre que alguien me pregunta si mi bebé ha terminado de mamar, sé responder si lo ha hecho o no.					

Instrucciones

- Se presenta una serie de preguntas relacionadas con la técnica de lactancia materna, sus respuestas son confidenciales.
- Responda el cuestionario marcando con una “X” la opción que considere correcta.
- La veracidad con que usted responda es muy importante.

TECNICA DE LACTANCIA MATERNA - AGARRE DE PECHO	SI	NO
▪ Lavarse las manos con agua y jabón.		
▪ Elegir la postura adecuada para amamantar a su bebe.		
▪ Colocarse en posición cómoda		
▪ Para que el bebé se agarre frota el pezón contra su labio inferior hasta que abra bien la boca y entonces acércale al pecho con un movimiento decidido. Acércate el bebé al pecho y no el pecho al bebé.		
▪ La boca del bebé debe estar muy abierta con los labios bien abiertos, el labio inferior abarcando la mayor parte posible de la areola (inferior).		
▪ No es necesario sujetar la mama, pero si lo haces coloca los dedos y la palma de la mano debajo del pecho y el pulgar en la parte superior (como una letra C), lejos de la areola y sin presionar.		
▪ El bebé tiene que soltar el pecho espontáneamente, ofrécele otra vez el mismo pecho hasta que lo rechace (señal de que lo ha vaciado) y después puedes ofrecerle el otro pecho si lo quiere.		
▪ Si por cualquier circunstancia necesitas retirarlo del pecho, introduce un dedo en la comisura de su boca para que se deshaga el vacío y evitar molestias.		