



# BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA



Facultad de Medicina

**“LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EXITOSA DURANTE EL  
PUERPERIO INMEDIATO POSTERIOR A CAPACITACIÓN ESPECÍFICA  
PRENATAL CON TALLER TEÓRICO-PRÁCTICO EN MUJERES  
EMBARAZADAS DEL ISSSTEP”**

**QUE PRESENTA  
LILIANA MARTÍNEZ TORRES**

**Asesor de tesis  
DR. ROLANDO JAVIER AGUILAR CORTÁZAR  
LIC. ÁNGELES ROMERO OGAWA**

**Asesor metodológico  
DR. MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ ROMERO**

**Jefe de Servicio  
DR. JUAN JOSÉ CARREÑO CUECUECHA**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PUEBLA, PUEBLA A 21 DE AGOSTO DEL 2020

## ÍNDICE

ANTECEDENTES.....	3
ANTECEDENTES GENERALES.....	3
ANTECEDENTES ESPECÍFICOS .....	5
JUSTIFICACIÓN.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	12
PREGUNTA.....	12
HIPÓTESIS.....	12
OBJETIVOS.....	13
- Generales .....	13
- Específicos.....	13
MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
TIPO DE ESTUDIO:.....	14
UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL: .....	14
DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN: .....	14
SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	14
ESTRATEGIA DE TRABAJO .....	15
MATERIALES Y MÉTODOS.....	15
DEFINICIÓN DE GRUPOS.....	16
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN .....	17
LOGÍSTICA.....	18
RECURSOS HUMANOS .....	18
RECURSOS FINANCIEROS.....	18
ÁREA DE TRABAJO .....	18
ANÁLISIS .....	18
CONCLUSIÓN .....	26
ANEXOS.....	27
CUESTIONARIO .....	27
BIBLIOGRAFÍA .....	29

## ANTECEDENTES

### ANTECEDENTES GENERALES

“En todas las especies de mamíferos el ciclo reproductivo comprende tanto embarazo como lactancia, en ausencia de esta última ninguna de las especies, incluido el hombre, puede sobrevivir” escribió el pediatra Bo Vahlquist en 1981. En 1984, Derek y Patrice Jellife aseveraron que la lactancia es y será de gran relevancia tanto en la nutrición infantil como en sus consecuencias en la salud del adulto.

Un análisis realizado a nivel internacional en 2016 mostró que en países desarrollados, por cada vez en que se duplica el producto interno bruto per cápita, la prevalencia de lactancia a 12 meses disminuye un 10%. En países en vías de desarrollo hay una alta prevalencia de lactancia en todas las edades, es decir, la población más pobre tiende a alimentar al seno materno a sus hijos por un lapso de tiempo mayor que la población más rica, sin embargo las tasas de inicio y lactancia materna exclusiva aún son insatisfactorias incluso en estos países. Los países desarrollados mostraron que las mujeres con mejores ingresos económicos y mejor nivel educativo alimentaban al seno materno más comúnmente que aquellas con menor nivel adquisitivo y menor escolaridad.

#### *Efectos a corto plazo.*

En estudios en países en vías de desarrollo se ha demostrado un efecto protector fuerte evidente con respecto al riesgo de muerte, observando que los niños exclusivamente amamantados al seno materno presentan sólo un 12% de riesgo de muerte. Otros estudios han demostrado que niños menores de 6 meses que no son alimentados al seno materno tienen un riesgo de 3.5 veces (masculinos), y 4.1 veces (femeninos) mayor de mortalidad que aquellos que han recibido algún tipo de lactancia materna. Un meta-análisis en 6 países desarrollados mostró una reducción del 36% de muerte espontánea en niños con lactancia. Otro meta-análisis demostró la reducción de un 58% de enterocolitis necrotizante.

También se ha observado el efecto protector contra diarrea (50%) e infecciones respiratorias (33%). Disminución de cuadros de otitis media en niños menores de 2 años, aún sin datos concluyentes en niños de mayor edad. No se ha demostrado evidencia clara en el efecto protector contra enfermedades alérgicas. En estudios con respecto a asma, se ha demostrado una reducción del 9% de casos de asma con la lactancia con evidencia estadísticamente significativa. El análisis en salud oral en 49 estudios en países en vías de desarrollo mostró que la lactancia se asoció a una reducción del 68% en maloclusión dental, sin embargo la lactancia por más de 12 meses y alimentación por la noche se asoció a un aumento de 2-3 veces en la presencia de caries dental, probablemente como consecuencia a una higiene oral inadecuada después de comer.

No se observaron diferencias en cuanto a la ganancia de peso y talla por seis meses, sin embargo hubo una pequeña reducción en el índice de masa corporal o peso para la talla en niños cuyas madres recibieron promoción para la lactancia.

Es muy relevante y resulta revelador tomar en cuenta que la leche materna de una madre transmite elementos de su propia microbiota y respuestas inmunes, y también provee probióticos específicos para apoyar el crecimiento de bacterias beneficiosas. Ofreciendo así un fuerte beneficio inmunológico al lactante.

#### *Efectos a largo plazo*

Basado en 113 estudios, los periodos más largos de lactancia se asociaron a una reducción del 26% en sobrepeso u obesidad. Para la incidencia de diabetes mellitus tipo 2, 11 estudios demostraron una reducción del 35% y un posible efecto protector contra diabetes tipo 1. No se ha demostrado efecto protector en la disminución de presión sistólica ni diastólicas, así como en los niveles séricos de colesterol total. La lactancia sí está consistentemente asociada a mejor desarrollo en los test de inteligencia en niños y adolescentes, con un incremento de 3.4 en el IQ. Una revisión de 18 estudios sugiere que la lactancia está asociada a una reducción del 19% en la incidencia de leucemia en la infancia.

### *Efectos en la madre*

Existe gran evidencia que demuestra el fuerte factor protector entre los casos de cáncer de mama en mujeres que han lactado. Observando que por cada 12 meses más de lactancia existe una reducción de 4.3% en la incidencia de cáncer de mama invasivo. El meta-análisis de 41 estudios mostró una reducción de cáncer de ovario del 30% con largos periodos de lactancia. No se encontró evidencia en la asociación entre la lactancia y la densidad mineral ósea. Existe una clara asociación entre la lactancia y la reducción de depresión materna, la calidad de la lactancia es importante no sólo para la promoción de la misma, si no como conservación de la salud mental materna; por lo que es importante considerar que la depresión materna sí puede afectar el período de lactancia.

Beneficios de la leche materna para las mujeres:

- Recuperación más rápida del parto
- Menor riesgo de hemorragia y depresión postparto
- Regreso al peso original en menor tiempo
- Reducen probabilidades de enfermedades como diabetes tipo 2, osteoporosis, cáncer, hipertensión y problemas cardíacos.

### ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

La OMS presenta las siguientes definiciones con respecto a las prácticas alimentarias:

- Inicio temprano de lactancia: Niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron alimentados al seno materno dentro de la primera hora de nacimiento.
- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses: Niños entre los 0 y 5 meses de edad que son alimentados exclusivamente al seno materno.
- Lactancia materna continuada al año: Niños de 12 a 15 meses de edad que son alimentados con leche materna

- Lactancia materna continuada a los 2 años: Niños de 20 a 23 meses de edad alimentados con leche materna.

En México el promedio de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida es sólo el 14.4%, el más bajo de Latinoamérica, junto con República Dominicana.

Los prejuicios y mitos son los principales obstáculos para la lactancia materna e influyen en que sólo uno de cada 7 niños en México sea amamantado. Se tiene como objetivo lograr que más mujeres amamenten a sus hijos en la primera hora de vida, de forma exclusiva en los primeros 6 meses, y combinando la leche materna con otros alimentos hasta los dos años de edad. De esta manera se fortalecerá la salud física, emocional e intelectual de niños y niñas.

La mayoría de los niños menores de 3 años han sido amamantados alguna vez (sin tomar en cuenta si sólo recibieron calostro o leche materna), lo que muestra una gran disposición de las mujeres a amamantar a sus hijos, y que hay factores externos relevantes que limitan la lactancia materna exclusiva a los 6 meses y continuada hasta los 24 meses. Por ejemplo, se ha demostrado que solamente entre el 30 y 50% de los niños son puestos al seno en la primera hora de vida, que además aunque el inicio de la lactancia es casi universal instintivo y natural), se carece de protección, promoción y apoyo a la lactancia de forma eficiente, ya que las prácticas de la lactancia se deterioran principalmente en los primeros meses.

Se sabe que el abandono de la lactancia y la lactancia materna exclusiva aumenta aún más los riesgos de sobrepeso y obesidad, representando un panorama desfavorable en México ya que la salud pública se encuentra plagada de patologías diversas que son consecuencias de un IMC elevado.

Diversos estudios han documentado la presencia de barreras para la lactancia materna a distintos niveles o sistemas. Las principales barreras encontradas fueron:

## 1. Individuales

- falta de autoconfianza y sentir que se tiene la capacidad para nutrir a su bebé
- patologías maternas
- malestares y requerimientos asociados con la lactancia materna (fisuras, mastitis, abscesos) y trabajo fuera del hogar (sin el apoyo adecuado por parte de las empresas empleadoras).

## 2. Interpersonales

- Recomendaciones inadecuadas (por la propia falta de interés y/o capacitación) sobre cuidado, destete, prácticas de ablactación y remedios de malestares por familiares, pareja y proveedores de salud.

## 3. Institucionales

- Consejería inadecuada e inefectiva en los servicios de salud, a pesar de las nuevas políticas a favor de la lactancia.

## 4. Comunitarias

- de norma social, por ejemplo, de aceptación de fórmula antes de los 6 meses y como reflejo de solvencia económica.

## 5. De políticas

- Falta de apoyo del sistema de salud (desde el nacimiento hasta el alta hospitalaria)
- incumplimiento del código de comercialización de sucedáneos de leche materna, mercadotecnia no regulada de bebida azucaradas dirigidas a niños y políticas laborales que no favorecen la lactancia.

Los hallazgos descritos ofrecen áreas de oportunidad para el diseño de intervenciones efectivas adaptadas a las necesidades y el contexto de las poblaciones vulnerables. Se sugiere intervenir en diferentes sistemas, de modo que el conjunto de esfuerzos a diferentes niveles permitan remover o minimizar las barreras asociadas con la lactancia materna identificadas.

A nivel individual la falta de confianza y de conocimientos, así como las creencias culturales de las madres sobre lactancia materna e las madres representan las

principales barreras. Para empezar, las madres dudan de su capacidad para producir leche materna en calidad y cantidad que los niños necesitan: “no tengo suficiente leche”, “el niño no se llena, se queda con hambre o llora”. También en los primeros días las madres refieren que “no les baja” la leche y desconocen si la cantidad que los niños consumen es suficiente. Esta percepción de una producción insuficiente de leche representa la principal razón por la que se introducen sucedáneos de la leche materna y otros alimentos de forma regular a la dieta del niño, incluso en comunidades indígenas. Algunas mujeres refieren que la lactancia materna exclusiva supone un desgaste excesivo del estado de salud y nutrición de la madre, en cuyo caso también introducen frutas, otros líquidos o fórmulas lácteas en la dieta del niño.

Se han desarrollado diversas intervenciones de apoyo a la lactancia a nivel internacional para encauzar a las madres a iniciar y continuar la lactancia, hay estudios que han demostrado que estas intervenciones tienen un efecto positivo significativo para promover la lactancia materna exclusiva (OR 2.77, con un intervalo de confianza del 95%), siendo las principales intervenciones: “Hospital amigo del niño”, intervenciones dirigidas por los profesionales de la salud, intervenciones dirigidas combinadamente, tener protocolos de entrenamiento del personal de la salud disponibles, e implementación de los mismos durante los períodos prenatal y postnatales.

## Prácticas y creencias culturales que afectan la lactancia materna

---

Los tés alivian los cólicos del bebé y los introducen desde los primeros días de nacidos

---

Es necesario dar agua al bebé en tiempos de calor para quitar la sed

---

Si la madre toma agua o consume alimentos "fríos", como frutas o alimentos picosos, pueden causar cólicos en el niño, por lo tanto dejan de consumirlos durante la lactancia pero luego dejan de amamantar para regresar a su alimentación regular

---

Si las mujeres salen y no protegen su espalda/pecho cuando el bebé está recién nacido se enfrían y "se les va la leche"

---

La LME les quita energía a las madres, las desgasta y las hace adelgazar,\* por lo tanto complementan con sucedáneos de leche materna

---

La leche materna después de los 4 meses *no sirve*, no los alimenta y no les brinda lo necesario para su crecimiento

---

Después del año de edad la LM es perjudicial para las madres porque les quita energía y fuerza y las hace bajar mucho de peso. En el caso de los niños, no les aporta nutrientes, pierde sus cualidades nutricionales ("es como agua"). Tampoco les gusta amamantarlos cuando son mayores de 1 año porque el niño se destapa y no se acostumbra a amamantar en público con el pecho al descubierto

---

Un susto o coraje durante el embarazo o la lactancia hace que se "corte" la leche, que los niños se enfermen, se desnutan o que no estén fuertes, también lo relacionan con el "empacho"

---

La exposición de las mujeres al sol o al fuego o cuando salen y llegan agitadas/cansadas hacen que la leche materna le caiga mal al niño

---

El inadecuado estado nutricional y no tomar suficiente atole o líquidos hace que se les agote la leche

---

Ante un nuevo embarazo creen que el bebé dentro del útero necesitará su leche o que la leche "ya no sirve" e interrumpen la lactancia

---

El consumo de anticonceptivos orales afecta la lactancia por lo tanto la interrumpen

---

Creencia muy arraigada culturalmente de que un niño gordito es un niño sano y algunas mujeres creen que al dar sólo pecho los niños están "flaquitos y se ven ojerositos"

---

Bañarse con agua fría o frotarse muy fuerte el pecho al bañarse hace que la leche le caiga mal al niño, justo después que la mujer se baña no puede dar pecho y da sucedáneos

---

Es necesario limpiarse el seno antes de amamantar ya que está sucio y puede enfermar al bebé (sólo comunidades indígenas)

---

Amamantar sin taparse es relacionado con usos y costumbres de mujeres indígenas (connotación negativa)

---

Otra barrera reportada con frecuencia por las mujeres es la enfermedad materna, por el temor de contagiar a los niños, por ejemplo, o que los medicamentos necesarios afecten la salud del lactante. Los malestares asociados a la lactancia materna, como son congestión mamaria, mamas dolorosas o pezones agrietados, la interrupción del consumo de ciertos alimentos, la descalcificación de la madre por lactancia prolongada después del año, entre otros; también son situaciones consideradas como desfavorables para continuar con la lactancia materna

La partera y las abuelas influyen fuertemente en la transmisión de las creencias culturales y patrones de alimentación entre generaciones, desafortunadamente la mayor parte de las veces dificultando el proceso o continuidad de la lactancia. Igualmente los hermanos, tías, abuelas y padres de los niños tienden a promover la introducción temprana de alimentos y bebidas.

También se identificaron importantes barreras de comunicación con los proveedores de salud al proporcionar información muy técnica, difícil de entender y en ocasiones hasta con llamadas de atención, situación referida por las madres.

Estas situaciones que dificultan la continuidad de la lactancia, en su mayoría son modificables y se deben a la falta de información que podría proveerse con consejería adecuada desde la gestación. Por lo tanto, a nivel individual es necesario comenzar por mejorar los conocimientos de las madres en relación con la lactancia materna exclusiva, así como las habilidades, entre ellas las relacionadas con la técnica del buen agarre. Es fundamental incorporar a las abuelas y los padres en los esfuerzos de promover la lactancia materna exclusiva, ya que ambos influyen en las prácticas de las madres. El abordaje de las barreras identificadas es fundamental para lograr mejorar esta práctica en el país.

Los gineco-obstetras, como expertos en salud reproductiva encargados de la salud femenina, tienen una posición única para guiar a las madres a alcanzar las metas alimentarias de sus hijos. Debido a que la lactancia forma parte integral de la fisiología reproductiva, todos los obstetras deben desarrollar y mantener el conocimiento y las habilidades a través de la guía anticipada, evaluación física y el apoyo hacia la fisiología normal de la lactancia y el manejo de las complicaciones propias de la lactancia. Todo proveedor de la salud obstétrica debe apoyar a la madre a integrar la lactancia en la alimentación diaria, dentro de su comunidad y su área de trabajo.

## JUSTIFICACIÓN

A pesar de conocer perfectamente todos los beneficios y ventajas en la salud materna e infantil con respecto a la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, tanto por parte del personal de salud como de los pacientes y sus familias, se siguen viendo cifras poco prometedoras con respecto a la incidencia de lactancia materna. El uso de sucedáneos sigue observándose en nuestra población, con las correspondientes consecuencias en la salud materna e infantil.

Se ha explicado previamente la importancia del obstetra en la orientación con respecto a la lactancia, por lo que queda claro que nuestra participación previa al nacimiento influye notablemente tanto en la decisión de la familia para lactar al seno materno como en la práctica de la misma.

Nuestra institución sigue adecuadamente los 10 pasos para una lactancia exitosa, se ha certificado previamente y se encuentra en proceso de recertificación, se siguen, entre otras cosas, pláticas durante el puerperio orientativas, se lleva a cabo el contacto piel con piel inmediato y el alojamiento conjunto mientras no existan contraindicaciones para ello. Consiguiendo así una alta tasa de éxito con respecto a la lactancia, sin embargo sigue observándose deserción de la misma en el transcurso de las horas, y por ende un bajo porcentaje de lactancia materna exclusiva en los meses subsiguientes.

Gran parte de la deserción en la lactancia materna exclusiva es la constante de mitos y creencias falsas en torno a ella, por lo que se decide iniciar un taller teórico-práctico orientativo en torno a la lactancia materna dirigido a madres, padres y abuelas durante las últimas semanas de gestación, con la finalidad de solventar dichas dudas y explicar de manera práctica la adecuada técnica de agarre. Posteriormente se evaluará en el puerperio inmediato durante la estancia hospitalaria si dicho taller representa una influencia positiva en la lactancia materna exclusiva a través de un cuestionario. Dicho taller ya ha sido probado en instituciones privadas con buena

aceptación y mejora en la práctica de la lactancia, sin embargo sin seguimiento estadístico del mismo, por lo que se busca demostrar su eficacia en esta institución.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Numerosos estudios a nivel nacional e internacional han recalcado los importantes beneficios de la lactancia materna para madre e hijo, sin embargo aún se observan trabas en la aceptación y seguimiento de la misma por parte de la población de la Unidad Materno-Infantil del ISSSTEP. Se ha observado que durante la primera hora de vida, aunque el personal médico se esfuerce en lograr la lactancia exclusiva, las madres se encuentran llenas de dudas y mitos que impiden que se logre el vínculo esperado. Por lo que se plantea disipar dichas dudas durante el embarazo a través de un taller orientativo, con la finalidad de lograr la confianza en sus propios organismos y permitan dejarse guiar por el personal de salud durante el puerperio. Por lo antes mencionado, surge la siguiente pregunta...

## PREGUNTA

¿La intervención de un taller teórico práctico genera un cambio significativo en la lactancia materna exclusiva durante el puerperio inmediato en la UMI- ISSSTEP?

## HIPÓTESIS

“La intervención de un taller teórico práctico sí genera un cambio significativo en la lactancia materna exclusiva durante el puerperio inmediato en la UMI- ISSSTEP”

## HIPÓTESIS NULA

“La intervención de un taller teórico práctico no genera un cambio significativo en la lactancia materna exclusiva durante el puerperio inmediato en la UMI- ISSSTEP”

## OBJETIVOS

### - Generales

Comparar eficacia al apego de la lactancia materna exclusiva mediante la implementación de un taller teórico-práctico contra un grupo que no tomó el taller.

### - Específicos

1. Desarrollo del taller de lactancia
2. Implementar el taller a un grupo poblacional definido
3. Evaluar el conocimiento sobre lactancia materna antes y después del taller.
4. Evaluar el apego a la lactancia materna en el puerperio inmediato.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### TIPO DE ESTUDIO:

- Comparativo
- ⊙ CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO:
  - Por el agente: maniobra
  - Por la intervención: de intervención, ensayo comunitario
  - Por la obtención de datos: prolectivo
  - Por componentes del grupo: homodémico

### UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL:

- El estudio se llevará a cabo en el Área de Alojamiento Conjunto de la UMI ISSSTEP de noviembre del 2019 a marzo del 2020.

### DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN:

- Toda embarazada que llega a urgencias ginecología a control prenatal a partir de la semana 36.

### SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

- Se seleccionará de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

#### Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes de 18 a 34 años de edad que sí tomaron el taller a partir de la semana 36 de embarazo y se encuentran en puerperio inmediato en alojamiento conjunto.
- ✓ Pacientes de 18 a 34 años de edad que no tomaron el taller y se encuentran en puerperio inmediato en alojamiento conjunto.
- ✓ Pacientes que firmen consentimiento informado aceptando ser parte del estudio.

#### Criterios de exclusión:

- ✓ Madres diabéticas
- ✓ Madres obesas
- ✓ Madres que tomaron el taller antes de la semana 36 de embarazo

- ✓ Bebés prematuros
- ✓ Madres con VIH
- ✓ Madres con tratamientos farmacológicos que contraindiquen la lactancia materna.

#### Criterios de eliminación

- ✓ Pacientes que decidan retirarse del estudio o que no finalicen gestación en la institución.
- ✓ Situaciones que compliquen el puerperio y contraindiquen la lactancia

#### ESTRATEGIA DE TRABAJO

- Etapa 1 . elaboración y aceptación del protocolo de investigación para su registro
- Etapa 1 .Creación del taller de lactancia materna
- Etapa 2. Invitación al taller y firma de consentimiento informado
- Etapa 3. Selección de la muestra
- Etapa 4. Evaluación durante el puerperio inmediato.
- Etapa 6. Recolección de resultados en una base de datos en Excel.
- Etapa 7. Interpretación estadística con el uso de IBM SPSS versión 23

#### MATERIALES Y MÉTODOS

- Para la elaboración del taller:
  - ✓ Llevar a cabo un taller de lactancia materna durante las últimas semanas de gestación, dirigido a madres, padres y abuelas, con las siguientes características.
    - Otorgado por una asesora experta en lactancia o personal capacitado por la misma que haga hincapié en los beneficios para madre e hijo de la lactancia materna.
    - Que ejemplifique de manera práctica las técnicas de un buen agarre.

- Que permita la comunicación retroactiva entre ponente y público.
- Para el consentimiento informado:
  - ✓ Definir un consentimiento que especifique la participación del taller de manera voluntaria, así como la aceptación o no de la realización del cuestionario de evaluación durante su presencia en alojamiento conjunto.
- Para la selección de muestra:
  - ✓ Obtener la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión anteriormente mencionados, siempre y cuando acepten participar en el estudio y cuenten con consentimiento informado firmado.
  - ✓ No probabilístico
  - ✓ Por cuota
- Para la evaluación durante el puerperio inmediato:
  - ✓ Con previo consentimiento informado ofrecer el cuestionario de evaluación
  - ✓ Cuantificar a las pacientes que tomaron el taller y logren la lactancia materna exclusiva durante el puerperio inmediato de acuerdo a información otorgada por personal de enfermería de alojamiento conjunto y recuperación en tococirugía.
  - ✓ Llenado de cuestionario de evaluación tipo Likert con 3 opciones de respuesta por parte de las pacientes previo a su alta del área de alojamiento conjunto.
- Para la recolección de resultados:
  - ✓ Recolectar los cuestionarios llenados y ofrecer calificación de acuerdo a las opciones respondidas.
  - ✓ Vaciar resultados en gráficas y hoja de Excel

#### DEFINICIÓN DE GRUPOS

- Grupo 1: pacientes que no tomaron el taller (n=46)
- Grupo 2: pacientes que tomaron el taller (n=47)

## DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

- Variable dependiente:
  - ✓ Lactancia materna exclusiva
  - ✓ Personal que dará el taller
  - ✓ Cuestionario realizado
  
- Variable independiente:
  - ✓ Antecedentes de lactancia materna con hijos previos
  - ✓ Paridad
  - ✓ Edad materna
  - ✓ Vía de resolución del embarazo

## LOGÍSTICA

### RECURSOS HUMANOS

- Directores de tesis (Dr. Rolando Javier Aguilar Cortázar)
- Asesor metodológico (Dr. Miguel Ángel Martínez Romero)
- Asesor experto en lactancia (Lic. Ángeles Romero Ogawa)
- Alumno (Liliana Martínez Torres)

### RECURSOS FINANCIEROS

- Artículos necesarios para la realización del taller
- Pago a experta en lactancia en caso de requerirse

### ÁREA DE TRABAJO

- Auditorio del área de jubilados
- Alojamiento conjunto de la UMI-ISSSTEP para la evaluación.

## ANÁLISIS

Se realiza análisis descriptivo de la muestra para conocer sus características iniciales e identificar el comportamiento de la misma.

- Variables cualitativas nominales:
  - Lactancia materna exclusiva en puerperio inmediato
  - Lactancia materna en gesta previa
  - Pacientes primigestas
    - Se realiza cálculo de frecuencias para identificar el comportamiento de distribución de las mismas

Tabla 1 Distribuciones de Frecuencias de LME por Tipo de Nacimiento

Tipo de nacimiento	LME Inmediato				LME Mediato			
	No		Sí		No		Sí	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Parto</b>	5	17.2%	24	82.8%	11	37.9%	18	62.1%
<b>Cesárea</b>	12	18.8%	52	81.3%	30	46.9%	34	53.1%
<b>Total</b>	17	18.3%	76	81.7%	41	44.1%	52	55.9%

Tipo de nacimiento	LME Gesta Previa				Primigesta			
	No		Sí		No		Sí	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Parto</b>	2	10.5%	17	89.5%	19	65.5%	10	34.5%
<b>Cesárea</b>	7	15.6%	38	84.4%	45	70.3%	19	29.7%
<b>Total</b>	9	14.1%	55	85.9%	64	68.8%	29	31.2%

Se observan comportamientos muy semejantes al segmentar la información por el tipo de nacimiento, la media de la muestra es de 29 años y el valor para ambos segmentos es semejante

Se puede identificar una mayor dispersión de los datos en el caso de los partos al tener una desviación estándar de 4.39, lo que indica que hay mayor diferencia de edades dentro de ese grupo.

Tabla 1 Comportamiento de la Edad por Tipo de Nacimiento

	Media	Mediana	Moda	Rango	Desviación estándar
<b>Parto</b>	28.83	30.00	30.00	17.00	4.39
<b>Cesárea</b>	29.09	30.00	30.00	16.00	3.38
<b>Muestra</b>	29.01	30.00	30.00	17.00	3.71

Como se muestra en la Figura 1, el diagrama es mucho más amplio en la variable de parto y la caja que se conforma del primer Cuartil al Tercer cuartil es mucho más amplia en parto que en cesárea, las medianas son iguales, así como sus modas, presentándose que son mujeres de mayor edad las que prefieren el parto, para la

construcción de estos gráficos se obtuvieron dos valores atípicos una con 18 años y de 19 años respectivamente.

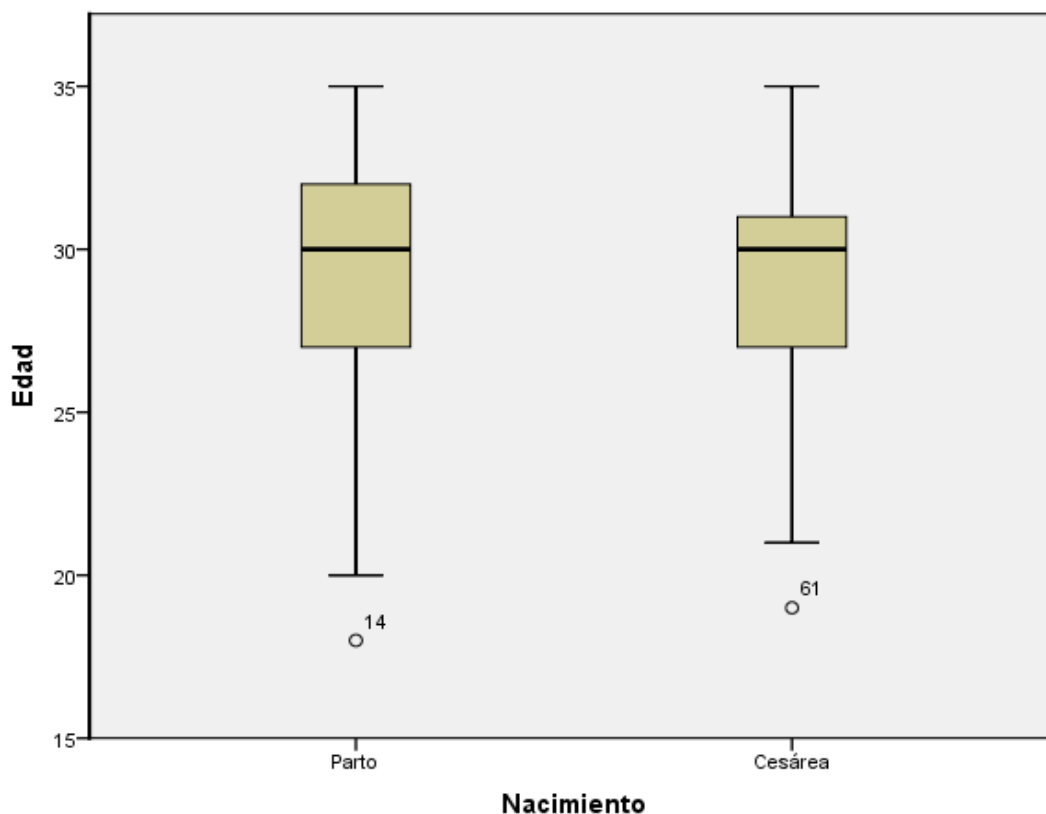


Tabla 1 Distribuciones de Frecuencias de LME por Tipo de Nacimiento

Tipo de grupo	LME Inmediato				LME Mediato			
	No		Sí		No		Sí	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Grupo control</b>	14	30.4%	32	69.6%	29	63.0%	17	37.0%
<b>Grupo experimental</b>	3	6.4%	44	93.6%	12	25.5%	35	74.5%
<b>Total</b>	17	18.3%	76	81.7%	41	44.1%	52	55.9%
Tipo de grupo	LME gesta previa				Primigesta			
	No		Sí		No		Sí	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Grupo control</b>	6	18.8%	26	81.3%	32	69.6%	14	30.4%
<b>Grupo experimental</b>	3	9.4%	29	90.6%	32	68.1%	15	31.9%
<b>Total</b>	9	14.1%	55	85.9%	64	68.8%	29	31.2%

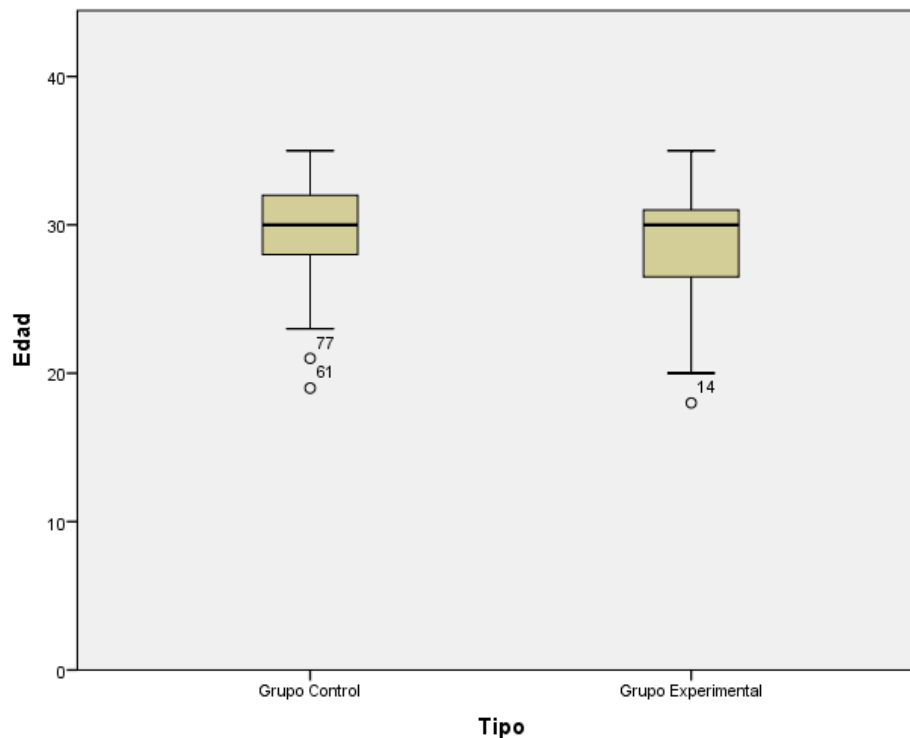
Se identifica dentro de cada grupo un comportamiento ya no homogéneo entre el grupo Control y experimental existiendo mayores diferencias en las distribuciones de lactancia materna exclusiva y el grupo que pertenece

Se realiza teoría de la razón para comprobar si el efecto va de la mano con el taller realizado.

Tabla 1 Comportamiento de la Edad por Grupo

Tipo	Media	Mediana	Moda	Rango	Desviación estándar
Control	29.46	30	30	16	3.52
Experimental	28.57	30	30	17	3.87
Muestra <sup>2</sup>	29.01	30	30	17	3.71

Figura 1 Diagrama Comparativo del comportamiento de la Edad por Grupo



En consideración con el estudio y la aplicación del instrumento se codificó en relación a que a mayor valor de la escala, mayor afinidad por la Lactancia Materna

Si se considera que existen 11 ítems y el valor mínimo que se puede obtener en cada ítem es 1 se puede calcular el piso de la escala que sería 11

Y el valor máximo de cada ítem es 3 por lo que se puede calcular el techo del instrumento es 33

*Tabla 1 Comportamiento de la Escala Inicial y Final*

Tipo	Escala prueba inicial 0 a 100					Escala prueba final 0 a 100				
	Media	Mediana	Moda	Rango	D.E	Media	Mediana	Moda	Rango	D.E.
<b>Control</b>	52.74	45	45	64	17.61	52.74	45	45	64	17.61
<b>Experimental</b>	50.19	45	45	64	17.30	90.55	91	95	27	7.87
<b>Muestra<sup>2</sup></b>	51.45	45	45	64	17.40	71.85	82	95	82	23.32

En la etapa inicial (previo al taller) se muestra un comportamiento homogéneo, esto quiere decir, que ambos grupos tienen semejantes niveles de desempeños cercanos al 50

Posterior al taller se puede distinguir que las medias se separan aún más ya que el valor del grupo control se mantienen cercano a 50 y el grupo experimental incremento su valor a 90.55

En la Figura 3 se puede distinguir el comportamiento homogéneo entre grupos

En la Figura 4 se perciben las diferencias entre el grupo control y el grupo experimental; por lo que se puede percibir que de manera transversal se identifica un comportamiento de mejora.

Figura 1 Diagrama Comparativo Escala Inicial por Grupo

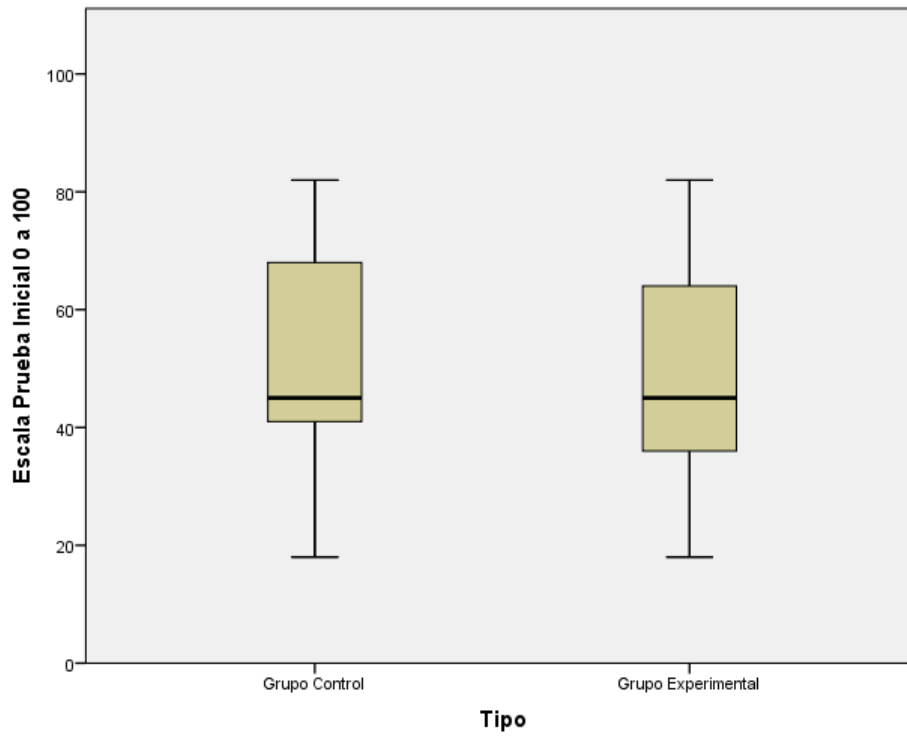
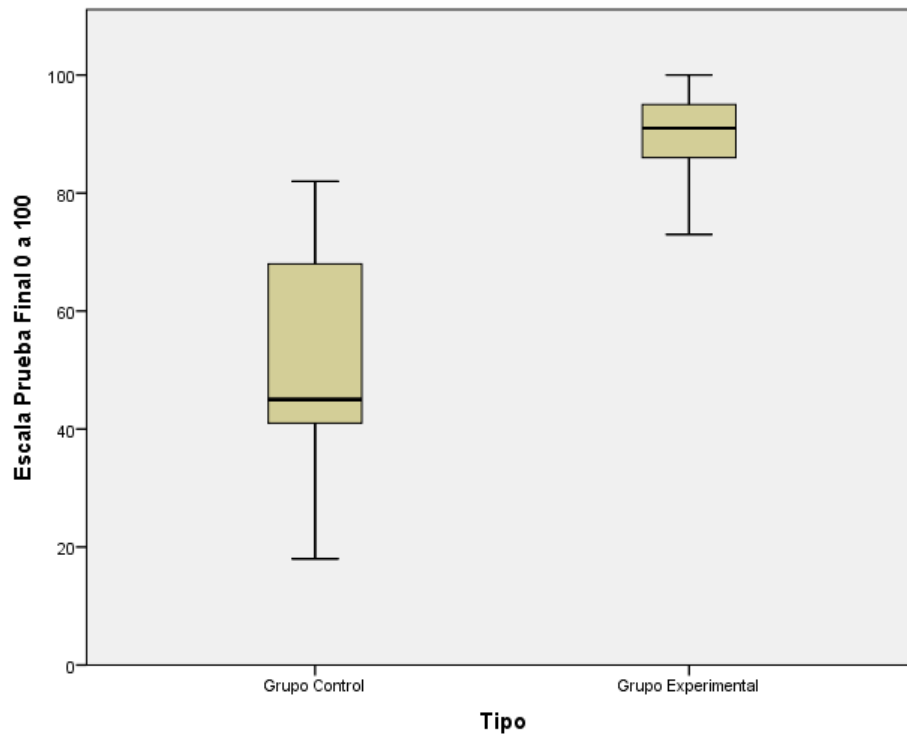


Figura 1 Diagrama Comparativo Escala Final por Grupo



Al tratarse de una análisis de parejas se deberán aplicar pruebas no paramétricas ya que se cumple la condición de no normalidad con respecto a los datos estudiados.

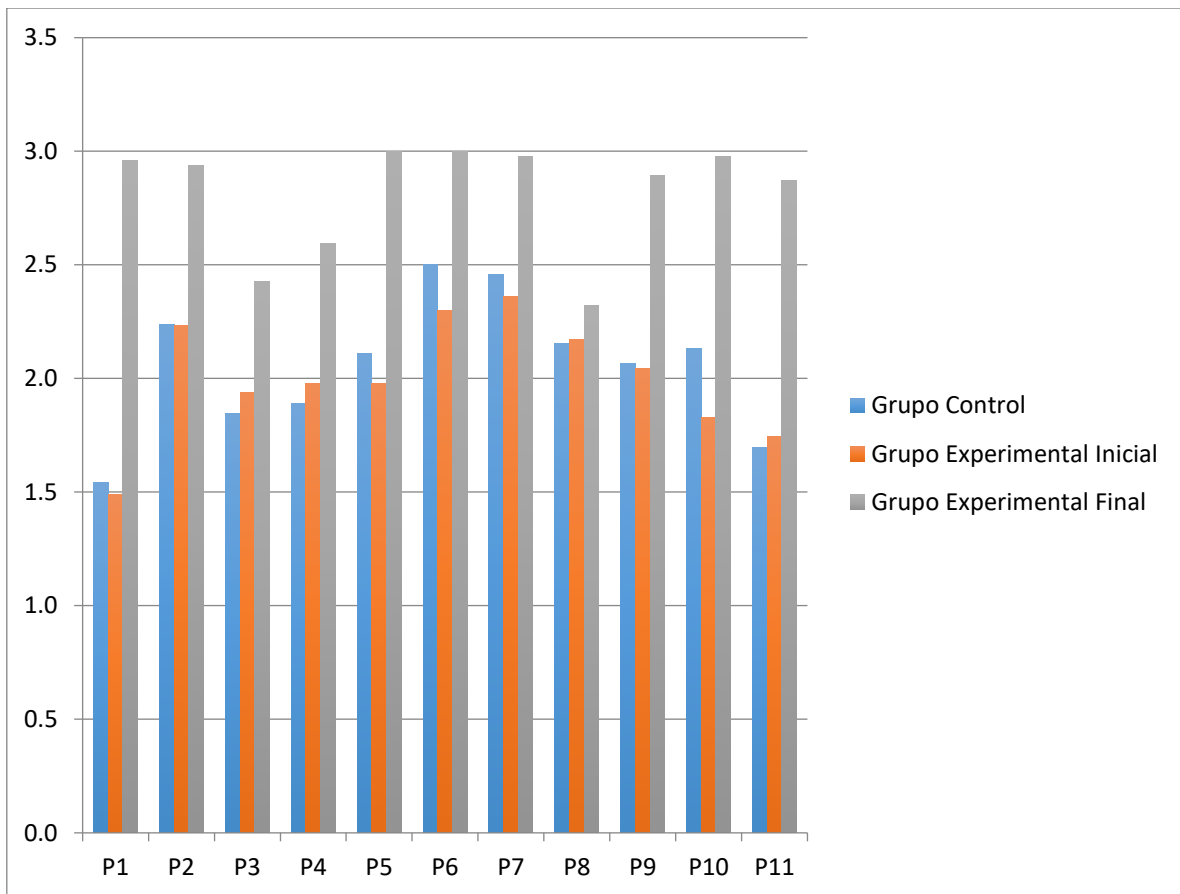
Tabla 1 Pruebas de Normalidad de las Escalas por Grupos

	Tipo	KOLMOGOROV-SMIRNOV <sup>A</sup>			SHAPIRO-WILK		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
<b>ESCALA PRUEBA INICIAL 0 A 100</b>	Grupo Control	.257	46	.000	.901	46	.001
	Grupo Experimental	.171	47	.001	.960	47	.104
<b>ESCALA PRUEBA FINAL 0 A 100</b>	Grupo Control	.257	46	.000	.901	46	.001
	Grupo Experimental	.225	47	.000	.876	47	.000

a. corrección de significación de lilliefors

Se analiza la información para saber cuál es el grado más amplio en su mejora, este análisis ya no es una cuestión transversal sino un análisis comparativo longitudinal

En la Figura 5 se muestra por cada una de los ítems realizado su comparativo con el promedio de las medidas inicial y final en la cual se puede notar que la pregunta número 8 es en la que se percibe el menor nivel de mejora.



Al tratarse de un análisis longitudinal y datos no paramétricos, se aplica la prueba Wilcoxon; la cual rechaza la hipótesis nula de igualdad de medianas; por lo que podemos concluir que la mejora de los miembros del grupo experimental es significativa.

## CONCLUSIÓN

Se puede identificar que el taller tiene la capacidad de desarrollar el conocimiento y la afinidad por la lactancia en las pacientes que tomaron la capacitación.

## ANEXOS

### CUESTIONARIO

1. No hay problema en darle agua al bebé para quitarle la sed

- totalmente de acuerdo
- indeciso
- totalmente en desacuerdo

2. La leche materna exclusiva no es suficiente para nutrir a mi bebé

- totalmente de acuerdo
- indeciso
- totalmente en desacuerdo

3. No me parece estar produciendo suficiente leche para mi bebé, ya que llora mucho y supongo que se queda con hambre.

- totalmente de acuerdo
- indeciso
- totalmente en desacuerdo

4. A mi bebé no le gusta mi leche

- totalmente de acuerdo
- indeciso
- totalmente en desacuerdo

5. Es necesario ponerle horario de tomas de leche a mi bebé para que no pida de más.

- totalmente de acuerdo
- indeciso
- totalmente en desacuerdo

6. La fórmula ayuda a complementar la alimentación de mi bebé y no causa ningún efecto negativo en su salud.

- totalmente de acuerdo
- indeciso
- totalmente en desacuerdo

7. Los ingredientes de la fórmula láctea superan a los de la leche materna, por lo que es más beneficiosa.

- totalmente de acuerdo
- indeciso
- totalmente en desacuerdo

8. Me resulta tan doloroso amamantar que no me es posible continuar con lactancia exclusiva.

- totalmente de acuerdo
- indeciso
- totalmente en desacuerdo

9. Considero necesario dar una toma de fórmula por la noche para que mi bebé pueda dormir bien toda la noche.

- totalmente de acuerdo
- indeciso
- totalmente en desacuerdo

10. Es necesario que mis pechos se llenen bien antes de la siguiente toma para que tenga más leche.

- totalmente de acuerdo
- indeciso
- totalmente en desacuerdo

11. No es tan importante el tiempo en que mi bebé se mantenga succionando, ya que no afecta directamente a su nutrición

- totalmente de acuerdo
- indeciso
- totalmente en desacuerdo

## BIBLIOGRAFÍA

1. [https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias\\_29440.htm](https://www.unicef.org/mexico/spanish/noticias_29440.htm)
2. Lactancia materna exclusiva en < 6 meses de edad (%) según características socioeconómicas y demográficas, ENN 1999, Ensanut 2006 y Ensanut 2012, México.
3. [https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas\\_publicaciones/LACTANCIA\\_MATERNA.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/LACTANCIA_MATERNA.pdf)
4. Kathleen H. Chaput PhD, Alberto Nettel-Aguirre PhD Pstat et al. *Breastfeeding difficulties and supports and risks of postpartum depression in a cohort for women who have given birth in Calgary: a prospective cohort study.* CMAJ OPEN 2016; 4(1): 103-109
5. *Breastfeeding: achieving the new normal.* The Lancet 2016; 387: 404
6. Emily F. Gregory, MD; Arlene M. Butz, ScD, RN,CRNP et al. *Are unmet breastfeeding expectations associated with maternal depressive symptoms?* Academic Pediatrics 2015; 15: 319-325
7. Cesar G Victora, Rajv Bahl, Aluisio J D Barros et al. *Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect.* The Lancet 2016; 387: 475-490
8. Catarine S. Silva, Marilia C Lima, et al. *Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life.* Jornal de pediatria. 2016; 461: 1-9
9. Cynthia G. Colen, David M. Ramey. *Is breast truly best? Estimating effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons.* Elsevier Social Science and Medicine. 2014; 109-55-65
10. Sukhee Ahn, Elizabeth J. Corwin *The association between breastfeeding, the stress response, inflammation, and postpartum depression during the postpartum period: prospective cohort study* International Journal of nursing studies 2015; 2583: 1-9

11. Kerri M. Raissian, Jessica Houston Su *The best of intentions: prenatal breastfeeding intentions and infant health* SSM- Population Health 5 2018; 86-100.
12. Jin Young Nam, Young Choi et al. *The synergistic effect of breastfeeding discontinuation and cesarean section delivery on postpartum depression: A nationwide population-based cohort study in Korea.* Journal of affective disorders 2017; 218: 53-58
13. Aguilar Cordeo María José, Sanchez López Antonio Manuel y cols. *Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática.* Nutrición Hospitalaria 2015; 31(2): 606-620
14. Carley J Pope, Dwight Mazmanian et al. *Breastfeeding and postpartum depression: Assessing the influence of breastfeeding intention and other risk factors.* Journal of affective disorders. 2016; 200: 45-50
15. Nigel G Collins, Nita Bhandari. *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?* The lancet 2016; 387: 491-504
16. Reifsnider Elizabeth, Flowers Jenna *The relation between breastfeeding, postpartum depression, and postpartum weight in mexican american women.* The association of women's health, obstetric and neonatal nurses. 2016; 120: 1-12
17. Meedya Shahla, Fahy Kathleen *Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review.* Women and birht 2010; 23:135-145
18. Stuebe Alison MD. *Optimizing support for breastfeeding as a part of obstetric practice.* The american college of obstetrician and gynecologists 2016; 658: e86-e92.
19. Sherrif Nigel, PhD, Hall Valeri PhD et al. *Engaging and supporting fathers to promote breastfeeding: a concept analysis.* Midwifery 2013; 1016: 1-11
20. Balager Martinez Josep Vicent, Valcarce Pérez Inmaculada, et al. *Telephone support for breastfeeding by primary care: a randomised multicentre trial.* Anales de pediatria 2018; 2390: 1-8.
21. Sun Kyung Kim, Seyeon Park, et al *Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-*

*analysis of randomized controlled trials.* International journal of nursing studies  
2018; 80: 94-105.