Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Tesis

Intervención para Aumentar la Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva: Ensayo Clínico Aleatorio

Para Obtener el Grado de
Licenciada en Enfermería

Presenta:
Cabañas Benitez Gisela
Guzmán Mendoza Edith

Director de Tesis:
Erick Landeros Olvera PhD.

Mayo 2016

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Tesis

Intervención para Aumentar la Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva: Ensayo Clínico Aleatorio

Presenta:
Cabañas Benitez Gisela
Guzmán Mendoza Edith

Director de Tesis:
Erick Landeros Olvera PhD.

Co-Director:
MCE. Rosa María Tlalpan Hernández

Para Obtener el Grado de
Licenciada en Enfermería

Número de registro

178/2015

Mayo 2016

Jurado Revisor

Presidente: MCE. Ma. Araceli García López ID 100234466

Secretario: MCE. María de Lourdes Morales Espinoza ID 100256777

Vocal: DCE. Erick Alberto Landeros Olvera ID 100408533

Agradecimientos

Especialmente a Dios por habernos permitido concluir esta etapa de nuestra formación profesional y alcanzar uno más de nuestros sueños finalizando con éxito y entusiasmo para continuar trabajando por nuestra disciplina.

A nuestras madres Gabriela y Margarita, porque sin ustedes esto no habría sido posible, gracias por sus consejos, comprensión, apoyo, consuelo, regaños y amor incondicional en todo momento, las amamos.

A nuestros Padres y hermanos quienes de forma incondicional, entendieron nuestras ausencias y malos momentos, que con su esfuerzo y dedicación contribuyeron en nuestra educación y en la realización de este trabajo, sin su apoyo esto no habría sido posible.

A nuestras amigas Luz y Dulce con las que compartimos el mismo gusto por la investigación, gracias por su compañerismo, cariño, comprensión y apoyo, porque a pesar de pertenecer a dos equipos distintos siempre fuimos uno solo, y esto es solo el comienzo de muchos proyectos juntas; así mismo agradecemos a Angie por sus consejos y apoyo, porque a pesar de la distancia, siempre te sentimos cerca y estuviste ahí cuando te necesitamos.

Por ultimo pero no menos importante queremos agradecer al Dr. Erick, quien con su entusiasmo y pasión nos ha mostrado la verdadera esencia de la investigación, y también fue gracias a usted que nos cambió la perspectiva de la esencia de enfermería, gracias por su tiempo, de antemano sabemos que en usted tenemos a un gran amigo y padrino.

Gisela Cabañas Benitez

Edith Guzmán Mendoza

2016

Dedicatoria

Dedicamos este proyecto a nuestras familias que a pesar de los problemas, estos no fueron obstáculo para frenar nuestra meta, sepan que nuestros logros también son suyos, y jamás los defraudaremos.

A nuestro director de tesis, porque en este trabajo se puede ver reflejado su tiempo y dedicación, siéntase orgulloso que sus conocimientos tendrán trascendencia en nosotras, dado que usted nos inspira a seguir su ejemplo en el camino de la investigación.

A nuestra máxima casa de estudios que nos formó como profesionistas, de la cual siempre estaremos orgullosas.

Resumen

Candidato para el título de Licenciado en Enfermería: Cabañas Benitez Gisela
Guzmán Mendoza Edith
Fecha de Graduación: Mayo 2016
Universidad: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Unidad Académica: Facultad de Enfermería
Título del Estudio: Intervención para Aumentar la Autoeficacia en la Lactancia Materna Exclusiva: Ensayo Clínico Aleatorio.

Número de páginas: 82
Área de Estudio: Enfermería Clínica

Objetivo: Identificar el efecto de una intervención educativa de Enfermería controlada sobre los niveles de autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en mujeres que cursaron puerperio mediato.

Método: Ensayo Clínico Aleatorio (ECA), con medición test- re test, dado que se manipulo intencionalmente la autoeficacia a través de una intervención educativa en mujeres puérperas.

Resultados: Existe una diferencia significativa después de aplicar una intervención en forma de taller teórico-práctico (*t*= -6.667, *gl*= 58, *p*= *.000)***.** Estos resultados fueron respaldados con el análisis descriptivo: la Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva aumento de la medición test a la medición re-test, en el grupo control vs. grupo experimental ($\bar{X}$ =76.37 a ($\bar{X}$ = 78.75 vs. ($\bar{X}$ = 76.37 a ($\bar{X}$ = 94.82).

Conclusión: La intervención educativa teórico-práctica de Enfermería en mujeres de puerperio mediato para aumentar la Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva, obtuvo un cambio positivo y estadísticamente significativo en los niveles de Autoeficacia en comparación con un grupo paralelo con manejo habitual.

Tabla de Contenido

Páginas

Capitulo I

Introducción

1.1Planteamiento del problema

1.2 Marco conceptual 5

Ubicación del problema de estudio en la teoría 10

Definición conceptual de términos 12

Estudios relacionados 12

1.3 Objetivos 16

Objetivo general 16

Objetivos específicos 16

Hipótesis 16

Capitulo II

Metodología 17

2.1 Diseño de estudio 17

2.2 Población 17

2.3 Criterios de selección 17

Criterios de inclusión 17

Criterios de exclusión 17

Criterios de eliminación 18

2.4 Muestra y Muestreo 18

2.5 Variables de estudio 19

Definición operacional de la variable 19

Características de la variable 20

2.6 Instrumentos de recolección de datos 20

2.7 Procedimiento de recolección de datos 21

2.8 Estrategias de análisis 25

2.9 Ética de estudio 25

Capitulo III

Resultados 27

Capitulo IV

Discusión 39

Conclusión 45

Referencias 46

Apéndices 51

Apéndice A. Consentimiento informado 51

Apéndice B. Cédula de Factores sociodemográficos 53

Apéndice C. Escala de Autoeficacia de Amamantamiento Versión Corta 55

Apéndice D. Guía para Facilitadores 59

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de promoción de la salud, Pender, N.J., 1996. 9

Figura 2. Derivación teórica. 11

Figura 3. Intervención grupo experimental. 22

Figura 4. Intervención grupo control. 24

Figura 5. Desgaste de la muestra. 27

Figura 6. Histograma de frecuencias. 33

Figura 7. Diagrama de caja test variable Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva (ALME). 36

Figura 8. Diagrama de caja re-test variable Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva (ALME). 38

Lista de Tablas

Tabla 1. Características de la variable. 20

Tabla 2. Persuasión verbal aplicada al grupo experimental. 23

Tabla 3. Edad y escolaridad de las participantes. 28

Tabla 4. Prueba *t* de Student para edad. 28

Tabla 5. Prueba *t* de Student para años de escolaridad. 29

Tabla 6. Características socio-demográficas y clínicas. 30

Tabla 7. Coeficientes alfa de Cronbach para la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva. 31

Tabla 8. Coeficientes alfa de Cronbach por grupo y por medición. 31

Tabla 9. Prueba de Kolmogorov-Smirnov. 32

Tabla 10. Autoeficacia en ambos grupos medición test. 35

Tabla 11. Prueba *t* de Student medición test. 35

Tabla 12. Autoeficacia en ambos grupos medición re-test. 37

Tabla 13. Prueba *t* de Student medición re-test. 37

Capítulo I

Introducción

1.1Planteamiento del problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), la Lactancia Materna Exclusiva (LME) es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños, combinada con la alimentación complementaria, la Lactancia Materna óptima previene la desnutrición y puede salvar la vida a más de un millón de niños. Este organismo informa que la LME ha disminuido y está en deterioro, especialmente en las poblaciones más vulnerables; algunas de las causas son el consumo de fórmulas y de otras leches no maternas, así como en el consumo de agua en menores de 6 meses de edad, esto a causa de la constante modernización (González de Cosío, 2013).

En la actualidad se han ignorado la recomendación realizada por la OMS de llevar la LME durante los primeros 6 meses de vida, esto conlleva a problemas de salud en el lactante y a largo plazo en el preescolar como desarrollar alergias, problemas en el lenguaje y en un futuro padecer obesidad. La práctica de la Lactancia Materna debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años de edad de acuerdo a lo establecido con la NOM-007-SSA2-2010, en el apartado 5.7 donde se protege y fomenta la LME del recién nacido (Secretaria de Salud [SS], 2010; OMS, 2014).

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, menos de la mitad de los lactantes empiezan a amamantarse en los primeros 60 minutos después del parto y más del 60% de los lactantes no son alimentados exclusivamente con leche materna hasta el sexto mes de edad, según estadísticas reportadas por la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2013).

En México la situación no es diferente, datos de las últimas Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición (ENSANUT, 1999, 2006 y 2012), indicaron que la Lactancia Materna no es mayor a lo establecido en la NOM-007-SSA2-2010 (9.7, 10.4, 10.2 meses respectivamente). El porcentaje de lactantes menores de seis meses de edad bajó entre el año 2006 y 2012 de 22.3% a 14.5% respectivamente y fue dramático en el medio rural donde descendió a la mitad, de 36.9% a 18.5% (ENSANUT, 2012).

Por entidad federativa, la situación es similar al resto de la República Mexicana, en el Estado de Puebla, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009), el 93% de las mujeres poblanas lactaron a sus hijos en promedio hasta los 10.1 meses, enfatizando que los niños y niñas de madres sin instrucción o con primaria incompleta lactaron 13.6 y 13.2 meses respectivamente; mientras que las mujeres con nivel de escolaridad superior en promedio amamantaron a sus hijos 6.3 meses. Estas diferencias posiblemente responden a que las mujeres con mayor nivel académico cuentan con empleos que no les permiten continuar la lactancia por cuestiones de tiempo o porque en su lugar de trabajo no cuentan con las condiciones adecuadas para extraer la leche, informa la Academia Americana de Pediatría (AAP, 2010).

Esto repercute en la incorporación de la ablactación, puesto que se ha identificado inicia antes de lo recomendado según organismos internacionales, en promedio antes de los cinco meses de edad. Regularmente se inicia con el consumo de agua o té; a los 5.4 meses los lactantes toman leche en polvo, de vaca o de otro tipo, además en promedio a los 6 meses comienza la ingesta de purés de frutas y verduras, así como de jugos (ENADID, 2009).

Se muestra que la LME no solo es un gran aporte nutritivo sino que además otorga al lactante un completo y eficaz desarrollo orgánico, cerebral, somático y maxilofacial; reduciendo la mortalidad infantil durante el periodo crítico del primer año de vida; los

resultados de un meta-análisis en donde se analizaron 288 estudios informa que la Lactancia Materna protege contra el síndrome de muerte súbita del lactante, y este efecto es más fuerte cuando la lactancia es exclusiva (Hauck, et al., 2011).

Un meta-análisis realizado con más de 400 estudios, informó que los lactantes que se amamantaron de LME posteriormente presentaron un mayor nivel de rendimiento escolar y rendimiento en pruebas de inteligencia, asociándose con un mejor coeficiente intelectual (Horta, et al., 2015). Una revisión sistemática de 40 ensayos clínicos aleatorios describió que la LME reduce el riesgo de diarrea e infecciones respiratorias (Horta et al., 2013). En otra revisión sistemática conformada por 113 estudios, en donde se encontró que la LME se asocia con una disminución del riesgo de sobrepeso y obesidad infantil, así como la prevención de otras enfermedades (Cordero et al., 2015).

En cuanto a los efectos sobre la salud de la madre, diversas investigaciones indican que la LME se asocia con una disminución del riesgo de diabetes mellitus tipo 2, cáncer de mama y de ovario (Gonzalez Mariño, 2012), asimismo desde el punto de vista psicológico, une el binomio madre e hijo ayudando a disminuir el abandono de la LME.

Sin embargo, a pesar de grandes esfuerzos que se dan a nivel mundial y nacional, para fomentar la LME aún falta por fortalecer y difundir más información, dada la relevancia en salud materno-infantil que tiene este tema. De esta forma se incluye a todo el personal de salud para cumplir esta meta, sin embargo por la formación y su paradigma parece más adecuado para Enfermería.

El profesional de Enfermería dentro de sus múltiples roles como la docencia, la investigación y la clínica, siempre tienen presente el rol de educador. De acuerdo con la evidencia publicada se han encontrado que las intervenciones de Enfermería son construidas bajo resultados de investigación previos, por ello la importancia para la

disciplina de desarrollar intervenciones seguras y efectivas que influyan directamente en la autoconfianza percibida que posee la mujer en puerperio para poder lactar de manera inmediata a su hijo, dado que esta representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme la autoconfianza es mayor, aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta (Aristizábal et al., 2011).

La autoconfianza es un elemento cognitivo que teóricamente se identifica como Autoeficacia, para esta investigación se define como la confianza que una madre tiene para poder lactar de manera exclusiva a su hijo recién nacido.

Identificar el nivel de Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva (ALME) en mujeres recién paridas podría ayudar al equipo de salud a enfatizar cuidados específicos para mejorar esta práctica, dado que se ha identificado que el contacto piel a piel de la madre con el recién nacido después del parto, mejora la ALME y conlleva a la prevalencia de esta práctica después del alta hospitalaria (Aghdas et al., 2014; Costa et al., 2013). Otras investigaciones han encontrado que factores de tipo biológico, sociocultural y económico tienen efecto positivo relacionado a la Autoeficacia de la madre para llevar a la practica la LME (Peripolli et al., 2013; Lemos et al., 2012; Oliver Roig, 2012).

Como elemento cognitivo, la Autoeficacia puede ser manipulada por medio de la persuasión verbal, a esta situación las intervenciones educativas de Enfermería bajo un diseño controlado pueden garantizar el aumento del nivel de ALME. En otros estudios se han implementado diversas estrategias como la utilización de álbumes y trípticos educativos que fomentan un aumento en la confianza de las madres para la Lactancia (Melo et al., 2013).

Sin embargo las poblaciones que abarcan estos estudios son en su mayoría anglosajonas, europeas y no latinoamericanas, además que los diseños de estas publicaciones han sido descriptivas, correlaciónales y comparativas, utilizando metodología experimental en poca proporción, pero con algunos déficits metodológicos como el control de las variables confusoras, el cálculo de la muestra y el empleo de un grupo control; situaciones que pudieran ser subsanadas diseñando un Ensayo Clínico Aleatorio (ECA), donde se evalué la seguridad y eficacia de la intervención implementada. Bajo la evidencia publicada y los argumentos que se han planteado se presenta la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de una intervención educativa de Enfermería en mujeres de puerperio mediato sobre los niveles de Autoeficacia durante la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva?.

1.2 Marco conceptual

En la ciencia del cuidado, existen diversos elementos teóricos-metodológicos que dan conocimiento único a la Enfermería, los cuales sustentan los cuidados que se brindan en la práctica diaria, inervando a la disciplina en el método científico.

Un ejemplo de estos referentes son los modelos de Enfermería que se encargan de crear imágenes mentales acerca de un fenómeno de la realidad y de interés para la disciplina, para poder guiar la práctica y aterrizarla de manera que pueda ser llevada a un contexto real con el fin de obtener resultados en beneficio de los cuidados.

Uno de estos modelos, es el propuesto por Nola J. Pender (1996) denominado modelo de promoción de la salud (MPS) donde se postula que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, este pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud. Enfatiza el nexo entre características personales, experiencias,

conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos de salud que se pretenden lograr.

Aunque el MPS se ha consolidado como una teoría inminentemente utilizada por la disciplina de Enfermería es una teoría prestada, la cual nos demuestra cómo un teoría desarrollada por otra disciplina se coloca dentro de un contexto de la Enfermería (Villarruel et al., 2001). Está constituida principalmente por dos modelos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura (1977) y el Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana de Feather (1959). A continuación se explica el modelo: el MPS se propuso como un marco para la integración de las perspectivas de Enfermería y ciencias de la conducta en los factores que influyen en los comportamientos de salud (Pender, 2002). La perspectiva del MPS se plasma en la Figura 1, en la cual se puede ubicar los componentes por columnas de izquierda a derecha representando cada uno de ellos un constructo. El primer constructo trata sobre las *Características y experiencias individuales*, conformado por dos conceptos. El primer concepto es la Conducta previa relacionada, donde se explica la frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado, los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo se refiere a los Factores personales, caracterizados como Biológicos (sexo, edad), Psicológicos (autoestima, automotivación, competencia personal y el estado de salud percibido) y Socioculturales (raza, religión, etnia, cultura, educación y nivel socioeconómico). Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta.

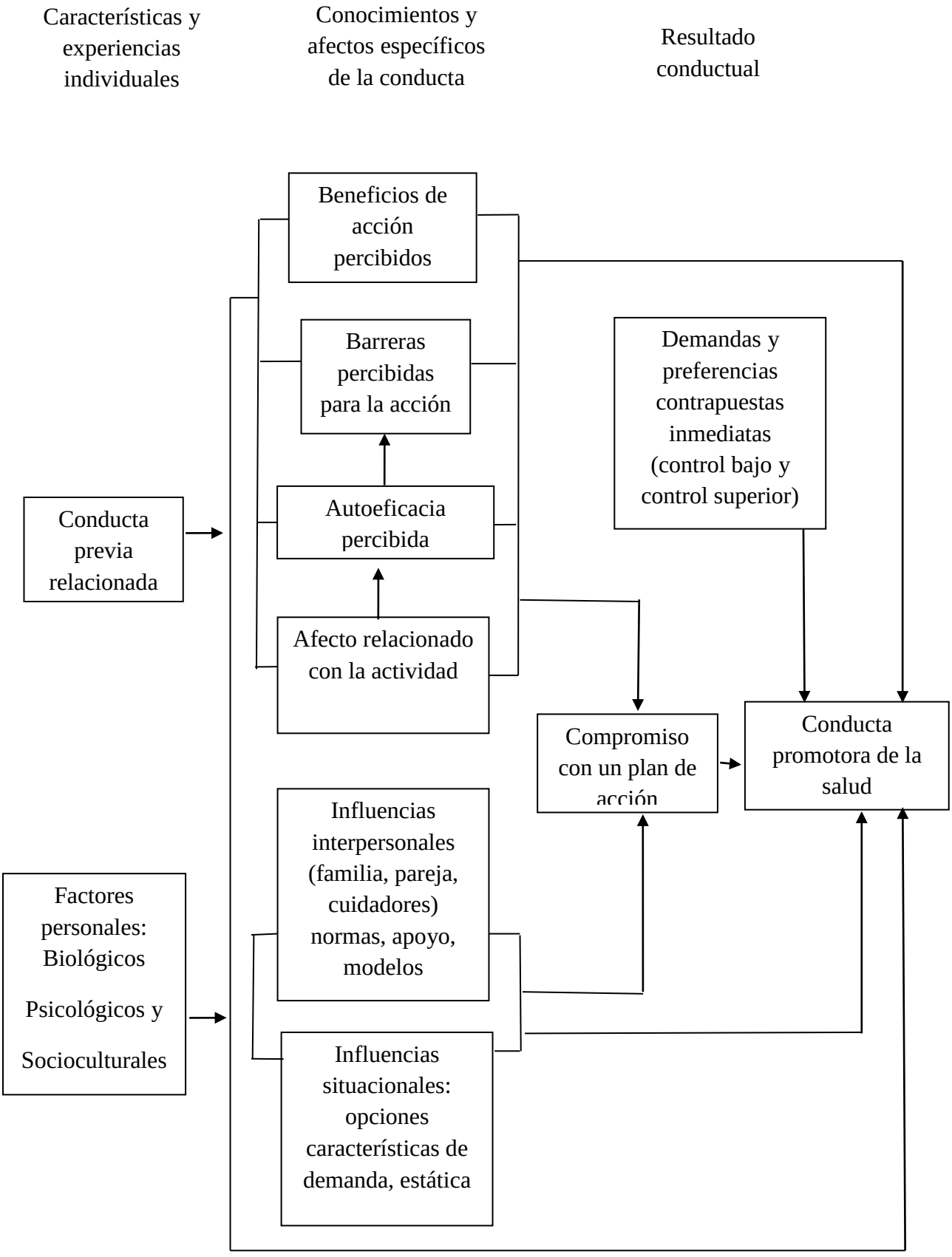
Los componentes del segundo constructo se relacionan con los *Conocimientos y afectos específicos de la conducta*, están consideradas como de mayor importancia motivacional; estas variables son modificables mediante acciones de Enfermería, comprenden seis

conceptos. El primer concepto son los Beneficios de acción percibidos, que son los resultados positivos anticipados a los cuales se llegarán a través de una conducta de salud, estos pueden ser beneficios intrínsecos y extrínsecos. El segundo concepto se refiere a las Barreras percibidas para la acción, las cuales son apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que puedan obstaculizar el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real, estas pueden ser imaginadas o reales. El tercer concepto es la Autoeficacia percibida, como el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. La Autoeficacia percibida influye sobre las Barreras de acción percibidas, de manera que una mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta. Este constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo ya que representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta. El cuarto concepto es el Afecto relacionado con la actividad, en el cual se incluyen los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta. El Afecto relacionado con la actividad influye en la Autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo, mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor efecto positivo. El quinto concepto habla de las Influencias interpersonales que son cogniciones referentes a las conductas, creencias o actitudes de los demás y donde las fuentes primarias son las familias, las parejas y los cuidadores de salud, además que se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios, el ultimo concepto son las Influencias situacionales, que son percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puede facilitar o impedir una conducta (incluyen las

percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos) en el entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas promotoras de la salud. Las Influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud.

Los componentes del tercer constructo es el *Resultado conductual*, el primer concepto es el Compromiso con un plan de acción, es el concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada, que lleva a la implantación de una conducta de salud, que constituye el precedente para el resultado final deseado. El segundo concepto son las Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas, son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. El tercer concepto es la Conducta promotora de la salud, este es el punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

Figura 1. Modelo de promoción de la salud, Pender, N.J., 2014

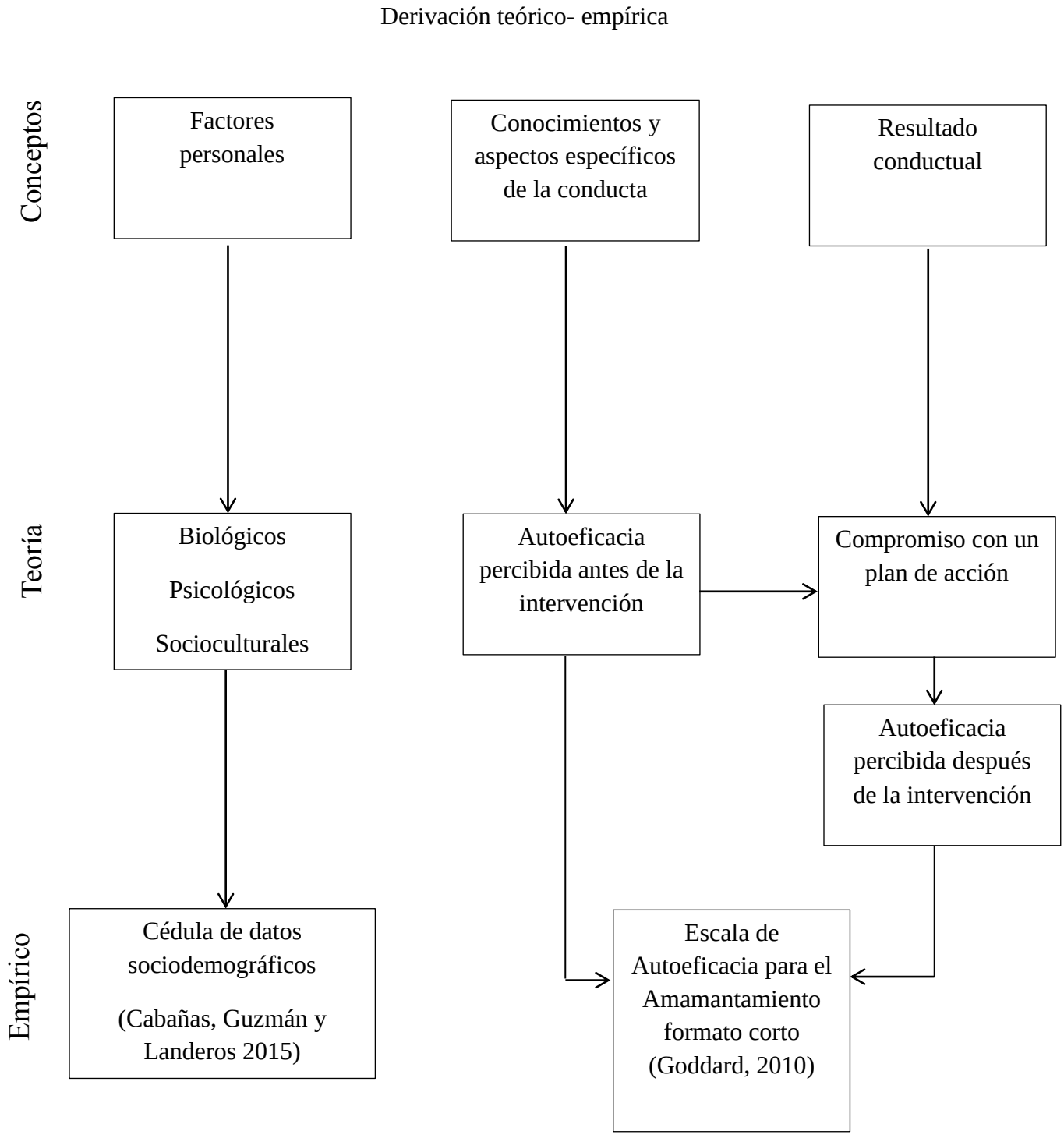


Ubicación del problema de estudio en la teoría

Para el presente estudio se seleccionaron cuatro conceptos: Del primer constructo se describirán Factores Biológicos (edad), Socioculturales (educación y nivel socio económico). Del segundo constructo se medirá la Autoeficacia con la Escala de Autoeficacia para el Amamantamiento formato corto (Goddard, 2010), y se describió el efecto de las Influencias interpersonales (cuidadores de salud) utilizando una intervención educativa teórica-practica.

A continuación se ejemplifican los cuatro conceptos utilizados en esta investigación a través de la figura 2.

Figura 2. Derivación teórica



1.2.1 Definición conceptual de términos

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) es la alimentación del recién nacido con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

La Autoeficacia es un elemento cognitivo, la cual se define como el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar un curso particular de acción, para fines de esta investigación se define como la confianza que posee la mujer puérpera para poder amamantar a su hijo recién nacido y se pretende modificar mediante una intervención educativa de Enfermería utilizando la persuasión verbal.

1.2.2 Estudios relacionados

Awano y Shimada (2015), realizaron un estudio en Japón de tipo cuasi-experimental con test y pos test, el propósito fue desarrollar un programa que incluía a la Autoeficacia para la Lactancia Materna (ALM) en mujeres puérperas. El programa incluyó: información sobre las ventajas y los aspectos básicos de la Lactancia Materna, una lista de verificación para evaluar la Lactancia Materna, un folleto y material audiovisual, el cual se les proporcionaba a las madres durante su estadía en el hospital después del parto. La muestra se conformó por 117 mujeres primíparas, el grupo de intervención con una n = 55 y el control con una n = 62. Para evaluar la efectividad del Programa de ALM, se realizaron medición en el postparto temprano, antes de la intervención y después de un mes implementada la intervención. El estudio utilizó la versión japonesa de la Escala de ALM. Los resultados indicaron que el grupo de intervención aumentó significativamente en el posparto temprano en un mes después del nacimiento ($\bar{X} = 34.8 \pm 1.1$ *vs.* $\bar{X} = 49.9 \pm 0.9$, $p < .01$). Para el grupo control, la puntuación aumentó al postparto temprano en un mes después del nacimiento ($\bar{X} = 39.5 \pm 1.5$ *vs.* $\bar{X} = 46.5 \pm 1.7$, $p = .03$). Concluyendo que el

programa de autocuidado para la Lactancia Materna aumenta la Autoeficacia de las madres en ambos grupos, obteniendo un efecto positivo sobre la continuación de la Lactancia Materna.

Melo et al., (2015), realizaron un estudio experimental, en 201 mujeres post parto, con el objetivo de construir, validar y evaluar una intervención educativa, utilizando un rotafolio titulado "yo puedo amamantar a mi hijo", utilizando pre prueba, intervención y prueba posterior, además de un grupo control (n=101) y grupo de intervención (n=100). Los resultados indicaron que la intervención fue benéfica, dado que las madres del grupo de intervención tuvieron puntajes altos de ALM ($\bar{X} = 55.5 \pm 6.63$ *vs.* $\bar{X} = 58.2 \pm 5.02$, p <.032), mientras que en el grupo control disminuyo 2.1 puntos ($\bar{X} = 54.7 \pm 5.68$ *vs.* $\bar{X} = 53.5 \pm 9.15$, $p < .032$). Concluyendo que la intervención educativa reforzada por el rotafolio tuvo resultados positivos en el aumento de la Autoeficacia materna, relacionada con una mayor adherencia y una mayor duración del amamantamiento dos meses después del parto.

Melo et al., (2013), realizaron un estudio pre-experimental en 100 mujeres puérperas Brasileñas, con el objetivo de verificar la ALM antes y después de una intervención educativa. Los resultados mostraron un aumento en las puntuaciones de la escala después de la intervención, la cual consistió en la implementación de un álbum de serie titulado "puedo amamantar a mi bebé" , obteniendo significancia estadística en las puntuaciones totales de la Escala de ALM entre el pre y post intervención ($\bar{X} = 55.3 \pm 6.52$ *vs.* $\bar{X} = 54.7 \pm 5.79$, p <.002). Concluyendo que la tecnología educativa implementada a las puérperas fue eficaz en cuanto al aumento de la Autoeficacia materna para amamantar, resultando en el alcance de buenos índices de Lactancia Materna.

Aghdas et al., (2013), realizaron un ensayo clínico aleatorizado, en 114 mujeres primíparas con el objetivo de evaluar el efecto de una intervención que consistió en el contacto piel a piel para favorecer la Lactancia Materna. Divididos en dos grupos experimental (n=57) y grupo control (n=57). Los recién nacidos del grupo experimental se colocaron desnudos contra la piel de sus madres en posición prona durante las primeras dos horas de vida, mientras que los recién nacidos del grupo control recibieron la atención habitual (colocación en cuna térmica, medidas antropométricas y aplicación de la vitamina k). Los resultados arrojaron que los grupos experimental respecto al grupo control mostraron diferencias estadísticamente significativas en la Escala de ALM ($\bar{X} = 53.42 \pm 8.57$ *vs.* $\bar{X} = 49.85 \pm 5.50$, $p = .0008$). Concluyendo que el contacto piel a piel aumenta la ALM y puede prevenir la interrupción prematura del amamantamiento.

Peripolli et al., (2014), efectuaron un estudio con el propósito de analizar los factores relacionados al periodo prenatal y al periodo posparto que interfieren en la ALM. Este estudio se llevó acabo en 322 puérperas internadas en alojamiento conjunto con sus hijos en un hospital de Brasil. Para la recolección de datos se utilizó un formulario donde se enunciaban las características y factores obstétricos relacionados con el periodo prenatal y el puerperio, además se implementó la Escala de ALM. Los resultados mostraron que con respecto a la edad de las mujeres en puerperio, el promedio fue de 26 años de edad, el 36% tiene la escuela primaria incompleta, el ingreso mensual promedio es de 1.9 salarios mínimos y la mayoría de las participantes eran solteras (66%). En cuanto a los resultados en Autoeficacia, 261 puérperas (81%) tenían una alta Autoeficacia, mientras que 61 puérperas (19%) tenían Autoeficacia media. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre amamantar al bebé después de la primera hora del parto ($p = .018$) con la ALM.

Concluyendo que colocar al bebé para que succione después de la primera hora después del parto se relaciona con la ALM.

En resumen, los estudios para aumentar la ALM recientemente publicados han realizado intervenciones con metodología experimental antes y después del parto, con apego piel a piel y la mayoría de ellos han sido cuasi experimentales; sin embargo estos resultados a pesar de que la ALME aumenta significativamente después de una intervención no son suficientemente claros, dado que los procedimientos para mostrar grupos paralelos y realizar contrastaciones estadísticas entre estos, no han sido tratados bajo la metodología de un Ensayo Clínico Aleatorio (ECA) que pudieran fortalecer los procedimientos de los estudios relacionados, garantizando la confiabilidad de los resultados apegados a metodología experimental.

Dada la evidencia de la literatura y el déficit de conocimiento que existe sobre la Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva en grupos de mujeres puérperas específicamente en población mexicana y la implementación de un Ensayo Clínico Aleatorio como diseño de estudio es que se plantean los siguientes objetivos.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Identificar el efecto de una intervención educativa de enfermería controlada sobre los niveles de Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres que cursaron puerperio mediato.

1.3.2 Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas de las participantes.

Describir y contrastar estadísticamente los cambios en la Autoeficacia para la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva del grupo control versus grupo experimental.

1.4 Hipótesis

Si la confianza que una persona posee para poner en acción una conducta promotora de salud, puede ser mejorada a través de la persuasión verbal, entonces al realizar una intervención educativa teórico-práctica para favorecer la Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres de puerperio mediato, se obtendrá un cambio positivo y estadísticamente significativo en comparación con un grupo paralelo con manejo habitual para la práctica de la Lactancia Materna Exclusiva.

Capitulo II

Metodología

2.1 Diseño del estudio

Ensayo clínico aleatorio (ECA) doble ciego con grupo paralelo controlado, con medición test, re test dado que se manipuló intencionalmente la Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva (ALME), a través de una intervención educativa teórico-práctica en mujeres puérperas.

El diseño de la presente investigación cumplió con los lineamientos del Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT, 2015), para considerar a esta investigación como un ECA.

2.2 Población

Mujeres hospitalizadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Zona Norte de la Ciudad de Puebla, México.

2.3 Criterios de selección

2.3.1 Criterios de inclusión

Mujeres puérperas, primíparas que tuvieron un evento obstétrico con producto vivo de la gestación (parto eutócico o cesárea), que se encontraron en alojamiento conjunto.

2.3.2 Criterios de exclusión

Mujeres que presentaron eventos obstétricos distócicos (legrados, abortos), prematurez del producto de la gestación así como su hospitalización del mismo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) y la Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido (UCIREN), mujeres que no sabían leer ni escribir, puérperas que presentaron anomalías en mamas y pezones.

2.3.3 Criterios de eliminación

Mujeres que no completaron el llenado de los cuestionarios, participantes que decidieron abandonar la investigación de acuerdo a los derechos que les otorgó el consentimiento informado.

2.4 Muestra y Muestreo

Muestro aleatorio simple. Las participantes fueron asignadas de acuerdo a los criterios de inclusión a fin de garantizar la equivalencia de los grupos. Para la selección de las participantes se solicitó al supervisor del turno el censo nominal del servicio de ginecología y obstétrica del hospital, con la finalidad de obtener información de las pacientes sin conocerlas antes de la intervención.

Se contó con el censo nominal del servicio para conocer la población total, se obtuvo una $\alpha = .05$, el tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de muestras finitas, a continuación se presenta la fórmula:

$$n = \frac{NZ^2Pq}{Nd^2 + Z^2pq}$$

Dónde:

N= 27 Población

Z= 1.96 Valor de Z en la tabla

Z^2= 3.8416

p= 0.5% de éxito

q= 0.5

d=0.05 error de muestreo

d^2= 0.0025

Sustituyendo la fórmula:

$$n = \frac{(27)(3.8416)(0.5)(0.5)}{0.1325+= 0.9604} = \frac{25.9308}{1.0204} = 25.41$$

$n = 25$

Para amortiguar el efecto de atrición se decidió un aumento del 20% y así se conservó el poder estadístico, se obtuvo una n= 30 participantes, resultando finalmente n= 60 sujetos de estudio.

Este estudio fue previamente piloteado del 9 al 13 de Noviembre de 2015, con un 30% de la muestra calculada anteriormente.

2.5 Variables de estudio

2.5.1 Definición operacional de la variable

En la presente investigación se emplea a la Autoeficacia como un concepto vinculado con la capacidad personal para organizar y ejecutar un curso particular de acción, así mismo se define como la confianza que posee la mujer puérpera para poder amamantar a su hijo recién nacido con LME.

Se buscó un cambio positivo en la Autoeficacia en las mujeres participantes dado que existen tres clasificaciones de Autoeficacia: Autoeficacia baja, Autoeficacia media y Autoeficacia alta, por lo anterior se pretendió modificar la Autoeficacia, mediante una intervención teórico-práctica, evaluando los cambios con la Escala de Autoeficacia para el Amamantamiento formato corto (Goddard, 2010).

2.5.2 Características de la variable

Tabla 1

Características de la variable de estudio

Variable	Tipo de Variable	Nivel de Medición	Escala de Medición
Autoeficacia.	Cuantitativa.	Continua de Razón.	Escala tipo Likert: 1= Muy insegura 2= Insegura 3= Medianamente segura 4= Segura 5= Muy segura

2.6 Instrumentos para la recolección de datos

Para la recolección de datos personales se construyó una Cédula de Factores Sociodemográficos diseñada por los investigadores principales (Cabañas, Guzmán y Landeros, 2015) [Apéndice B] la cual incluye: nombre, edad, dirección, teléfono, estado civil, escolaridad, antecedentes personales patológicos y antecedentes personales no patológicos de las participantes.

El instrumento que se utilizó fue la Escala de Autoeficacia para el Amamantamiento formato corto (Goddard, 2010) [Apéndice C]. Para obtener esta escala previamente se realizó una validación por técnica de jueces los cuales fueron diez profesionales expertos en salud materna- infantil con la finalidad de obtener una versión culturalmente factible para el contexto mexicano.

La escala está constituida por 14 ítems, cada pregunta es evaluada de acuerdo a una escala tipo likert de 1 a 5, donde 1 indica "muy insegura", 2 "insegura", 3 "medianamente segura", 4 "segura" y 5 "muy segura". Esta escala a su vez se divide en dos sub-escalas: Pensamientos interpersonales (ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13) y Técnica (ítems 4, 11, 12, 14). El grado de Autoeficacia para el Amamantamiento es determinado a través de la puntuación obtenida al completarse el test, teniendo un rango de puntuación entre 14 y 70 puntos. La escala permite clasificar el grado de Autoeficacia en tres grupos: Autoeficacia baja (14 a 32 puntos), Autoeficacia media (33 a 51 puntos) y autoeficacia Alta (52 a 70 puntos).

Por último, dado que los jueces emitieron sugerencias para cambiar palabras de algunos ítems y con el análisis de los investigadores principales se decidió aclarar el enunciado, por lo cual la escala fue entendible en mujeres mexicanas. Este mismo instrumento fue previamente piloteado en 30% de la muestra obtenida anteriormente.

2.7 Procedimiento de recolección de datos

Para llevar a cabo esta investigación, se realizó el reclutamiento de las participantes del 12 de enero al 2 de febrero del 2016, el cual consistió en el uso del censo nominal del servicio de ginecología del hospital de los días antes mencionados, seleccionando a las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, posteriormente se realizó la aleatorización correspondiente para la asignación a cada grupo.

El investigador que seleccionaba a las participantes de acuerdo con los criterios de inclusión, fue diferente al investigador que realizaba la aleatorización de las participantes para asignarlas al grupo control o experimental, por aleatorización simple y el investigador que hizo el tratamiento estadístico ignoraba cuales participantes pertenecían a cada grupo.

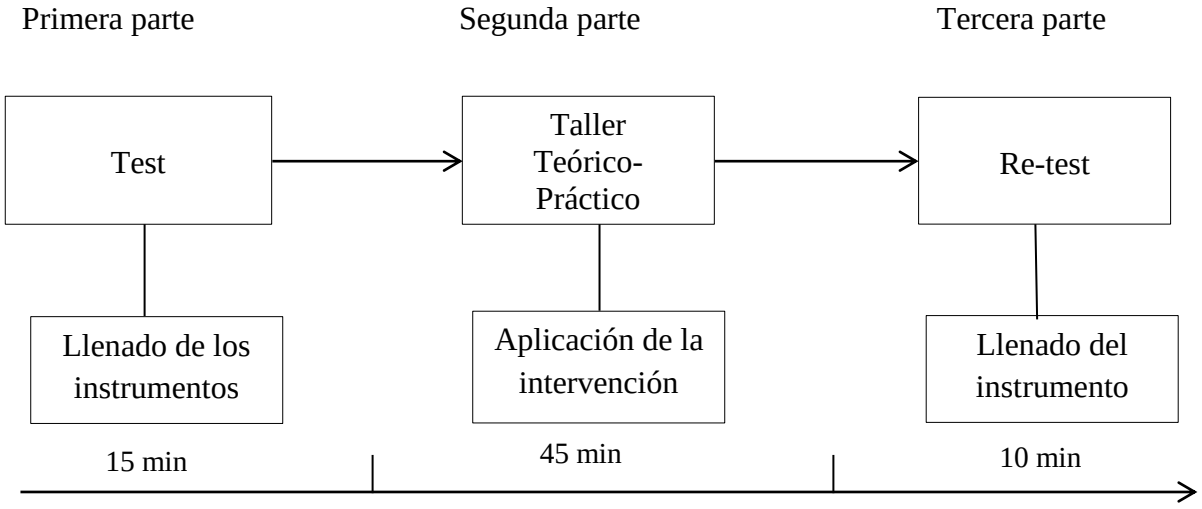
Cabe mencionar que las intervenciones que se realizaron al grupo experimental, se apegaron a una guía para facilitadores diseñada por los investigadores principales (Cabañas, Guzmán y Landeros, 2015) [Apéndice D], con el objetivo de unificar el procedimiento de la intervención.

Se explicó a las participantes el proyecto y los beneficios del mismo. Posteriormente se les dio a conocer el consentimiento informado de forma verbal y escrito para la firma de éste (Apéndice A).

2.7.1 Procedimientos para la recolección de datos del grupo experimental

La intervención consistió en tres partes, como se presenta en figura 3.

Figura 3. Intervención grupo experimental



La primera parte de la recolección de información correspondió al llenado de la Cédula de Datos Sociodemográficos (Apéndice B) y de la Escala de Autoeficacia para el Amamantamiento formato corto (Goddard, 2010) (Apéndice C). El llenado de estos instrumentos fue en un tiempo máximo de 15 minutos, posteriormente se dispuso de un tiempo total de 45 minutos para la intervención educativa teórico- práctica, en la cual se manipulo la ALME, las intervenciones de Enfermería son cortas en tiempo dado que se

enfatiza en la búsqueda de debilidades en el apego a la práctica de la Lactancia, dado que para las cuestiones cognitivas los humanos tenemos la capacidad de evaluar emocionalmente situaciones y tomar decisiones con tanta rapidez que es difícil tener control sobre ellas (Bargah, 1999). Por ejemplo, basta con 250 mil segundos para emitir un juicio que determine si algo es positivo o negativo (López, 2009).

La intervención se llevó a cabo en la unidad de las participantes, la primera actividad fue la exposición de los beneficios de la LME con la ayuda de un rota folio, posteriormente se presentó un video audiovisual motivacional que reforzó los conocimientos y el apego a la práctica de la Lactancia, en un tercer momento los aplicadores de la intervención explicaron la técnica correcta de amamantamiento con la ayuda de modelos anatómicos; por último se le solicitó a la madre que realizará la técnica de amamantamiento con su hijo, en donde se utilizó la persuasión verbal en tres momentos clave de los diez minutos que fueron destinados para la actividad, los períodos en donde se les aplicó la persuasión verbal se muestran en la tabla 2, que se presenta a continuación.

Tabla 2

Persuasión verbal aplicada al grupo experimental

Momento de la aplicación	Persuasión Verbal
Minuto tres	• ¡Excelente! • ¡Lo haces muy bien! • ¡No pareces primeriza!
Minuto seis	• ¡Confía en ti! • ¡Te felicito! • ¡Qué bien aprendiste la técnica!
Minuto diez	• ¡Mira que bien alimentas a tu hijo! • ¡Eres excelente! • ¡Lo hiciste muy bien!

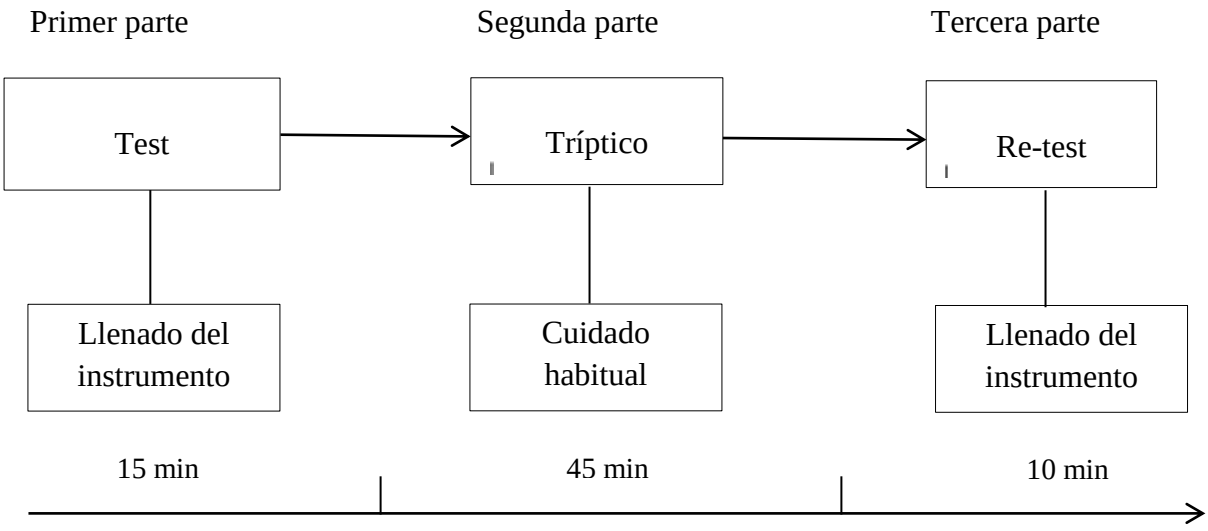
Hubo casos especiales donde se presentaron situaciones donde el comportamiento de cada participante y su hijo interrumpían la demostración de la técnica antes de los 10 minutos (ej. minuto 7) y no concluyeron en tiempo y forma la intervención, a estas pacientes se les permitió el análisis intención de tratamiento (Bottaro, 2015), después se les proporcionó 10 minutos más para que las madres terminaran de alimentar sus hijos.

Como última etapa, se solicitó a la puérpera que el mismo día después de la intervención con 10 minutos como máximo contestará el re-test. La mayoría de estudios con metodología de ECA emplea un tiempo amplio para el llenado del re-test, contrastar los resultados y probar la significancia de la intervención, pero en prácticas fundamentales como lo es la LME, Enfermería debe encontrar las debilidades que conllevan al fracaso del apego a la Lactancia antes del abandono de la unidad hospitalaria, con el propósito de tener la seguridad que a una mejor capacitación menor abandono de la LME.

2.7.2 Procedimientos para la recolección de datos del grupo control

La intervención para el grupo control consistió en tres partes, como se presenta en figura 4.

Figura 4. Intervención grupo control



La primera parte para la recolección de datos del grupo control, consistió en el llenado de la Escala de Autoeficacia para el Amamantamiento formato corto (Goddard, 2010) y de la Cedula de Datos Sociodemográficos ofertando a las participantes 15 minutos para realizar dicha actividad. La segunda parte de este proceso fue la intervención, donde se empleó el cuidado habitual y la entrega de un tríptico informativo sobre la técnica de amamantamiento, el cual se les solicito que leyeran en un tiempo máximo de 45 minutos. Transcurrido un lapso de una hora como mínimo, se procedió a realizar la tercera y última parte de la recolección de datos, en donde se le solicitó a la madre que llenará el re-test, el tiempo máximo para esta actividad fue de 10 minutos.

2.8 Estrategias de análisis

Los datos se procesaron en una base de datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21. Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central (media y desviación estándar). Para el análisis de la variable principal se utilizó un estadístico de confiabilidad (alfa de Cronbach), posteriormente se obtuvo una prueba de normalidad Kolmogorov Smirnorv (K-S) con el objetivo de observar la distribución de la variable y decidir sobre la utilización de estadística paramétrica o no paramétrica y realizar contrastaciones entre las dos mediciones. Al haber obtenido una distribución normal (consultar sección de resultados), se decidió utilizar *t* de Student para comparar medias de dos grupos independientes.

2.9 Ética de estudio

El estudio se llevó a cabo de acuerdo a las disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, en el Título Segundo, Capítulo I (Secretaría de Salud, 2014), correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Durante la investigación predominó el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos

y bienestar de las participantes establecido en el Capítulo I, Artículo 13, al igual que en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Se contó con el consentimiento informado, firmado por las participantes y testigos según lo indican los artículos 14 y 21 del mismo Capítulo, de acuerdo al Artículo 21, Fracción VII, se les informó sobre la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento en que no quisieran participar sin tener represalias en su contra.

A pesar de que esta investigación es un ECA, no se considera una intervención de alto riesgo dado que la persuasión verbal fue positiva y se utilizó para mejorar la ALME y fue beneficia tanto al grupo experimental como al grupo control, dado que este último se le efectuó la misma intervención que al grupo experimental después del re-test y fue equitativa entre las participantes del estudio.

Capítulo III

Resultados

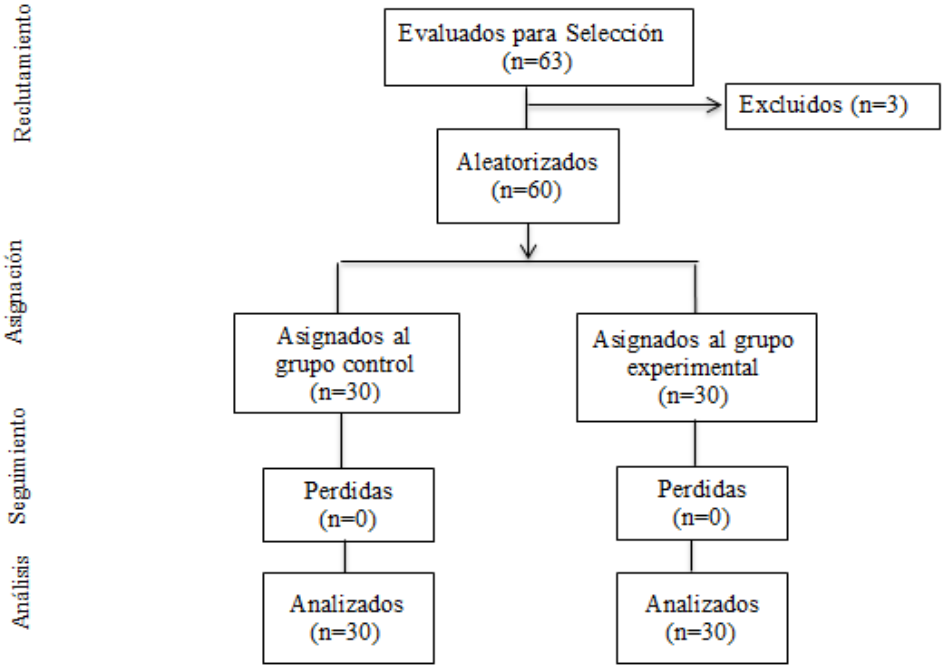
En esta Capítulo se describen a) Progresión del diseño, b) Equivalencia de grupos, c) Confiabilidad de los instrumentos, d) Prueba de normalidad, e) Prueba de hipótesis y análisis descriptivo de las variables de estudio.

A continuación se desglosan cada uno de ellos:

Progresión del diseño

Se reclutaron a 63 mujeres en puerperio mediato, tres fueron excluidas por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando una muestra final de 60 participantes las cuales se dividieron en dos grupos de 30 mujeres, que se aleatorizaron para conformar al grupo control y al grupo experimental . A continuación en la figura 5 se describe el desgaste de la muestra.

Figura 5. Desgaste de la muestra.



Equivalencia de grupos

Para mostrar si los grupos eran equivalentes en edad como en años de escolaridad, se muestra la tabla 3 que verifica los promedios y posteriormente la comparación estadística.

Tabla 3

Edad y escolaridad de las participantes

	Grupo Control			Grupo Experimental		
	$\bar{X}$ ±	Valor Min.	Valor Max.	$\bar{X}$ ±	Valor Min.	Valor Max.
Edad	21.7± 5.8	14	41	23.0 ± 6.3	15	39
Años de Escolaridad	9.8 ± 2.7	6	16	9.3 ± 2.8	6	15

Nota: $\bar{X}$ = media, ± = desviación estándar; Valor Min= Valor Mínimo; Valor Max= Valor Máximo.

Tabla 4

Prueba t de Student para edad

	Test de Levene					IC 95%	
	F	*p*	*t*	gl	*p*	Inferior	Superior
Edad	.506	.480	1.92	58	.238	-5.003	1.269

Nota: F=Prueba F de Levene para homogeneidad de varianzas; *p*=nivel de significancia; *t*= valor de la prueba estadística; *gl*= grados de libertad; IC= Intervalos de Confianza.

Tabla 5

Prueba t de Student para años de escolaridad

	Test de Levene					IC 95%	
	F	*p*	*t*	gl	*p*	Inferior	Superior
Años de Escolaridad	.616	.436	.594	58	5.555	-1.028	1.895

Nota: F=Prueba F de Levene para homogeneidad de varianzas; *p*=nivel de significancia; *t*= valor de la prueba estadística; *gl*= grados de libertad; IC= Intervalos de Confianza.

En la tabla 3 se puede observar que tanto la edad como los años de escolaridad son diferentes desde el punto de vista descriptivo, sin embargo la desviación estándar del grupo experimental es mucho más amplia en edad, lo que le puede conferir un rango mayor.

Para mostrar la equivalencia de los grupos en edad y años de escolaridad, se corrió una *t* de Student, de acuerdo a los resultados se puede considerar que los grupos son equivalentes dado que no hay significancia estadística (tabla 4 y tabla 5).

A continuación en la tabla 6 se detallan otras características socio-demográficas y clínicas de los grupos de estudio.

Tabla 6

Características socio-demográficas y clínicas

	Grupo Control		Grupo Experimental	
	f	%	*f*	%
Estado Civil				
Casada	5	16.7	4	13.3
Unión libre	15	50.0	21	70.0
Soltera	10	33.3	5	16.7
Ocupación				
Ama de Casa	25	83.3	24	80.0
Trabajadora	2	6.7	1	3.4
Estudiante	2	6.7	4	13.3
Otra	1	3.3	1	3.3
Ingreso Económico				
Propio	5	16.7	2	6.7
Pareja	18	60.0	21	70.0
Padres	6	20.0	6	20.0
Otro	1	3.3	1	3.3
Sexo del Bebé				
Mujer	18	60.0	15	50.0
Hombre	12	40.0	15	50.0
Consejería previa en LME	19	63.3	17	56.7
Si	11	36.7	13	43.3
No				

Nota: Grupo Experimental n=30; Grupo Control n=30; LME= Lactancia Materna Exclusiva.

De acuerdo con los resultados presentados anteriormente, el 66.7 % de mujeres del grupo control y el 83.3 % del grupo experimental cuentan con una pareja; el ingreso

económico de las participantes de este estudio principalmente es proporcionado por otra persona esto se ve reflejado en el 83.3% de las puérperas del grupo control y en el 93.3 % del grupo experimental, con respecto a la consejería previa en Lactancia Materna Exclusiva (LME) las frecuencias de un grupo con otro no difieren ampliamente desde el punto de vista descriptivo.

Confiabilidad de los instrumentos

Al instrumento empleado en este trabajo de investigación se le efectuó un análisis de fiabilidad, los resultados se presentan en la tabla 7 y 8.

Tabla 7

Coeficientes alfa de Cronbach para la "Escala de Autoeficacia para el Amamantamiento formato corto"

	Test	Re-test
Escala general	.758	.920
Sub-escalas		
Pensamientos interpersonales	.694	.888
Técnica	.447	.766

Tabla 8

Coeficientes alfa de Cronbach por grupo y por medición

	Grupo Control		Grupo Experimental	
	Test	Re-test	Test	Re-test
Alfa de Cronbach	.767	.848	.756	.895

La confiabilidad tanto de la escala general como de las sub-escalas son aceptables de acuerdo a las puntuaciones de Hernández Sampieri (2014).

Prueba de normalidad

Para llevar a cabo el análisis inferencial, la variable Autoeficacia para Lactancia Materna Exclusiva (ALME) fue transformada a una escala de 0 a l00, a éstos valores se les aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, a fin de conocer la forma de distribución de los datos; dado que su distribución con referencia a su normalidad, no obtuvo significancia ($p > .05$), se decidió utilizar un estadístico paramétrico para la prueba de hipótesis, en la tabla 9 se muestran los resultados obtenidos.

Tabla 9
Prueba de Kolmogorov-Smirnov

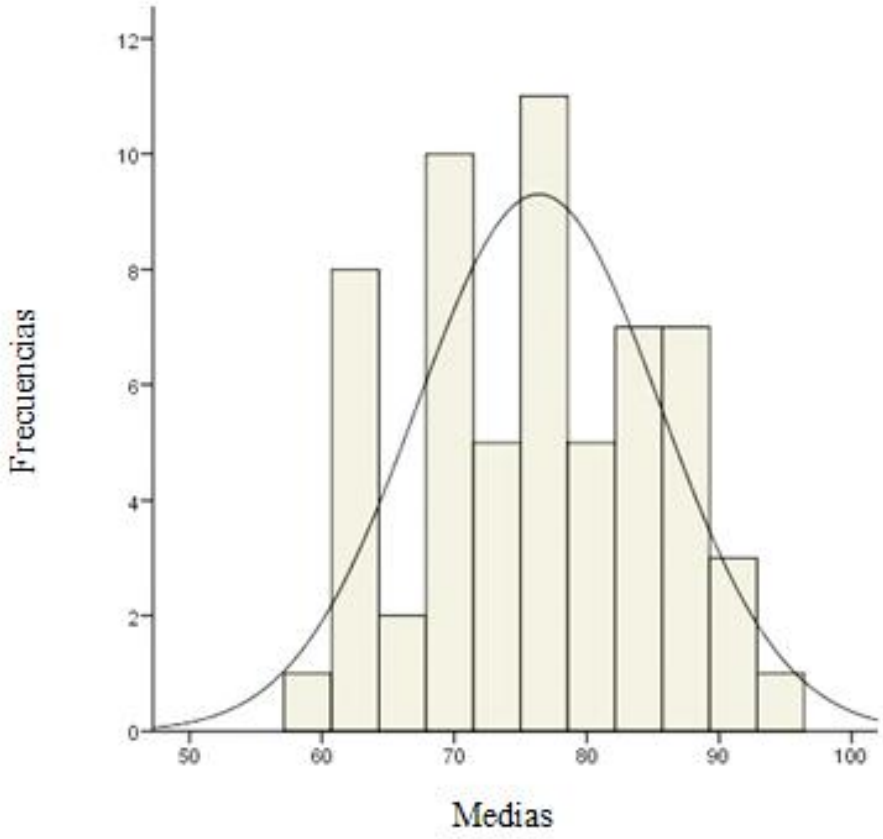
Índice (Variable)	$\bar{x}$	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	K-S Z cal	Valor *p*
ALME	76.37	9.1	59	69	.733	.619

n= 60

Nota: $\bar{x}$= media; DE= desviación estándar; K-S Z= prueba de Kolmogorov-Smirnov; *p*=nivel de significancia; ALME= Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva.

Conforme al resultado de la prueba Kolmogorov – Smirnov, se puede observar que no existe una significancia estadística, lo que hace suponer que la curva de la distribución de las variables es normal. Para complementar desde un punto de vista observacional se muestra el siguiente histograma, en donde la prueba de bondad de ajuste, indica que la mayoría de los datos tienden a la centralidad o están dentro de la curva de distribución normal.

Figura 6. Histograma de frecuencias



Prueba de hipótesis y análisis descriptivo de las variables de estudio

Se utilizó la prueba paramétrica *t* de Student para comparar las medias de dos grupos equivalentes con respecto a la variable de ALME. El modelo matemático se realizó mediante un diseño test, re-test para determinar la diferencia estadística entre el control y el experimental.

Para la aplicación del estadístico *t* de Student se cumplieron previamente los siguientes supuestos:

1.- Variable de razón (Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva).

2.- Dos grupos independientes y equivalentes (Dados los resultados en Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva, edad, escolaridad y todas las participantes cumplen con el criterio de ser primigestas).

3.- Distribución normal de la variable dependiente en los dos grupos (K-S = .733, p =.619).

4.- Homocedasticidad de la varianza, test de Levene $p > .05$.

A continuación en la tabla 10 se presentan los resultados descriptivos de Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva en ambos grupos en la medición test, mientras que en la tabla 11 se muestran los resultados que arrojó la prueba *t* de Student en la misma medición.

Tabla 10

Autoeficacia en ambos grupos medición test

Variable	Grupo	$\bar{X}$	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
ALME	Control	76.37	10.34	47	68
	Experimental	76.37	8.05	49	64

Nota: $\bar{X}$= media; DE= desviación estándar, ALME = Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva

Desde un punto de vista descriptivo se puede observar que las medias tanto del grupo control y del grupo experimental respecto a la Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva, pueden considerarse equivalentes.

Tabla 11

Prueba t de Student medición test

Prueba t de Student medición test

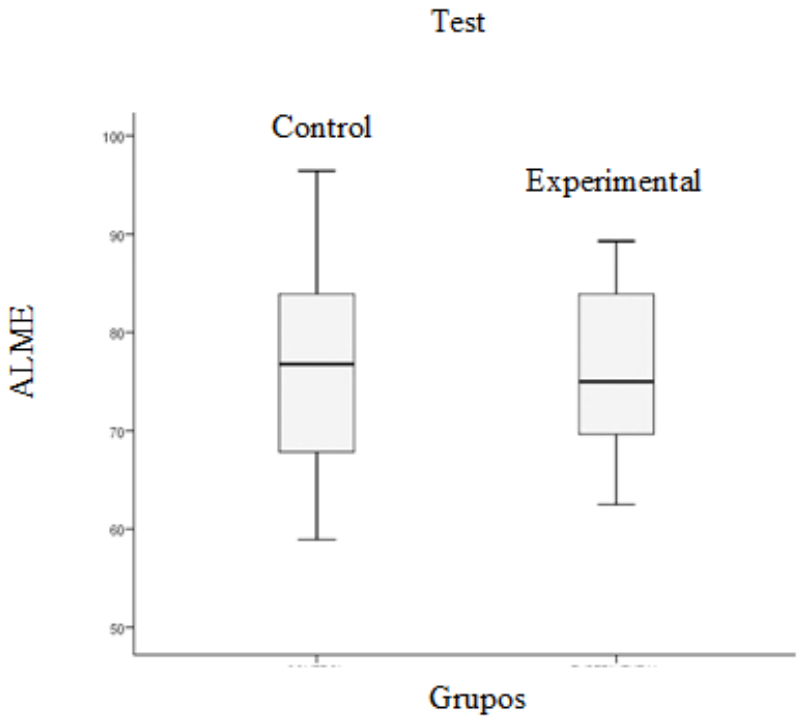
		Test de Levene					IC 95%	
		F	*p*	*t*	gl	*p*	Inferior	Superior
ALME	Control / Experimental	1.190	.280	.000	58	1.000	-4.79	4.79

Nota: F=Prueba F de Levene para homogeneidad de varianzas; *p*=nivel de significancia; *t*= valor de la prueba estadística; *gl*= grados de libertad; IC= Intervalos de Confianza, ALME = Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva.

Al correr el estadístico *t* de Student se observó homocedasticidad de las varianzas de acuerdo al estadístico de Levene ($p > .05$), con lo cual no hubo restricción de los grados de libertad y los intervalos de confianza al 95% atraviesan el cero, indicando que no existe diferencia estadísticamente significativa de acuerdo a la *p* empírica.

Para poder identificar de manera observacional que no hay diferencia significativa se presenta la figura 7.

Figura 7. Diagrama de caja test variable Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva (ALME).



En el diagrama se observa que las medias de Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva se traslapan en ambos grupos, lo que confirma los resultados anteriores.

A continuación en la tabla 12 se presentan los resultados descriptivos de Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva en ambos grupos en la medición re-test, mientras que en la tabla 13 se muestran los resultados que arrojó la prueba *t* de Student en la misma medición.

Tabla 12

Autoeficacia en ambos grupos medición re-test

Variable	Grupo	$\bar{x}$	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
ALME	Control	78.75	11.05	46	69
	Experimental	94.82	7.22	55	70

Se puede observar que la diferencia entre los valores de los promedios del grupo control y del grupo experimental en el re-test son más amplias que las que se presentan en el test.

Tabla 13

Prueba t de Student medición re-test

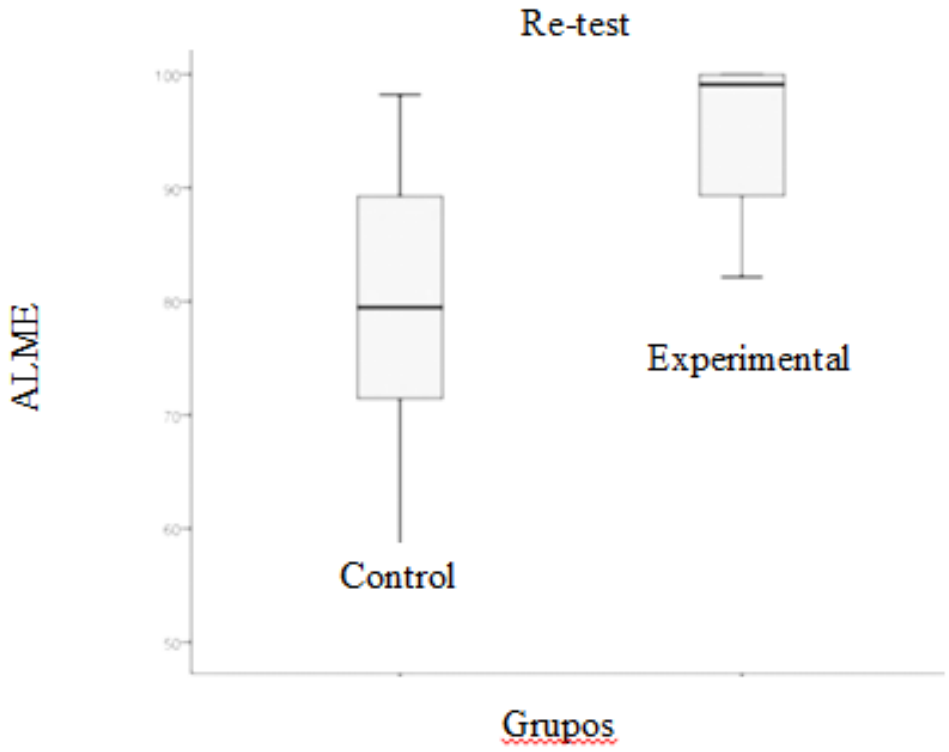
		Test de Levene					IC 95%	
		F	*p*	*t*	gl	*p*	Inferior	Superior
ALME	Control / Experimental	4.76	.033	-6.667	58	.000	-20.913	-11.230

Nota: F=Prueba F de Levene para homogeneidad de varianzas; *p*=nivel de significancia; *t*= valor de la prueba estadística; *gl*= grados de libertad; IC= Intervalos de Confianza, ALME = Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva.

Después de haber realizado la intervención educativa, se volvió a correr el estadístico *t* de Student para muestras independientes; resultando una diferencia estadísticamente significativa (p = .000).

Para poder identificar de manera observacional que hay diferencia significativa se presenta la figura 8.

Figura 8. Diagrama de caja re-test variable Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva (ALME)



Se puede observar que en el diagrama de caja, las medias de los grupos control y experimental no se traslapan, por lo cual visualmente hay una diferencia entre ambos grupos, que confirman los resultados obtenidos anteriormente.

Capítulo IV

Discusión

El objetivo de esta investigación fue identificar el efecto de una intervención educativa de Enfermería c9ntrolada sobre los niveles de Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva (ALME) en mujeres que cursaron puerperio mediato. En esta investigación, el principal concepto utilizado que se retomó del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, es el de Autoeficacia percibida, el cual influye sobre las barreras de acción percibidas; de manera que una mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de una conducta de salud. Los principales hallazgos en esta investigación permitieron verificar esta proposición teórica, por los efectos de la intervención educativa empleada.

La discusión de los principales hallazgos de esta investigación son: se comparó a dos grupos de mujeres en puerperio mediato, cuyas características socio-demográficas y clínicas fueron equivalentes, sin embargo existió cierta variabilidad en cuanto a las solteras y el ingreso económico, esta variación no se relaciona con el proceso cognitivo de la intervención educativa de Enfermería en el momento de la intervención y a pesar de que más de la mitad de ambos grupos recibieron consejería previa a la LME, no fue un factor determinante para que hubiese significancia estadística en el nivel de Autoeficacia en el test, aprobando así homogeneidad en las características socio-demográficas y clínicas, aportando principalmente menor variabilidad en los resultados, luego entonces los grupos fueron paralelos.

A pesar de no contar con evidencia de la implementación de la “Escala de Autoeficacia para el Amamantamiento formato corto” en población mexicana, se obtuvo un resultado

aceptable del coeficiente de alfa de Cronbach. Éste pudo ser verificado por el proceso previo que se realizó para la validación facial del instrumento a través de la técnica de jueces, este resultado estadístico más la experiencia que se adquirió al aplicar el instrumento representa que la versión preliminar de esta escala posiblemente sea la adecuada en el contexto cultural mexicano, sin embargo esto solo puede ser referido para la muestra de este estudio, cuya estructura metodológica necesita ser replicada en otros contextos hospitalarios de la República Mexicana. Respeto a la prueba de bondad de ajuste que se aplicó, es un hallazgo que también contribuye a la versión utilizada del instrumento, dado que le confiere claridad, por lo que al tener una distribución normal brinda la ventaja de poder utilizar estadística paramétrica para realizar un análisis más profundo de los resultados desde el punto de vista estadístico.

A pesar de que este ensayo tiene un pequeño marguen de error, como todos los diseños experimentales publicados en todo el mundo, el apego metodológico a los lineamientos del CONSORT nos garantiza que estos resultados son válidos y confiables en la población de estudio dado que se cumplieron con las siguientes características:

1. Grupos equivalentes. Este punto se sustenta con los resultados de las características socio-demográficas y clínicas, así como en el número de participantes que conformaron a cada uno de los grupos.
2. Aleatorización. Para la asignación de los grupos se cumplió con este criterio, el cual permitió que las participantes tuvieran la misma probabilidad para ingresar a cualquier grupo de intervención, sin que los investigadores pudieran elegir a participantes específicas y así evitar sesgos de selección.
3. Enmascaramiento. La intervención fue doble ciego, dado que las participantes no tenían conocimiento a que grupo de estudio pertenecían, evitando así la contaminación de la

muestra, adicionalmente el investigador que se encargó del tratamiento estadístico desconocía a que grupo pertenecían cada uno de los sujetos de estudio al realizar las contrastaciones estadísticas.

4. Manipulación de la variable. Se realizó a través de la intervención educativa y la persuasión verbal por lo cual, hubo un aumento significativo en la ALME en el grupo experimental en la medición re-test, mientras que al grupo control no tuvo un efecto significativo en la misma medición, dado que la ALME es un indicador psicométrico, el cual se manipuló teniendo un efecto positivo, por lo que la hipótesis se sustenta, misma que estableció el siguiente silogismo: Si la confianza que una persona posee para poner en acción una conducta promotora de salud, puede ser mejorada a través de la persuasión verbal, entonces al realizar una intervención educativa teórico-práctica para favorecer la Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva en mujeres de puerperio mediato se obtendrá un cambio positivo y estadísticamente significativo en comparación con un grupo paralelo equivalente para la práctica de la LME.

Estos hallazgos son congruentes con lo reportado por Awano y Shimada (2010), quienes en Japón aplicaron una intervención educativa en mujeres primíparas para aumentar la ALM al igual que en nuestra investigación, resultando en ambos estudios significancia estadística e incremento en los índices de ALM, sin embargo en la investigación realizada en el país asiático, no se mostró que los grupos de estudios fueran equivalentes y los promedios de ALM al inicio de la prueba fueron más altos en el grupo control que en el grupo experimental, además la implementación del re-test se realizó en el hogar de las participantes y al mes de la primera medición, por lo que el panorama de la ALM es más amplio en tiempo en comparación con nuestro estudio, así mismo el estudio japonés se realizó con metodología cuasi-experimental por lo cual, nuestro estudio aporta mayor peso

a los resultados y la validez de los mismos debido a la rigurosidad metodológica que caracteriza a un ECA, así mismo nuestro estudio realizo una contrastación estadística para observar la equivalencia de grupos.

Otras intervenciones que favorecen la Lactancia Materna al Aumentar la Autoeficacia, es el contacto piel a piel, así lo demostró Aghdas et al., (2013), esta aportación fortalece el vínculo madre e hijo, estos hallazgos concuerdan con lo implementado en un apartado del rotafolio durante la intervención educativa en nuestro estudio por lo cual, se denota la importancia de esta estrategia para favorecer la Autoeficacia desde las primeras horas después del parto.

En el mismo orden de ideas, los resultados obtenidos en nuestra investigación coinciden con Peripolli et al., (2014), los cuales midieron la ALM en el puerperio, en este periodo la mayor parte de las participantes presentaron Autoeficacia alta al igual que en nuestro estudio; sin embargo en el estudio hecho en Brasil no se les brindó información extra durante su estancia en el hospital, solo el cuidado habitual por parte del personal de Enfermería y en nuestro estudio bajo la metodología experimental se les otorgó un taller teórico-práctico, en el cual se obtuvo la solución de problemas con respecto a la Lactancia, así como para la prevención de estos y sobre todo, se enfatizó en ayudar a la madre a superar las dificultades que el proceso de la LME puede causar, además de utilizar la persuasión verbal en ellas, dejando como efecto positivo mayor de ALME.

De la misma manera Melo (2013, 2015) demostró que con ayuda de una intervención educativa específicamente un rotafolio validado y un álbum de serie, aumentan y se mantienen los niveles de ALM después del alta hospitalaria, no obstante un porcentaje considerable de los sujetos de investigación fueron multigestas, por lo cual la experiencia pudo ser un factor determinante al momento de medir la ALM. Así mismo estos resultados

apoyan nuestro estudio en cuanto similitud de las herramientas didácticas, sin embargo nuestro proyecto proporciona otras estrategias didácticas y cognitivas que interfieren en el aumento de la ALME, así mismo nuestro estudio sigue siendo inédito por las características de los sujetos de estudio.

Dentro de las limitaciones del estudio se pueden mencionar las siguientes: a) el tamaño de la muestra, dado que se puede considerar pequeña, sin embargo esta muestra es representativa para la población de estudio, dado que fue calculada a través de la fórmula para muestras finitas, y a pesar de ser un ECA pequeño puede representar una técnica específica para cambiar la sistemática de información y educación que las enfermeras otorgan tradicionalmente en las unidades de ginecología y obstétrica del sistema de salud mexicano. Dentro de las limitaciones de medición está el diseño transversal, dado que solo se muestra la realidad del fenómeno en un solo momento, sin embargo al ser un diseño test, re-test con un grupo paralelo, el control en la manipulación de la variable aumenta considerablemente proporcionando los elementos necesarios para confiar en los procedimientos de esta intervención.

Con respecto al control de las variables confusoras, dado el ambiente hospitalario, donde se realizó la intervención, hubo situaciones que se presentaron correspondientes a la rutina hospitalaria que no se pudieron controlar y que en algún momento fraccionó las intervenciones del ensayo. Estas variables pudieron considerarse confusoras por ejemplo: visita médica, recolección de muestras de laboratorio, horarios de comida, administración de medicamentos, así como las dudas que se presentaron tanto el personal médico y de Enfermería, así como el personal administrativo del hospital para tener una aceptación de cambio paradigma de acuerdo con una intervención controlada. Sin embargo estas situaciones no las consideramos como sesgos en nuestros resultados porque dan una

aproximación a la realidad de las intervenciones en el ambiente hospitalario, confiriendo una validez externa a nuestros hallazgos.

De acuerdo con los hallazgos de esta investigación y las fortalezas metodológicas del mismo, se proponen las siguientes recomendaciones: a) contar con un número mayor de personal en las intervenciones, dado que en este tipo de diseños, se demanda más aplicadores por lo cual se agilizaría el abordaje a las pacientes en los horarios menos transcurridos del hospital b) fortalecer este estudio con mediciones a los seis meses y a los dos años de edad de los bebés a través las madres que participaron en este estudio, a fin de saber si la Autoconfianza de las madres y la LME como complementaria de sus hijos siguió con éxito, c) dar continuidad a los resultados obtenidos para estandarizar las intervenciones educativas de Enfermería empleadas y por consecuencia fortalecer programas en salud materno-neonatal en el ámbito hospitalario, d) aplicar este estudio en otras unidades hospitalarias de la zona urbana y en unidades hospitalarias regionales del estado de Puebla, a fin de implementarlo en otros contextos y generalizar la validez externa, e) complementar esta investigación con metodología cualitativa para abordar otro paradigma, además de abarcar el periodo prenatal en futuros estudios para tener panorama más amplio en cuanto al embarazo, así mismo involucrar a la familia de las participantes para crear un lazo afectivo y de apoyo social.

La metodología de este trabajo bajo los lineamientos del CONSORT es inédita en los procesos tradicionales del cuidado de Enfermería, los cuales siempre se han basado en intervenciones de rutina, sin tener fundamento científico ni la certeza de que se produzca un efecto en los pacientes; en otras palabras, las intervenciones de Enfermería para favorecer a los pacientes presuponen beneficios pero no puede ser demostrado como evidencia científica. El argumento anterior, demuestra que la disciplina de Enfermería bajo la

metodología de un Ensayo Clínico Aleatorio (ECA) puede contribuir a cambios importantes para la salud, dado que el ECA es el futuro de las intervenciones de Enfermería, ya que ayudarán a consolidar el Plan de Cuidados de Enfermería y las Guías de Práctica Clínica, demostrando que Enfermería en una ciencia al generar su propio conocimiento basado en la evidencia y por la alta rigurosidad metodológica que se emplea en diseños experimentales, lo que confiere un lenguaje con las disciplinas que versan su desarrollo científico y tecnológico con base a la evidencia de sus resultados de investigación.

Conclusión

La intervención educativa teórico-práctica de Enfermería en mujeres de puerperio mediato para aumentar la Autoeficacia para la Lactancia Materna Exclusiva, obtuvo un cambio positivo y estadísticamente significativo en los niveles de Autoeficacia en comparación con un grupo paralelo con manejo habitual.

Referencias

Academia Americana de Pediatría, AAP (2010). Lactancia Materna y Alimentación con Leche Humana. *Pediatrics online* vol. 27. Recuperado de http://www.sids.org.ar/archivos/Lactancia_materna_alimentacion_leche_humana.pdf

Aghdas et al. (2014). Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. Women and Birth, 37-40. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24216342

Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., y Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* , 8(4). Recuperado de http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf

Awano, M., Shimada, K. (2015). Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. *International Breastfeeding Journal*, 5(9). Recuperado de http://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-5-9

Bandura, A. (1977). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Estados Unidos de America. Library of congress Catalog.

Bargh, J. A., "The cognitive monster: The case against the controllability of automatic stereotype effects", en S. Chaiken y Y. Trope (eds.), *Dual Process Theories in Social Psychology*, Guilford Press, Nueva York, 1999, pp.361-382.

Bottaro F,J. (2015). Análisis por intención de tratar: respentando la aleatorización. Parte 6. *Hematología.* 19(1):81-83. *Recuperado de:* http://www.sah.org.ar/revista/numeros/vol%2019.n1.12.pdf

Cordero et al. (2015). Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria, 31(2)* Recuperado de: http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/viewFile/8458/pdf_7761

Costa et al. (2013). Percepciones Maternas en el Metodo Canguro: Contacto Piel a Piel, Amamantamiento e Auto-Eficacia. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 4, p. 647-656, 2013. Recuperado de file:///C:/Users/gisel/Downloads/PERCEP%C3%87%C3%95ES%20MATERNAS%20NO%20M%C3%89TODO%20CANGURU-%20CONTATO%20PELE%20A%20PELE,%20AMAMENTA%C3%87%C3%83O%20E%20AUTOEFIC%C3%81CIA.pdf

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, ENADID (2009). Panorama sociodemográfico de México Principales resultados. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/enadid/enadid2009/ENADID_2009_Pan_Soc.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT (2012). Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. Recuperado de http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf

Feather, N.T (1959). Subjective probability and decisión under uncentainty, *Psychological Review*. 66: 150-164.

González de Cosió et al. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. *Salud Pública de México, (55).*

González Mariño (2012). La Lactancia y la madre. *Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad de Santander*, 25(1). Recuperado de: http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2862

Hauck, et al. (2011). Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *American Academy of Pediatrics.* Recuperado el 8 de septiembre de 2014 disponible en http://pediatrics.aappublications.org/content/128/1/103.full.html

Hernández S,R. Metodología de la Investigación. 6th.ed.México: Mc Graw Hill; 2014.

Horta, et al. (2015). La lactancia materna prolongada se asocia a mayor inteligencia, educación e ingresos a los 30 años. *Evidencias en Pediatría, 11(47*). Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf

Horta, et al. (2013). Short-term effects of breastfeeding. A Systematic Review on the Benefits of Breastfeeding on Diarrhoea and Pneumonia Mortality. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95585/1/9789241506120_eng.pdf

Lemos et al. (2012). Influence on Conditions of Health of the Newborn about the Maternal Self-Efficacy in Breastfeed. *J Nurs UFPE on line*, 6(8). Recuperado de file:///C:/Users/gisel/aTubeCatcher/Downloads/3024-27765-1-PB.pdf

Ley General de Salud en Materia de Investigación. (2014). Recuperado el 23 de febrero de 2016 disponible en (http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS_ref01_02abr14.doc)

López, R. E. (2009). Las Emociones. México: Trillas.

Melo et al. (2013). Influence of health education strategy mediated by a self-efficacy breastfeeding serial album. text context nursing, florianópolis, 22(3). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/en_v22n3a06.pdf

Melo et al. (2015). Estudio experimental de una intervención educativa para promover la autoeficacia materna en el amamantamiento. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 23(4). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es_0104-1169-rlae-23-04-00725.pdf

Oliver, A. (2012). El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia (Tesis doctoral, Universidad de Alicante Departamento de Enfermería). Recuperada de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23524/1/Tesis_Oliver.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS (2014). Estadísticas sanitarias mundiales. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2013). Llama a apoyar a las madres que amamantan para asegurar la lactancia exclusiva hasta los seis meses. Recuperado de http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1204%3Ala-ops-oms-llama-apoyar-madres-que-amamantan-asegurar-lactancia-exclusiva-hasta-6-meses&catid=333%3Aarg03-salud-familiar-y-comunitaria&Itemid=512

Peripolli et al. (2013). Autoeficácia em Amamentação de Puérperas em Alojamento Conjunto: Contribuições para o Cuidado de Enfermagem. Recuperado de http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao_ANDRESSA%20PERIPOLLI%20RODRIGUES.pdf

Peripolli et al. (2014). Pre-natal and puerperium factors that interfere on self-efficacy in breastfeeding. *Escala Anna Nery Revista de Engermagem*. 18(2). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200257

"Proyecto de Norma Oficial Mexicana. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido". PROY-NOM-007-SSA2-2010. Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 1995.

"Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos". Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Diario Oficial de la Federación. 4 de enero de 2013.

Villarruel, et al. (2001). Borrrowed Theories, Shared Theories, and the Advancement of Nursing Knowledge. Nursig Science Quarterly. Vol 14(2):158-163. Recuperado de http://nsq.sagepub.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=11873330

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Apéndice A

Consentimiento Informado

Intervención para aumentar la Autoeficacia en la Lactancia Materna Exclusiva: Ensayo Clínico Aleatorio

Fecha de aplicación _____ Código_____

Propósito:

Estoy siendo invitada a participar voluntariamente al proyecto titulado: Intervención para aumentar la Autoeficacia en la Lactancia Materna Exclusiva: Ensayo Clínico Aleatorio. Yo he sido invitada a participar en este proyecto porque, tuve un evento obstétrico (parto/cesárea) sin ninguna complicación y estoy en alojamiento conjunto con mi bebé.

Procedimientos: Estoy de acuerdo en participar en un grupo con educación de lactancia materna exclusiva. Estaré en este proyecto que durará 45 minutos y se llevará a cabo en el mismo servicio de ginecología del Hospital General del Norte.

Estoy enterada que los procedimientos del estudio incluyen: 1) responder cuestionarios con un tiempo que varía de 10 a 30 minutos y 2) participar en las actividades de educación de lactancia materna exclusiva.

Se me informó que tengo derecho a preguntar cualquier cosa respecto a la investigación, y si por alguna causa no deseo continuar en el programa, tengo todo el derecho de retirarme cuando yo lo decida sin que esto afecte mis intereses personales.

Confidencialidad: Mi nombre será sustituido por un número o código de referencia evitando que sea identificada. Sin embargo se me solicitará mi dirección y número telefónico que serán resguardados con el único propósito de comunicarse conmigo dentro de 6 meses para darle un seguimiento a los objetivos de la investigación.

Beneficios: Conoceré la técnica correcta para la alimentación de mi bebé, con el objetivo de mejorar mi confianza para amamantar a mi hijo.

Riesgos: No se esperan efectos que me dañen a mí o a mi bebé.

Al firmar este documento estoy enterada que en la Coordinación de Investigación y Estudios de Pregrado de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla ha registrado este proyecto con el número de referencia 178/2015, por lo cual acepto de conformidad participar de manera voluntaria en esta investigación en la que se me ha informado verbalmente y ahora por escrito, sobre la naturaleza del proyecto de lactancia materna exclusiva.

Por lo que doy mi autorización a quienes desarrollan la investigación para que realicen las preguntas necesarias, puesto que es mi voluntad participar en este estudio.

Nombre de la mamá	Firma	Fecha

Dirección _____

Teléfonos _____

Nombre Testigo 1	Firma	Fecha

Nombre del investigador	Firma	Fecha

Para aclara dudas del proyecto: Dr. Erick Landeros Olvera, investigador principal. Tel. 2295500 ext 6549

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

Apéndice B

Cédula de Factores Sociodemográficos

Fecha de aplicación _____ Código_____

Instrucciones: escriba sobre las líneas la información que se te pide

Nombre completo: _____

1. Lugar de nacimiento:_____
2. Edad:_____
3. Teléfono de casa:_____ Teléfono celular:_____
4. Correo electrónico:_____
5. Dirección: _____

Marque por favor con una "x" el cuadro de la respuesta correcta.

6. Estado civil:
   - Casada ☐
   - Unión libre ☐
   - Divorciada o separada ☐
   - Soltera ☐
   - Viuda ☐
7. Años de escolaridad:_____
8. Ocupación:
   - Ama de casa ☐
   - Trabajadora ☐
   - Estudiante ☐

- Otra (especificar):_____

9. Fuente de ingreso económico:

- Ingreso económico propio ☐
- Ingreso económico por el esposo o pareja ☐
- Ingreso económico de sus padres ☐
- Ingreso propio/pareja ☐
- Otro (especificar):_____

10. Número de gestas (embarazos):_____

11. Número de abortos (si es que aplica):_____

12. ¿Fue de término su embarazo?

- Si ☐
- No ☐

13. ¿Ha tenido legrados?

- Si ☐
- No ☐

14. ¿Sexo de su bebé?

- Mujer ☐
- Hombre ☐

15. ¿Ha recibido consejería sobre Lactancia Materna Exclusiva?

- Si ☐
- No ☐

Apéndice C

Escala de Autoeficacia de Amamantamiento formato corto (Goddard, 2010)

Instrucciones: a continuación te presentamos una escala. Por favor identifica la respuesta que mejor te describa y la confianza que sientes con respecto a la lactancia de tu hijo.

Por favor, marca tu respuesta haciendo un círculo en el número que esté más cerca de cómo te sientes.

Por ejemplo, si la palabra "muy segura" consideras que te describe muy bien, puedes indicar el número "5". Pero si sientes que te describe menos puedes señalar un número menor que consideres que describa mejor tu situación, como se muestra a continuación:

1 Muy insegura	2 Insegura	3 Medianamente segura	4 Segura	5 Muy Segura
		◯		

Recuerda, es muy importante que seas sincera al contestar, NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS, solo tu percepción, además tus respuestas son anónimas.

Muchas gracias por participar.

Escala de Autoeficacia de Amamantamiento						
No.	Ítem	1 Muy insegura	2 Insegura	3 Medianamente segura	4 Segura	5 Muy Segura
1	Tengo la confianza de que mi bebé está recibiendo suficiente leche de mi pecho					
2	Tengo la confianza de enfrentar con éxito el amamantamiento igual como he enfrentado otros desafíos de mi vida					
3	Tengo la confianza de dar pecho a mi bebé sin necesidad de utilizar fórmulas lácteas					
4	Tengo la confianza de que mi bebé esta apropiadamente agarrado a mi pecho mientras se alimenta					
5	Tengo la confianza de manejar con bienestar la situación de amamantamiento					
6	Tengo la confianza de manejar la situación del amamantamiento incluso si mi bebé está llorando					

No.	Ítem	1 Muy insegura	2 Insegura	3 Medianamente segura	4 Segura	5 Muy Segura
7	Tengo la confianza de mantener el deseo de amamantar					
8	Tengo la confianza para dar pecho cómodamente a pesar que otras personas están presentes					
9	Tengo la confianza de estar siempre satisfecha con la experiencia de amamantar					
10	Tengo la confianza de enfrentar el hecho de que la lactancia materna me ocupara tiempo					
11	Tengo la confianza de terminar de amamantar a mi bebé de un pecho, antes de cambiarlo al otro pecho					
12	Tengo la confianza de amamantar a mi bebé cada vez que este tenga hambre					

No.	Ítem	1 Muy insegura	2 Insegura	3 Medianamente segura	4 Segura	5 Muy Segura
13	Tengo la confianza de cumplir con los requerimientos de amamantamiento de mi bebé					
14	Tengo la confianza de reconocer cuando mi bebé ha terminado de tomar pecho					

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Apéndice D

“Guía para Facilitadores de la Intervención en Lactancia Materna Exclusiva”

Elaboró:

PESS. Gisela Cabañas Benitez

PESS. Edith Guzmán Mendoza

MCE. Rosa María Teresa Tlalpan Hernández

Erick Alberto Landeros Olvera PhD.

Directorio

MTRO. José Alfonso Esparza Ortiz

Rector

MCE. María de la Luz Placida Bonilla Luis

Directora

MCE. Erika Pérez Noriega

Secretaria Académica

MCE. Graciela Arrioja Morales

Secretaria de Investigación y Estudios de Posgrado

MCE. Marcela Flores Merlo

Secretaria Administrativa

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Enfermería

"Guía para Facilitadores de la Intervención en la Lactancia Materna Exclusiva"

Autores:

PESS. Gisela Cabañas Benitez

PESS. Edith Guzmán Mendoza

MCE. Rosa María Teresa Tlalpan Hernández

Erick Alberto Landeros Olvera PhD.

Mayo 2016

Contenido

	Página
Presentación	63
Introducción	64
Objetivo	66
Marco jurídico	67
Intervenciones:	68
Exposición de los Beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva con la ayuda de un rotafolio	69
Técnica Lactancia Materna Exclusiva con la ayuda de modelos anatómicos	73
Video motivacional	76
Demostración de la técnica y persuasión verbal	78
Conclusión	82

Presentación

La presente guía está dirigida a usted como facilitador (facilitador: es aquella persona que auxilia las intervenciones a los investigadores), para que conozca la metodología y de esta manera abordar las intervenciones a las mujeres que acaban de ser mamás para favorecer la lactancia materna exclusiva.

En esta guía usted como facilitador encontrará las intervenciones divididas en cuatro momentos, las cuales se describen en un cuadro donde se mencionan los pasos que usted debe seguir para llevarlas a cabo.

Las intervenciones que desarrolla esta guía son:

1.- Exposición de los Beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva con la ayuda de un rotafolio

2.- Técnica Lactancia Materna

3.- Video motivacional

4.- Devolución de la técnica con ayuda de la persuasión verbal

La estructura de intervención tiene dos niveles de aprendizaje.

1. Conocer los beneficios de la LME

2. Practicar la técnica de la LME

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), la Lactancia Materna Exclusiva (LME) es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños, combinada con la alimentación complementaria, la lactancia materna exclusiva óptima previene la desnutrición y puede salvar la vida a más de un millón de niños. Este organismo informa que la LME ha disminuido y está en deterioro, especialmente en las poblaciones más vulnerables; algunas de las causas son el consumo de fórmulas y de otras leches no maternas, así como en el consumo de agua en menores de 6 meses de edad, esto a causa de la constante modernización (González de Cosío, 2013).

Sin embargo, a pesar de grandes esfuerzos que se dan a nivel mundial y nacional, para fomentar la lactancia materna exclusiva aún falta por fortalecer y difundir más información, dada la relevancia en salud materno-infantil que tiene este tema. De esta forma se incluye a todo el personal de salud para cumplir esta meta, sin embargo por la formación y su paradigma parece más adecuado para enfermería.

El profesional de Enfermería dentro de sus múltiples roles como la docencia, la investigación y la clínica, siempre tienen presente el rol de educador. De acuerdo con la evidencia publicada se han encontrado que las intervenciones de enfermería son construidas bajo resultados de investigación previos, por ello la importancia para la disciplina de desarrollar intervenciones seguras y efectivas que influyan directamente en la autoconfianza percibida que posee la mujer en puerperio para poder lactar de manera inmediata a su hijo.

Para realizar las intervenciones de enfermería en las etapas del cuidado basado en evidencia, es necesario complementar las intervenciones tradicionales con indicadores que puedan ser medidos objetivamente. Las intervenciones deben estar delimitadas bajo guías o manuales que puedan replicarse en diferentes grupos de mujeres en puerperio. La replicación bajo una guía estandarizada pude ser aplicada en diferentes contextos que pudieran ser contrastados para generalizar una metodología efectiva.

Por tal motivo ese ha conformado este manual como una herramienta para fortalecer las técnicas y procedimientos implementados en la lactancia materna exclusiva, el cual podrá ser utilizado como objeto de consulta.

Objetivo

Proveer una herramienta técnico-normativa que contenga los criterios generales para el desarrollo de intervenciones de enfermería, sobre los principales cuidados a realizarse en la práctica de la lactancia materna exclusiva; con la finalidad de brindar conocimiento con sustento científico proveniente de la evidencia publicada.

Marco Jurídico

La salud pública y la atención médica en México son reguladas por la Ley General de Salud, Código Sanitario, Civil y Penal.

Ley General de Salud, Capítulo I: Disposiciones Comunes, ARTÍCULO 27, FRACCIONES II, III, IV y IX; CAPITULO II: Atención Médica, ARTÍCULOS 32 y 33. CAPITULO III: Prestadores de Servicios de Salud.

Ley General de Salud en Materia de Investigación, Titulo Segundo, CAPITULO UNICO correspondiente a los aspectos éticos en la investigación en seres humanos. De acuerdo a su última revisión el 11-01-2013.

CAPÍTULO IV De la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la utilización de Embriones, Óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida.

NOM-007-SSA2-2010 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

NOM-031-SSA2-1999 Para la atención a la salud del niño.

NOM-043-SSA2-2012 Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

Capítulo I: Intervenciones

Exposición de los Beneficios de la Lactancia Materna Exclusiva con la ayuda de un rotafolio

Esta estrategia ayuda a que la información sea explicada brevemente, por lo cual la madre comprenderá de manera fácil y concisa la información. El material didáctico contiene imágenes que ayudan a relacionar la información con la explicación, por lo cual es un proceso de aprendizaje dinámico.

Objetivo primario: Explicar los beneficios de la lactancia materna exclusiva por medio de un rotafolio en la diada madre-hijo.

Objetivo secundario:

- Que la madre conozca los beneficios de la lactancia materna exclusiva por medio de una charla educativa con base en un material didáctico (rotafolio).

Material: Rotafolio

Se utiliza para apoyar las competencias de: *Autoconfianza y Disposición hacia la terea de lactar*

Instrucciones para el facilitador:

Antes

1. Deberás condicionar el ambiente para que esté confortable para la madre y su bebé.

2. Saludarás a la madre cordialmente y la invitarás a participar a la intervención que se desarrollará en su unidad.

¡Muy buenos días mamá!, desarrollaremos varias actividades, las cuales beneficiarán a tu bebé y a ti principalmente.

3. Solicitarás a la madre que adopten una posición cómoda y se mantengan relajada

Mamá toma una posición cómoda en compañía de tu hijo y mantente relajada y te suplicamos tu atención.

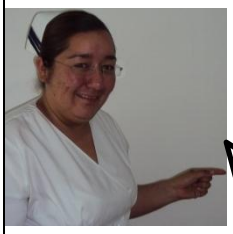
Durante

Actividad

4. Te presentarás diciendo tu nombre completo y explicarás brevemente el objetivo del procedimiento.

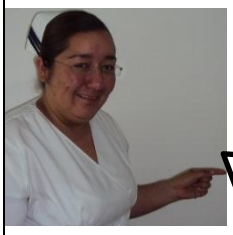
Mamá, nuestros nombres son……, la actividad que te vamos a realizar es la explicación de los beneficios de la lactancia materna exclusiva, el objetivo es que conozcas los grandes beneficios de esta práctica, así como fomentar la lactancia materna exclusiva hacia tu bebé.

5. A continuación apoyándote del rotafolio explicaras lo siguiente:

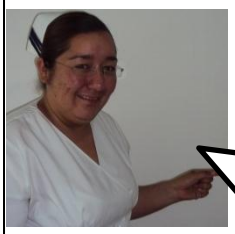


¿Qué es la lactancia materna exclusiva? Es la alimentación del bebé con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones. (Hoja 2 rotafolio)

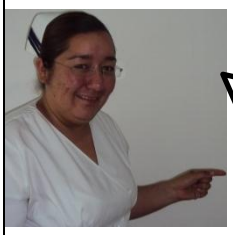
¿Has escuchado acerca del apego en la lactancia? [Déjala participar y felicítala, posteriormente prosigue]. Bueno, el apego debe ser contacto piel a piel con sus bebés, esto ayudará a que tu bebé sienta mayor seguridad dado que recibe el calor del cuerpo de su madre. El apego se llevará a cabo principalmente en el puerperio mediato los cuales son los primeros 40 días de vida de tu



Los principales beneficios que la lactancia materna exclusiva le otorga a tu bebé son: disminuye la posibilidad de que se enferme de infecciones de su estómago, infecciones de sus pulmones, infecciones de su oído así como enfermedades de la piel. Cuando sea más grande, puede prevenir obesidad, diabetes (azúcar en la sangre) y leucemia (cáncer en la sangre), y lo más importante será un niño inteligente y crecerá sano y fuerte. (Hoja 4 rotafolio)

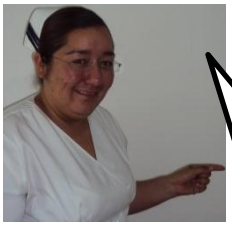


¡Para ti mamá también hay beneficios! Como es la perdida más rápida de peso después del embarazo, disminuye el riesgo de padecer cáncer de mama, de ovario y diabetes. También lactancia materna exclusiva te ayudará, ya que no presentarás el sangrado de la menstruación lo que provoca el retraso de futuros embarazos. (Hoja 5 rotafolio)



Si has pensado alimentar a sus bebés con leches industrializadas comúnmente conocidas como "fórmulas" puede ser que esto no sea una muy buena idea, ya que tiene varios riesgos al organismo de sus hijos, debido a que este tipo de leche es de muy lenta digestión lo que ocasiona que su bebé no pueda o tenga dificultad para hacer popo; además que su riñón hace un mayor esfuerzo para filtrar los líquidos que desecha su cuerpecito, otro daño que le ocasionaría el tomar este tipo de leches es la aparición caries en sus dientes cuando estos le empiecen a brotar.

Además que las instrucciones de la preparación impresas en los envases son difíciles de leer y entender. (Hoja de rotafolio 6)



Mamita, la leche que produces es una gran fuente de nutrimentos para sus bebés, los principales componentes son: agua, proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales, que solamente a través de su leche los podrá consumir tu hijo. (Hoja 7 rotafolio)

Mamá, también te damos unos consejos para tener una lactancia materna exitosa, como por ejemplo el principal estímulo para la producción de leche es la succión del bebé así que mamá, producirás más leche siempre y cuando sus bebés le ayudes a estimular, otro consejo es que la lactancia materna exclusiva es hasta los 6 meses, posteriormente será complementada con otros alimentos hasta los 2 años y debe ser a libre demanda, nunca pongan horarios para alimentar a tu hijos, él te lo pedirán cuando lo necesite.

Otras recomendaciones son: no despeguen de su pecho a tu bebé cuando estos se estén alimentando, permítele terminar de succionar de un pecho antes de ofrecer otro; si antes de alimentarlo tu bebé se encuentra irritable o llora vigorosamente, primero tranquilízalo háblele con cariño y amor, recuerda que este proceso lo deben de disfrutar y debe ser armonioso y con tranquilidad para ambos.

Para que a ti no te falte leche debes consumir abundantes líquidos como lo son tés, caldos, jugos naturales, etc., ya que te ayudarán a tener una mayor concentración de leche en tus pechos y tu bebé se alimentará adecuadamente.

Al termino

6. Preguntarás a la madre si tienen alguna duda sobre la información que se expusiste.

Bibliografía: Organización Mundial de la Salud, OMS (2014). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente.
NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Técnica Lactancia Materna Exclusiva con la ayuda de modelos anatómicos

Es la correcta técnica para alimentar al recién nacido de forma natural, por la cual se obtiene beneficios a la diada madre-hijo. La buena capacitación a la madre sobre la técnica fortalece vínculos físicos y emocionales, además de garantizar la buena nutrición y grandes beneficios que conlleva la lactancia materna exclusiva. Esta técnica será demostrada con la ayuda de modelos anatómicos para que las madres obtengan un panorama más real.

Objetivo primario: Proveer la principal nutrición al recién nacido a través de la técnica correcta basada en investigación científica, explicada con la ayuda de modelos anatómicos.

Objetivos secundarios:

- La madre será capaz de aprender la técnica correcta de amamantar a su hijo por medio de demostración con modelos anatómicos obteniendo así los beneficios de la lactancia materna exclusiva
- El facilitador podrá fomentar la práctica de la lactancia materna exclusiva a través de la demostración por medio de modelos anatómicos con los beneficios que obtiene el recién nacido y la madre.

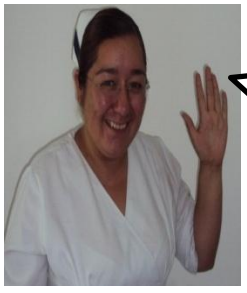
Material: Modelos anatómicos (simuladores de recién nacido, y pechos artificiales).

Instrucciones para el facilitador:

Antes

1. Verificarás que las condiciones ambientales y de los materiales sean las más propicias

2 Solicitaras la atención de la madre y evitaras su distracción, además de mencionaras el título de la actividad así como el objetivo.



Mamá, te pedimos que continúes prestándonos atención. A continuación te brindaremos la técnica correcta de amamantamiento, la cual tiene como objetivo alimentar a tu bebé a través de la técnica correcta, en este caso utilizaremos maniquís para hacer una simulación.

Durante

Actividad

3. Desarrollarás el procedimiento sin interrupciones.

Como primer punto se realizará el lavado de manos, esto se siempre antes de cada toma de alimentación del recién nacido.

4. Mostrar el rotafolio de lavado de manos; el facilitador debe de hacer la técnica.

Mamá tomarás una posición correcta, donde te sientas cómodas, la ideal es con la espalda apoyada en un respaldo, posteriormente apoyarás la cabeza del niño sobre el ángulo del codo de un brazo.

Posteriormente el bebé quedará enfrente a ti con el abdomen en contacto con el suyo y quedando la oreja, hombro y cadera del niño en una misma línea.

Inmediatamente con la mano contraria donde sostiene al recién nacido, tomarás la mama con los dedos en forma de "C".

Enseguida acercarás al recién nacido a tu pecho, tocando el pezón a sus labios, esto para estimular el reflejo de apertura de su boca, además comprime tu pecho por detrás de la areola con sus dedos índice y pulgar para que cuando el niño abra la boca introduzcas el pezón y la areola a la boca del bebé. Así su lengua masajea los senos lactíferos (que están debajo de la areola) contra el paladar y así extrae la leche sin comprimir el pezón (porque este queda a nivel del paladar blando) y no te provocará dolor.

Los labios del bebé deben estar abiertos (evertidos), cubriendo toda la areola. La nariz toca la mama.

Mamita, deberás vigilar el buen llenado de las mejillas de tu bebé, dado que es el signo de que se está alimentando adecuadamente.

Si te sientes fatigada de alimentar a tu pequeño, cambia de pecho siempre y cuando el bebé te lo permita.

Detén la alimentación cuando el recién nacido se sienta satisfecho, esto se demostrará con el cese de la succión.

Posteriormente aplica palmopercusión al recién nacido, para facilitar la expulsión de gases, es decir deberás dar palmaditas en su espaldita con tu mano en forma de conchita, las palmaditas deben ser firmes y con fuerza moderada.

Al termino

Mamá es toda la información sobre este tema esperamos que te sirva y en verdad tomes en cuenta los consejos sobre todo por su salud y la salud de tu bebés.

Tienes alguna pregunta o duda, estamos para servirles.

5. Preguntaras a la madre si tienen alguna duda sobre la información que se expuso.

6. Esta actividad es planeada para llevarse a cabo en 15 min aproximadamente

Bibliografía:
Organización Mundial de la Salud, OMS (2014). Lavado de manos
NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2015). Sí a las Lactancia, Suplemento Especial El Universal. México.
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2005).Técnicas de Amamantamiento.
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2005).Hacia la promoción y rescate de la lactancia materna. Venezuela

Video motivacional

Es una de las estrategias de aprendizaje que actúan ante un problema o tarea específicos porque se incluyen las preferencias cognitivas y ambientales en el momento de aprender y se es capaz de ejercer una acción al decidir sus metas, además de que se puede llegar a tener como resultado una experiencia novedosa que aporte una visión diferente de los procesos de enseñanza y aprendizaje en la madre.

Objetivo primario: Fortalecer el vínculo madre-hijo a través de un video motivacional que cambie la actitud y disposición de la madre hacia la tarea de lactar.

Objetivos secundarios:

- La madre podrá generar motivación y autonomía por medio de un video motivacional, la importancia de la LME.
- La madre será capaz de reconocer por medio de un video motivacional el vínculo de amor que produce la alimentación con LME.

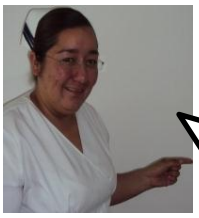
Material: Video motivacional y computadora.

El video se utiliza para apoyar las competencias de: *Autoconfianza, Motivación y comportamiento y Disposición hacia la terea de lactar.*

Instrucciones para el facilitador :

Antes

1. Debes preparar el material para realizar la intervención, tu como facilitador de la intervención deberás explicar el objetivo del procedimiento diciendo lo siguiente:



Mamá, ahora te mostraremos un video, el cual pretende fortalecer el vínculo con tu bebé por lo cual te pedimos que te relajes, te pongas cómoda y disfrutes del video.

Durante

Actividad

2. Como facilitador es importante que cargues el video con anterioridad para evitar interrupciones durante la reproducción de este, además de verificar que el audio sea el correcto y una vez hecho esto se prosiga a desarrollar el procedimiento sin interrupciones.

Al termino

4. Debes pedir a la madre que cierre los ojos pensando en las sensaciones que le produjo ver el video y que reflexione acerca de la importancia que tiene para ella y su bebé diciendo lo siguiente:

Mama, cierra los ojos y siéntete bendecida de la maravilla que te dio la vida de tener entre tus brazos a tu bebé que amas y necesita de ti para crecer, ahora abre los ojos y observa a tu bebé y que está en sus manos la salud de ambos.

5. Esta actividad es planeada para llevarse a cabo en 5 min aproximadamente

UNICEF México. 2013, Agosto, 06. Lactancia materna- UNICEF China. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=eOgdyxs5P9g

Demostración de la técnica y persuasión verbal

Esta estrategia de aprendizaje permite que la información sea retenida en la memoria a corto plazo durante un periodo indefinido de tiempo y que ayude a transferir la información a la memoria a largo plazo, ya que la repetición favorece el aprendizaje, además de que con la ayuda de la persuasión verbal positiva pude aumentar la autoeficacia de la paciente al tener éxito en la práctica.

Objetivo primario: Obtendrá la confianza para la LME por medio de la devolución de la técnica y persuasión verbal.

Objetivos secundarios:

- La madre será capaz de aplicar los conocimientos aprendidos en sus bebés, al alimentarlos con la técnica correcta para la LME.
- El facilitador favorecerá la autoeficacia a través de la técnica de la persuasión verbal durante la práctica de la LME.

Material: Recurso humano (facilitadores y madre con su recién nacido), y gel antibacterial.

Se utiliza para apoyar las competencias de: *Autoconfianza, Motivación y comportamiento y Disposición hacia la terea de lactar.*

Instrucciones para el facilitador:

Antes

1. Debes verificar que las condiciones ambientales sean las más propicias y solicitar a la madre que adopte una posición cómoda y se mantenga relajada, diga lo siguiente:

Llego la hora de que nos muestres cómo alimentas a tu bebé, con todo lo aprendido el día de hoy, así que ponte cómoda, recuerda que tiene que ser un proceso armonioso para ambos.

Durante

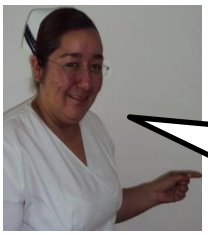
Actividad

2. Debes proporcionar a la madre una cantidad considerable de gel atibacterial así como dos toallas húmedas sin alcohol para su aseo. Una vez realizado esto, diga lo siguiente:

Con el gel antibacterial deberás lavarte las manos, nosotras lo haremos a la par tuya pero con la diferencia que serás tú precisamente quien nos dirás cuáles son los pasos a seguir.

Es importante darle oportunidad a la mamá de participar diciendo cada paso del lavado de manos, esto permitirá reafirmar los conocimientos, utiliza el rotafolio.

3. Después, debes recordar la importancia del baño diario para mantener limpias las mamas.



Mamá recuerda que es importante mantener las mamas aseadas y esto se logra esto se logra con el baño diario.

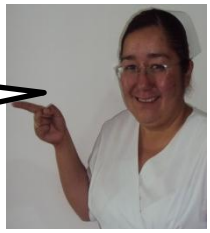
4. A continuación debes pedir que comience a alimentar a su bebé, y una vez iniciada la demostración debes vigilar la técnica y de manera amable corregir si es el caso durante los dos primeros minutos iniciada la actividad, diga lo siguiente:

Mamá, acerca a tu bebé a tu pecho y comienza a alimentarlo siguiendo los pasos y las recomendaciones que te enseñamos anteriormente.

3. Si se suscita que la madre está teniendo una mala posición o una mala técnica, tu como facilitador debes corregir amablemente recordando el paso de la técnica verbalmente. Diciendo esto:

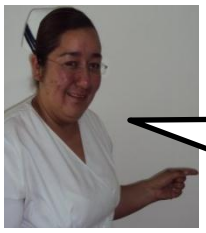
Mamá, recordemos que…….. [Aquí se repite el paso en el que estuvo la falla].

4. Al minuto tres debes decir las primeras tres frases de persuasión verbal, con tono de voz adecuado y entusiasta para tener mejor efecto en la intervención. Las cuales son:



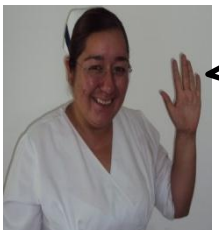
- ¡Excelente!
- ¡Lo haces muy bien!
- ¡Ni pareces primeriza!

5. Al minuto seis debes decir las siguientes palabras:



- ¡Confía en ti!
- ¡Te felicito!
- ¡Qué bien aprendiste la técnica!

6. Al minuto diez, diga las siguientes palabras:



- ¡Mira que bien alimentas a tu hijo!
- ¡Eres excelente!
- ¡Lo estás haciendo muy bien!

Al termino

7. Despedir la intervención agradeciendo su disponibilidad recalcando el buen trabajo realizado,

así mismo preguntar sobre la existencia de alguna duda. Diga lo siguiente:

Te felicitamos mamá, has demostrado la capacidad y disciplina para alimentar de manera efectiva a tu bebé, siéntete muy orgullosa, muchas felicidades.

Si tienes alguna duda con mucho gusto la responderemos.

8. Esta actividad es planeada para llevarse a cabo en 10 min aproximadamente

Aviso importante: Facilitador, recuerda que antes de retirarte, deberás proporcionar el cuestionario para que la mamá pueda contestarlo.

Conclusión

Las guías de procedimientos para facilitadores, resultan ser una herramienta favorable al tener un mayor control de las intervenciones, ya que la ayuda de estas guías garantiza al investigador que se está llevando a cabo cada una uno de los procedimientos planeados con contenido científico y rigurosidad metodológica.

Es importante mencionar que contribuyen también a futuras investigaciones en el momento de replicar el estudio sin afectar la calidad en la atención.