FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE PUEBLA.
"DR. EDUARDO VÁZQUEZ NAVARRO"

PROTOCOLO DE
INVESTIGACION:

"**AUTOEFICACIA Y ACTITUD EN LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PUÉRPERAS DEL HOSPITAL DE LA MUJER PUEBLA**"

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDADES EN:
PEDIATRÍA

PRESENTA:

XITLALITL DORANTES VIDAL

DIRECTOR EXPERTO:

DRA. MAGDALENA LEÓN LÓPEZ

DIRECTOR(A) METODOLÓGICO:

DR. MANUEL GIL VARGAS

DRA, SANDRA MALDONADO CASTAÑEDA

H. PUEBLA DE Z. NOVIEMBRE 2019.

AGRADECIMIENTOS:

Considero escribir estas primeras líneas para expresar mi más sincero y profundo agradecimiento a mis padres María Silvia Vidal Hernández y Godofredo Dorantes Lavalle, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

Gracias a cuantas personas han colaborado en la realización del presente trabajo, los Dres. Magdalena León López, Manuel Gil Vargas y Sandra Maldonado Castañeda, que me han dirigido, por su constante aliento, enseñanzas y confianza

.

Quiero expresar también mi agradecimiento a las mujeres que han dado respuesta a nuestras preguntas, por la paciencia demostrada y una parte de su tiempo. Sin ellas y su preocupación por la salud de sus hijos no hubiesen sido posibles los resultados y el mayor conocimiento que actualmente tenemos de los hábitos de alimentación del recién nacido.

Contenido

I. RESUMEN 4
II. ANTECEDENTES 5
A. GENERALES 5
B. ESPECIFICOS 13
III. JUSTIFICACION 30
IV. DEFINICION DEL PROBLEMA 31
PRESENTACION DEL PROBLEMA 31
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 32
V. HIPOTESIS 32
VI. OBJETIVOS 33
GENERAL: 33
ESPECIFICOS: 33
VII. MATERIALES Y METODOS 34
DISEÑO DE ESTUDIO 34
ESTRATEGIA DE MUESTREO 35
DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION 36
VIII. RESULTADOS 39
PRESENTACION DE LOS DATOS 39
IX. DISCUSION 64
X. CONCLUSIONES 66
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 67
XII. ANEXOS 71

I. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En México, el porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5% y fue dramático en medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%). Una manera de enfrentar este problema es identificar la autoeficacia y actitudes maternas hacia la lactancia, ya que es un factor modificable, para esto existen dos escalas validadas llamada Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Prenatal (PBSES) y La escala Infantil de Alimentación y Actitud de Iowa (IIFAS).

OBJETIVO: Identificar la autoeficacia y actitudes de las madres hacia la lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio Descriptivo, Transversal, Prospectivo, se realizó una encuesta 331 puérperas del Hospital De La Mujer Puebla, sin patología mamaria, con hijos sanos, nacidos a término que se encontraban en alojamiento conjunto. En el periodo de junio -julio 2019. Se obtuvo la aprobación del comité de ética del Hospital y las participantes firmaron consentimiento informado. Se realizó la prueba de chi cuadrada y estadística paramétrica (ANOVA), t de Student y coeficiente del alfa de Cronbach.

RESULTADOS: Las estadísticas descriptivas revelaron que la mayoría de las madres mostraron una percepción de autoeficacia media y actitud neutral hacia la lactancia materna. El puntaje promedio para la escala PBSES fue 79.20 puntos con una desviación estándar de 13.73 puntos, (77.68, 80.66) IC 95%, Alfa de Cronbach 0.93. Para la Escala IIFAS la media del puntaje fue 61.34 puntos con una desviación estándar de 6.87 puntos, (60.65, 62.14) IC 95% Alfa de Cronbach 0.6.

CONCLUSIONES: La autoeficacia y la actitud positiva materno desempeñan papeles importantes en el proceso de lactancia materna. Es importante proporcionar educación prenatal y postparto temprana, así como asesoramiento continuo sobre lactancia materna.

II. ANTECEDENTES

A. GENERALES

El conocimiento y las practicas sobre lactancia materna es un tema primordial respecto a la atención y reanimación esencial del recién nacido, todos recomiendan la lactancia materna temprana y el calostro.(1)

De acuerdo con las pautas de alimentación para lactantes de 2016, la lactancia materna debe promoverse como la opción de alimentación estándar de oro. Debe iniciarse tan pronto como sea posible después del nacimiento, preferiblemente dentro de 1 hora. La lactancia exclusiva debe seguirse en los primeros 6 meses de vida. La alimentación complementaria adecuada y apropiada debe administrarse después de completar los 6 meses además de la lactancia materna.(1)

Además de conocer sobre el tiempo que abarcan los períodos de lactancia materna y lactancia exclusiva, las madres pueden comprender los beneficios en ellas respecto a la protección contra el cáncer de mama, el cáncer de ovario y la diabetes tipo II, y los beneficios en el infante, que son tasas más bajas de infecciones y oclusión intestinal, puntuaciones altas del coeficiente de inteligencia, tasas más bajas de obesidad y logros económicos más altos en la edad adulta. (2)

Los beneficios de salud materna podemos agruparlos como: 1) a corto plazo y 2) largo plazo. Los beneficios a corto plazo encontramos que, la lactancia materna se asocia con una disminución de la pérdida de sangre después del parto, involución más rápida del útero después del parto, reduce el riesgo de anemia mediante una involución uterina más rápida y una disminución de la pérdida de sangre después del parto, además la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva se han asociado con un mayor espaciamiento de los niños al inducir la amenorrea en la lactancia. Lactar se asocia con niveles más bajos de colesterol y triglicéridos en el postparto, y referente a la diabetes gestacional, la lactancia materna se asocia con una mejoría de la función de las células beta pancreáticas posparto y el metabolismo de la glucosa, ayudando a bajar los niveles glucosa y un nivel más alto de HDL. (3)

Los beneficios a largo plazo describen que no lactar está asociado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. La lactancia materna mayor a 12 meses se asoció con una

reducción del 22% en la HTA posmenopáusica en la iniciativa de salud de la mujer (WHI), para el caso de hiperlipidemia la WHI asocio la lactancia materna mayor a 12 meses con una reducción del 19% en la hiperlipidemia materna, Para las mujeres con DM tipo 2 cada aumento de 1 año en la duración de la lactancia materna se asocia con una reducción del 9% en la DM tipo 2. En la iniciativa de salud de la mujer la lactancia materna con duración mayor a 12 meses se asoció una reducción del 9% en la enfermedad cardiovascular posmenopáusica. Para el caso de cáncer de mama se obtuvo que la lactancia materna menor a 6 meses ayuda a reducir el riesgo en un 17 % (OR 0.83%; Índice de confiabilidad del 95%, 0.78-0.89), de 6-12 meses hay una reducción del riesgo del 28% (OR 0.72; IC del 95%, 0.66-0.78), mayor a 12 meses hay una reducción del riesgo del 37% (OR 0.63, IC 95%, 0.56-0.71). En el cáncer endometrial se asoció que cada mes de lactancia materna disminuye 2 % el riesgo de cáncer de endometrio. En el caso de artritis reumatoide la lactancia materna se asocia inversamente, es decir: lactancia materna ≤3 meses reduce el riesgo en 1.0 (IC95%, 0.8-1.2), 4-11 meses reduce el riesgo 0.9 (IC 95%, 0.7-1.1), 12-23 meses reduce el riesgo 0.8 (IC 95%, 0.6-1.0), 24 meses ≥ RR 0.5 (IC 95%, 0.3-0.8).(3)

El cáncer de ovario es la neoplasia ginecológica más letal. Cuando se diagnostica en una etapa temprana, la supervivencia a 5 años es más del 90%. Desafortunadamente más del 70% de los casos se diagnostican en una etapa tardía, cuando la supervivencia a 5 años es < 30%. El cáncer de ovario epitelial representa el 90% de los canceres de ovario, se origina en el ovario o las trompas de Falopio. La lactancia materna suprime la ovulación, reduce los niveles de gonadotropina y altera el medio hormonal, por lo tanto, puede reducir el riesgo de cáncer de ovario epitelial (EOC). Sin embargo quedan preguntas sobre los efectos de la edad al amamantar, el tiempo transcurrido desde la lactancia y la influencia del orden de nacimiento entre los hijos amamantados.(4)

En el estudio de predicción de hormonas y cáncer de ovario, se identificaron casos de mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario epitelial, peritoneal o de pulmón confirmado histológicamente desde febrero de 2003 hasta noviembre 2008 en las regiones contiguas del oeste de Pensilvania, este de Ohio y suroeste de Nueva York, se eligieron 1270, 902(71%) dieron su consentimiento para estudiar la participación. Los entrevistadores emplearon 2 horas para obtener información detallada sobre datos reproductivos, médicos y demográficos desde el nacimiento hasta una fecha de referencia. Los episodios de lactancia materna se anotaron en un calendario para obtener el número total de meses. (4)

El análisis se limitó a controles 1572 y 689 casos que informaron al menos un nacimiento vivo y que lo amamanto. Se obtuvo como resultado que la lactancia materna disminuye un 30% el riesgo de EOC, si bien esta asociación disminuyo con el tiempo, persistió durante más de 30 años. La lactancia materna durante tan solo tres meses se asoció con una reducción estadísticamente significativa del riesgo. La mayor duración de la lactancia materna, el mayor número de episodios de lactancia materna y la edad más temprana en la primera lactancia materna se asociaron con una mayor protección. (4)

Desde el punto de vista de salud pública, es vital aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva y la duración de la lactancia materna. Para maximizar la efectividad del programa, las intervenciones deben abordar múltiples y diversos determinantes, incluidos los factores maternos, infantiles, familiares, comunitarios y de servicios de salud; Como parte de los servicios de salud debemos informar y aumentar los conocimientos de lactancia materna para contribuir al objetivo planteado. (2)

El ministerio de salud de arabia saudita 2011 demostraron que la motivación de los trabajadores de salud era uno de los factores de predicción más fuerte del cambio en el conocimiento; y para la iniciación y el mantenimiento exitosos de la lactancia materna, las madres necesitan estimulo y apoyo no solo de sus familiares, sino también del sistema de salud (5)

En estados unidos el departamento de salud y servicios humanos tiene como objetivo aumentar las tasas de lactancia materna al 82% cada vez que se amamanta, al 61 % a los 6 meses y 34% a 1 año. Una de las estrategias implementadas para alcanzar los objetivos, es la intervención de parte de obstetras, pediatras y médicos familiares para promover la lactancia materna. La academia Americana de Pediatría recomienda que los pediatras actúen como defensores y educadores .(3)

Un factor predictivo positivo para la lactancia materna es la práctica de la lactancia materna exclusiva. Un estudio en el noreste de Inglaterra sugiere que la duración de la lactancia materna exclusiva durante 1 mes o más predice una mayor duración de la lactancia materna. Por el contrario, la introducción de la alimentación complementaria antes de los seis meses puede acortar la duración de la lactancia materna. (2)

En indonesia se realizó un estudio prospectivo de cohortes de lactantes de un programa de promoción de la lactancia materna exclusiva de varios niveles realizado desde 2009 hasta 2010, dando seguimiento cuando la edad de los niños variaba de 24 a 28 meses, como

criterios de inclusión especificaron las mujeres embarazadas que eran amas de casa con un embarazo único, planeado, tener parto vaginal y sin intenciones de mudarse del área. Se obtuvo una muestra de 147 mujeres que firmaron el consentimiento para participar en el estudio de seguimiento.(2)

Se evaluó la intención de amamantar, la confianza y las actitudes de las madres en función de su respuesta a las afirmaciones sobre lactancia materna (muy de acuerdo, de acuerdo, totalmente en desacuerdo). Se obtuvieron los siguientes resultados, de las 147 mujeres, 20 % habían amamantado exclusivamente durante seis meses después de la promoción de lactancia materna exclusiva. El resto informo haber dado alimentos complementarios por las siguientes razones: Dejaron de producir leche materna (26%), el niño estaba inquieto al ser amamantado solo con leche materna (14%), La partera lo sugirió (8%), el niño quería seguir comendo (6%) y otros (15%). (2)

Se interpretaron los resultados como que la duración de la lactancia materna exclusiva no estaba relacionada con la duración de la lactancia materna. Sin embargo, muestra una tendencia hacia el aumento del 3% en la probabilidad de se ser amamantado por más tempo con cada aumento de semana en la duración de la lactancia materna exclusiva.(2)

La cantidad de embarazos , el nivel educativo y la asistencia a clases antes del nacimiento , son factores asociados positivamente con las actitudes y el conocimiento maternos hacia la lactancia materna.(5)

En una encuesta transversal realizado en Salas de maternidad de dos grandes hospitales de enseñanza de servicios múltiples, Wuhan, China. 324 madres postnatales completaron un cuestionario estructurado durante su estadía en el hospital desde octubre de 2016 hasta enero de 2017. Las estadísticas descriptivas e inferenciales revelaron que la mayoría de las madres mostraron una actitud neutral con respecto a la lactancia materna y también con un nivel de conocimiento neutral.(5)

Un estudio anterior realizado en Wuhan, China, informó sobre la falta de conocimientos y habilidades prácticas de la lactancia materna, la mayoría de las madres no creían que la lactancia materna exclusiva fuera suficiente para el crecimiento infantil en los seis meses posteriores al nacimiento (Quyang et al., 2016) junto con otro estudio, identificó las necesidades de las madres para recibir apoyo profesional , técnico e individualizado, y educación sobre las desafíos de la lactancia, especialmente en los primeros días después del parto y después del alta hospitalaria(Wang et al., 2014). Tarrent

et al. (2014)encontró que el cese temprano de la lactancia materna entre las madres chinas podría estar relacionado con la falta de apoyo postnatal en el hospital y después del alta.(5)

El diseño del estudio utilizó un cuestionario para abordar los factores relacionados con el conocimiento y la actitud de las madres que influyen en el inicio de la lactancia materna y el modo de alimentación en la sociedad china, en una muestra de madres que dieron a luz a sus recién nacidos en las salas de maternidad de dos grandes hospitales docentes de servicios múltiples en Wuhan, China. (5)

Encontraron que las madres que tenían un nivel educativo más alto , trabajaban a tiempo completo, eran multíparas, tenían experiencia previa en lactancia materna, obtuvieron conocimientos adicionales sobre lactancia materna de libros o revistas y recibieron asistencia e información en el hospital por parte de personal profesional que tenía mayor conocimiento. sobre la lactancia materna. Este hallazgo también está de acuerdo con Galiano y Rodríguez (2013) quienes encontraron que el inicio , la prevalencia y la duración de la lactancia materna durante los primeros dos meses de vida del bebé fueron mayores entre las mujeres que asistieron a clases de parto prenatal, especialmente si las mujeres tenían educación superior . (5)

No obstante en la Clínica prenatal de gobernación de Irbid ,se seleccionó un diseño de ensayo de control aleatorizado prospectivo para medir la efectividad del programa de educación prenatal sobre lactancia materna basado en la web para mejorar el conocimiento , la actitud y la autoeficacia de la lactancia materna después del parto . (6)

Los criterios de inclusión para este estudio fueron: cualquier madre embarazada en su tercer trimestre de embarazo entre las semanas 29 y 36 de gestación, edad ≥ 18 años, no tener complicaciones obstétricas o médicas importantes en el embarazo, ella planea amamantar al momento de la inscripción , que utiliza el Internet en un diario base a través de su ordenador o teléfono inteligente y dar un consentimiento para participar en el estudio.(6)

La muestra total fue de 118 madres embarazadas que se inscribieron en este estudio os resultados indicaron que la eficacia del programa de educación prenatal sobre lactancia materna basado en la web mejoró la autoeficacia de la lactancia materna de las madres participantes en el grupo experimental después de dar a luz(7) (después de la intervención) a un nivel moderado. Aunque la mayoría de las madres participantes en este grupo se encontraban en el nivel moderado antes de la intervención, el número de madres en este

nivel aumentó de (n = 36, 64.3%) evaluación previa a la intervención a (*n* = 45, 80.4%) post intervención Evaluación durante el posparto .(6)

En otro estudio de meta-análisis se llevó a cabo una revisión sistemática con PubMed y CINAHL hasta marzo de 2016 para identificar estudios observacionales relevantes en países desarrollados, informando una medida de riesgo para 1 o más de 6 factores de alto impacto cuantitativamente derivados en relación con el inicio o la continuación de la lactancia materna.(7)

Se identificaron seis factores de alto impacto (hábito de fumar [39 artículos], modo de parto [47 artículos], paridad [31 artículos], separación de díadas [17 artículos], educación materna [62 artículos] y educación materna sobre lactancia materna [32 artículos]) . El RR de los modelos de efectos aleatorios para el inicio de la lactancia materna fue el más alto para educación materna alta versus baja (RR 2,28 [IC del 95%: 1,92 a 2,70]), conexión de díadas versus no (RR 2,01 [IC del 95%: 1,38 a 2,92]) y materno no fumar versus fumar (RR = 1,76 [IC del 95%: 1,59 a 1,95]); Los resultados fueron similares para la continuación de la lactancia materna.(7)

La Organización Mundial de la Salud recomiendan la lactancia exclusiva hasta los seis meses de vida, debido a que se demostró que el riesgo de mortalidad entre los lactantes que no reciben leche materna se eleva hasta diez veces, principalmente como la neumonía y diarrea, estas comorbilidades tienen pronóstico sombrío y alto riesgo de mortalidad. (7,24)

La lactancia materna ha demostrado tener asociación con peso normal, estabilizando el peso con respecto a su talla, además, se estima que solo el 39% de los lactantes son amamantados en la primera hora después del parto y el 27% de los bebés no son amamantados en las primeras 24 horas, en algunos casos los mitos conllevan a prácticas inadecuadas. (7,24)

Al fomentar la lactancia materna se tienen casos que conllevan la interrupción de la misma, como son el dolor en los pezones, congestión mamaria, agitación del lactante, dudas acerca de tener suficiente leche materna, las creencias, falta de conocimiento de las madres y poca asistencia por el personal de salud. En múltiples ocasiones las jornadas laborales afectan drásticamente este proceso, por lo que los lactantes son ingresados a guarderías, estancias infantiles o con familiares cercanos. (7,24)

En países de medio oriente tienen la normativa de brindar la lactancia materna inmediatamente, de manera exclusiva durante los primeros seis meses, hasta los dos años,

se brinda capacitación comunitaria y se otorga asistencia constante para aquellas con dudas o falta de conocimientos sobre la técnica. (7,24)

Para tener una actitud positiva sobre la lactancia materna se debe fomentar el bienestar biológico, psicológico, socioeconómico, medioambiental y familiar, debido a que puede afectarse este proceso que va a repercutir en el estado nutricional, crecimiento, desarrollo y protección frente a los microorganismos infectantes. La familia representa el 86% de apoyo para colaborar en otras actividades mientras se alimentó al recién nacido o lactante, pero los problemas en la familia o ausencia del padre dificultan este proceso, lo que genera incertidumbre en la madre y se decide por el uso de biberones para compensar el tiempo que no está. (25)

En la lactancia materna los recién nacidos ingieren calostro, líquido biológico que está compuesto por inmunocomplejos, proteínas y ácidos grasos, estos permiten la nutrición adecuada, así como la defensa frente a infecciones y enfermedades digestivas. (26)

La actitud de las madres al dar lactancia materna permite mantener saludables a sus hijos en los primeros 4 meses en el 56.8% de los casos, se ha reportado que en comunidades rurales es el único método de nutrición para el lactante, mientras en regiones urbanas se tiene mayor frecuencia el uso de compuestos o fórmulas. (26)

Al ser multifactorial el abandono de las madres de la lactancia, se aconseja la promoción de esta y los beneficios, además, se debe capacitar constantemente debido a las características de la madre y en ocasiones puede ser distinto debido a que los recién nacidos pueden tener alteraciones orofaciales. (26)

Las mamás se les va capacitando en el último mes de embarazo, pero solo el 2.5% de las mujeres embarazadas tenían un alto nivel de autoeficacia, esto depende de cuatro factores indispensables como es la experiencia anterior de amamantamiento, observación exitosa de mujeres que amamantan, influencia de la fisiología de la mujer y estados de fatiga, estrés o ansiedad. (26)

En ocasiones las madres padecen de mucho dolor en la región mamaria o complicaciones durante el parto, lo que conlleva a estar hospitalizada o la necesidad de realizar procedimientos invasivos lo que conlleva interrupción de la lactancia, esta situación desencadena la congestión mamaria. (26)

La lactancia materna proporciona mantenimiento de un estado de salud adecuado tanto para la madre como para el recién nacido, entre los efectos positivos son el aumento de la unión, apego y disminución de los costos familiares, la decisión de evitar la lactancia materna exclusiva es responsable del 45% de la mortalidad infantil debido a un proceso infeccioso, el 30% como resultado de la diarrea y el 18% debido a problemas respiratorios agudos. (27)

La autoeficacia de las madres que realizan lactancia materna se define como las creencias de un individuo en sus capacidades para alcanzar objetivos específicos, este concepto se origina en una de las estructuras de la teoría sociocognitiva de Bandora (1977) que incluye la confianza y la creencia del individuo en sus capacidades para implementar comportamientos saludables. (27)

La autoeficacia de la lactancia materna depende de la capacidad y la autoconfianza de la madre para amamantar, la decisión de continuarla puede afectar drásticamente el estado de salud del neonato. (27)

Entre los factores involucrados para la autoeficacia de la lactancia es la edad materna temprana, el nivel educativo, bajos ingresos económicos, trabajo de tiempo completo, tabaquismo, cesárea, depresión posparto, ansiedad y problemas inflamatorios agudos como la mastitis. (27)

B. ESPECIFICOS

Educación posnatal sobre lactancia materna una semana después del parto: ¿Cuáles son los efectos?(8)

La educación sobre lactancia materna impartida dentro de la primera semana después del parto puede respaldar la educación prenatal para mejorar el conocimiento y actitud de la lactancia materna. (8)

La primera semana posterior al parto es un periodo crítico, ya que se da inicio a la lactancia materna y en el que ocurre con mayor frecuencia desgaste. Un estudio en los Estados Unidos encontró que solo el 9,0% de las mujeres lactantes no tenía problemas en las primeras dos semanas después del parto. Los problemas más comunes informados fueron los pezones adoloridos o agrietados, las mamas congestionadas, el aumento de peso percibido en los bebés, la falta de leche, la alimentación demasiado frecuente, no tener suficiente leche y condiciones relacionadas con los pezones, como pezones pequeños, planos e invertidos. (8)

La educación posnatal sobre la lactancia materna puede brindarse a través de visitas domiciliarias, por teléfono o visita a clínicas de salud durante el seguimiento posnatal. Si una mujer recibe educación individualizada es posible, que pueda evitar que se perciba una cantidad insuficiente de leche o pechos dolorosos. Las dificultades de la lactancia materna que las mujeres encontraron durante el periodo de amamantar, pueden ser experiencias desafiantes para ellas. Se requiere de entender las causas subyacentes de las dificultades que enfrentan. Si tienen conocimientos tendrán más éxito para superar las dificultades con su actitud positiva. (8)

En el noreste de Malasia Peninsular, desarrollaron un estudio cusi experimental que consistió en educación posnatal individualizada sobre lactancia materna impartida por los investigadores, utilizando como ayuda visual rotafolios una semana después del parto además de un diario de lactancia materna y la atención diaria. La población del estudio fueron en total 116 participantes (59 en el grupo de intervención y 57 en el grupo de comparación). Seis meses después del parto, más participantes en el grupo de intervención (n= 26, 44.1%) amamantaron exclusivamente a sus bebes, y en el grupo de comparación (n= 15, 26.3%). Concluyendo que la educación postnatal sobre lactancia materna se asoció significativamente con la práctica exclusiva de lactancia materna seis meses después del parto.(8)

En Francia mediante un estudio de cohorte de nacimientos multidisciplinaria, que incluyo a más de 18,000 niños nacidos en una muestra aleatoria de 349 unidades de maternidad en Francia denominado ELFE evaluaron las prácticas de alimentación, además que permitió explorar las características familiares relacionadas con las prácticas de lactancia materna; mediante una entrevista cara a cara en el área de maternidad en 2011, entrevistas telefónicas en los meses 2 y 12 después del parto y cuestionarios aplicados en papel o internet de los meses 3 a 10. Reportando que la madre de la madre y la experiencia previa de la lactancia materna tienen una fuerte influencia en las prácticas de lactancia materna. Enfatizando sobre las intervenciones de lactancia materna que deben adaptarse al nivel de experiencia de la madre y deben brindar apoyo adicional a las madres multíparas sin experiencia previa en lactancia materna. (9)

Como complemento del estudio ELFE, desarrollaron el estudio francés sobre alimentación infantil y estado nutricional (EPIFANE) realizado en 2012, el cual evaluaba las prácticas de alimentación infantil, hallando que el inicio de la lactancia materna fue alrededor de 72%, sin embargo, la tasa de lactancia materna disminuye rápidamente, con menos del 25% de los lactantes que aún son amamantados a los 6 meses. (9)

Como se ha mencionado antes el apoyo por parte de los profesionales de la salud a las madres durante la primera semana posterior al nacimiento es necesario para ayudar en la promoción de la lactancia materna. En Nueva Zelanda se desarrolló una investigación cualitativa que involucro 30 entrevistas postparto cara a cara cuatro a seis semanas después del parto con madres que vivían en Nueva Zelanda, hallando que la mayoría de las madres en esta investigación se sentían presionadas para amamantar dentro del sistema de salud de Nueva Zelanda. Sin embargo, las madres participantes reconocieron el apoyo efectivo que habían recibido por parte del personal de salud y las parteras de la comunidad que respetaron su autonomía, fortalecieron su autoestima y las alentaron a amamantar. Tomando en cuenta el antecedente histórico negativo relacionado con la medicalización de la alimentación infantil, es vital que exista un apoyo eficaz de habilidades para las madres que amamantan por parte del personal de salud para que las madres no lo consideren una forma de coerción silenciosa o como un ejercicio de poder sobre ellas. (10)

Las mujeres, de países de altos ingresos, informan que las primeras semanas de lactancia materna son particularmente difíciles, que requieren el apoyo emocional y practico, sin embargo, refieren insatisfacción con el apoyo que reciben de profesionales de la salud en

estas primera semanas debido al estilo autoritario, como un experto en “enseñanza” para principiantes, lo describieron como un estilo de apoyo mandón y crítico. En Australia desarrollaron un estudio sobre el análisis del discurso, el cual resalta como influye en el lenguaje y las prácticas de los profesionales de la salud; para el estudio se incluyó la observación y la grabación de audio de los intercambios de comunicación entre los participantes, incluida la evaluación del contexto y el entorno, seguida de una exploración de los discursos, palabras recurrentes, frases, metáforas, ideas, creencias y practicas durante las interacciones entre el grupo de estudio. Se reclutaron a tres grupos, 1) matronas practicantes privadas, 2) consejeras de apoyo entre pares y 3) mujeres en periodo de lactancia. Hallando que el lenguaje y las prácticas de las matronas privadas y la consejería entre pares permiten una autonomía materna y mejoran el acceso a las opciones de apoyo. Las opciones de apoyo deben mejorar con la intención de que sea la madre quien elija el compañero o profesional informado que mejor se adapte a sus circunstancias.(11)

En dos mil diecisiete Australia desarrollo un estudio que le permitiera comprender lo que permite a una madre por primera vez continuar amamantado exclusivamente entre dos y seis meses; utilizaron un enfoque cualitativo conocido como análisis fenomenológico interpretativo. Los datos se recolectaron retrospectivamente a través de una entrevista semiestructurada cara a cara, hallando que la autodeterminación para amamantar exclusivamente, junto con un apoyo social positivo, supero el impacto de las normas sociales percibidas y la presión negativa para detener la lactancia materna exclusiva. (12)

En Nueva York se evaluó la efectividad en los resultados de lactancia materna del programa de nutrición para mujeres, infantes y niños del periodo primero de abril de dos mil nueve al treinta de marzo de dos mil once. Hallando que el programa de lactancia materna con apoyo de pares como consejeros es efectivo para promover la duración en una población local, aumentando el periodo de lactancia materna a más de seis meses. (13)

En México se diseñó una intervención educativa dual en un hospital rural con el objetivo de evaluar si dicha intervención pudiera modificar la práctica actual y lograr un contacto temprano piel a piel y la lactancia materna temprana. El primer paso fue educar al personal de parto del hospital y el segundo paso educar a todas las mujeres embarazadas con embarazos sin complicaciones a las 36 semanas de gestación. La intervención educativa exploro los beneficios, las implicaciones y los pasos del contacto temprano piel a piel y la lactancia materna temprana. Todos los nacimientos se registraron durante los tres meses posteriores a la intervención, un total de 142 nacimientos cumplieron con los criterios de

inclusión, de los cuales 77% (n=109) recibieron contacto piel a piel y lactancia materna temprana, el tiempo promedio de inicio de lactancia materna en el primer y último mes fue de 48.9 más menos 15 minutos de vida y 34.4 más menos 16.7 minutos respectivamente. Concluyendo que una intervención educativa simple y de bajo costo logra la inclusión piel a piel y la lactancia materna temprana como parte de la atención estándar en un hospital rural. (14)

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y LA NIÑA

La iniciativa hospital amigo del niño, es un esfuerzo mundial propuesta por la OMS y UNICEF para implementar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna, lanzada en 1991 en respuesta a la declaración de innocenti. (14)

Dentro de las recomendaciones de esta iniciativa están los diez pasos para una lactancia materna exitosa; que son:

1) Tener una política para promover la lactancia materna por el personal de maternidad o de salud.

2) Entrenar al personal de salud (20 horas) para poner en práctica la política de lactancia materna.

3) Informar a todas las mujeres embarazadas y a los padres sobre los beneficios de la práctica de la lactancia materna.

4) Ayudar al contacto piel con piel e iniciar la lactancia materna tan pronto como sea posible después del parto.

5) Enseñar a las madres como amamantar y como mantener la lactancia aun si se separan de sus bebes.

6) No proveer a los recién nacidos ningún alimento o bebida que no sea leche materna.

7) Durante la hospitalización practicar el alojamiento conjunto: dejar que las madres y sus bebes estén juntos las 24 horas del día.

8) Ayudar a las madres a reconocer y responder a sus infantes amamantándolos cada que lo pidan.

9) Informar a las madres sobre los riesgos de usar biberones, chupones u otros objetos artificiales que entorpecen la succión y aumentan la posibilidad de ocasionar enfermedad.

10) promover la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna e incentivar la participación de las madres que acuden a los servicios de salud. (15)

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Se realizó un estudio en el que se revisó la evidencia actualizada de los beneficios de la LM para el niño y la sociedad, y recordar los riesgos asociados al reemplazo de ésta con fórmulas lácteas. (16)

La lactancia ha demostrado ser un factor protector contra distintas enfermedades infectocontagiosas, del espectro atópico y cardiovasculares, así como contra la leucemia, enterocolitis necrotizante, enfermedad celíaca y enfermedades inflamatorias intestinales. Asimismo, tiene un impacto positivo en el neurodesarrollo, mejorando el coeficiente intelectual y pudiendo tener una disminución del riesgo de otras condiciones como el déficit atencional, trastorno generalizado del desarrollo y alteraciones de conducta. La LM puede prevenir un 13% de la mortalidad infantil en el mundo, y disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante en un 36%.(16)

La lactancia materna exclusiva definida como la práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida (sin darle ningún otro alimento ni tampoco agua), es la intervención preventiva que tiene el mayor impacto potencial sobre la mortalidad infantil. Forma parte de las prácticas óptimas de lactancia natural, que incluyen también la instauración de la lactancia materna durante la primera hora de vida y la lactancia continuada hasta los 2 años o más. (17)

¿QUÉ FACTORES CONTRIBUYEN A LAS BAJAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN TODO EL MUNDO?(17)

Las tasas inadecuadas de lactancia natural exclusiva se deben a factores socioculturales, factores asociados a los sistemas de salud y factores comerciales, así como a un conocimiento deficiente de la lactancia materna. Entre los factores citados figuran los siguientes:

• Creencias de los cuidadores y de la sociedad que favorecen la alimentación mixta.

• Prácticas y políticas hospitalarias y sanitarias que no apoyan la lactancia materna.

• Ausencia de personas de apoyo capacitadas.

• Promoción agresiva de preparados para lactantes, leche en polvo y otros sucedáneos de la leche materna.

• Carencias en cuanto a permisos legales por maternidad y otras políticas laborales que fomenten la lactancia cuando la madre se reincorpora al trabajo.

• Desconocimiento de los peligros asociados a una alimentación distinta de la lactancia materna exclusiva, así como de las técnicas de lactancia adecuadas, por parte de las mujeres, sus parejas, sus familias, los profesionales sanitarios y los responsables de la elaboración de políticas.(17)

En 2012, la resolución 65.6 de la Asamblea Mundial de la Salud respaldó un Plan integral de aplicación sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño ,donde se fijaron seis metas mundiales de nutrición para 2025 .El presente documento normativo se refiere a la quinta de esas metas: incrementar hasta al menos un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses.(17)

CÓDIGO INTERNACIÓNAL DE CÓMERCIALIZACIÓN DE SUCEDANEÓS DE LA LECHE MATERNA.(18)

El Código es un conjunto de recomendaciones dirigidas a regular la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas. El objetivo del Código es frenar la comercialización agresiva e indebida de sustitutos de la leche materna.(18)

El Código se aplica a la comercialización de los siguientes productos y las prácticas relacionadas con la comercialización: (18)

Los sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes, que se comercialicen para alimentar a los lactantes y niños de hasta 3 años, incluidos los preparados complementarios y las leches de crecimiento.

Otros alimentos y bebidas (p. ej., los zumos, infusiones y aguas) que se promocionen como productos adecuados para alimentar a los lactantes durante los primeros 6 meses de vida cuando esté recomendada la lactancia materna exclusiva. (18)

Los biberones y tetinas. (18)

LACTARIOS INSTITUCIONALES

La situación de la mujer en México: el 71% de las mujeres en nuestro país son madres. El 44% de las mujeres mayores de 15 años, participan en la generación de ingreso y de estas el 97.9% combina sus actividades fuera del hogar con el trabajo de su hogar. Atendiendo a su situación conyugal, la tasa de participación económica más alta se da entre: las madres solteras 71.8%, divorciadas 71.7% y separadas 68.3%. siete de cada 10 mujeres trabajan o buscan trabajo. En cuanto a nacimientos en México: cada minuto nacen 4 personas en nuestro país, en el 2014 se contabilizaron 2 102 400 nacimientos, el 95% de bebés estaban sanos. (19)

La duración de la lactancia matera en México es de cerca de 10 meses. en el 2006 el porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses fue del 22.3%, en el 2012 el 14.5%. (19)

Los lactarios son servicios que apoyan a la madre para alimentar a sus hijos o hijas con leche materna, ya sea directamente del pecho u obtenida mediante extracción manual mecánica almacenándose, con manejo adecuado y que permita ser transportada al hogar para continuar alimentando a propio hijo o hija con su leche a pesar de no estar juntos. (19)

El lactario debe ser higiénico, cómodo, acogedor, educativo, accesible y privado, encaminado a fomentar, promover y capacitar, con el fin de mantener la alimentación con leche humana a las hijas y los hijos de las mujeres que trabajan o estudian en ese lugar. (19)

Ahorros importantes en las familias de hasta 15 000 pesos en el primer año de vida de sus bebes, al no comprar fórmulas lácteas. En el país hasta 2 450 millones de pesos. (19)

Una solución definitiva para lograr la lactancia materna exitosa en México es:

Que todos los hospitales donde nacen bebés en nuestro país sean amigos de la niña y el niño. (19)

Fomento y capacitación en Lactancia Materna a las mujeres de nuestro país y hombres que lo deseen. (19)

Promover ¨la hora privilegiada al nacer: pinzamiento en tiempo adecuado de cordón umbilical, propiciar contacto piel con piel de mamá y bebé, iniciar la lactancia materna los primeros 30 minutos de vida. (19)

Permiso laboral o escolar in perder sus derechos por cuatro a seis meses de vida a toda mujer que decide ser madre y darle lactancia materna exclusiva. (19)

Iowa Infant Feeding Attitude Scale

La escala Infantil de Alimentación y Actitud de Iowa (IIFAS) fue diseñada para medir las actitudes maternas de mujeres estadounidenses hacia la alimentación del lactante , con una consistencia alta (alfa de 0.86) .La actitud evaluada es un indicador predictivo de la elección del método de alimentación y en mujeres que amamantan la duración de la lactancia materna .La escala original consta de 17 ítems de los cuáles ocho están redactados de manera favorable a la lactancia materna y el resto hacia la lactancia con formula . (20)

La escala se evalúa con una graduación de respuesta de tipo Likert de cinco puntos, los ítems favorables a la lactancia materna, si se elige la opción totalmente en desacuerdo con el ítem se califica con 1 punto, hasta la opción estar totalmente de acuerdo con el ítem equivale a 5 puntos, la puntuación revierte en los ítems favorables a la lactancia con fórmula. (20)

La puntuación se clasifica en tres categorías: actitud positiva a la lactancia materna, actitud neutral y una actitud positiva a lactancia por fórmula. (20)

Prenatal Breast-feeding Self-efficacy Scale (PBSES)

El periodo prenatal es un periodo que comienza con la planificación del embarazo y dura hasta el nacimiento, en el cual pueden surgir problemas físicos, mentales y sociales en las mujeres embarazadas. El objetivo de la atención prenatal es asegurar que los periodos de embarazo, parto y posparto se pasen sin problemas tanto para la madre como para el bebé. El derecho más natural de las madres es amamantar a sus bebés, todo bebé tiene derecho a ser alimentado con leche materna, ya que tiene efectos positivos sobre el crecimiento y el desarrollo, además de protección contra muchas enfermedades. (21)

Uno de los factores que afectan la lactancia materna es la percepción de la autoeficacia de la madre respecto a la lactancia materna , esta misma está influenciada por cuatro fuentes de información: habilidades previas de amamantamiento de la persona , la experiencia de

otras (ver a otras mujeres que amamantan), apoyo verbal (de amigos cercanos , familiares , conejera de lactancia, materna) y respuestas psicológicas (fatiga , estrés , ansiedad).(21)

La evidencia ha demostrado que las madres con el mayor nivel de autoeficacia tuvieron más éxito al iniciar y continuar la lactancia materna. Cuando se examina la relación entre la percepción de autoeficacia y la insuficiencia de producción de leche , se revela que la percepción de autoeficacia aumenta la percepción de la suficiencia de la leche materna.(21)

Existe una herramienta de medición de autoeficacia de la lactancia materna en mujeres embarazadas, desarrollada en 2006 por Wells et al., llamada Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Prenatal (PBSES), la escala consta de 20 ítems, cada elemento de la escala tipo Likert de 5 puntos está marcado con una de las opciones: "1 = No estoy seguro", "2 = Ligeramente seguro", "3 = Bastante seguro", "4 = Muy seguro", " 5 = Completamente seguro ". Las puntuaciones totales más bajas y más altas de la escala son 20 y 100 respectivamente. El aumento en la puntuación indica un aumento de la percepción de la autoeficacia de la lactancia materna . El original valor alfa Cronbach de la escala es 0.89.(21)

CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

La inseguridad de las madres hace que, con frecuencia, interpreten el llanto o la intranquilidad del niño como hambre. Debido a esa creencia, las madres piensan que sufren hipogalactia y deciden darle suplementos de leche de formula al niño después de las tomas, lo que suele conducir al abandono de la lactancia materna. (22)

Diversos estudios reflejan que los motivos más frecuentes que las madres alegan para abandonar son la sensación de tener poca leche o que el niño se quede con hambre, mientras que la sensación materna de tener leche suficiente produce el efecto contrario. El entorno, sobre todo familiar ejerce una gran influencia sobre la madre, ya que con frecuencia realizan sugerencias y comentarios negativos basados en mitos o falsas creencias que perjudican la lactancia materna. Algunas madres se sienten muy presionadas socialmente, tanto para lactar, como para no hacerlo. Así mismo consideran que la lactancia es algo íntimo entre madre e hijo y que requiere tranquilidad y tiempo, por lo que las constantes visitas de familiares y amigos ocasionan la falta de privacidad para amamantar y quitan tiempo de atención a sus hijos. (22)

Las complicaciones durante la lactancia materna, tales como la aparición de grietas o las mastitis, también dificultan la lactancia y si no se tratan pueden ser un factor del abandono. (22)

SENTIMIENTOS POR EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA

El abandono genera en las madres, sentimientos contrapuestos. Por un lado, expresan sentimientos negativos, manifiestan sentirse mal, les producía tristeza y frustración porque consideraban que la lactancia materna es una experiencia muy bonita y satisfactoria e incluso algunas llegaron a sentir que eran peores madres por abandonar. Por otro las se sentían bien porque podían descansar y la lactancia ya no era tarea suya, es decir podían delegar la alimentación en otras personas. (22)

Los estudios epidemiológicos dirigidos a explicar los comportamientos subóptimos de la lactancia materna se han centrado en determinantes discretos a nivel individual. Las características sociodemográficas maternas se han centrado en determinantes discretos a nivel individual. Las características sociodemográficas maternas que se han asociado a una menor probabilidad de lactancia materna exclusiva , incluyen logros educativos más altos edad avanzada y primiparidad.(23)

El empleo materno fuera del hogar ha sido identificado como un obstáculo clave para la lactancia materna exclusiva, especialmente en entornos de bajos recursos donde las mujeres trabajan en el sector informal, y, por lo tanto, carecen de acceso a las protecciones en el lugar de trabajo y al permiso por maternidad. (23)

Varios factores psicológicos maternos también se han asociado positivamente con la lactancia materna exclusiva, incluidas las intenciones de amamantar, la autoeficacia en la capacidad de amamantar y un mayor nivel de conocimiento de la duración, los beneficios y/o las mejores prácticas de la lactancia materna exclusiva. (23)

Se ha documentado que a nivel internacional no se alcanzan los objetivos de la lactancia materna, por ello, al valorar la autoeficacia de la lactancia materna ha demostrado ser un predictor fuerte tanto del inicio como de la duración de la lactancia materna. De hecho, se han creado 6 instrumentos de autoeficacia de la lactancia materna basándose en la teoría cognitiva social de Bandura. (28)

Los factores determinantes de las conductas de lactancia materna varían por la sociedad en la que se encuentre la mamá, su comunidad, las costumbres de su hogar y las creencias que tiene, además, de la experiencia que tenga en embarazos previos. (28)

La capacidad de medir adecuadamente la autoeficacia es útil para predecir tanto el inicio de la lactancia materna como el comportamiento de la lactancia materna con el tiempo. (28)

En la Organización Mundial de la Salud promueve la lactancia materna a nivel mundial, sin embargo, la sostenibilidad de la lactancia materna está lejos de ser satisfactoria, en la Encuesta Nacional de Servicios de Salud de China, se obtuvo como resultado que la lactancia materna exclusiva fue del 15.8% en los lactantes de 6 meses, los factores que están relacionados son el desarrollo socioeconómico, sin capacitación hospitalaria o atención médica inadecuada. (29)

La confianza de una mujer en su habilidad para amamantar a su bebé ha sido un factor de estudio durante años, para ello, se ha creado una escala de "Autoeficacia de la lactancia materna" conformada de 33 ítems desarrollado por Dennis y Faux, para medir la confianza de una mujer en su capacidad para desempeñarse tareas y comportamientos específicos relacionados con la lactancia materna exitosa. (29)

Las mujeres con niveles más altos de autoeficacia percibida para la lactancia materna tienden a ser más optimista y está dispuesta para mantener la lactancia haciendo más esfuerzos para resolver los problemas que se vayan presentando, se tienen cuatro puntos clave, para que esta sea adecuada, como es la información eficaz, experiencia indirecta (mirar a otras mujeres amamantando), mejora del estado afectivo con su recién nacido. (29)

Diferir la tasa de lactancia materna conlleva alteración para iniciar este proceso de forma continua, la mayor proporción de mujeres llega amamantar después de 6 horas del posparto, de hecho, se tiene reportes de que una cuarta parte lo hace después de las 24 horas, teniendo menor estimulación de los senos y alteración en la eyección de leche. (29)

La Academia Americana de Pediatría reporta que la alimentación inicial del recién nacido debe ser la lactancia, para disminuir el riesgo de infecciones del tracto respiratorio, asma, otitis media, gastroenteritis, dermatitis atópica, obesidad y diabetes. (30)

Además, las ventajas para las madres son disminución del riesgo de depresión posparto, cáncer de mama y cáncer de ovario. Pero las alteraciones anatómicas en la mama

modifican la actitud para realizar la lactancia, como es la sensación de dolor, forma del pezón, suministro insuficiente de leche y dificultad de succionar de los bebés. (30)

En base a la teoría de la autoeficacia de la lactancia materna desarrollada por Dr. Dennis, se debe aplicar la escala de autoeficacia de la lactancia materna para reconocer el papel que tiene la madre. (30)

Los beneficios para los bebés por la lactancia deben ser cada vez mayores, para enfrentarse a los microorganismos que colonizan las vías respiratorias y gastrointestinales, por ello, las unidades médicas se han esforzado en promoverla, para que se tengan mejores defensas, debido a que los sustitutos de la leche materna son de costo elevado, no contienen los nutrientes ni la inmunización que brinda la madre. (31)

Se ha documentado que la tasa de lactancia disminuye rápidamente en las primeras 8 a 12 semanas posparto, hasta del 68.9% por ello, esta debe valorarse, como es la escala corta de autoeficacia de la lactancia materna, esta se desarrolló para medir la confianza de la madre para amamantar a su bebé, tiene un coeficiente alfa de Cronbach para la consistencia interna de 0.86 postnatal. (31)

La lactancia materna ha sido documentada como una terapia que contempla el aspecto nutricional, inmunológico, psicológico, económicos y ambientales (al no utilizar recipientes de plástico), debido a que brinda muchas ventajas fisiológicas y psicológicas, además, la valoración por medio de escalas de autoeficacia permite documentar el comportamiento de las madres al amamantar a sus bebés, pero se tuvieron resultados negativos en aquellas que padecieron depresión posparto. (32)

La actitud de las pacientes que realizar lactancia materna exclusiva, se sienten satisfechas por brindar una nutrición óptima, accesible y sin generar costos extras, además, reconocen que este tipo de alimentación aumenta la supervivencia del recién nacido, por ello, se recomienda iniciar con esta técnica dentro de una hora después del parto hasta al menos dos años, en algunas investigaciones refieren que ampliar esta práctica óptimas puede prevenir un estimado 823,000 muertes infantiles y 20,000 muertes por cáncer de mama anualmente. (33)

En México se ha reportado la presencia de 1.1 a 3.8 millones de casos anuales por enfermedades respiratorias agudas superiores e inferiores, otitis media y enfermedades gastrointestinales, con un deceso aproximado de 5,796 niños menores de 1 año, asociadas

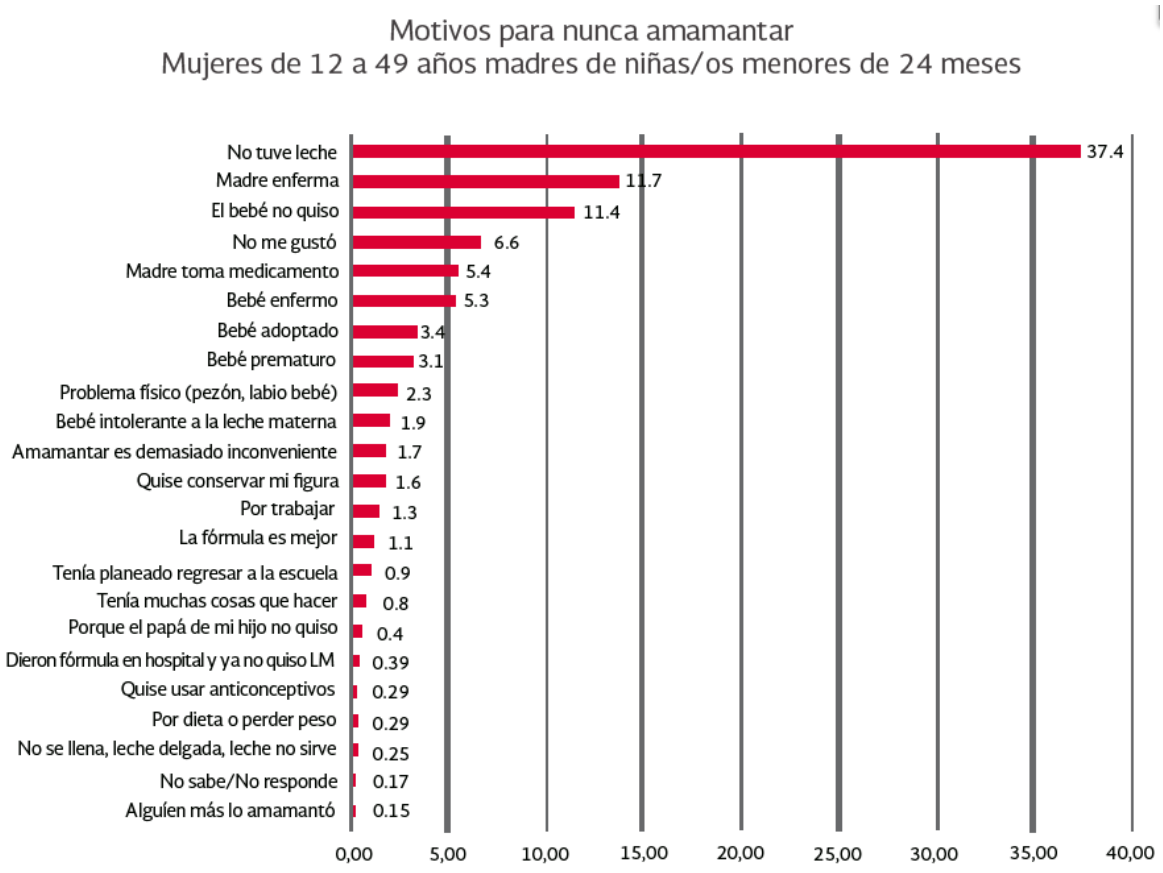
a una lactancia inadecuada. Además, no se ha calculado el costo de estas enfermedades en las unidades médicas, debido a la falta de lactancia materna o su beneficio. (34)

México está experimentando un fenómeno de abandono de la práctica de lactancia materna exclusiva, se evaluó en el 2006 que la frecuencia fue de 22.3% mientras en el 2012 paso a 14.4%, principalmente en zonas rurales paso de 36.9 a 18.5% en 6 años, por lo que las madres realizan la administración de agua o formula. (34)

Los factores relacionados con la falta de lactancia materna en la población mexicana es la inexperiencia de las madres, poca confianza y la necesidad de regresar al trabajo. (34)

En Puebla se estima que la lactancia materna fue realizada en el 44% de las madres en el 2012, información publicada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. (34)

Las madres que no dieron lactancia materna, refieren que esto se debe a los siguientes motivos, en mujeres de 12 a 49 años: (35)



En México se han creado estrategias para que se realice la lactancia materna en las unidades médicas, por ello, se han hecho las siguientes competencias: (35)

- ♣ Impulsar la nominación de Hospitales Amigos del Niño y de la Niña y su extensión a Unidades.
- ♣ Fortalecer la atención de la niña y del niño recién nacido prematuro con técnica canguro.
- ♣ Establecer una Red Nacional de Bancos de Leche Humana.
- ♣ Disminuir el uso rutinario de sucedáneos de leche materna en unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.
- ♣ Promover lactarios institucionales para proteger el derecho de las madres trabajadoras a amamantar.
- ♣ Elaborar materiales de difusión con información efectiva para la población.
- ♣ Gestionar la inclusión de los indicadores de práctica de lactancia materna a los sistemas nacionales de información. (35)

Las madres mexicanas nacieron con la cultura de brindar la lactancia materna, pero a partir de los 60s, se empezó a tener una disminución significativa sobre la capacidad de lactar, debido a que desconocen los beneficios, por eso, el sistema de salud ha promovido las siguientes metas, como es dar a conocer los: (36)

- Beneficios de la lactancia materna.

- Técnicas correctas de amamantamiento.

- Evaluación de las mamas.

- Detección de factores de riesgo para la lactancia.

- Reconocer las verdaderas contraindicaciones para la lactancia.

El fomentar y brindar educación antes del parto aumenta las cifras de inicio de la lactancia materna en un 5 al 10%, el apoyo de persona a persona aumenta su aplicación, se sugiere indicar el asesoramiento posterior a las 32ª semana. (36)

A pesar de que se ha promovido que la lactancia es la única fuente que suministra todos los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo del niño en los primeros meses de vida,

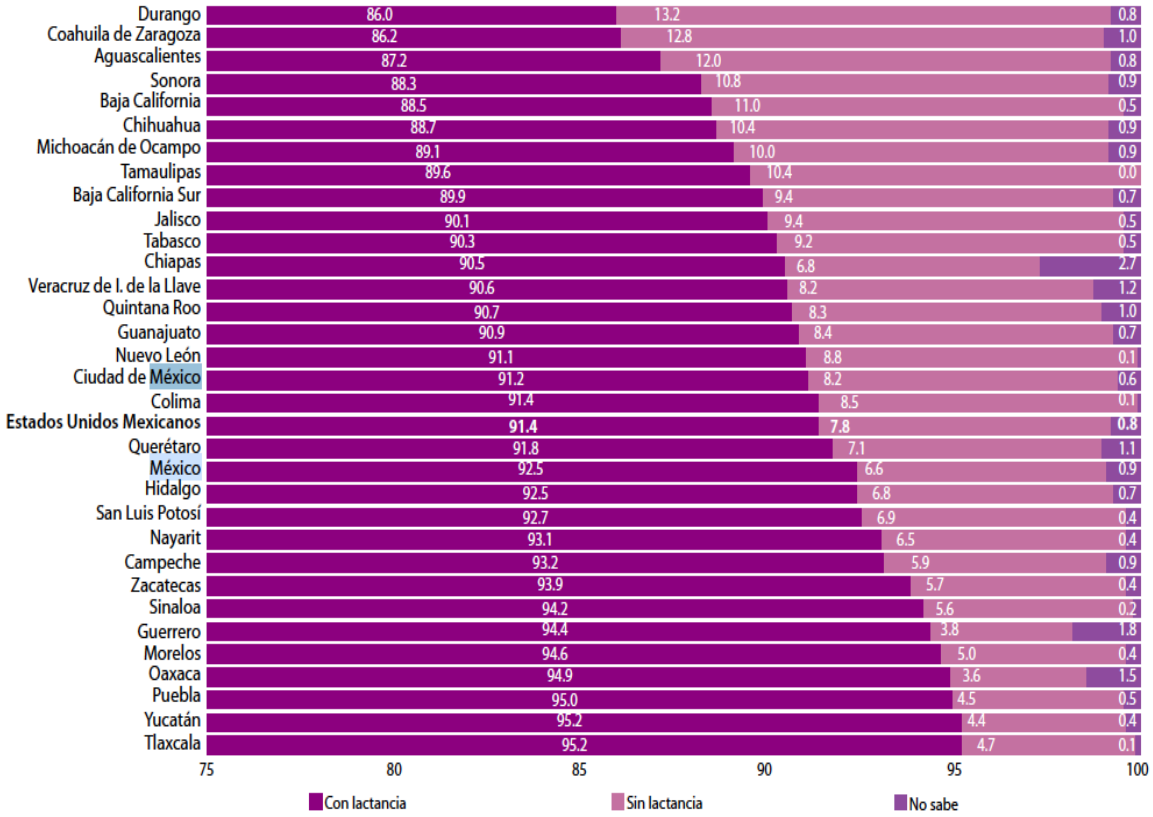
se tienen actitudes familiares, culturales, complicaciones económicas que conllevan a no realizarla el tiempo mínimo de 6 meses a un máximo de 2 años. (37)

La lactancia materna permite la disminución de las enfermedades respiratorias, gastroenteritis, enterocolitis necrosante, otitis, síndrome de muerte súbita, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, inteligencia baja, deterioro del desarrollo neuromotor y malformaciones dentales de los recién nacidos, sin embargo, al identificar que esta práctica estaba teniendo un descenso drástico, el gobierno mexicano promovió por medio de la Secretaría de Salud implementar políticas para tratar de resolverlo el problema. (38)

Un estudio local realizado en Puebla reporta un consumo promedio mensual de 8 latas de fórmulas lácteas para bebés, en los 2 primeros meses de vida, lo que representa un gasto de entre $767 a $1,160 por bebé mensualmente, a los 3 meses el promedio son 12 latas con un costo de $1,150 a $1,740, según la marca y a los 6 meses el costo oscila entre $863 a $1,740; en infantes mayores de 6 meses, el costo es de $692 a $1,056, sin incluir biberones ni otros gastos. (38)

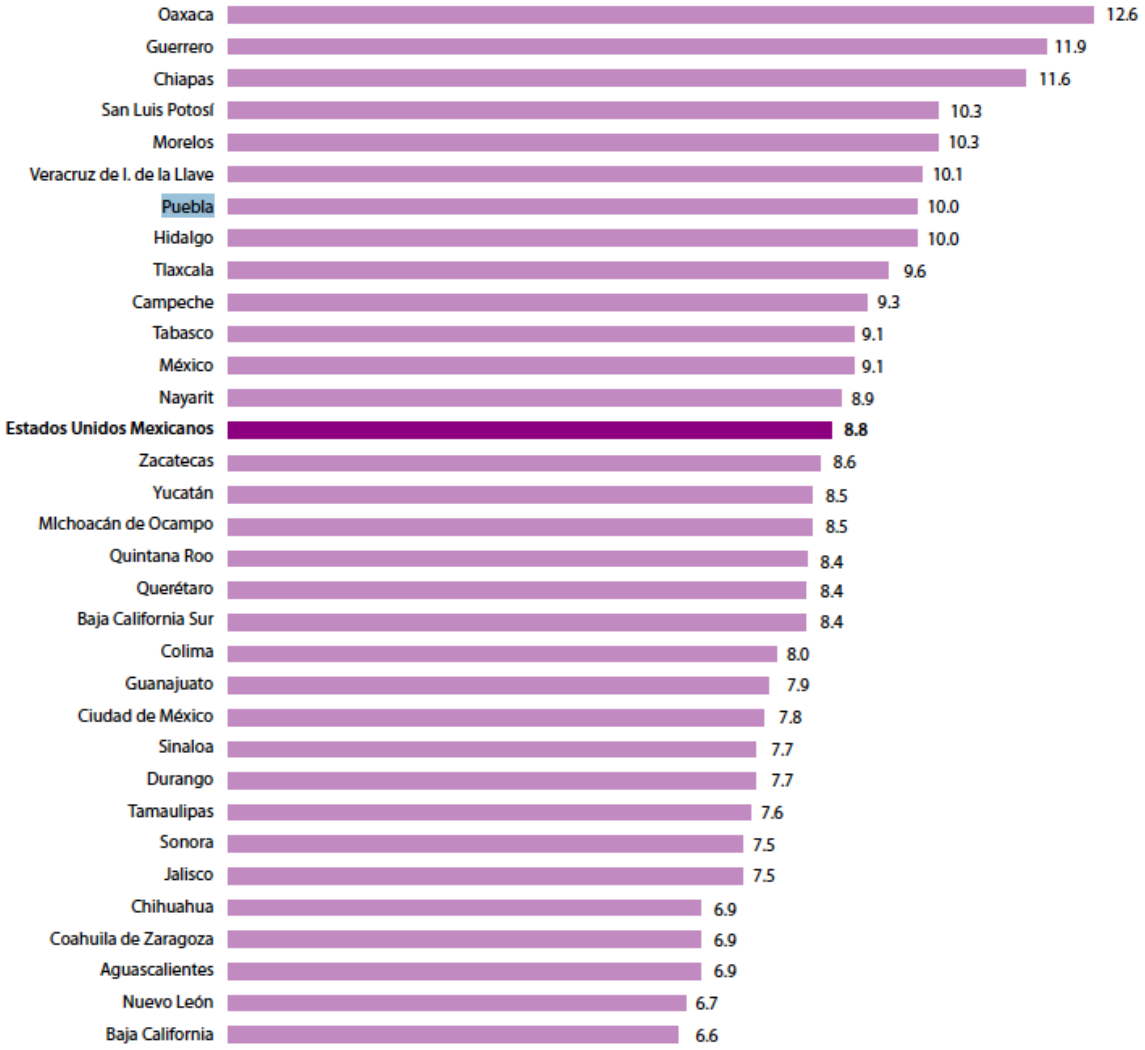
México participó en la Organización Mundial de la Salud sobre la aplicación de estrategias para promover la lactancia materna, se identificó que por estados la distribución de la lactancia materna, reportando a Puebla como el tercer estado con mayor frecuencia de lactancia con el 95% a comparación de Durango con el 86%, como se muestra en la siguiente figura: (39)

Distribución porcentual de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) por entidad federativa según condición de lactancia materna



Además, el tiempo promedio de lactancia materna fue en promedio del 10 meses para el Estado de Puebla, mientras Oaxaca da lactancia hasta de 12.6 meses, como se muestra en la siguiente figura: (39)

Duración media de la lactancia por entidad federativa (en meses)



III. JUSTIFICACION

El deterioro en México de la lactancia materna es evidente, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), en México, el porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5% y fue dramático en medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%). Similarmente, la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó. El 5% más de niños menores de seis meses consumen fórmula y aumentó el porcentaje de niños que además de leche materna consumen innecesariamente agua. Esto es negativo porque inhibe la producción láctea e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades gastrointestinales. Las madres que nunca dieron pecho a sus hijos mencionan como razones causas que sugieren desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto, para iniciar y establecer la lactancia.

Según la ENIGH 2012 México gasta en formulas infantiles 2 450 millones de pesos. De éstos 1 000 millones de pesos, son recursos públicos. Y 1450 millones de pesos son, de gastos de bolsillo.

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños.

Según la Organización Mundial de la Salud si, prácticamente todos los niños fueran amamantados, cada año se salvarían unas 820, 000 vidas infantiles.

A nivel mundial, solo un 40% de los lactantes menores de seis meses reciben leche materna como alimentación exclusiva.

Al año, solo la tercera parte de los niños y niñas reciben lactancia materna y a los dos años tan solo la séptima.

Las madres que nunca dieron pecho a sus hijas e hijos exponen razones que sugieren desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto, para iniciar y establecer la lactancia, 37.4% no tuvo leche 13.7% madre enferma, 11.4% el bebé no quiso, 5.3%bebé enfermo y 3.1% prematuro.

IV. DEFINICION DEL PROBLEMA

PRESENTACION DEL PROBLEMA

A pesar de los beneficios demostrados de la leche materna y las recomendaciones internacionales, los estudios epidemiológicos sobre la práctica de la Lactancia materna indican un bajo porcentaje en su seguimiento.

La lactancia materna ha venido descendiendo en forma alarmante tanto en el ámbito rural como en el urbano, tenemos muy bajas tasas de lactancia materna exclusiva y la duración a dos años está en porcentajes mínimos.

Se ha demostrado que la deficiente información que poseen las madres sobre la lactancia materna es una causa del abandono de esta práctica; igualmente hay madres trabajadoras que suspenden la lactancia materna por falta de asesoramiento, responsabilidad social, cultural y hospitalaria, ya que, debido a esto, se incrementa el uso de sucedáneos de la leche materna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la autoeficacia y actitud en lactancia materna en mujeres puérperas?

V. HIPOTESIS

Por ser un estudio descriptivo no requiere hipótesis

VI. OBJETIVOS

GENERAL:

Identificar la autoeficacia y actitudes de las madres hacia la lactancia materna.

ESPECIFICOS:

1. Evaluar la percepción de la autoeficacia de la lactancia materna mediante el instrumento Prenatal Breast-feeding Self-efficacy Scale (PBSES).
2. Identificar la actitud positiva a la lactancia materna mediante el instrumento de escala Infantil de Alimentación y Actitud de Iowa (IIFAS).
3. Identificar la actitud neutral mediante la escala Infantil de Alimentación y Actitud de Iowa (IIFAS).
4. Identificar la actitud positiva a fórmula mediante la escala Infantil de Alimentación y Actitud de Iowa (IIFAS).

VII. MATERIALES Y METODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

TIPO DE ESTUDIO

Estudio Descriptiva, Transversal, Prospectivo y Unicentrico.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Descriptivo: con base a la medición y obtención de datos se logró observar la autoeficacia y actitud hacia la práctica de la lactancia materna.

Transversal: El momento de obtención de datos y una sola medición se centró únicamente en el periodo junio 2019 a julio 2019 mujeres en el área de alojamiento conjunto del Hospital De La Mujer Puebla después del nacimiento del niño(a).

Prospectivo: se analizó la información a partir de la fecha de inicio del proyecto.

SELECCIÓN DE MUESTRA

UBICACIÓN EN TIEMPO Y ESPACIO

Hospital De la Mujer Puebla, durante el periodo de junio 2019 a julio 2019.

POBLACION FUENTE

Mujeres del Hospital de la Mujer Puebla con las siguientes edades:

1.<18 años

2.19-30 años

3.31-40 años

4.>40 años

Con hijos sanos, nacidos a término.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Mujeres del Hospital De La Mujer Puebla de las siguientes edades.

1.<18 años

2.19-30 años

3.31-40 años

4.>40 años

2. Con hijos sanos, nacidos a término.
3. Mujeres puérperas con hijos recién nacidos sanos que se encuentren en alojamiento conjunto.
4. Mujeres que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Mujer con patología mamaría y se le dificulte dar lactancia materna.
2. Patologías que manifiesta el recién nacido posteriormente y que le impidan alimentarse.
3. Mujeres que, aunque hayan aceptado participar en el estudio en algún momento soliciten salirse del mismo.

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Mujeres que contesten el cuestionario incompleto.
2. Mujeres que no quieran participar en la encuesta.

ESTRATEGIA DE MUESTREO

Con un nivel de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, con una población de 2337 puérperas en el año 2018.

DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	DEPENDENCIA	UNIDADES DE MEDICION
1. AUTOEFICIENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA	Conocimiento que lo individuos tienen acerca de sus capacidades y confianza para alcanzar una meta o enfrentar una situación.	Aplicando la escala Prenatal Breast-feeding Self-efficacy Scale (PBSES), con la cual se evaluará percepción a la autoeficacia de la lactancia materna	Ordinal Cualitativa	Dependiente	Escala de Likert. Escala en la que se evalúa la percepción a la autoeficacia como resultados: 20 puntos bajan percepción de autoeficacia a la lactancia materna ---------- 21-99 puntos Percepción media ---------- 100 puntos es alta percepción de autoeficacia a la lactancia materna
2. ACTITUD DE LAS MADRES HACIA LA LACTANCIA MATERNA	Postura del cuerpo, especialmente cuando expresa un estado de ánimo.	Aplicando La Escala Infantil de Alimentación y Actitud de Iowa (IIFAS), en la que se evaluará la actitud positiva a la lactancia materna, la actitud neutral y la actitud positiva a Fórmulas maternizadas.	Ordinal Cualitativa	Dependiente	Escala de Likert. Actitud positiva a la lactancia materna 70 -85 puntos ---------- Actitud Neutral 49-69 puntos ---------- Actitud positiva a Fórmula maternizada. 17-48 puntos
3. EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	De acuerdo con encuesta edad de la persona cumplida en años.	Intervalo cuantitativa	Independiente	1.<18 años 2. 19-30 años 3. 31-40 años 4. >40 años
4. ESCOLARIDAD	Periodo de asistencia a un centro escolar.	De acuerdo con la escolaridad registrada en la encuesta	Ordinal Cualitativa	Independiente	0.Sin instrucción 1.Primaria 2.Secundaria 3.Bachillerato 4.Licenciatura

					5.Especialidad/Posgrado
5. ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y s situación legal respecto a esto.	De acuerdo con el estado civil registrado en la encuesta.	Nominal Cualitativa	Independiente	1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Divorciada /separada
6. NO.DE EMBARAZOS	Estado de la mujer gestante	De acuerdo con el estudio será el número de veces que la mujer ha estado embarazada.	Numérica Cuantitativa	Independiente	Numérica continua 1,2,3, 4…
7. LACTANCIA MATERNA PREVIA	Alimentación que consiste en que un bebé se alimente de la leche de su madre.	De acuerdo con estudio si la puérpera ha dado lactancia materna previamente	Nominal Cualitativa	Dependiente	0. No 1. Si
8. PROCEDENCIA	Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva.	De acuerdo con estudio el lugar de residencia.	Nominal Cualitativa	Dependiente	1.Rural 2.Urbano

METODOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS:

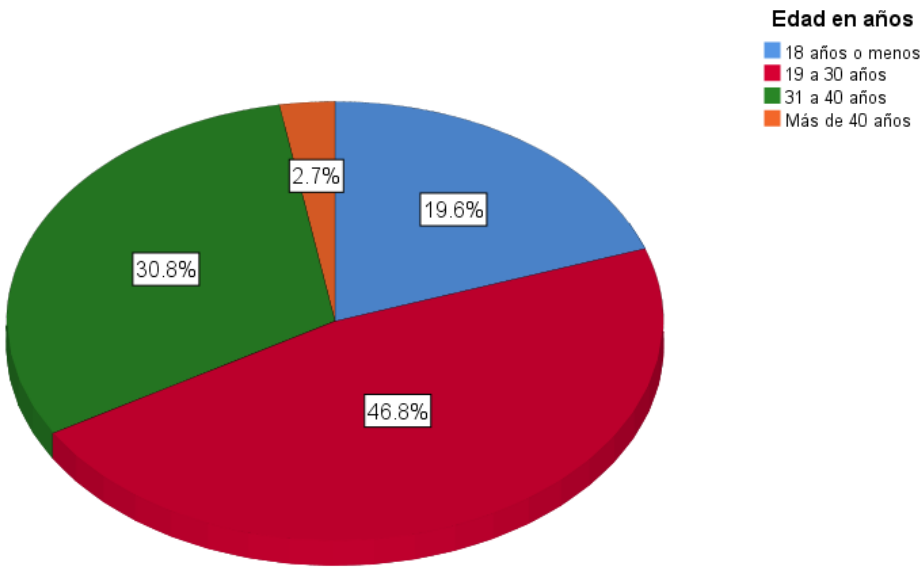
ESTADISTICA:

Se utilizo el software IBM SPSS Versión 24. Se ocuparon medida de tendencia central, variabilidad o dispersión y de posición para variables cuantitativas. Para variables categóricas (variables cualitativas) la prueba de chi cuadrada y estadística paramétrica con el método de análisis de varianza (ANOVA), T de Student , además de análisis de fiabilidad basado en el coeficiente del alfa de Cronbach.

VIII. RESULTADOS

PRESENTACION DE LOS DATOS

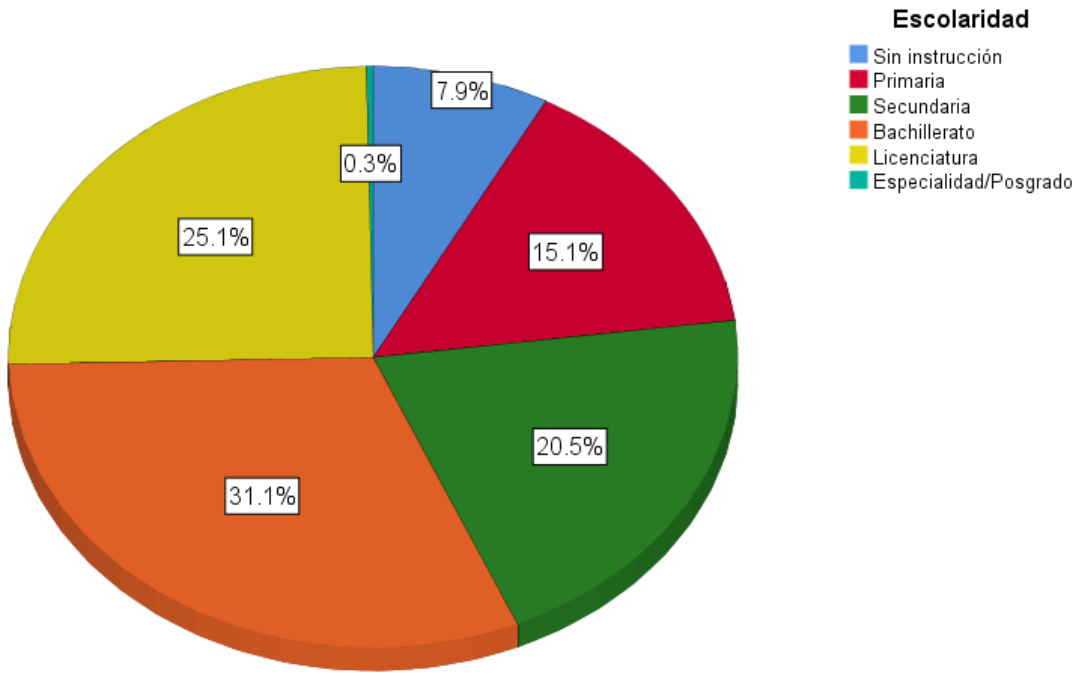
Se analizó la información de 331 mujeres puérperas que se encontraban en alojamiento conjunto del Hospital De La Mujer Puebla, de las cuales el 46% (155) pertenecía al grupo de edad de 19 a 30 años.



Gráfica 1. Gráfica de distribución de edades.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

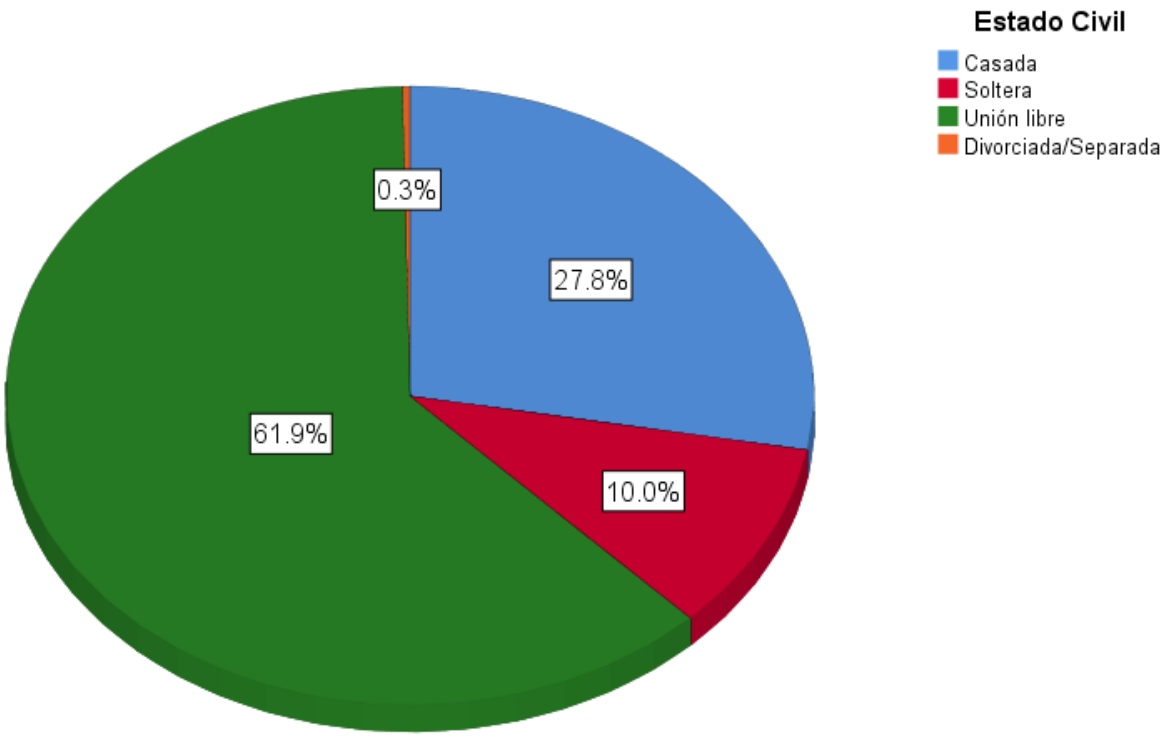
El 31.1% (103) de las mujeres puérperas cuenta con Bachillerato.



Gráfica 2. Gráfica de distribución de escolaridad.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

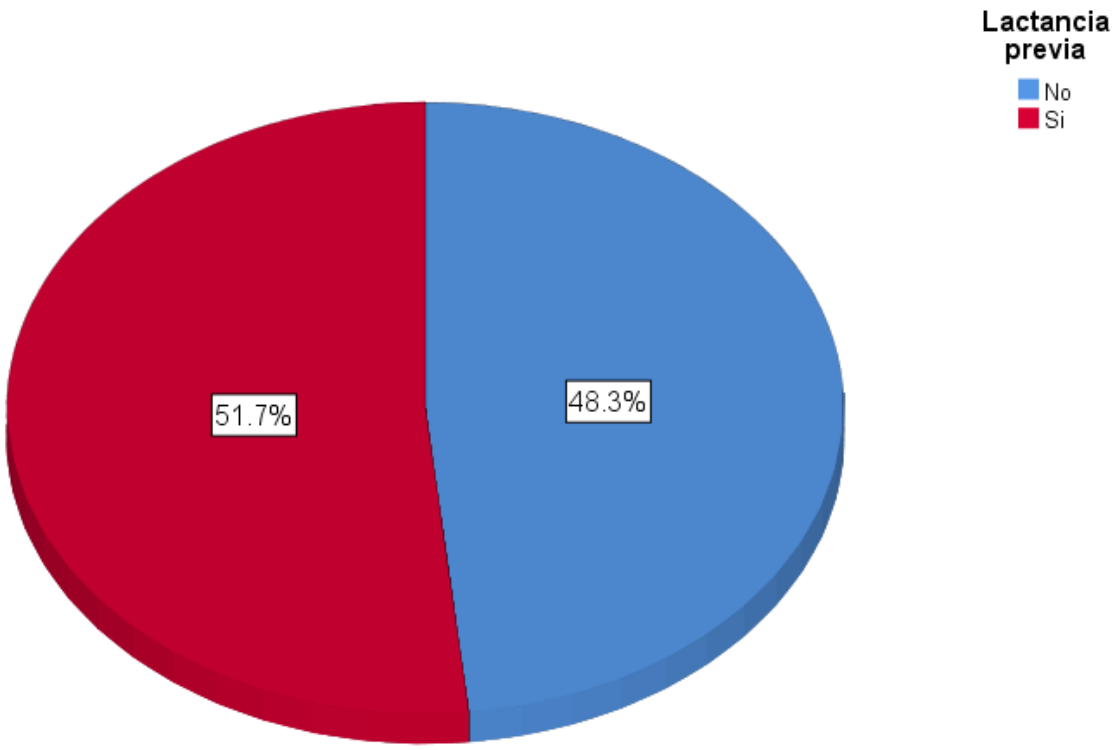
El Estado Civil más frecuente fue Unión Libre 61.9% (205).



Gráfica 3. Gráfica de distribución de Estado Civil.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

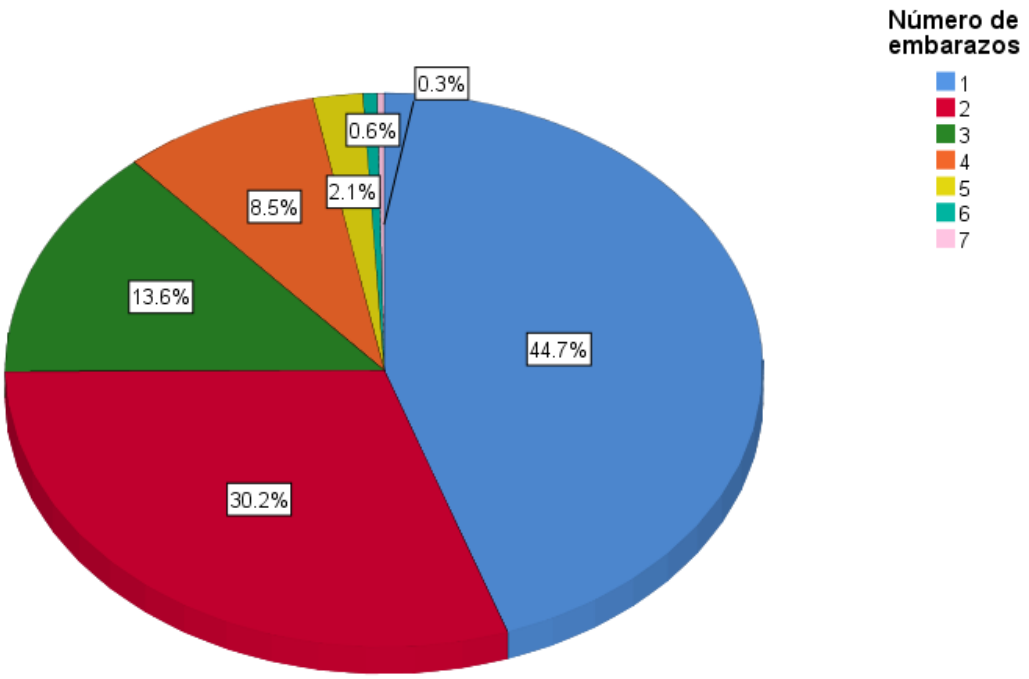
El 51.7% (171) de las puérperas había dado lactancia materna previa.



Gráfica 4 . Gráfica de distribución de Lactancia previa.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

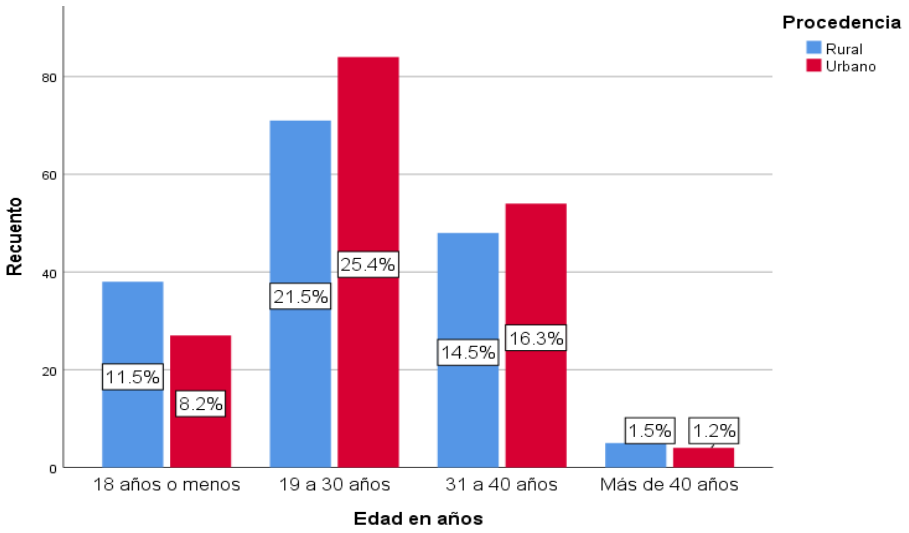
Las puérperas que contestaron que llevaba un solo embarazo fueron el 44.7% (147).



Gráfica 5. Gráfica de distribución de Número de embarazos.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador

El 48.9% (161) procedían de una comunidad rural; de estas, el 21.5% (71) tenían una edad de 19 a 30 años.



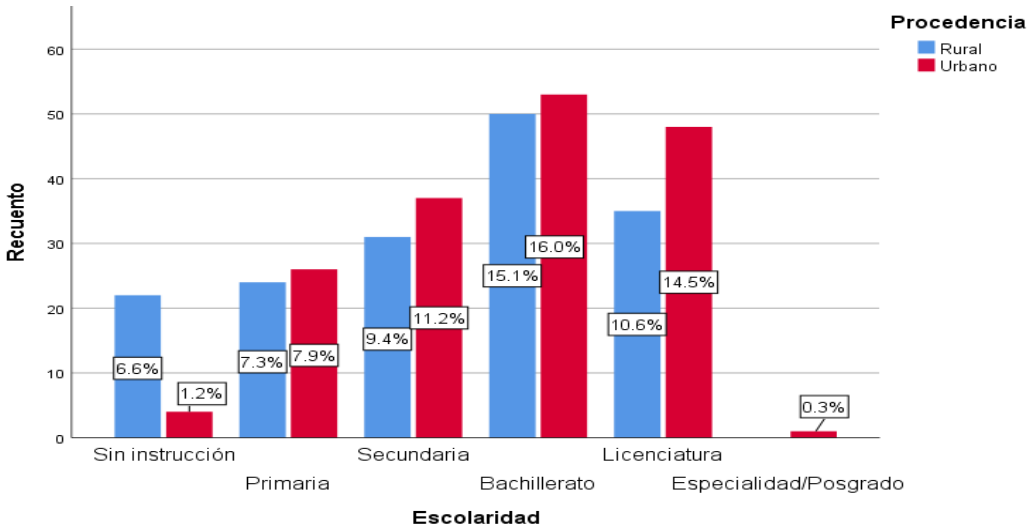
Gráfica 6.

Distribución de la edad de acuerdo con la procedencia.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

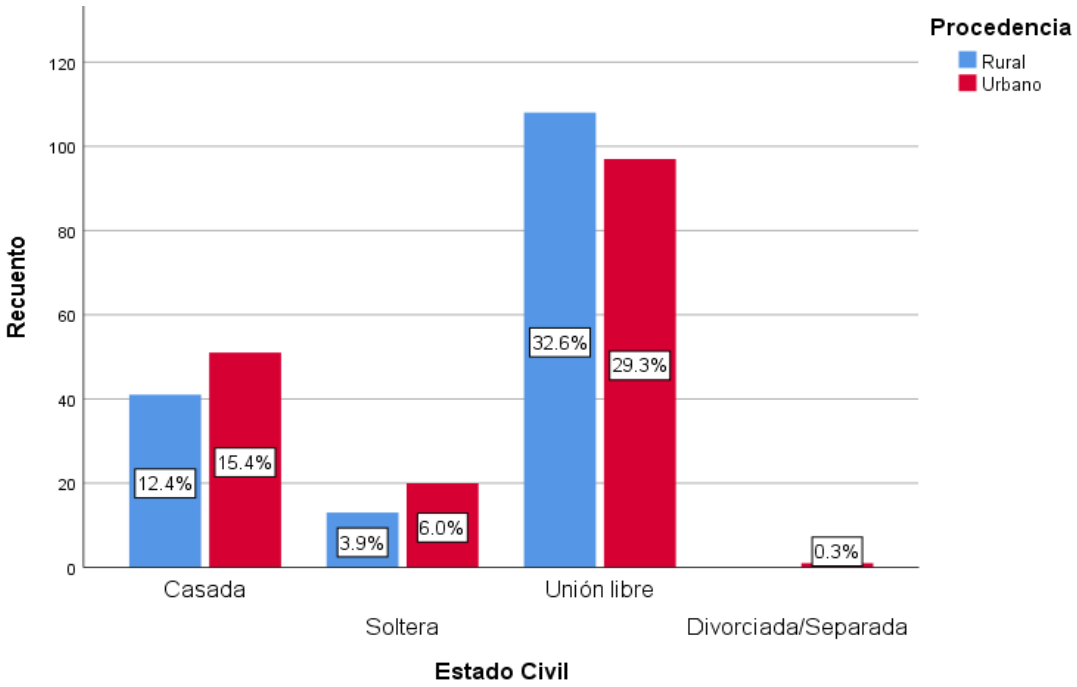
El 15.1% (50) reportaron haber estudiado hasta el nivel bachillerato.

Gráfica 7. Distribución de la escolaridad de acuerdo con la procedencia.



Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

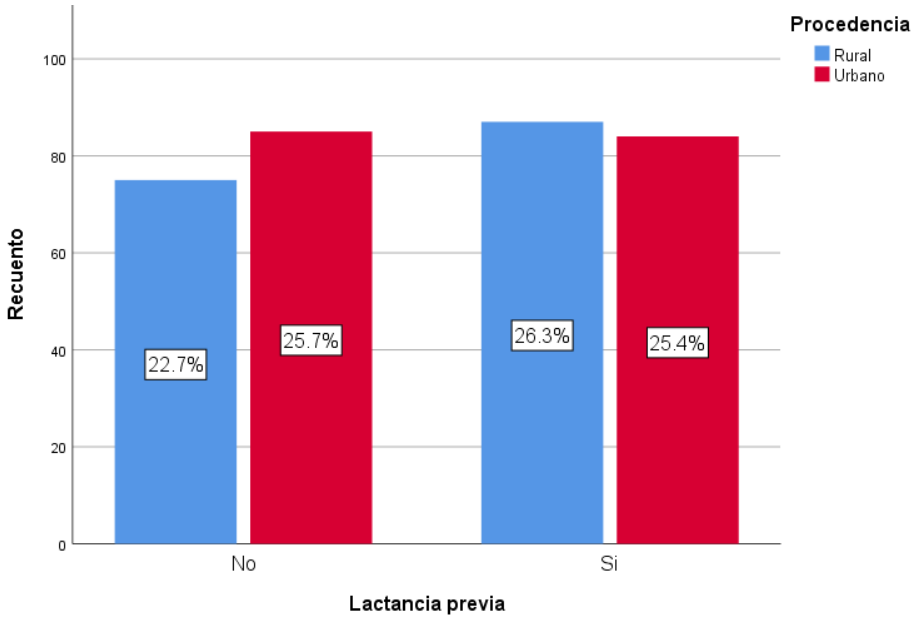
El 32.6% (108) de procedencia rural afirmó estar en unión libre.



Gráfica 8. Distribución del Estado Civil de acuerdo con la procedencia.

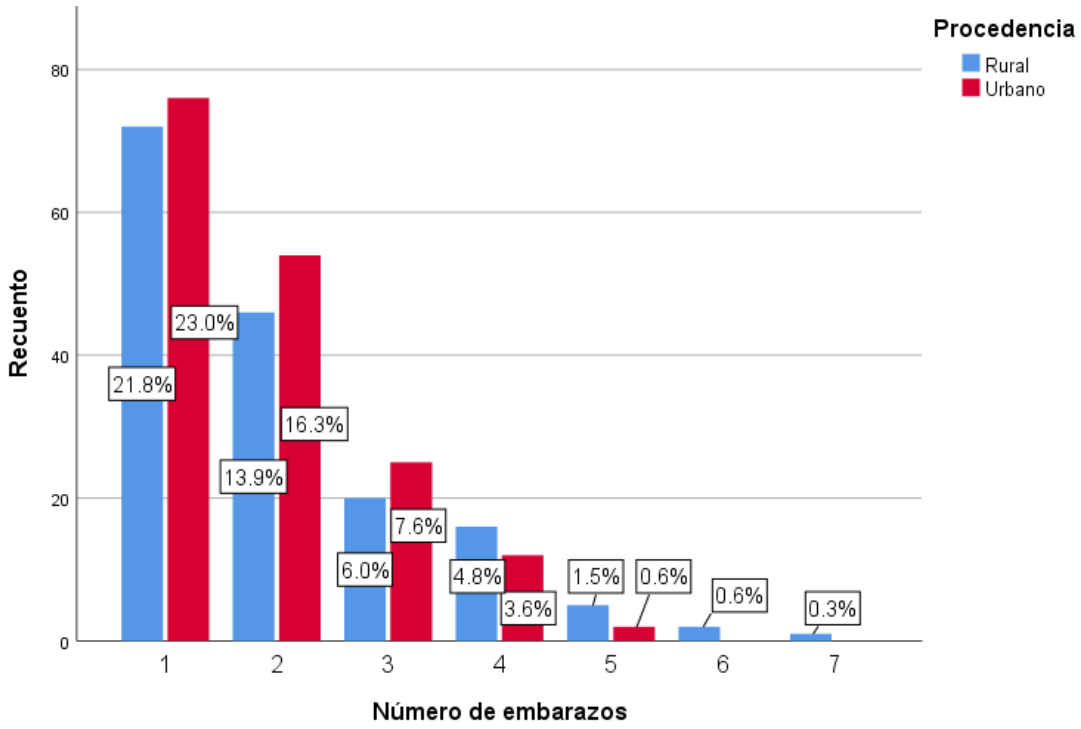
Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

El 26.6% (88) reportó que sí había dado lactancia previamente, de procedencia rural.



Gráfica 9.
Distribución de la Lactancia previa de acuerdo con la procedencia.

El 23% (73) había tenido solo un embarazo anterior, de procedencia urbana.



Gráfica 10. Distribución de Número de embarazos de acuerdo con la procedencia.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

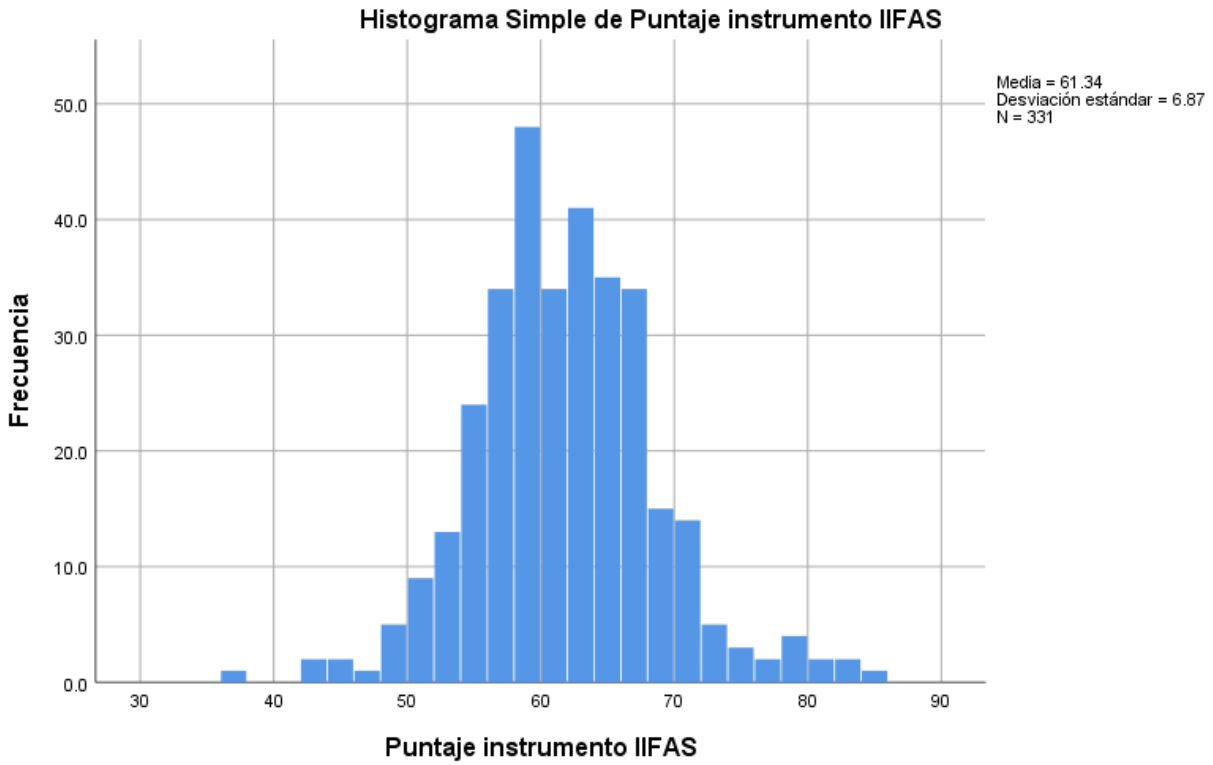
El 51.1% (168) procedían de una comunidad urbana; de estas, el 25.4% (84) tenían una edad de 19 a 30 años, el 16% (53) reportaron haber estudiado hasta el nivel bachillerato, el 29.3% (97) afirmó estar en unión libre, el 25.7% (85) reportó que sí había dado lactancia previamente y el 22.7% (75) había tenido solo un embarazo anterior. En el ámbito rural no se reportaron mujeres con especialidad o posgrado ni que estuvieran divorciadas o separadas; en el ámbito urbano las mujeres reportaron no tener 6 ni 7 embarazos previos (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de las mujeres de la muestra por procedencia.

		Rural		Urbano		Total	
		n	%	n	%	n	%
Edad en años	18 años o menos	38	11.5%	27	8.2%	65	19.6%
	19 a 30 años	71	21.5%	84	25.4%	155	46.8%
	31 a 40 años	49	14.8%	53	16.0%	102	30.8%
	Más de 40 años	5	1.5%	4	1.2%	9	2.7%
Escolaridad	Sin instrucción	22	6.6%	4	1.2%	26	7.9%
	Primaria	24	7.3%	26	7.9%	50	15.1%
	Secundaria	31	9.4%	37	11.2%	68	20.5%
	Bachillerato	50	15.1%	53	16.0%	103	31.1%
	Licenciatura	36	10.9%	47	14.2%	83	25.1%
	Especialidad/Posgrado	0	0.0%	1	0.3%	1	0.3%
Estado Civil	Casada	42	12.7%	50	15.1%	92	27.8%
	Soltera	13	3.9%	20	6.0%	33	10.0%
	Unión libre	108	32.6%	97	29.3%	205	61.9%
	Divorciada/Separada	0	0.0%	1	0.3%	1	0.3%
Lactancia previa	No	75	22.7%	85	25.7%	160	48.3%
	Si	88	26.6%	83	25.1%	171	51.7%
Número de embarazos	1	73	22.1%	75	22.7%	148	44.7%
	2	46	13.9%	54	16.3%	100	30.2%
	3	20	6.0%	25	7.6%	45	13.6%
	4	16	4.8%	12	3.6%	28	8.5%
	5	5	1.5%	2	0.6%	7	2.1%
	6	2	0.6%	0	0.0%	2	0.6%
	7	1	0.3%	0	0.0%	1	0.3%
	Total	162	48.9%	169	51.1%	331	100%

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

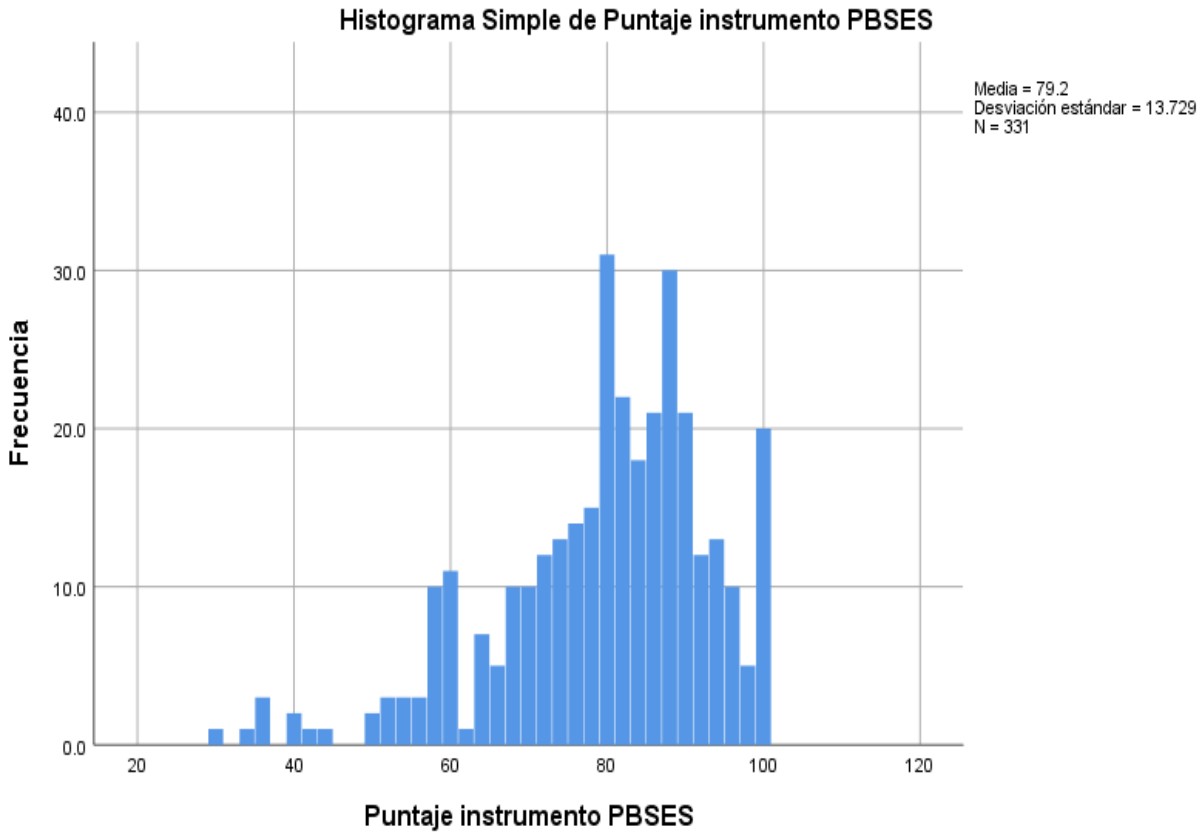
En el instrumento IIFAS, la media del puntaje fue 61.34 puntos con una desviación estándar de 6.87 puntos, (60.65, 62.14) IC 95%. (Tabla 2 y 3).



Gráfica 11. Grafica de puntaje instrumento IIFAS.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

En el instrumento PBSES, la media del puntaje fue 79.20 puntos con una desviación estándar de 13.73 puntos, (77.68, 80.66) IC 95%. (Tabla 2 y 3).



Gráfica 12. Grafica de puntaje instrumento PBSES.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

Tabla 2. Indicadores del puntaje de ambos instrumentos de medición (IIFAS y PBSES)

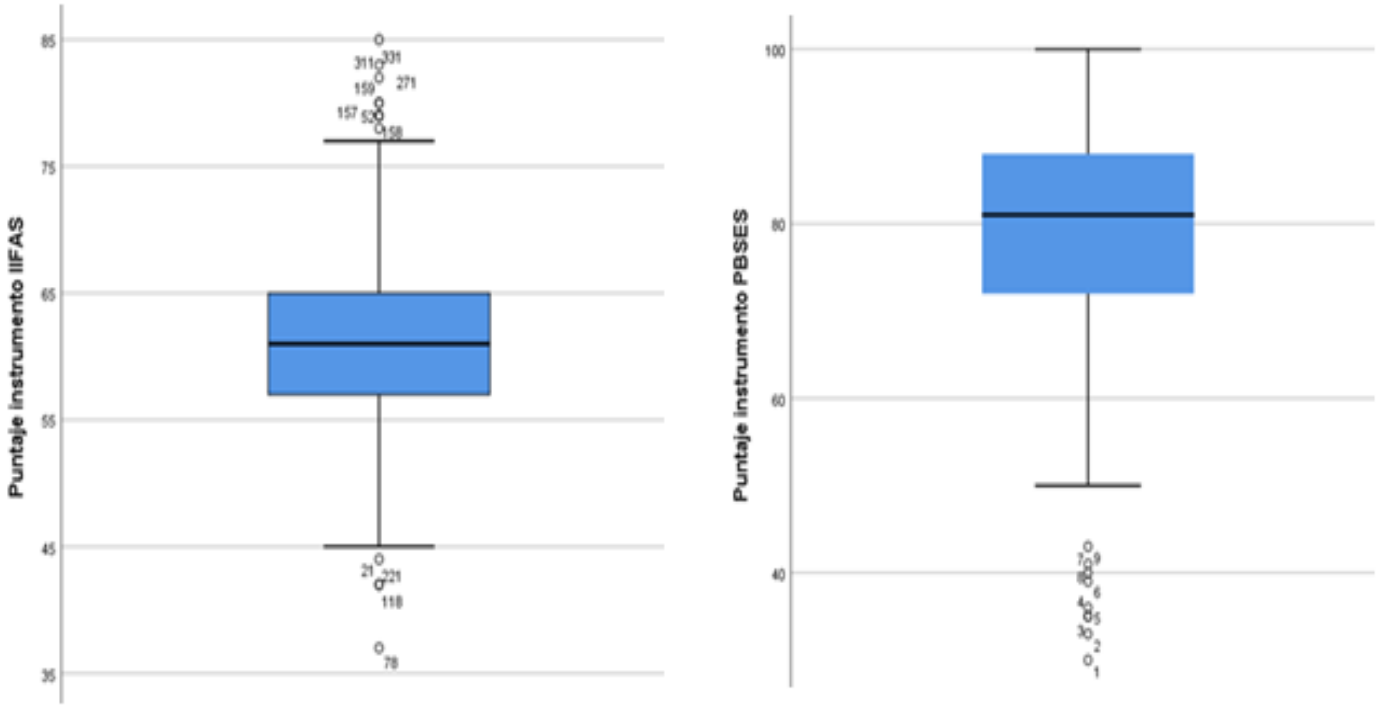
	Media	DE	IC 95%	
Puntaje instrumento IIFAS	61.34	6.87	60.65	62.14
Puntaje instrumento PBSES	79.20	13.73	77.68	80.66

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

Tabla 3. Clasificación del puntaje de ambos instrumentos de medición (IIFAS y PBSES)

		n	%	IC 95%	
IIFAS	Actitud positiva a fórmula maternizada	8	2.4%	1.2%	4.5%
	Actitud neutral	290	87.6%	83.6%	90.8%
	Actitud positiva a lactancia materna	33	10.0%	7.1%	13.6%
PBSES	Percepción de autoeficacia baja	0	0.0%	.	.
	Percepción de autoeficacia media	314	94.9%	92.1%	96.9%
	Percepción de autoeficacia alta	17	5.1%	3.1%	7.9%

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.



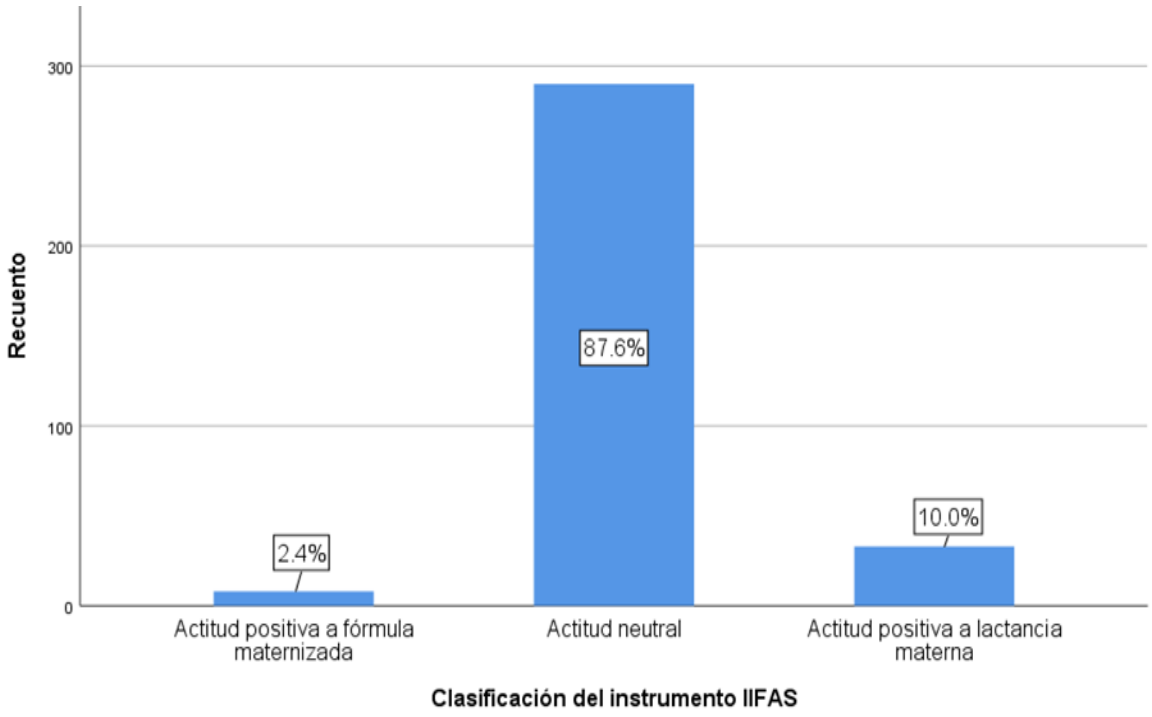
Gráfica 13. Gráficas de caja del puntaje de IIFAS y PBSES

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

La mediana del puntaje IIFAS fue de 64.34, encontramos encuestan con valores atípicos se encuentran en las encuestas no.: Puntajes por debajo del 25% 21,78,118,221. Puntajes por arriba del 75% 52,157,158,159,271,311,331.

La mediana del puntaje PBSES fue de 79.20, encontramos que se encuentran valores atípicos, puntajes por debajo del 25% 1,2,3,4,5,6,7,8,9.

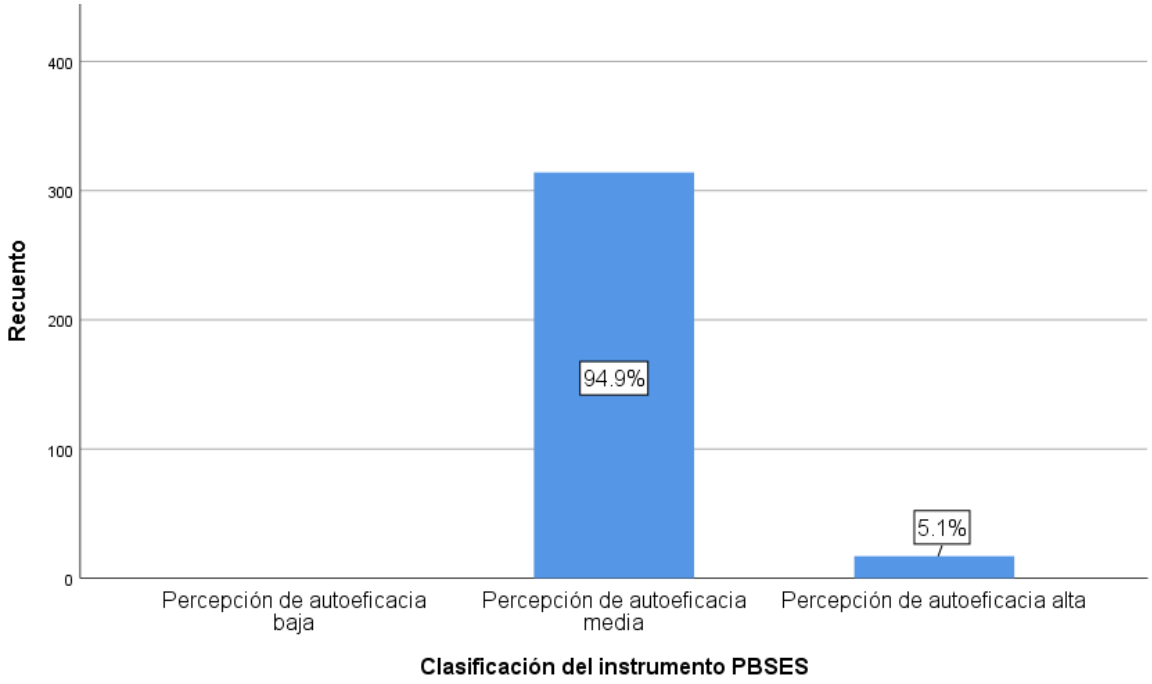
En cuanto a la clasificación del puntaje del instrumento IIFAS, se encontró que el 2.4% de las mujeres (8) tuvieron una actitud positiva a la fórmula maternizada, el 87.6% (290) presentaron una actitud neutral y el 10% (33) se clasificaron en una actitud positiva a la lactancia materna.



Gráfica 14. Gráfica de clasificación del puntaje IIFAS

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

En cuanto a la clasificación del puntaje del instrumento PBSES, se encontró que ninguna de las mujeres tuvo una percepción de autoeficacia baja, el 94.9% (314) presentaron una percepción de autoeficacia media y el 5.1% (17) se clasificaron en una percepción de autoeficacia alta.



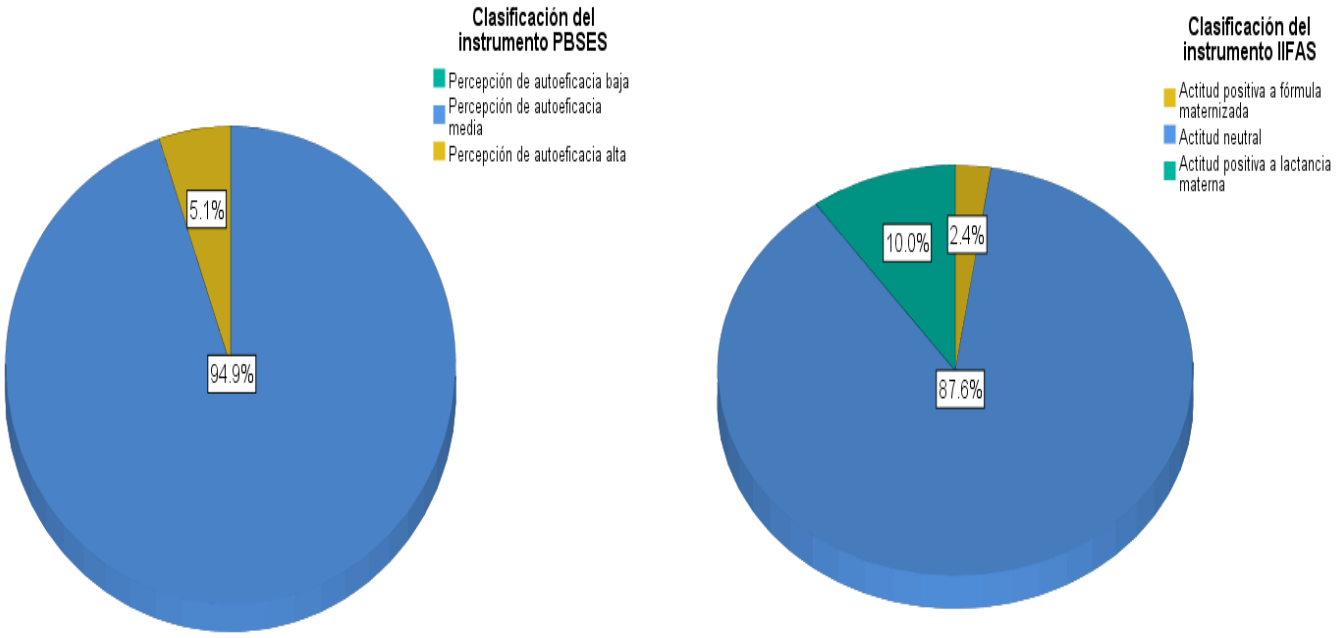
Gráfica 15. Gráfica de clasificación del puntaje PBSES

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

Tabla 3. Clasificación del puntaje de ambos instrumentos de medición (IIFAS y PBSES)

		n	%	IC 95%	
IIFAS	Actitud positiva a fórmula maternizada	8	2.4%	1.2%	4.5%
	Actitud neutral	290	87.6%	83.6%	90.8%
	Actitud positiva a lactancia materna	33	10.0%	7.1%	13.6%
PBSES	Percepción de autoeficacia baja	0	0.0%	.	.
	Percepción de autoeficacia media	314	94.9%	92.1%	96.9%
	Percepción de autoeficacia alta	17	5.1%	3.1%	7.9%

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.



Gráfica 16. Gráfica de clasificación del puntaje PBSES e IIFAS.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

En esta grafica se puede observar el porcentaje de puntuación del instrumento PBSES el cual el 94.8% obtuvo autoeficacia moderada y el 5.1% autoeficacia alta.
En el instrumento IIFAS el 87.6% obtuvo actitud neutral, el 10.0%actitud positiva hacia la lactancia materna y el 2.4% actitud positiva hacia la fórmula maternizada.

Se compararon las categorías del instrumento IIFAS con las variables sociodemográficas y clínicas; en la actitud positiva a fórmula maternizada el 0.9% (3) tenían entre 19 y 30 años, el 0.9% (3) estudiaron hasta el nivel secundaria, el 1.8% (6) reportaron vivir en unión libre, el 2.1% (7) reportaron no dar lactancia previamente, el 2.1% (7) provenían de una comunidad urbana y el 1.5% (5) reportó tener sólo un embarazo previo; en la actitud neutral el 43.2% (143) tenían entre 19 y 30 años, el 28.7% (95) estudiaron hasta el nivel bachillerato, el 55.9% (185) reportaron vivir en unión libre, el 46.8% (155) reportaron dar lactancia previamente, el 44.4% (147) provenían de una comunidad urbana y el 37.5% (124) reportó tener sólo un embarazo previo; en la actitud positiva a lactancia materna el 4.6% (15) tenían entre 31 y 40 años, el 3% (10) estudiaron hasta el nivel primaria, el 4.3% (14) reportaron vivir en unión libre, el 5.5% (18) reportaron no dar lactancia previamente, el 5.5% (18) provenían de una comunidad rural y el 5.8% (19) reportó tener sólo un embarazo previo.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y clínicas con las categorías del instrumento IIFAS, es decir, la actitud hacia la fórmula, neutral o a la lactancia materna no depende de ninguna de estas variables ($p>0.05$) (Tabla 4).

Tabla 4. Comparación de la clasificación de IIFAS con variables sociodemográficas y clínicas.

		Actitud positiva a fórmula maternizada		Actitud neutral		Actitud positiva a lactancia materna		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	p[a]
Edad en años	18 años o menos	3	0.9%	55	16.6%	7	2.1%	64	19.5%	0.182
	19 a 30 años	3	0.9%	143	43.2%	9	2.7%	154	46.8%	
	31 a 40 años	2	0.6%	85	25.7%	15	4.6%	102	31.0%	
	Más de 40 años	0	0.0%	7	2.1%	2	0.6%	9	2.7%	
Escolaridad	Sin instrucción	0	0.0%	23	6.9%	3	0.9%	26	7.9%	0.354
	Primaria	2	0.6%	38	11.5%	10	3.0%	49	14.9%	
	Secundaria	3	0.9%	59	17.8%	6	1.8%	68	20.7%	
	Bachillerato	1	0.3%	95	28.7%	7	2.1%	102	31.0%	
	Licenciatura	2	0.6%	74	22.4%	7	2.1%	83	25.2%	
	Especialidad/Posgrado	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	1	0.3%	
Estado Civil	Casada	2	0.6%	78	23.6%	12	3.6%	92	28.0%	0.169
	Soltera	0	0.0%	26	7.9%	7	2.1%	32	9.7%	
	Unión libre	6	1.8%	185	55.9%	14	4.3%	204	62.0%	
	Divorciada/Separada	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	1	0.3%	
Lactancia previa	No	7	2.1%	135	40.8%	18	5.5%	158	48.0%	0.055
	Si	1	0.3%	155	46.8%	15	4.6%	171	52.0%	
Procedencia	Rural	1	0.3%	143	43.2%	18	5.5%	161	48.9%	0.096
	Urbano	7	2.1%	147	44.4%	15	4.6%	168	51.1%	
Número de embarazos	1	5	1.5%	124	37.5%	19	5.8%	147	44.7%	0.315
	2	3	0.9%	94	28.4%	3	0.9%	99	30.1%	
	3	0	0.0%	39	11.8%	6	1.8%	45	13.7%	
	4	0	0.0%	25	7.6%	3	0.9%	28	8.5%	
	5	0	0.0%	6	1.8%	1	0.3%	7	2.1%	
	6	0	0.0%	1	0.3%	1	0.3%	2	0.6%	
	7	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	1	0.3%	
	Total	8	2.4%	290	87.6%	33	10%	331	100%	

a. Prueba χ^2 de independencia.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

Se compararon las categorías del instrumento PBSES con las variables sociodemográficas y clínicas; en la percepción de autoeficacia media el 44.4% (147) tenían entre 19 y 30 años, el 29.9% (99) estudiaron hasta el nivel bachillerato, el 60.4% (200) reportaron vivir en unión libre, el 48.3% (160) reportaron dar lactancia previamente, el 48.6% (161) provenían de una comunidad urbana y el 42.6% (141) reportó tener sólo un embarazo previo; en la percepción de autoeficacia alta, el 2.4% (8) tenían entre 19 y 30 años, el 1.8% (6) estudiaron hasta el nivel licenciatura, el 3% (10) reportaron estar casadas, el 3.3% (11) reportaron dar lactancia previamente, el 2.7% (9) provenían de una comunidad rural y el 2.1% (7) reportó tener sólo un embarazo previo.

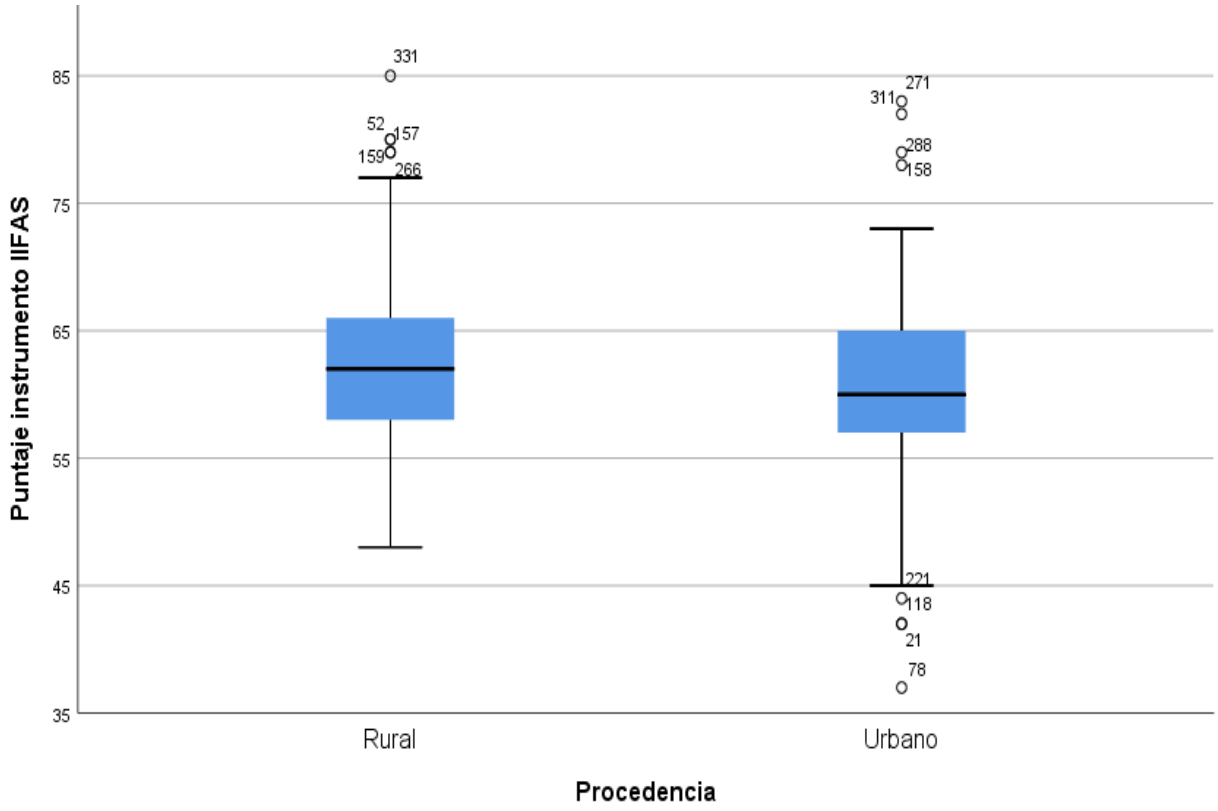
No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas y clínicas con las categorías del instrumento PBSES, a excepción del estado civil, es decir, la percepción de autoeficacia media o alta depende del estado civil (p=0.025) (Tabla 5).

Tabla 5. Comparación de la clasificación de PBSES con variables sociodemográficas y clínicas.

		Percepción de autoeficacia media		Percepción de autoeficacia alta		Total		
		n	%	n	%	n	%	p[a]
Edad en años	18 años o menos	64	19.3%	1	0.3%	65	19.7%	0.291
	19 a 30 años	147	44.4%	8	2.4%	154	46.7%	
	31 a 40 años	94	28.4%	8	2.4%	102	30.9%	
	Más de 40 años	9	2.7%	0	0.0%	9	2.7%	
Escolaridad	Sin instrucción	25	7.6%	1	0.3%	26	7.9%	0.734
	Primaria	46	13.9%	4	1.2%	50	15.2%	
	Secundaria	66	19.9%	2	0.6%	68	20.6%	
	Bachillerato	99	29.9%	4	1.2%	103	31.2%	
	Licenciatura	77	23.3%	6	1.8%	82	24.8%	
	Especialidad/Posgrado	1	0.3%	0	0.0%	1	0.3%	
Estado Civil	Casada	82	24.8%	10	3.0%	92	27.9%	0.025
	Soltera	31	9.4%	2	0.6%	33	10.0%	
	Unión libre	200	60.4%	5	1.5%	204	61.8%	
	Divorciada/Separada	1	0.3%	0	0.0%	1	0.3%	
Lactancia previa	No	154	46.5%	6	1.8%	159	48.2%	0.275
	Si	160	48.3%	11	3.3%	171	51.8%	
Procedencia	Rural	153	46.2%	9	2.7%	161	48.8%	0.725
	Urbano	161	48.6%	8	2.4%	169	51.2%	
Número de embarazos	1	141	42.6%	7	2.1%	147	44.5%	0.861
	2	94	28.4%	6	1.8%	100	30.3%	
	3	44	13.3%	1	0.3%	45	13.6%	
	4	26	7.9%	2	0.6%	28	8.5%	
	5	6	1.8%	1	0.3%	7	2.1%	
	6	2	0.6%	0	0.0%	2	0.6%	
	7	1	0.3%	0	0.0%	1	0.3%	
	Total	314	94.9%	17	5.1%	331	100%	

a. Prueba χ^2 de independencia.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.



Gráfica 17. Gráfica de puntaje instrumento IIFAS de acuerdo con procedencia.

Fuente: Datos obtenidos por el investigador

La mediana del instrumento IIFAS de las puérperas que contestaron que provenían de un medio rural es de 62.35 y las que provienen de un medio urbano 60.37.

Se compararon las medias del puntaje del instrumento IIFAS entre los diferentes niveles de las variables sociodemográficas y clínicas, se encontró una mayor media del puntaje en el grupo de más de 40 años de edad (64.44), en el nivel primaria (62.36), en las mujeres que reportaron estar divorciadas o separadas (67.00), en las mujeres que sí dieron lactancia previamente (61.58), y en las que mencionaron tener 6 embarazos previos (70.00).

La mediana del puntaje del instrumento IIFAS fue entre las mujeres de procedencia rural y urbana (p=0.009). (Tabla 6).

En cuanto a la comparación de las medias del puntaje del instrumento PBSES entre los diferentes niveles de las variables sociodemográficas y clínicas, se encontró una mayor media del puntaje en el grupo de mujeres casadas (82.21), en el grupo de mujeres que no dieron de lactar previamente (79.91) y en las mujeres de procedencia urbana (79.58), sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

La mediana del puntaje del instrumento entre los grupos de edad es de (p=0.011). (Tabla 6).

La mediana del puntaje del instrumento entre los niveles escolares (p=0.001). (Tabla 6).

La mediana del puntaje del instrumento entre el número de embarazos (p=0.001). (Tabla 6).

Tabla 6. Comparación de medias de los puntajes de IIFAS y PBSES entre los niveles de las variables sociodemográficas y clínicas.

		Puntaje instrumento IIFAS			Puntaje instrumento PBSES		
		Media	DE	p	Media	DE	p
Edad en años	18 años o menos	60.77	7.35	0.291[a]	74.29	17.15	0.011[a]
	19 a 30 años	60.92	6.92		79.86	12.81	
	31 a 40 años	62.08	6.35		81.30	12.44	
	Más de 40 años	64.44	7.76		79.56	6.95	
Escolaridad	Sin instrucción	62.31	6.63	0.153[a]	74.27	17.52	0.001[a]
	Primaria	62.36	7.66		78.04	15.40	
	Secundaria	59.99	7.01		75.26	14.99	
	Bachillerato	61.55	6.25		79.74	12.63	
	Licenciatura	61.42	6.95		84.02	9.80	
	Especialidad/Posgrado	49.00	.		78.00	.	
Estado Civil	Casada	62.07	7.12	0.581[a]	82.21	11.61	0.073[a]
	Soltera	60.91	7.65		78.70	12.70	
	Unión libre	61.06	6.64		78.00	14.60	
	Divorciada/Separada	67.00	.		67.00	.	
Lactancia previa	No	61.08	7.72	0.600[b]	79.91	13.04	0.389[b]
	Si	61.58	5.98		78.54	14.35	
Procedencia	Rural	62.35	6.50	0.009[b]	78.81	14.37	0.582[b]
	Urbano	60.37	7.10		79.58	13.12	
Número de embarazos	1	61.39	7.62	0.590[a]	81.39	11.95	0.001[a]
	2	60.69	6.07		79.87	13.02	
	3	61.80	6.42		72.56	15.81	
	4	61.68	5.91		74.04	17.90	
	5	62.14	5.79		87.00	6.86	
	6	70.00	14.14		69.50	6.36	
	7	66.00	.		98.00	.	
	Total	61.34	6.87		79.20	13.73	

a. ANOVA de una vía

b. t de Student de muestras independientes

Fuente: Datos obtenidos por el investigador.

Índice de confiabilidad de la Escala Infantil de Alimentación y Actitud de Iowa. Alfa de Cronbach de 0.6.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.601	17

Tabla 7. Índice de confiabilidad de Escala IIFASS

Índice de confiabilidad de la Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Prenatal (PBSES). Alfa de Cronbach de 0.9.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.930	20

Tabla 8. Índice de confiabilidad de Escala PBSES.

IX. DISCUSION

La mayoría de las madres mexicanas de la ciudad de Puebla, que se atendieron en un Hospital de la Mujer, tenían autoeficacia y actitudes moderados hacia la lactancia materna, y los factores más significativos asociados con sus actitudes en el instrumento IIFAS procedencia rural y urbana (p=0.009), los factores más significativos asociados a la autoeficacia son la edad (p=0.011), estado civil (p=0.0.73), el nivel educativo (p=0.001). No hubo diferencias significativas entre los puntajes sociodemográficos , lactancia previa , número de embarazos.

Esto es consistente con investigaciones anteriores que demostraron que las madres más educadas tenían actitudes más favorables hacia los beneficios de la lactancia materna.

Estos hallazgos se comparan con un estudio reciente realizado en China que encontró que la mayoría de las madres tenían actitudes neutrales hacia la lactancia materna(5), encontraron que las madres que amamantan consideran que el conocimiento de la lactancia materna es una razón para no elegir la alimentación con fórmula; los alimentadores de fórmulas mencionaron la falta de conocimiento o información errónea por no considerar la lactancia materna.

Los resultados de un estudio de validación en español de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale (24) en Colombia reveló la validez para evaluar la actitud hacia la lactancia materna , con un Alpha de Cronbach de 0.704. En contraste con un estudio realizado en México (20) la consistencia interna (α de Cronbach 0.65), en nuestro estudio el alfa de Cronbach fue de 0.68, lo que indica que el estudio es medianamente confiable en nuestro medio.

En cuanto a la escala Prenatal Breast-feeding Self-efficacy Scale (PBSES) un estudio realizado en Turquía(21) en el que se realizó validación del instrumento, su Alpha de Cronbach fue de 0.86, en nuestro medio la escala obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.98, siendo en nuestro medio más confiable.

Los resultados de este estudio son aplicables a enfermeras y parteras para ayudar a identificar a las mujeres que pueden estar en riesgo de no iniciar la lactancia materna. La autoeficacia y la actitud positiva materno desempeñan papeles importantes en el proceso de lactancia materna. Por lo que ,es importante proporcionar educación prenatal y postparto temprana, así como asesoramiento continuo sobre lactancia materna, especialmente para

las nuevas madres, para mejorar la autoeficacia y actitudes maternos hacia las prácticas de lactancia materna .

Esto es consistente con investigaciones anteriores que demostraron que las madres más educadas tenían actitudes más favorables hacia los beneficios de la lactancia materna.

Recomendaciones:

Evaluar el conocimiento de las madres después de impartir consejería para reforzar con la información necesaria a las madres en control prenatal y puérperas sobre la importancia del inicio de la lactancia materna durante las primeras horas del recién nacido para incrementar el éxito de inicio de la lactancia materna.

X. CONCLUSIONES

Las conclusiones según los objetivos planteados son los siguientes:

1. La escala la Iowa Infant Feeding Attitude Scale es moderadamente confiable en nuestro medio, en comparación con la escala Prenatal Breast-feeding Self-efficacy Scale (PBSES) la cuál es altamente confiable.

2. Se evaluó la percepción de la autoeficacia de la lactancia materna en la cuál 94.9% (314) presentaron una percepción de autoeficacia media y el 5.1% (17) se clasificaron en una percepción de autoeficacia alta, ninguna de las que realizaron la encuesta presento autoeficacia baja.

3. Se identificó la actitud positiva hacia la lactancia materna la cuál es del 10% (33) de las puérperas que realizaron la encuesta.

4. Se identificó la actitud neutral el 87.6% (290) de las puérperas encuestadas.

5. Se identificó la actitud positiva a la formula maternizada la cual fue de 2.4% de las mujeres (8).

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shaw SC, Devgan A. Knowledge of breastfeeding practices in doctors and nurses: A questionnaire-based survey. Med J Armed Forces India. 2018;74(3):217–9.
2. Susiloretni KA, Hadi H, Blakstad MM, Smith ER, Shankar AH. Does exclusive breastfeeding relate to the longer duration of breastfeeding? A prospective cohort study. Midwifery. 2019;69:163–71.
3. Sattari M, Serwint JR, Levine DM. Maternal Implications of Breastfeeding – A Review for the Internist. Am J Med [Internet]. 2019; Available from: https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.02.021
4. Modugno F, Goughnour SL, Wallack D, Edwards RP, Odunsi K, Kelley JL, et al. Breastfeeding factors and risk of epithelial ovarian cancer. Gynecol Oncol [Internet]. 2019;153(1):116–22. Available from: https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.01.017
5. Hamze L, Mao J, Reifsnider E. Knowledge and attitudes towards breastfeeding practices: A cross-sectional survey of postnatal mothers in China. Midwifery [Internet]. 2019;74:68–75. Available from: https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.009
6. Abuidhail J, Mrayyan L, Jaradat D. Evaluating effects of prenatal web-based breastfeeding education for pregnant mothers in their third trimester of pregnancy: Prospective randomized control trial. Midwifery [Internet]. 2019;69:143–9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.015
7. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. J Pediatr [Internet]. 2018;203:190-196.e21. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008
8. Muda CMC, Ismail TAT, Jalil RA, Hairon SM, Sulaiman Z, Johar N. Postnatal breastfeeding education at one week after childbirth: What are the effects? Women and Birth [Internet]. 2019;32(2):e243–51. Available from: https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.008
9. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Thierry X, et al. Breastfeeding initiation and duration in France: The importance of intergenerational and previous maternal breastfeeding experiences — results from the nationwide ELFE study. Midwifery [Internet]. 2019;69:67–75. Available

from: https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.020

10. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. Resistance to breastfeeding: A Foucauldian analysis of breastfeeding support from health professionals. Women and Birth [Internet]. 2017;30(6):e281–91. Available from: https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.05.005
11. Burns E, Schmied V. "The right help at the right time": Positive constructions of peer and professional support for breastfeeding. Women and Birth [Internet]. 2017;30(5):389–97. Available from: https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.03.002
12. Charlick SJ, Fielder A, Pincombe J, McKellar L. 'Determined to breastfeed': A case study of exclusive breastfeeding using interpretative phenomenological analysis. Women and Birth [Internet]. 2017;30(4):325–31. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.01.002
13. Assibey-Mensah V, Suter B, Thevenet-Morrison K, Widanka H, Edmunds L, Sekhobo J, et al. Effectiveness of Peer Counselor Support on Breastfeeding Outcomes in WIC-Enrolled Women. J Nutr Educ Behav [Internet]. 2019;000(000). Available from: https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.03.005
14. Sanchez-Espino LF, Zuniga-Villanueva G, Ramirez-Garcialuna JL. An educational intervention to implement skin-to-skin contact and early breastfeeding in a rural hospital in Mexico. Int Breastfeed J. 2019;14(1):1–9.
15. World Health Organization, UNICEF. Baby-Friendly Hospital Initiative. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. 2009.
16. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. Rev Chil Pediatr. 2017;88(1):15–21.
17. OMS. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre lactancia materna. Who.int [Internet]. 2017;(4):1–8. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf;jsessionid=696FB5207FA89A9BD35D2A1F4F3FBD84?sequence=1%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf;jsessionid=CAB2BF39C3AFEF86A3F323DC06F
18. Marcellus M. CÓ DIGÓ INTERNACIÓNAL DE CÓMERCIALIZACIÓ N DE SUCEDA NEÓS DE LA LECHE MATERNA Preguntas frecuentes. 2017;
19. Asociación Pro Lactancia Materna , A . C . (APROLAM) APROLAM y la tecnología al servicio de la comunidad.

20. Aguilar-Navarro HJ, Coronado-Castilleja A, Gómez-Hernández OJ, Cobos-Aguilar H. Adaptación de la Iowa Infant Feeding Attitude Scale en población mexicana TT - Adaptation of Iowa Infant Feeding Attitude Scale in Mexican population. Acta pediátrica México [Internet]. 2016;37(3):149–58. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000300149&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v37n3/2395-8235-apm-37-03-00149.pdf
21. Aydin A, Pasinlioglu T. Reliability and Validity of a Turkish version of the Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Midwifery [Internet]. 2018;64(April):11–6. Available from: https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.007
22. Cortés-Rúa L, Díaz-Grávalos GJ. Early interruption of breastfeeding. A qualitative study. Enferm Clin [Internet]. 2019;(xx). Available from: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.003
23. Rothstein JD, Caulfield LE, Broaddus-Shea ET, Muschelli J, Gilman RH, Winch PJ. "The doctor said formula would help me": Health sector influences on use of infant formula in peri-urban Lima, Peru. Soc Sci Med [Internet]. 2019;(November 2018):112324. Available from: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.05.02
24. Baydar Artantaş A, Kayhan Tetis B, Kılıc M, Karatas Eraya I, Nazan Cetin N, Sinem Güney P, et al. Nivel de conocimiento, actitud y experiencias de los profesionales de la salud respecto de la lactancia y la leche materna en una ciudad de Turquía: Estudio transversal. Arch Argent Pediatr 2016;114(6):514-520
25. Becerra-Bulla F, Rocha-Calderón L, Fonseca-Silva DM, Bermúdez-Gordillo LA. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. Rev. Fac. Med. 2015;63(2): 217-227.
26. Mohseni H, Jahanbin I, Sekhavati E, Tabrizi R, Kaviani M, Ghodsbin F. **An Investigation Into the Effects of Prenatal Care Instruction at Home on Breast-Feeding Self-Efficacy of First-Time Pregnant Women Referred to Shiraz Clinics, Iran.**
27. Mirghafourvand M, Malakouti J, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Faridvand F* Predictors of Breastfeeding Self-efficacy in Iranian Women: A Cross-Sectional Study. International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences. 2018;6(3):380–385

28. **Tuthill EL, McGrath JM, Graber** M, **Cusson RM, Young SL, Breastfeeding Self-efficacy: A Critical Review of Available Instruments. J Hum Lact. 2016;32(1): 35–45**
29. Wan-Yim I, Ling-Ling G, Kai-Chow C, Pak-Chun Chau J, Yang X, . The Short Form of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale as a Prognostic Factor of Exclusive Breastfeeding among Mandarin-Speaking Chinese Mothers. Journal of Human Lactation. 2016;1(1):1-10.
30. Pakseresht S, Pourshaban F, Bostani khalesi Z. Comparing maternal breastfeeding self-efficacy during first week and sixth week postpartum. Electronic Physician. 2017;9(2):3751-3755.
31. Nursan C., Dilek K. Sevin A. Breastfeeding Self-efficacy of Mothers and the Affecting Factors. Aquichan; 2014. 14(3): 327-335.
32. Khresheh RM, Ahmed NM. Breastfeeding self efficacy among pregnant women in Saudi Arabia. Saudi Med J 2018;39(11):1116-1122.
33. Boateng GO, Martin SL, Tuthill EL, Collins SM, Cindy-Lee D, Natamba BK, et al. Adaptation and psychometric evaluation of the breastfeeding self-efficacy scale to assess exclusive breastfeeding. BMC Pregnancy and Childbirth. 2019;19(73):1-14.
34. González de Cosio Martínez T, Hernández Cordero S. Lactancia materna en México. Intersistemas. 2016;1(1):1-178.
35. Secretaría de la Salud. Estrategia Nacional de Lactancia Materna. Gobierno de la República 2014-2018. 2018;1(1):1-32.
36. Nieto García JI. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. 2010;1(1):1-72.
37. Méndez Jacobo N, García Rojas Vázquez LE, Reyes Barretero DY, Trujano Ramos LA. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014. Nutr Hosp. 2015;32:2618-2621
38. Ponce -Sánchez J, Tronco Pagane J. Breve análisis de la lactancia materna en México. Ciudadano de Amamantamiento CTCA. 2015;1(1):1-7.
39. Sánchez Pérez A, Velázquez Lerma R, Díaz Vargas P, Dolores Molina Nava MC. Práctica de la lactancia materna en México.ENADID. 2014;1(1):1-14.

XII. ANEXOS

Nombre:_____

Folio: _____

1. **Edad:**

1.<18 años

2. 19-30 años

3. 31-40 años

4. >40 años

2. **Escolaridad:**

0. Sin instrucción
1. Primaria
2. Secundaria
3. Bachillerato
4. Licenciatura
5. Especialidad/Posgrado

3. **Estado civil:**

1. Casada
2. Soltera
3. Unión libre
4. Divorciada/separada

4.No. de embarazos: _____

5. **Lactancia previa: 0. NO 1. SI**

6. **Procedencia: 1. RURAL 2. URBANO**

Escala de Autoeficacia de la Lactancia Materna Prenatal (PBSES)

		Nada segura (1)	Poco Segura (2)	Segura (3)	Muy Segura (4)	Completamente Segura (5)	
1.	Puedo encontrar la información que necesito sobre los problemas que tengo dando pecho a mi bebé	NS	PS	S	MS	CS	
2.	Puedo encontrar la información que necesito saber sobre dar pecho a mi bebé	NS	PS	S	MS	CS	
3.	Se a quien preguntar si tengo alguna duda sobre dar pecho a mi bebé	NS	PS	S	MS	CS	
4.	Puedo hablar con mi pareja sobre la importancia dar el pecho a mi bebé	NS	PS	S	MS	CS	
5.	Puedo hablar con mi médico, partera o enfermera sobre dar el pecho a mi bebé	NS	PS	S	MS	CS	
6.	Puedo organizar mi día en base a dar el pecho a mi bebé	NS	PS	S	MS	CS	
7.	Puedo hacer tiempo para dar el pecho a mi bebé incluso cuando me siento ocupada	NS	PS	S	MS	CS	
8.	Puedo dar el pecho a mi bebé incluso cuando estoy cansada	NS	PS	S	MS	CS	
9.	Puedo dar el pecho a mi bebé cuando estoy molesta	NS	PS	S	MS	CS	
10.	Puedo utilizar sacaleches para obtener leche	NS	PS	S	MS	CS	
11.	Puedo preparar leche materna para que otros puedan alimentar a mi bebé	NS	PS	S	MS	CS	
12.	Puedo dar pecho a mi bebé incluso si me causa alguna pequeña molestia	NS	PS	S	MS	CS	
13.	Puedo dar el pecho a mi bebé sin sentir vergüenza alguna	NS	PS	S	MS	CS	
14.	Puedo dar el pecho a mi bebé cuando mi pareja está conmigo	NS	PS	S	MS	CS	
15.	Puedo dar el pecho a mi bebé cuando mi familia o mis amigos están conmigo	NS	PS	S	MS	CS	
16.	Pedo dar el pecho a mi bebé rodeada de gente que no conozco	NS	PS	S	MS	CS	
17.	Puedo llamar a un experto en lactancia en caso de tener problemas al dar pecho	NS	PS	S	MS	CS	
18.	Puedo elegir dar el pecho a mi bebé incluso si mi pareja no quiere que lo haga	NS	PS	S	MS	CS	
19.	Puedo elegir dar el pecho a mi bebé incluso si mi familia no quiere que lo haga	NS	PS	S	MS	CS	
20.	Puedo dar el pecho a mi bebé durante un año	NS	PS	S	MS	CS	
	TOTAL						

Escala Infantil de Alimentación y Actitud de Iowa (IIFAS) .

		Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Neutro/no estoy seguro (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)	
1.	Los beneficios de la leche materna solo duran hasta que el bebé es destetado	TD	D	N	A	TA	
2.	La leche artificial es más adecuada que la leche materna	TD	D	N	A	TA	
3.	La lactancia materna incrementa el vínculo madre-hijo	TD	D	N	A	TA	
4.	La leche materna es deficiente en hierro	TD	D	N	A	TA	
5.	Los bebés alimentados con leche artificial son más propensos a ser sobrealimentados que los bebés con leche materna	TD	D	N	A	TA	
6.	La leche artificial es la mejo opción si la madre tiene previsto trabajar fuera del hogar	TD	D	N	A	TA	
7.	Las madres que usen leche artificial se perderán de una de las mayores alegrías de la maternidad.	TD	D	N	A	TA	
8.	Las mujeres no deben amamantar a sus hijos en lugares públicos tales como restaurantes	TD	D	N	A	TA	
9.	Los bebes alimentados con leche materna son mas sanos que los bebes alimentados con leche artificial	TD	D	N	A	TA	
10.	Los bebes alimentados con leche materna son las propensos a ser sobrealimentados que los de leche artificial	TD	D	N	A	TA	
11.	Los padres se sienten dejados de lado si la madre decide dar el pecho al niño	TD	D	N	A	TA	
12.	La leche materna es el alimento ideal para los bebés	TD	D	N	A	TA	
13.	La leche materna es más fácil de digerir que la leche artificial	TD	D	N	A	TA	
14.	La leche artificial es tan saludable para el bebé como la leche materna	TD	D	N	A	TA	
15.	La leche materna es mejor que la leche artificial	TD	D	N	A	TA	
16.	La leche materna es más barata que la leche artificial	TD	D	N	A	TA	
17.	Una madre que ocasionalmente beba alcohol no debería amamantar a su bebé	TD	D	N	A	TA	
	TOTAL						

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

TÍTULO: AUTOEFICACIA Y ACTITUD EN LACTANCIA MATERNA EN MUJERES PUÉRPERAS DEL HOSPITAL DE LA MUJER PUEBLA

INVESTIGADOR(A): DRA**.**XITLALITL DORANTES VIDAL.

DIRECTOR(A): DRA. MADGALENA LEÓN LOPEZ.

LUGAR: HOSPITAL DE LA MUJER PUEBLA.

Esta hoja de consentimiento Informado puede contener palabras que usted no entienda. Por favor pregunte al investigador o a la persona que esté realizando el estudio, para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda.

Ha sido invitada a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar, por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted considere necesarias, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio , incluyendo riesgos y beneficios.

En este estudio se realizaran dos encuestas, las cuales constan de 17 y 20 preguntas respectivamente, acerca de la percepción y autoeficacia de las mujeres puérperas hacia la lactancia materna, el estudio es completamente voluntario . Usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado.

BENEFICIOS, RIESGOS O INCOMODIDADES:

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el nivel de conocimiento y actitud que tienen las mujeres hacia la Lactancia Materna, la información personal que usted dará a nuestros investigadores permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted bajo ninguna circunstancia.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD.

Última Reforma DOF 02-04-2014

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR