



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL  
ESTADO DE MORELOS



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

---

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**LACTANCIA MATERNA EN MUJERES RELACIONADA A  
DEPRESIÓN, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN ENFERMERÍA.**

**P R E S E N T A  
L.E YANELLY MONTES BELTRAN.**

**DIRECTOR DE TESIS  
Mtra. BEATRIZ LIBETH RODRÍGUEZ BAHENA.**

**Co DIRECTOR  
Dra. ABIGAIL FERNANDEZ SANCHEZ.**

**CUERNAVACA, MORELOS ENERO 2021**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

---

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**LACTANCIA MATERNA EN MUJERES RELACIONADA A  
DEPRESIÓN, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN ENFERMERÍA.**

**P R E S E N T A  
L.E YANELLY MONTES BELTRAN.**

**DIRECTOR DE TESIS  
Mtra. BEATRIZ LIBETH RODRÍGUEZ BAHENA.**

**Co DIRECTOR  
DRA. ABIGAIL FERNANDEZ SANCHEZ.**

**CUERNAVACA, MORELOS ENERO 2021**



Cuernavaca Mor, a 18 de Enero del 2021.

**DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ**  
**JEFE DE POSGRADO**  
PRESENTE

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los **votos aprobatorios** de la tesis titulada: **LACTANCIA MATERNA EN MUJERES RELACIONADA A DEPRESIÓN, CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICA**. Trabajo que presenta la **C. YANELLY MONTES BELTRAN**, quien cursó el Posgrado: **MAESTRÍA EN ENFERMERÍA** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

**ATENTAMENTE**

<b>VOTOS APROBATORIOS</b>			
<b>COMISIÓN REVISORA</b>	<b>APROBADO</b>	<b>CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*</b>	<b>SE RECHAZA*</b>
DRA. EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME			
DRA. ABIGAIL FERNÁNDEZ SÁNCHEZ			
MTRA. BEATRIZ LIZBETH RODRIGUEZ BAHENA			
MTRA. GISELLE PAOLA GOMEZ GOMEZ			
MTRA. CLAUDIA MIRANDA ORTIZ			



Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

**Sello electrónico**

**GISELLE PAOLA GOMEZ GOMEZ | Fecha:2021-01-18 22:03:19 | Firmante**

JEAqDL Cm Ux2ksksBdCpvcF9D8+59h00 9h2 8uWk4JXjes9M SKuyuk49y6qswBxdgXR7bnt+c1RBhOva UC Gm5 4Yu d6 COI XvFRly RKRbEdm a0 P9kBOwxQZnFcgH9Mwzp +n EN GBW5 E4n qhm eZY7Y XWfde 42D J3rDU8Na2 o4v/B T3 Ccu d u72 udn 8H688 YOygm AM omzm Jbvj5w+ 1RdRRGO Dr6BHczp8k55cQTqg ETvXSKVf QSiK9Eh eg7 75d Ge5K RM 80HD6YI T85nd dFRzcY)8NHwj7VfVU/X8j/7 msPdZ VJPrPpMZtXOL VWhU6dyGRD sK3Y 05L 0Eg==

**ABIGAIL FERNANDEZ SANCHEZ | Fecha:2021-01-19 08:44:58 | Firmante**

B5LeAGhy17h/sUR8rq/Cina w/MCQRFPOB8gl.84NgUX dCaKYs3aru WEL.sL3e1tQ2Rjem.zt Qlp plq3 1JiVAJ80 gydm yU XQj Yp8U9 loH qqs YV lotOK8 o4+ Uqum qH3DTM8XNW0 ASq Svzwe Ug Gr Svt21 vKYGD W0KVyT u6RAS+ dokM NvggM5 wUZPYYx3d3+ JO36 V5dUe5 R4 +n1 v97L3Jj/c 20D yQL qH0akFmw JYA6 AISPram 8pQYAXE l83qht2291m e8q 1sm Kg29Luj6wFskYbJH4aY 4uqscq05UC +mmRDQ8EphHaN89X7 7YrUL E7A0s YpFgCIA==

**EDITH RUTH ARIZMENDI JAIME | Fecha:2021-01-19 11:36:05 | Firmante**

mH7UA8lo3K7 BcMQIT39R Woiud8buCF8ah3 EFGGC8C oUu vU7 TGN 1nzCRdod +bN8OkUpdJYIO gh2h exJzV MhN Fu Ug m2V eFKMT2JQzAA/EySSH WJqJM+ GEYTXb Niuq6gPp 9fG7MiqSKD9G3L3JW EK0TFpYV3 Y5yyt7J0TVE.8oYRh JlpGPP mSjx8 ogh.1c4YU dpxp b1a fWN43T QAg la goW TL6idHROJNX8FR7 xH8 dM8 n6o GY0zB M6EP P8B6L yuM5 79n xA 8f yMaK3 Mb 00Aw O9N Oxp fuj dW cawcc WHDw N2QV maSfHP6 WIEw vIAZ/E QindRzLq Pp tw QZA==

**CLAUDIA MIRANDA ORTIZ | Fecha:2021-01-20 14:31:38 | Firmante**

agb QP%Y9fzriLfozWokBU Rm Ys YMwxs3n38X9 gU1 kuz A6+ awmuC 8W/Rj5 8R+ 89h SXIH Es9bk TT5E2p lw OFdz h b DVFGKRm O6m 3XQex8/3 UK oTICK Gwo 6ud +N8MT7CR Vu QPB7 uNG o5Xv f sUR6q67 XAJ8E8glwm R4 zg01DU Ce MAX0 7N4Kmg +Nsl f+w91 VDX dcpP 8WqG YOXKRchiu8KWC 14pLM qps4+ Nn1 Z1DXkclRava T2wUycu UaJ5Dg 03A wSa T +AaL9qTVS +N3 XM8 /aVLkPY SzqU+ GKw eh+ PYYOJw8RitcpcarIm5 JICuy Ywqj==

**BEATRIZ LIZBETH RODRIGUEZ BAHENA | Fecha:2021-01-22 16:41:55 | Firmante**

ZwdP7e py +QsQwe/TD WbVsMks Uh lwVD 18/R808MP1J TW3O3 REL Dtx Gr +a P8Y0 py7wqMxm +S zbt64+ p07 WQEEWWYj 1gNhZLqbeatYtoT8hYA7 8xOUHhMS4LUU LoQY xhc v8k11 841 zu3 yY lLhg 0CP WwaY v 1w5d+ C3.jp Wgq CRnw C84 PCd0 BBB8b qZX9vz Rby s4bs6zg 4ceOXnp3j8xMKR YGxq 0TLN IJ C7h CX lde sO1 uXW peQXm vpp GDGm j85V0 T3 AupGuF Yrcdn1 rtdLc3nLS1 QqzZcvo KWyME1e6y1 +t89ns9 QzW5F5cSr 1qB6chAb UA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



0xjdoL

<https://efirma.uaem.mx/noReputado/eXrv5EaJRHS1xihhM3LKzUX12AgD>



Una universidad de excelencia

RECTORIA  
2017-2023

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por permitirme llegar hasta este momento con su acompañamiento y bendición, por la gran oportunidad que me ha dado para realizar mis estudios de posgrado en compañía de mi familia

A la Facultad de enfermería de la Universidad autónoma del Estado de Morelos por abrirme las puertas de esta casa de estudios déjarme cumplir con uno de mis objetivos profesionales y concluir mi maestría en enfermería haciendo el parteaguas para lograr el éxito laboral.

Agradezco con aprecio a la Dra. Edith Ruth Arizmendi Jaime que en su gestión el apoyo para el ingreso y la trayectoria y finalizar mi Maestría en Enfermería.

Agradezco y con cariño a la Dra. Beatriz Lizbeth Rodríguez Bahena por su por su tiempo y ayuda para concluir este trabajo de investigación.

Con cariño y aprecio a la Doctora Abigail Fernández Sánchez por su apoyo incondicional durante mi desempeño de mi trabajo de investigación

Agradezco a todos mis profesores quienes fueron parte de la inspiración para poder concluir mis estudios de maestría en enfermería quienes me enseñaron a ser crítico y a tomar las mejores decisiones.

## **DEDICATORIAS**

A mi madre quien forma parte fundamental de todo el desarrollo de mi vida profesional y personal con todo su amor y apoyo incondicional.

## RESUMEN

**Introducción:** La lactancia materna es innata en el cuidado de la vida de un nuevo ser. Las modificaciones de los estilos de vida han intervenido para romper esta práctica. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad, por las propiedades nutricias de la leche materna posee y que el niño necesita. **Objetivo:** Analizar la lactancia materna en mujeres relacionada a depresión, conocimientos y práctica. **Material y Métodos:** Estudio de cohorte, prospectivo, 56 participantes al final del embarazo y posterior del parto, Hospital de la mujer, Yautepec Morelos. Previo consentimiento informado. Instrumentos validados por la Universidad de Kentucky USA. Consta de variables sociodemográficas, obstétricas y práctica de lactancia materna. Resultados rango de edad de 18 a 41 años, viven con pareja 77.6%, primigestas 23%, multigestas 77%. Embarazos no planeados 56.9%. Depresión 40.4%, Asistió a control prenatal el 53.0% fue un mínimo de 4 y no asistió a ninguna consulta 47%. Plan de alimentación del infante el 80% refiere complementar con formula láctea, aún mencionando los beneficios que otorga la lactancia materna (mejor alimentación, vitaminas, defensas, nutrientes, calcio y disminuyen las enfermedades, crecer sano, entre otros). En relación con las propiedades de la leche materna 71% tiene conocimientos para aplicarlos a la buena práctica. También muestran conocimientos erróneos en cuanto a la producción de leche materna, por ejemplo: uso de sostén apretado, complementar con alimentos entre los 3 a 5 meses y cuidados 80%. **Discusión.** A la luz de otros estudios encontramos tanto las ventajas de la lactancia materna, así como los factores que pueden implicar el abandono de esta. **Conclusiones.** Las funciones y el cuidado de enfermería en apoyar y favorecer la lactancia materna facilitando el contacto de la madre y recién nacido desde las primeras horas de vida, asesorando, acercando al bebé para el contacto piel a piel, así como el logro inicial de la succión. Dar continuidad con charlas educativas para facilitar el auto cuidado y crianza. Disminuir complicaciones como grietas del pezón, mastitis entre otros.

**Palabras clave:** Lactancia materna, Actitud, Práctica.

## **ABSTRACT**

Introducción: Breastfeeding is innate in caring for the life of a new being. Lifestyle modifications have intervened to break this practice. The World Health Organization recommends exclusive breastfeeding during the first six months of age, due to the nutritional properties of breast milk it has and that the child needs. Objective: To analyse the factors associated with the practice of exclusive breastfeeding. Material and Methods: A prospective cohort study, 56 participants at the end of pregnancy and after delivery, Hospital de la mujer, Yautepec, Morelos. Prior informed consent. Instruments validated by the University of Kentucky USA. It consists of sociodemographic and obstetric variables and breastfeeding practice. Results range of age from 18 to 41 years, 77.6% live with a partner, 23% first-pregnant, 77% multipregnancy. Depression 40.4%, Attended prenatal control 53.0% was a minimum of 4 and did not attend any consultation 47%. Infant feeding plan, The 80% refer to supplementing with milk formula, even mentioning the benefits of breastfeeding (better nutrition, vitamins, defenses, nutrients, calcium and reduce diseases, grow healthy, among others). In relation to the properties of breast milk, 71% have knowledge to apply it to good practice. They also show erroneous knowledge regarding the production of breast milk, for example: use of a tight bra, supplement with food between 3 to 5 months and care 80%. Discussion. In the light of other studies, we found both the advantages of breastfeeding, as well as the factors that may imply abandoning it. Conclusions. The functions and nursing care to support and promote breastfeeding, facilitating contact between the mother and the newborn from the first hours of life, advising, bringing the baby closer to skin-to-skin contact, as well as the initial achievement of suction . Provide continuity with educational talks to facilitate self-care and parenting. Reduce complications such as nipple cracks, mastitis among others.

Keywords: Breastfeeding, Attitude, Practice.

# ÍNDICE

## INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. GENERALIDADES.....	9
I.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
I.2. JUSTIFICACION.....	13
I.3. OBJETIVOS.....	15
I.3.1 GENERAL.....	15
I.3.2 ESPECIFICOS.....	15
CAPITULO II. MARCO TEORICO.....	16
II.1 ANTECEDENTES.....	16
II. 2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	16
II. 3 MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	25
II.4 APORTE TEORICO .....	30
CAPITULO III. METODOLOGIA.....	39
III. 1.- TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	39
III. 2.- VARIABLES DE LA INVESTIGACION.....	39
III. 3.- POBLACION Y MUESTRA.....	39
III. 4.- ENFOQUE DEL TRABAJO: MODELO DE METODOS APLICADOS.....	39
III. 5.- TECNICAS DE ANALISIS DE DATOS.....	40
III. 6.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS .....	40
III. 7.- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	40
III. 8.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	41
III. 9.- ANALISIS ESTADISTICO.....	41
III. 11.- CONSIDERACIONES ETICAS.....	41
CAPITULOIV. RESULTADOS.....	43
CAPITULO V.- CONCLUSIONES.....	74
CAPITULO VI.- DISCUSION.....	76
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	

## **INTRODUCCIÓN**

En la atención prenatal los servicios de materno infantil, la consideración de la calidad asistencial es una herramienta básica para su gestión y es imprescindible en los servicios sanitarios. El estudio de la opinión de las mujeres en sus conocimientos y prácticas en lactancia materna es primordial para el éxito en establecer una lactancia materna exclusiva que dará calidad de vida a la madre y sobre todo al hijo.

En el contexto del mundo globalizado, donde la ciencia, la tecnología y la información están dentro del alcance de muchos. Los profesionales de enfermería enfrentan la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo con consultoría, así como pláticas de educación en lactancia materna para garantizar cuidados con calidad de vida del niño (a). En México la demografía es muy elevada con factores de riesgo para el abandono de la lactancia materna exclusiva, por la presencia de embarazos en la adolescencia, y patologías durante el embarazo y parto, sin dar menos importancia los conocimientos y prácticas de la lactancia materna exclusiva. La asistencia de enfermería a las mujeres y sus familiares desde el periodo perinatal se debe realizar en el sentido de minimizar los riesgos y las posibles complicaciones en el embarazo/parto para tener un puerperio saludable.

En este sentido, la práctica profesional de enfermería en el periodo perinatal exige un cuidado y seguimiento continuo en el puerperio hasta los primeros 6 meses para dar seguimiento y apoyo a dicha práctica de lactancia materna exclusiva en relación de los cambios y las necesidades presentadas por la madre-hijo para implementar las intervenciones adecuadas.

En este camino la asistencia de la enfermería sistematizada posibilita la planificación y la implementación del cuidado integral. La asistencia sistematizada es un proceso que tiene como objetivo la promoción, mantenimiento de lactancia materna exclusiva, sobre la base de conocimientos técnicos y científicos inherentes a la enfermería. Así destaca la atención individualizada y humanizada, así como acciones interdisciplinarias que apuntan a la asistencia a esta población vulnerable al abandono de la lactancia materna.

## **CAPITULO I. GENERALIDADES**

La lactancia materna, iniciada dentro de la primera hora de nacimiento, proporcionada exclusivamente para seis meses, y de manera continua hasta dos años o más junto con la provisión de y alimentos complementarios apropiados, es una de las prácticas más poderosas para promover la supervivencia y el bienestar infantil. Mejorar las tasas de lactancia materna en todo el mundo podría salvar la vida de más de 820,000 niños y niñas menores de 5 años cada año, la mayoría (87%) menores de 6 meses<sup>1</sup>.

Se considera la lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, biológico y natural, sin embargo, este hecho paradójico del abandono de esa práctica en el ser humano, por lo tanto, de debe fortalecer los conocimientos y el apoyo por el personal de enfermería en mantener y acompañar a la mujer en esta práctica.

En la lactancia se prepara la madre psicológicamente desde la gestación, se debe recomendar a la madre de las ventajas y características nutricionales de la leche materna. Al capacitarla se le mostrará las técnicas para amamantar a su bebé y se les enseñará la posición acostada y sentada, favorecedoras para después del parto, cesárea así cómo amamantar gemelos. La madre siempre debe buscar la posición que le sea más cómoda para ella y el niño. El vínculo de la madre-hijo, el contacto con la piel suave y caliente de la madre le dan tranquilidad y placer a ambos y así crecer el amor entre la madre y el hijo.

La lactancia materna es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económica, como higiénica , afectiva y se debe recordar que durante la lactancia hay que extremar los cuidados las mamas voluminosas y péndulas se deben mantener con un sostén de tamaño apropiado. La leche materna es un recurso de bajo costo, el cual contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan la respuesta del cerebro, como se ha mencionado.

Por la gran importancia de la lactancia materna se ha creado el alojamiento conjunto, que favorece el contacto precoz de la madre e hijo y se impulsa la alimentación a través del

seno materno. La madre que lacta no deja nunca a su hijo desprotegido ni aún en las primeras horas del parto de esta es la mejor forma de estrechar su vínculo con él, apenas recién nacido<sup>1</sup>.

## I.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La necesidad en la Lactancia Materna Exclusiva (LME) la relación madre-hijo en su acción de dar, así como la vida, la alimentación, sin embargo el abandono un problema de salud pública, en las últimas décadas se ha transformado en un importante indicador que refleja el de bienestar en el menor de 5 años, misma situación que menciona la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que podrían salvarse muchas vidas infantiles al año si todas las madres alimentan a sus hijos durante los primeros 6 meses de vida con LME.

Existen factores que se vinculan a la pérdida de tradiciones, a la desvalorización de la práctica de la lactancia materna y de la crianza de los niños y al no reconocimiento de ésta como estrategia para alcanzar la seguridad alimentaria en América Latina. La desinformación o la información incorrecta respecto del amamantamiento puesta de manifiesto en los resultados llevaron implícito el riesgo de morbimortalidad neonatal e infantil.

Según la OMS durante los seis primeros meses se considera como LME sin recibir otro alimento líquido o sólido durante su práctica, las investigaciones epidemiológicas demuestran que la lactancia materna proporciona una serie de ventajas a los lactantes respecto al estado de salud, en el crecimiento y desarrollo del niño, y al mismo tiempo que disminuye significativamente el riesgo de presentar un gran número de enfermedades agudas y crónicas.

A pesar de ello la prevalencia de LME en el mundo permanece baja. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y OMS, hacen un llamamiento a todos los gobiernos para que promuevan y protejan la lactancia materna, en el cual se plantea como: Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño. La OMS lanzó la Semana Mundial de la Lactancia Materna y recomendó que se aumente el apoyo a las madres lactantes. Además, informó que menos del 40% de los niños menores de 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna. Esto contribuye a la muerte prevenible de más de 1 millón de niños cada año. Según la UNICEF, la incidencia sobre la situación de la lactancia materna en el mundo; muestran resultados desalentadores, ya que el porcentaje de niños que reciben en su alimentación LME, hasta los seis meses de edad, en Latinoamérica 38%, en los

países en desarrollo 39%, en los países menos desarrollados 35% y en el mundo 39%.<sup>2-3-4</sup>

La relación entre la lactancia materna y la depresión posparto es bidireccional. Una mujer embarazada deprimida es menos probable que tenga la intención de amamantar a su bebé, iniciar o mantener la lactancia materna durante el período posparto<sup>5</sup>.

Por otra parte, la relación intrafamiliar de donde la mujer obtiene apoyo, cuidados y atención es importante mantener tal relación ya que se espera la llegada de un nuevo bebé, ante eso se requiere la preparación de la madre para una lactancia materna exitosa.

Por otra parte, las barreras para la LME son las experiencias que la mujer tiene en relación con su entorno con otras mujeres o bien a embarazos previos con fracaso en la lactancia materna que son situaciones que se deben de proteger el personal de enfermería.

A pesar de que los hospitales especializados deben estar en proceso de certificación o certificados en el tema de lactancia materna, Hospital Amigo de la Madre, el Niño y la Niña, se ha observado que las mujeres que acuden para atención de la etapa de gestación, parto y puerperio inmediato y mediato no cuentan con una capacitación formal que promueva la lactancia materna, por lo anterior nos interesa analizar el comportamiento LME.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores asociados que intervienen en la lactancia materna exclusiva emocionales como depresión, los conocimientos y práctica en mujeres?

## I.2 JUSTIFICACIÓN

La Lactancia Materna reduce la morbilidad y la mortalidad infantiles, disminuye los costos de la atención de la salud y aminora la presión en los sistemas de atención de salud de los países. La lactancia materna disminuye los episodios de diarrea y las infecciones respiratorias, y reduce las hospitalizaciones por esas causas en 72 % y 57 %, respectivamente. Un aumento de 10 puntos porcentuales en la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y la lactancia materna continua hasta 1 año o 2 años se traducirá en ahorros de atención de salud de al menos 312 millones en los Estados Unidos, de 48 millones en el Reino Unido, de 30,3 millones en las zonas urbanas de China y de 6 millones en Brasil<sup>6</sup>.

En el primer trimestre de vida, la inmadurez real limita la capacidad de este órgano para llevar adecuadamente esta sobrecarga de solutos, determinada por la incorporación de leche de vaca u otros alimentos proteicos, situación que predispone a la deshidratación por diuresis osmótica agravada con casos febriles o diarreicos en niños pequeños, enfermedades respiratorias, otitis media y enterocolitis necrosante<sup>5-6</sup>. También están en un mayor riesgo de algunas enfermedades crónicas como la obesidad y la diabetes<sup>7</sup>

A pesar de los beneficios de LME, en la actualidad las mujeres no reciben el apoyo que necesitan para amamantar y enfrentar diariamente las barreras que obstaculizan hacerlo, la lactancia materna exclusiva se ve afectada por diversos factores, maternos, familiares, salud emocional y física, sociales, entre otros.

La LME es primordial en el crecimiento y desarrollo del niño, así como también en la disminución de la morbimortalidad infantil por desnutrición, además de poseer beneficios para la madre como método anticonceptivo. Esto permite que la madre transmita mecanismos de defensa y nutrientes que el recién nacido necesita en sus primeros meses, mientras que el acto de amamantar logra fortalecer la relación madre – hijo. Además, permite transmitir el cuidado por la relación madre hijo e identificar oportunamente algunos datos de riesgo, problemas respiratorios, digestivos, temperatura

adecuada y descanso. También permite para ambos estrechar el vínculo afectivo madre-hijo con el apoyo emocional en el mismo niño que le brinda seguridad.

Los beneficios en la madre, libera hormonas, la prolactina, que produce una sensación de calma y positivismo que permite a la mujer relajarse y enfocarse en su hijo. La oxitocina promueve un fuerte sentido de amor y apego entre los dos. Esto se debe a que la oxitocina se libera durante la lactancia materna y esto ayuda a que el útero regrese a su tamaño regular en menor tiempo y puede reducir el sangrado posparto. Además, la Lactancia Materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, osteoporosis, enfermedades cardíacas, diabetes tipo 2, artritis reumatoide y obesidad, permite establecer un vínculo único entre la mama y el bebé, influye en la disminución de peso se demorará el inicio de los periodos menstruales<sup>8</sup>.

En la experiencia profesional se visualiza la ruptura del inicio de la lactancia materna desde la primera media hora posterior al nacimiento, El cuidado de enfermería se enfoca a los cuidados generales en la madre en la vigilancia de la recuperación y la involución uterina en la higiene del recién nacido, separan al niño de madre por las características del nacimiento del niño y las complicaciones de la madre

Por lo anterior es necesario que el personal de enfermería tome en cuenta estas necesidades del binomio madre-hijo y la lactancia materna, misma que en ocasiones por normatividades institucionales se inicia y promueve la lactancia con sucedáneos los cual contribuye en que la mujer no lleve una lactancia materna exclusiva, mismos que la mujer aprende en la hospitalización de su puerperio inmediato y podría colocarlos como una práctica correcta. Así la mujer identifica una diversidad de obstáculos para no llevarla a cabo LME, por lo tanto, se requiere la espera de la bajada de leche natural sin introducir sucedáneos al bebé en las primeras horas de nacido<sup>9</sup>.

### **I.3. OBJETIVOS**

#### **I.3.1 OBJETIVO GENERAL.**

Analizar los factores asociados a la práctica de la lactancia materna exclusiva.

#### **I.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Describir los factores sociodemográficos y relación de la embarazada/madre con el apoyo de la familia que intervienen en relación con la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Determinar el nivel de depresión en las mujeres en el puerperio, así como el plan de lactancia materna

Evaluar las condiciones del nacimiento y el apoyo a las madres recibido posterior al nacimiento del niño-niña en la lactancia materna.

## CAPITULO II. MARCO TEORICO

### II.1 ANTECEDENTES

En el siglo XVIII existían teorías que apuntaban las bondades de la lactancia materna. William Massdo, cirujano de la maternidad de Liverpool, en 1794 escribió: Se ha observado repetidamente que el alimento que se proporciona en la lactancia seca (lactancia artificial) causa cólicos y suelta el intestino y es muy difícil dar sustituto adecuado del pecho, por lo tanto, no es de extrañar que haya niños que no pueden mantenerse o existir sin el pecho.

En el siglo XIX, producto de la revolución industrial de occidente, la economía se transformó, la adquisición de un salario constituyó la forma fundamental de subsistencia para las familias, lo que significó que muchas madres con niños pequeños tuvieran que trabajar lejos de sus hogares.

En los inicios del siglo XX, con el auge de la era moderna de la alimentación artificial, se intensificó el abandono de la lactancia materna. Se lograron los primeros sustitutos de la leche humana, lo que atrajo la atención de los médicos por los problemas de salud que comenzaron a presentar los bebés que, por supuesto, afectaban a las familias, lo que trajo consigo que se establecieron las reglas generales para la alimentación de los lactantes, reglas que aún persisten en nuestros días, con el arrastre de la aplicación de estos a la alimentación natural.<sup>10</sup>

“En todas las especies de mamíferos, el ciclo reproductivo comprende tanto el embarazo como la lactancia: en ausencia de esta última, ninguna de estas especies, incluida la humana, podría haber sobrevivido”, escribió el pediatra Bo Vahlquist en 1981<sup>9</sup>. Tres años antes, en su clásico libro *Breast Milk in the Modern World* Derek y Patrice Jelliffe afirmaron que “la lactancia materna es motivo de preocupación en los países industrializados y en los países en vías de desarrollo, ya que tiene una amplia gama de consecuencias a menudo subestimadas” Loa Jelliffe predijeron que la lactancia materna sería importante para el “interés actual las consecuencias de la nutrición infantil para la salud posterior de los adultos”.<sup>11</sup> Estas afirmaciones fueron cuestionadas por la Academia Americana de

Pediatría, que en su informe de 1984 sobre la evidencia científica acerca de la lactancia materna indicó que “si hay beneficios asociados con la lactancia materna en poblaciones con buen saneamiento, nutrición y atención médica, esos beneficios al parecer son modestos<sup>12</sup>.

La Lactancia Materna se produce a través del seno materno, la cual posee una combinación de nutrientes. Células, hormonas, factores de crecimiento, inmunoglobulinas, aporta toda la energía y los nutrientes que es niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año<sup>13</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como lactancia materna exclusiva (LME) la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de la mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua. Esta práctica ha existido desde antes de la humanidad, desde el punto de vista de la Salud Pública es una de las intervenciones más costo efectivas ya que al llevarla a cabo se disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad infantil, las mujeres que lactan están menos propensas a sufrir enfermedades como cáncer de mama, ovarios y diabetes y se fomenta el apego madre-hijo<sup>14</sup>

Dentro de los antecedentes internacionales está el Código Internacional de Comercialización De Sucedáneos de la Leche Materna, en 1972, la 27<sup>o</sup> Asamblea Mundial advierte el descenso de a lactancia materna, entre otros factores por la fácil adquisición de alimentos infantiles.

En 1981, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) presentan en la 67a Reunión del Consejo Consultivo de la OMS una propuesta de Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y en la 34a Asamblea Mundial de la Salud efectuada el 21 de mayo, se aceptó y se recomendó a los países su adopción<sup>13</sup>.

Este análisis de datos de 123 países muestra que en todo el mundo la mayoría de los bebés son amamantados en algún momento de sus vidas, con un 95% de bebés que alguna vez recibieron leche materna. Sin embargo, esta tasa varía ampliamente entre los ingresos bajos y medianos, y países de altos ingresos. En los países de ingresos bajos y medianos, solo el 4%, o 1 de cada 25 bebés, nunca son amamantados. En países de altos ingresos, 21% de bebés, o más de 1 en 5, nunca reciben leche materna<sup>13</sup>.

Las consecuencias en relación en el abandono temprano de la lactancia materna prevalecen enfermedades en los niños de enfermedades oportunistas infecciones vías urinarias, respiratorias y gastrointestinales, entre otras. Otras con secuelas las causadas por desnutrición en su desarrollo neurológico principalmente<sup>13</sup>.

La OMS declara con fundamento biológico, comportamental y contextual se describe la importancia de una alimentación adecuada del lactante y el papel esencial de la lactancia materna en la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. La lactancia materna ayuda a proteger al lactante de algunas de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantiles. Actualmente se recomienda que desde la primera hora después de nacer y durante los seis primeros meses de vida los lactantes sean exclusivamente amamantados, y que la lactancia materna se mantenga hasta los dos años e incluso después.

Sin embargo, las prácticas de alimentación del lactante distan aún de ser óptimas; en muchas partes del mundo, las tasas de lactancia exclusivamente materna son bajas y muchas mujeres dejan de amamantar a sus hijos antes de lo que tenían previsto.

Se calcula que todos los años se podrían salvar 1,5 millones de vidas si se alimentara a los lactantes de acuerdo con las prácticas recomendadas de lactancia materna. Las investigaciones realizadas también han permitido observar una relación entre la duración de la lactancia materna y la reducción del riesgo de obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en fases posteriores de la vida<sup>13</sup>.

La educación formal sobre la lactancia materna consiste en proporcionar información aparte de la facilitada en el marco de la atención prenatal habitual. Puede incluir sesiones de formación individuales o en grupo impartidas por madres asesoras o

profesionales sanitarios, visitas a domicilio, consultas sobre la lactancia, distribución de material impreso/escrito, demostraciones en vídeo y actividades de aprendizaje en las que participen futuros padres.

El periodo prenatal ofrece la oportunidad de dar a las embarazadas y a sus parejas y familiares información sobre los beneficios de la lactancia materna, en un momento en que se consideran muchas decisiones sobre la alimentación del lactante<sup>15</sup>.

La leche humana es la primera opción para alimentar al recién nacido por que el uso de sucedáneos de leche de madre se asocia con un incremento de resultados adversos a corto y a largo plazo. A pesar de ello la lactancia materna en los recién nacidos por factores diversos desde si fue un embarazo planeado y deseado, si existe depresión posparto, cuando la madre se integra a trabajar, por la aparición de grietas en los pezones, y por falta de conocimiento, orientación, apoyo, vigilancia y la falta de seguimiento en el hogar; por lo que la población mas vulnerable se expone a mayores riesgos. Son necesarias por tanto políticas de apoyo a la lactancia materna en las unidades hospitalarias que reviertan esta situación, actualmente no existe una política unificada sobre como proporcionar la lactancia materna exclusiva en el recién nacido. Las necesidades nutricionales de los recién nacidos se cumplen con la lactancia materna exclusiva, por tanto, es necesaria la participación de todos los grupos de profesionales de salud de las unidades hospitalarias<sup>13</sup>.

Son bien conocidos los beneficios que tiene la lactancia materna tanto para el niño como para la madre, sin embargo, cada vez es menos frecuente que la madre lacte a su niño, esto debido a múltiples razones de carácter fisiológico, social, laboral y de tipo ideológico por parte de las madres, lo más importante es que la mayoría de las razones surgen por que la madre tiene un desconocimiento o poco apoyo durante la etapa gestacional, en el parto, en el puerperio inmediato y mediato para iniciar y establecer la lactancia materna

<sup>16</sup>

Declaración Conjunta OMS/UNICEF. (1989), un movimiento mundial para la promoción y apoyo de la lactancia materna, con el fin de obtener éxito en los siguientes puntos:

Dar a conocer el papel fundamental que pueden desempeñar los servicios de salud en la promoción de la lactancia natural. Dar información y apoyo a las madres.

Adaptar a las circunstancias locales para que sea utilizada por cualquier trabajadora/or en el área de la salud y estimular a todo el personal de salud para que revisen las políticas y prácticas que puedan interferir con la lactancia natural.

Declaración de Inocente e Inocente. (1990), en Florencia, Italia declaran, sobre la protección, el fomento y el apoyo a la lactancia materna representada por organismos internacionales como: UNICEF, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Banco Mundial (BM), con los siguientes acuerdos: "los gobiernos deberán establecer un sistema nacional para evaluar los objetivos y desarrollar indicadores, como la proporción de niñas los amamantados exclusivamente al egresar de los servicios de maternidad y la proporción de lactantes exclusivamente amamantados a los cuatros meses de edad".

Quince años después se convocó la reunión "Celebrando Innocenti 1990-2005: Logros, Retos e Imperativos Futuros", 2005 en Italia, se propusieron los retos para continuar con las acciones a favor de la lactancia, fue organizado por la (OMS), Alianza Mundial por la Lactancia Materna (WABA), (UNICEF), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Asociación Internacional de Consultores en Lactancia (ILCA), Wellstart International, Declaración de Innocenti 2005 destacó la necesidad de empoderar a las mujeres en sus derechos como mujeres, madres y proveedoras de apoyo a la lactancia materna y de información a otras mujeres; riesgos de la alimentación artificial y las consecuencias para la salud y el desarrollo a lo largo del ciclo de la vida y proteger la alimentación en situaciones de emergencia, incluyendo el apoyo a la lactancia materna ininterrumpida y la alimentación complementaria apropiada, evitar la distribución general de los sucedáneos de la leche materna, entre otras. <sup>13</sup>

En la Cumbre Mundial en favor de la Infancia: En 1990, se reunió en la Organización de las Naciones Unidas ONU dirigentes mundiales en la historia a fin de adoptar una Declaración sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y un Plan de Acción para aplicar la Declaración en el decenio de los noventas, con el compromiso:

"lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos hasta bien entrado el segundo año".<sup>13</sup>

Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña. La OMS y UNICEF lanzaron la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño y de la Niña para fortalecer las prácticas de las maternidades en apoyo a la lactancia materna. La base de la iniciativa son los diez pasos hacia una feliz lactancia natural, que se describen en la declaración conjunta de la OMS y UNICEF titulada "Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna".

La actualización a esta iniciativa realizada por la OMS durante 2005, implicó además del cumplimiento de los 10 pasos; el cambio en la atención de la mujer en trabajo de parto y durante el parto, la vigilancia del cumplimiento al código internacional de comercialización de sucedáneos de leche materna, y las asesoría para la alimentación y mujeres con VIH.<sup>13</sup>

Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, fue adoptada por consenso en 2002 por la 55a Asamblea Mundial de la Salud y por la UNICEF. Se basa en pruebas científicas de la nutrición en los primeros meses y años de vida y del papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo, poniendo énfasis en la importancia de practicar lactancia natural y especialmente la lactancia natural exclusiva durante el primer medio año de vida, como un elemento de disminución de riesgos de morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño, que se agrava aun más por la alimentación complementaria inadecuada. Las repercusiones duran toda la vida y son, entre otras, los malos resultados escolares, una productividad reducida y las dificultades de desarrollo intelectual y social.<sup>13</sup>

Antecedentes en México.

Comité Nacional de Lactancia Materna (1989) México a través de la Secretaría de Salud e importantes sectores de la sociedad trabajaron para recuperar a plenitud la práctica de la lactancia natural. El Sistema Nacional de Salud creó condiciones propicias para

establecer la lactancia natural como único recurso de alimentación y nutrición durante los primeros cuatro a seis meses de vida.

Se creó el Comité Nacional de Lactancia Materna, en el que intervinieron todas aquellas instituciones que desplegaban esfuerzos en favor de la lactancia y, segundo, la adopción de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño de la OMS/UNICEF, bajo la conducción de la Dirección General de Atención Materno Infantil de la Secretaría de Salud.<sup>13</sup>

En 1990, se emitió el Acuerdo número 95 y se crea con carácter temporal el Comité Nacional de Lactancia Materna con el objetivo de contribuir en la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil a través de la promoción y fomento de la lactancia materna. En el marco del Comité Nacional de Lactancia Materna se desarrolló el Programa Nacional de Lactancia Materna, cuyo Objetivo General era: “contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención materno infantil, mediante la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y la instalación del alojamiento conjunto en todas las unidades de salud que atienden partos”. En 1995, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo No 121 en el cual se creó en forma definitiva el Comité Nacional de Lactancia Materna, con la participación del Sistema Nacional de Salud, Institutos Nacionales, Direcciones Generales de la Secretaría de Salud, y participación de organismos no gubernamentales.<sup>13</sup>

Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. (2001) se publica en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo por el que se crea el Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida que deja sin efectos a los diversos números 121 y 127, publicados en el Diario Oficial de la Federación.<sup>13</sup> Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. (2000-2006) en el parto y puerperio seguros establece la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida; y el Fortalecimiento de la estructura de los servicios se incluyó acreditar las unidades de salud como Hospitales Amigos del Niño y de la Madre y como Hospitales Sí Mujer que implementaban evaluar la práctica y fomento de la lactancia materna.<sup>13</sup>

En 2006 la lactancia materna se mantiene con acciones de promoción de la lactancia materna exclusiva se certifica como Hospital Amigo del Niño y de la Madre, Se continuó

vigilando la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, sobre todo a nivel institucional, a nivel de hospitales privados y de manera indirecta a través de los productores de alimentos y formulas infantiles.<sup>13</sup> En 2014 se llevó a cabo la Reunión Extraordinaria del Comité Nacional de Arranque Parejo, que tuvo como propósito dar a conocer las acciones para promover, proteger y fomentar la práctica de la lactancia que han sido integradas en la Estrategia Nacional de Lactancia Materna.<sup>13</sup>, de manera continuada las instituciones del Sistema Nacional de Salud, federal y estatal se comprometen a elaborar y entregar a este Comité un plan de trabajo en materia de lactancia materna, con indicadores y metas alineadas a la Estrategia Nacional, y la creación del Grupo Interinstitucional Permanente de Lactancia Materna, cuyo objetivo será dar seguimiento para cumplir las metas e indicadores.

En 2015-2020 se da continuidad en la vigilancia de Lactancia, el trabajo conjunto del Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (CONACRO), cuyo Comité de Promoción de la Salud Reproductiva y Materno-Infantil, dirige el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en donde se incorpora la visión de trabajo en Línea de vida para la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, en donde se vigila estrechamente el fomento, promoción e indicadores de lactancia materna<sup>13</sup>.

Lo anterior no visualiza la depresión durante el embarazo y puerperio como problema en la madre-hijo y lactancia, por lo tanto, al revisar desde la definición encontramos: La palabra depresión proviene del término latino *depressio* que, a su vez, procede de *depressus* (“abatido” ó “derribado”). Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno y pérdida de interés y placer por las actividades que solías disfrutar.

La mayoría de las nuevas madres experimentan desde el embarazo, así como después del parto, que comúnmente incluyen cambios de humor, llanto, ansiedad y dificultad para dormir. Por lo general puede durar días, hasta dos semanas. La depresión posparto puede estar asociada con un eje hipotalámico-pituitario-adrenal desregulado. Sin embargo, algunas madres nuevas experimentan una forma más grave y duradera de

depresión conocida como depresión posparto. La depresión posparto no es un defecto de carácter o una debilidad. A veces es simplemente una complicación de dar a luz. Si tiene depresión posparto, el tratamiento inmediato puede ayudarle a controlar los síntomas para relacionarse con tu bebé.

El nacimiento de un bebé puede desencadenar una mezcla de emociones desde la emoción de la alegría hasta el miedo y la ansiedad. La depresión postparto tiene los siguientes signos y síntomas y pueden variar de leves a graves puede presentar: alteración del humor, ansiedad, tristeza, irritabilidad, sentirse abrumada, llanto, reducción de la concentración, problemas del apetito, problemas para dormir, irritabilidad intensa y enojo, miedo, desesperanza, sentimientos de vergüenza, culpa o ineptitud, disminución de la capacidad de pensar con claridad o concentrarse para tomar decisiones, inquietud ansiedad grave, ataques de pánico, pensamientos de lastimarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Ante estos síntomas debe tratarse de manera rápida sobre todo en los pensamientos suicidas es importante la revisión médica para que esto sea eliminado y no haya empeoramiento. Eventualmente pueden interferir en la capacidad para cuidar al bebé y manejar las tareas diarias por lo general puede vincularse con su bebé, retiro de la familia y amigos.<sup>31</sup>

## **II.2 MARCO TÉORICO REFERENCIAL**

En los hallazgos de la literatura se muestra en un estudio la importancia, tanto en la madre como en el niño, conocer el nivel de preparación de las pacientes en el consultorio y en el hogar, precisar algunos de los factores que influyen en la lactancia materna, determinar la duración de ésta, si es en forma exclusiva y de acuerdo con la edad del niño, demostrar las distintas posiciones de cómo lactar al niño y explicar las ventajas de la lactancia materna, entre otros<sup>1</sup>.

En otro estudio se encontró una duración media de la lactancia materna exclusiva equivalente a 77 días, y de la lactancia materna en general de 137. Se comprobó riesgo relativo para el destete antes del cuarto mes de parida los casos de uso de tetes y biberones y exposición al estrés. Predominó la infección del tracto urinario, seguida por la enfermedad diarreica aguda (EDA) entre los niños que enfermaron, y la mayor protección de la lactancia materna exclusiva se observó para la edad.<sup>17</sup>.

La revisión sistemática de las pruebas científicas disponibles reveladas por la OMS, indica que la educación sobre la lactancia natural contribuye a aumentar tanto la tasa de inicio de la lactancia materna como la duración de esta. Aunque esas revisiones se centran en gran medida en estudios realizados en países desarrollados, los trabajos sobre el tema describen algunas intervenciones aplicadas en países de ingresos bajos y medianos que han tenido mucho éxito.

Algunos estudios han demostrado además la viabilidad de ampliar intervenciones en lugares tan diversos como Bolivia, la India, Ghana o Madagascar, aprovechando las actividades de salud y nutrición existentes. Hay también unas cuantas pruebas de que quizá sea posible realizar una ampliación de escala incluso con «intervenciones de baja intensidad», como han demostrado estudios llevados a cabo en la Ciudad de México, donde se observaron mejoras en la lactancia exclusivamente materna con tan solo tres visitas a domicilio de madres asesoras, y en el África subsahariana, donde, según un reciente ensayo aleatorizado, controlado y multicéntrico, con cinco o más visitas a domicilio de madres asesoras aumentaba considerablemente la lactancia exclusiva en las semanas 12 y 24 después del parto.<sup>18</sup>

Llevar a cabo intervenciones de educación sobre la lactancia materna en países de ingresos bajos y medianos puede resultar difícil, y a menudo hay que tener en cuenta factores contextuales que pueden influir en la duración de la lactancia materna, como

las diferencias de ingresos; por ejemplo, según estudios realizados en Uganda y Sudáfrica, las probabilidades de abandono de la lactancia materna son mayores entre las mujeres que tienen fuentes de ingresos propias que entre las que no las tienen.<sup>19</sup>

La disponibilidad y el uso de leche artificial también pueden suponer un obstáculo importante, sobre todo en lugares con unas tasas altas de infección por el VIH, donde generalmente se teme que el virus se transmita por la leche materna.

El problema se puede ver agravado en sitios en que no se hayan adoptado el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna ni disposiciones legislativas similares que regulen la promoción de la leche artificial y donde se puedan conseguir fácilmente preparados para lactantes en el marco de programas públicos de salud o nutrición.<sup>20</sup>

Es necesario realizar más ensayos clínicos bien diseñados, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, para estudiar los efectos benéficos de la educación prenatal sobre la lactancia materna en el inicio de la lactancia, las tasas de lactancia exclusivamente materna y la duración de la lactancia natural.

Para llevar a cabo las actividades de educación sobre lactancia materna a la escala necesaria, hay que considerar la adopción de diversos métodos, como sesiones individuales, en grupo y dirigidas por otras madres, tanto a domicilio como en establecimientos de salud. Además, los profesionales sanitarios deberían recibir formación previa al servicio y formación continúa sobre cómo ayudar a las madres a prevenir y tratar los problemas comunes de la lactancia materna que a menudo conducen a su abandono<sup>21</sup>.

La leche materna es fundamental para los seres humanos, tanto en sus primeras horas de vida como en los meses subsecuentes. Ofertarla de manera temprana y exclusiva así como la demanda del recién nacido garantizan a la madre la estimulación necesaria para una óptima producción de leche durante los seis meses que se han recomendado por diversos organismos institucionales. Dicha recomendación se basa en la evidencia de su contribución a un buen crecimiento y desarrollo del sistema nervioso central, un mejor desarrollo psicomotor, así como el estímulo y fortalecimiento del sistema inmunológico del recién nacido y otros múltiples beneficios para la madre.<sup>22</sup>

Así mismo en Suiza, a pesar de los esfuerzos para poder cumplir con los lineamientos establecidos para la Organización Mundial de la Salud (OMS), para que la leche materna sea el único alimento de los niños y las niñas, durante los primeros seis meses de vida, sólo un 14% de los bebés son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida.

En Argentina la realidad es similar, según estudios de la sociedad pediátrica muestra que el 95% de los niños inician la Lactancia Materna sin presentar diferencias según el nivel socioeconómico de los hogares ni regiones del país. Ese porcentaje comienza a disminuir a medida que el niño crece debido a diferentes razones no médicas que en su gran mayoría podrían ser evitadas con el trabajo y la contención brindada desde el sistema de salud.<sup>23</sup>

Tal es así que en Colombia según los datos tomados de la Encuesta Nacional Demográfica y Salud del año 2005, amamantar ha sido una práctica más generalizada en mujeres de poco nivel de instrucción formal y residentes en zonas rurales, sin embargo paulatinamente se observa un incremento en la duración total de la Lactancia Materna exclusiva ya que en la actualidad es solamente de 2.2 meses.<sup>10</sup> En el Perú el Ministerio de Salud en el marco de sus políticas sectoriales, promueve, protege y apoya a la lactancia materna y de acuerdo a la información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013, la lactancia materna ocupa el primer lugar en América Latina y el Caribe. La lactancia exclusiva en los primeros seis meses de vida del bebé, muestra promedios nacionales que mantienen cifras hacia un mayor crecimiento: de 68% en 2012, se incrementó a 72% en el 2013.<sup>11</sup> La lactancia materna es considerada como la mejor y más completa fuente de nutrientes en los primeros meses de vida en la especie humana, sin embargo, llama mucho la atención el hecho paradójico del abandono de su práctica en el ser humano, provocado en gran medida por la diversidad de tipos de leche y de sus derivados industriales, así como su amplia comercialización, conjuntamente con factores biosocioculturales. Las madres adolescentes son un grupo especial, ya que, prevalecen muchos factores, dentro de los cuales están, que sus embarazos no suelen darse de forma planificada, las adolescentes no han culminado su educación escolar. Dentro de otros factores que intervienen en el éxito de la Lactancia materna, se

encuentran la motivación de la madre de amamantar a su hijo y la provisión de leche. La motivación está relacionada con las actitudes y creencias de la mujer y su nivel de información, el apoyo que reciben de familiares y amigos, sus planes de trabajo y sus experiencias previas de lactancia; mientras que la provisión de la leche se vincula con la frecuencia del amamantamiento, el vigor de succión, el reflejo de flujo de leche y el uso de anticonceptivos hormonales. El profesional de enfermería como parte del equipo de salud, desempeña un rol esencial en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. En cuanto a la atención que brinda a la madre y al lactante, tiene una participación activa en defensa de la lactancia materna y de los derechos del recién nacido, ya que tiene la delicada misión de dirigir y supervisar la lactancia materna exclusiva, y educar a la madre para que cumpla con ésta. Algunas experiencias pre-profesionales en centros de salud como: San Luis (DISA V LIMA CIUDAD), José Carlos Mariátegui (DISA II LIMA SUR) y Nueva Esperanza (DISA V LIMA CIUDAD) así como otros centros, me permitieron observar a madres adolescentes que al ser entrevistadas en la consulta de crecimiento y desarrollo, refieren “la abuela dice que tengo que darle agüita u otro líquido” “tengo que ir al colegio y mi madre me dice que me saque la leche pero no me sale mucha leche”, “por el trabajo no podré seguir dándole lactancia materna exclusiva”, “me parece que la leche gloria es mejor y se da más rápido al bebe que mi propia leche” “hay que darles otra leche durante los primeros días porque todavía , no tengo leche y mi bebé llora de hambre”; o también que “algunos niños son alérgicos a la leche materna”, entre otras expresiones. Ante tal situación, se generaron algunas interrogantes: ¿las madres adolescentes cumplen con la lactancia materna exclusiva?, ¿qué factores prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva?, ¿cómo intervienen estos factores?, ¿la familia interviene?, ¿la sociedad interviene?, ¿la cultura interviene? entre otras. De lo mencionado anteriormente se formuló el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los factores socioculturales que prevalecen en el incumplimiento de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes Centro de Salud Nueva Esperanza – 2014<sup>2-3-4</sup>

Las revisiones de la literatura sugieren que la lactancia materna también es menos común entre las madres con depresión posparto. Si la depresión materna posparto puede causar

el cese temprano de la lactancia y síntomas depresivos. se ha observado que preceden al cese de la lactancia materna, como señalaron algunos revisores, o simplemente es el resultado de cese de la lactancia como lo demostraron otros, quienes notaron que el cese de la lactancia precede a la aparición de *depresión*, se necesita más evidencia empírica sobre la relación entre la lactancia materna y el posparto con presencia de depresión.<sup>28</sup>

Sobrepeso-obesidad en la población y su relación con la ganancia de peso en el embarazo. En cuanto al índice de masa corporal de las mujeres presentan en la población mexicana encontramos el sobrepeso y obesidad y él las recomendaciones para la ganancia de peso ponderal saludable durante el embarazo, las mujeres con Bajo (IMC < 19.8) de recomienda incrementar de 12.5-18; las mujeres con peso Normal (IMC 19.8 a 26.0) recomienda incrementar de 11.5-16.0; las mujeres con Sobrepeso (IMC > 26.1 a 29.0) recomienda incrementar de 7.0-11.5; las mujeres Obesas (IMC > 29.0) recomienda incrementar 6.0 Kg. Pasar lo al marco teórico

En la depresión posparto encontramos múltiples estudios cuyos resultados obtenidos en cuanto a la relación existente entre la depresión posparto y la vinculación que ésta pueda tener con los factores de riesgo más comunes en las mujeres adolescentes y adultas entrevistadas, se pudo constatar que 75% de 204 pacientes que sufren de depresión posparto, de una u otra manera padecen de constituyentes de riesgo, indicando que desempleo, estrato social, embarazo no deseado, complicaciones obstétricas son indicadores de alto riesgo en las mujeres, lo que ameritan una ardua revisión antes, durante y después del embarazo.<sup>31</sup>

### **Fundamentación teórica Ramona T. Mercer Adopción del rol materno: convertirse en madre<sup>14</sup>**

El modelo de Mercer la Adopción del rol materno menciona:

*«El proceso de convertirse en madre requiere un extenso trabajo psicológico, social y físico. Durante esta transición, una mujer es más vulnerable y se enfrenta a grandes retos. Las enfermeras tienen una extraordinaria oportunidad de ayudar a las mujeres a aprender, ganar confianza y experiencia a medida que asumen su identidad como madres»*

La teoría de la adopción del rol materno de Mercer se basa en una amplia investigación sobre el tema a partir de la década de 1960. El estímulo para la investigación y el desarrollo de la teoría proviene de la admiración de Mercer por Reva Rubin, fue muy conocida por su trabajo en la definición y descripción de la identidad del rol materno como proceso de unión al niño y de la identidad del rol materno o verse a uno mismo en el rol y sentirse cómodo con él. El marco y las variables de estudio de Mercer reflejan muchos de los conceptos de Rubin. Además del trabajo de Rubin, Mercer también utilizó las teorías de rol y de desarrollo. Utilizó en gran medida un planteamiento interactivo con respecto a la teoría de rol, recurriendo a la teoría de Mead sobre la representación del rol y a la teoría de Turner sobre el núcleo del yo.

Las teorías del proceso de desarrollo de Werner también contribuyeron a la teoría de Mercer. Asimismo, el trabajo de Mercer se basa en la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy. Su modelo de adopción del rol materno descrito en la figura 27-4 utiliza los círculos de Bronfenbrenner como un planteamiento general de los sistemas.

En gran parte de su trabajo se basó en las teorías de Rubin, en el desarrollo y la expansión de su teoría también tuvo en cuenta la investigación de otros.

Mercer en los datos empíricos seleccionó variables maternas e infantiles para sus estudios según la revisión que realizó de la bibliografía disponible y de los descubrimientos de los investigadores de diferentes disciplinas.

Observó que un gran número de factores pueden tener una influencia directa o indirecta sobre el rol materno, lo que aumentó la complejidad de su trabajo. Los factores maternos en la investigación de Mercer incluían la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, la separación precoz del niño, el estrés social, el apoyo social, las características de la personalidad, el autoconcepto, las actitudes de crianza y la salud.

Incluyó las variables del niño relacionadas con el temperamento, la apariencia, la respuesta, el estado de salud y la habilidad para dar señales. Mercer y Ferketich

observaron la importancia del rol paterno y aplicaron muchos de los descubrimientos anteriores de Mercer al estudio de la respuesta del padre a la paternidad. Su investigación requería el uso de numerosos instrumentos para medir las variables de interés.

**Adopción del rol materno** Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol, el movimiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta un sentido de armonía, confianza y competencia en la realización del rol es el punto final para la adopción del rol materno: la identidad materna. La identidad materna provee en tener una visión interiorizada de sí misma como madre.

**Percepción de la experiencia del nacimiento** La percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento.

**Autoestima.** Mercer, May, Ferketich y DeJoseph la describen como la percepción del individuo de cómo los otros lo ven y la autoaceptación de estas percepciones.

**Autoconcepto.** Mercer lo define como la percepción general del yo que incluye la auto satisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal.

**Flexibilidad.** Los roles no están fijados; por tanto, carece de importancia qué persona asume y cumple los distintos roles La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta a medida que aumenta el desarrollo. Las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respecto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias, actitudes respecto a la crianza actitudes y creencias maternas sobre la crianza.

**Estado de salud.** Las percepciones de la madre y del padre acerca de su salud anterior, actual y futura; la resistencia susceptibilidad a la enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad, y el rechazo del papel de enfermo.

**Ansiedad,** la describen como una característica de la persona propensa a percibir las situaciones estresantes como peligrosas o amenazantes y como un estado específico a la situación.

**Depresión.** consiste en padecer una serie de síntomas depresivos y, en particular, el componente afectivo del estado depresivo.

Tensión debida al rol. El conflicto y la dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno.

Gratificación-satisfacción, describe la gratificación como «la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad. ....

Unión. Un elemento del rol parental y de la identidad. La unión se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo.

Temperamento del niño. Existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difíciles de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración.

Estado de salud del niño. Enfermedades que pueden comportar la separación de la madre y el niño, y que interfieren en el proceso de unión.

Características del niño: Temperamento, apariencia y estado de salud.

Las señales de los lactantes son conductas que provocan una respuesta de la madre.

Familia se definen a la familia como «un sistema dinámico que incluye subsistemas: individuos (madre, padre, feto/niño) y grupos de pares (madre-padre, madre-feto/niño y padre-feto/niño) dentro del sistema general de la familia. Funcionamiento de la familia La visión individual de las actividades y relaciones entre la familia y sus subsistemas, y las unidades sociales más amplias.

Padre o compañero. Contribuye al proceso de adopción del rol materno como no puede hacerlo ninguna otra persona. Las interacciones del padre ayudan a diluir la tensión y facilitan la adopción del rol materno.

Además, ha incluido en la investigación a adolescentes, madres mayores, madres enfermas, madres que deben afrontar defectos congénitos, familias que experimentan estrés preparto, padres de alto riesgo, madres que dieron a luz por cesárea, unión paternofilial y competencia parental.

Como resultado, ha propuesto que el término adopción del rol materno sea sustituido por convertirse en madre, dado que este estrés sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo, y variables ambientales.

Apoyo social, es la cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan.

Las cuatro áreas de apoyo social son las siguientes:

1. Apoyo emocional: Sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido.
2. Apoyo informativo: Ayuda al individuo a solucionar problemas por sí solo ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación.
3. Apoyo físico: tipo directo de ayuda.
4. Apoyo de valoración: Informa a la persona sobre cómo está llevando a cabo su rol. Permite al individuo evaluarse a sí mismo en relación con la realización del rol de los demás.

Relación madre-padre. Percepción de la relación de pareja que incluye los valores, los objetivos y los acuerdos deseados y reales entre los dos. La vinculación materna con el niño se desarrolla dentro del campo emocional de la relación de pareja.

Describe con más exactitud la continua evolución del rol a lo largo de la vida de la madre. Además, propuso utilizar hallazgos de la investigación enfermera más reciente para describir las etapas y el proceso de convertirse en madre. Principales premisas para la adopción del rol materno, Mercer estableció las siguientes premisas:

- Un núcleo propio, relativamente estable, adquirido por medio de una socialización a lo largo de la vida, determina cómo una madre define y percibe los sucesos, las percepciones de las respuestas del niño y de los demás con respecto a su maternidad, en su situación vital; son el mundo real al cual responde.

Además de la socialización de la madre, su nivel de desarrollo y sus características innatas de personalidad también influyen en las respuestas de conducta.

- El compañero del rol de la madre, su hijo, reflejará la competencia de la madre con respecto a su rol por medio del crecimiento y el desarrollo.
- El niño está considerado como un compañero activo en el proceso de adopción del rol materno, ya que influye en este rol y se ve afectado por él.
- El compañero íntimo del padre o de la madre contribuye a la adopción del rol de un modo que ninguna otra persona puede ejercer

La identidad materna, se desarrolla con la unión materna y cada una de ellas depende de la otra.

Enfermería Mercer afirmó: Las enfermeras son los profesionales sanitarios que mantienen una interacción más prolongada e intensa con las mujeres en el ciclo de la

maternidad. Son las responsables de promover la salud de familias y niños, y las pioneras desarrollando y compartiendo las estrategias de valoración para esas pacientes.

**Enfermería.** La enfermería es una profesión dinámica con tres focos principales: fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar la base del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente. Las enfermeras proporcionan asistencia sanitaria a individuos, familias y comunidades. Después de valorar la situación y el entorno del cliente, la enfermera identifica los objetivos con él, le proporciona asistencia a través de la formación y del apoyo, proporcionando cuidados al cliente incapaz de proporcionárselos él mismo, y se interpone entre el entorno y el cliente.

Mercer hace referencia a la importancia del cuidado enfermero. Hace hincapié en que el tipo de ayuda o cuidado que una mujer recibe durante el embarazo y durante el primer año después del nacimiento puede tener efectos a largo plazo tanto en ella como en el niño, así como las enfermeras que trabajan en las unidades de maternidad son muy importantes a la hora de ofrecer cuidados e información durante ese período.

**Persona.** No da una definición específica de la persona, pero se refirió al yo y al núcleo propio. Considera que la identidad o el yo es independiente de los roles que se ejecutan. Por medio de la individualización de la maternidad, una mujer puede aumentar su conciencia como persona; de este modo, extrapola su identidad a partir de la dualidad madre-niño.

El núcleo propio evoluciona a partir de un contexto cultural y determina cómo las situaciones se definen y se conforman. Los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol materno. La madre como persona se considera una entidad independiente, pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa. Ella influye y se deja influir por ambos.

**Salud.** Percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia-susceptibilidad a la enfermedad, la preocupación por la salud, la orientación de la enfermedad y el rechazo del rol de enfermo.

El estado de salud del recién nacido es el grado de enfermedad presente y el estado de salud del niño según las creencias de los padres de la salud global. El estado de salud de la familia se ve perjudicado por el estrés preparto.

Tiene una importante influencia indirecta sobre la satisfacción con las relaciones en las familias en edad fértil. La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles. Mercer da la importancia del cuidado de la salud durante la época de fecundidad y el proceso de crianza.

**Entorno.** según la definición de Bronfenbrenner del entorno ecológico, en el que también basó su modelo de la figura 27-1. Este modelo ilustra el entorno ecológico en el que se desarrolla la adopción del rol maternal. El desarrollo de un rol/ persona no puede considerarse independiente del entorno. Existe una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes. El estrés ambiental influye tanto en el rol materno como en el paterno y en el desarrollo del niño.

**Fundamentos teóricos. La teoría de la adopción del rol materno de Mercer.**

El modelo de la adopción del rol materno de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, el mesosistema y el macrosistema. El modelo original propuesto por Mercer se modificó en 2000, cambiando el término exosistema que aparecía originalmente en el segundo círculo y sustituyéndolo por el término mesosistema.

1. El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol materno, que incluye la familia y factores como el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Las variables del microsistema interaccionan con una o más de las otras variables que afectan al rol materno.

El niño como individuo está incluido en el sistema familiar. La familia está considerada como un sistema semicerrado que mantiene los límites y el control sobre el intercambio entre el sistema familiar y los otros sistemas sociales. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a difuminar la tensión en la dualidad madre-niño.

La adopción del rol materno se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño. Las capas a-d representan los estadios de adopción del rol materno desde la anticipación hasta lo personal (identidad de rol) y los estadios de crecimiento y desarrollo del niño.

2. El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que le ocurre al rol materno en desarrollo y al niño. El mesosistema incluye la guardería, la escuela, el entorno laboral, los lugares de culto y otras entidades de la comunidad más inmediata.

3. El macrosistema hace referencia a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida. El macrosistema incluye las influencias sociales, microsistema dentro del modelo desarrollado de la adopción del rol materno.

El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol materno origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol materno están dentro del macrosistema.

La adopción del rol materno es un proceso que sigue cuatro estadios de adquisición de rol.

a. Anticipación: el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo.

La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.

b. Formal: el estadio formal empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.

c. Informal: empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.

d. Personal: el estadio personal o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol, y alcanza el rol materno.

Los estadios de adopción del rol se solapan y se ven modificados por el crecimiento y el desarrollo del niño. El último estadio de la identidad del rol materno puede alcanzarse en un mes o en varios meses.

Los estadios se ven influidos por el apoyo social, el estrés, el funcionamiento de la familia y también por la relación entre la madre y el padre o algún otro familiar.

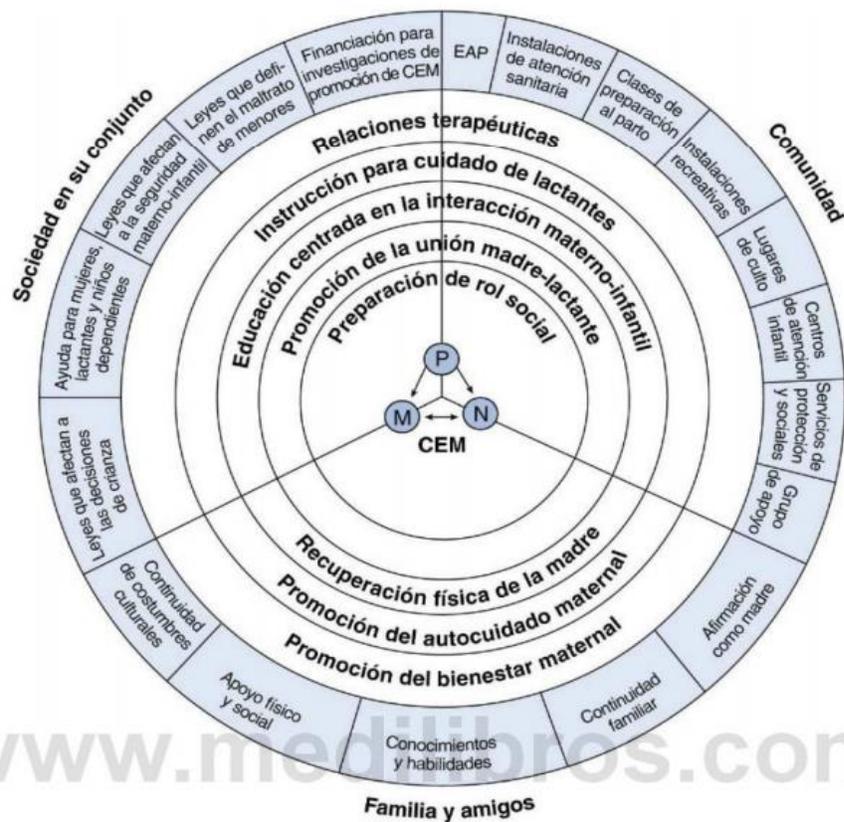
Las características y las conductas tanto de la madre como del niño pueden influir en la identidad del rol materno y el niño.

Las características y conductas maternas incluidas en el modelo de Mercer son la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas por el niño, la autoestima y el autoconcepto, la relación con sus padres cuando la madre era niña, la madurez y la flexibilidad, la actitud, el embarazo y la experiencia del nacimiento, la salud, la depresión y el conflicto de rol.

Las características del niño que afectan a la identidad del rol materno son el temperamento, la capacidad para enviar mensajes, la apariencia, las características generales, la respuesta y la salud.

Los ejemplos de respuestas del desarrollo del niño que interactúan con el desarrollo de la identidad materna de la madre:

- a. Contacto visual con la madre mientras le habla, reflejo de prensión.
- b. Reflejo de sonreír y conducta tranquila en respuesta a los cuidados de la madre.
- c. Conductas interactivas coherentes con la madre.
- d. Respuestas de obtención por parte de la madre; aumento de la movilidad. Según Mercer La etapa de identidad del rol personal se consigue cuando la madre ha integrado el rol en su propio sistema con una congruencia de su rol y del de los demás; está segura de su identidad como madre, está emocionalmente entregada a su hijo y siente armonía, satisfacción y competencia en su rol, Mercer afirma que una identidad de rol tiene componentes internos y externos: la identidad es la visión interiorizada de uno mismo (identidad materna reconocida) y el rol es un componente conductual externo<sup>24</sup>.



**FIGURA 27-4** Entornos en interacción que influyen en el proceso de convertirse en madre. (Tomado de Mercer, R. T., y Walker, L. O. (2006) *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), pp. 570-581.)

El proceso de comunicar involucra dos aspectos: la cognición, lo que se piensa antes de emitir cualquier mensaje, y el comportamiento, las acciones conductuales que se utilizan al comunicarse. La investigación sobre comunicación de pareja se ha centrado en la observación de procesos de interacción en situaciones establecidas que pueden no reflejar la realidad, por lo que se sugieren las escalas de autoinforme para abarcar otros contextos, además se ha dejado a un lado la evaluación del proceso cognoscitivo que permite o impide la comunicación en una relación, por lo tanto la necesidad de la comunicación la mujer embarazada y puérpera es indispensable porque de esta forma recibe apoyo, sensación de protección y de esta misma manera orientación para su autocuidado y las buenas prácticas de lactancia materna.

### CAPITULO III. METODOLOGIA

En este capítulo se describen los siguientes componentes: diseño del estudio. Población y muestra, las variables de investigación, criterios de inclusión, procedimiento de reclutamiento y selección de participantes, instrumentos de medición, consideraciones éticas y estrategias y análisis de datos.

### **III. 1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

Estudio cuantitativo, descriptivo, analítico, cohorte, prospectivo, longitudinal y de correlación en de mujeres embarazadas y puerperio inmediato así como seguimiento intensional para conocer el comportamiento de la lactancia materna, se considera descriptivo puesto que se describe y se documentan aspectos de una situación que ocurre de forma natural, analítico, prospectivo, longitudinal y correlación comparó el comportamiento de las variables en adolescentes en el área tal y tal con relación al porque se buscó asociaciones entre algunas variables.

### **III. 2. VARIABLES DE LA INVESTIGACION**

Variable dependiente: Lactancia Materna Exclusiva

Variables independientes: Depresión, Conocimientos y práctica

### **III. 3. POBLACION Y MUESTRA**

La población estuvo conformada por 56 mujeres, adolescentes y adultas, en periodo prenatal (embarazadas) y en el periodo del puerperio (binomio), así como su seguimiento de meses posteriores, pacientes del hospital obstétrico de la mujer, la muestra estuvo conformada mediante, muestreo fue no probabilístico al azar.

### **III. 4. ENFOQUE DEL TRABAJO: MODELO DE METODOS APLICADOS**

El estudio se registró en la facultad de enfermería, se solicitó permiso verbal a la jefatura de enfermeras para abordar a las pacientes y se invitará a participar a mujeres en este estudio se otorgó carta de consentimiento informado.

### **III. 5. TÉCNICAS DE ANALISIS DE DATOS**

Las mujeres fueron captadas desde su última visita prenatal, al nacimiento y 1er mes posterior. Perteneciente al Hospital de la mujer de Yautepec, Morelos, previo permiso y registro del comité de ética, así como el consentimiento informado de la mujer.

### **III. 6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

Instrumento con la Universidad de Kentucky USA. Culturalidad de lactancia materna, conocimientos y práctica de lactancia materna exclusiva consta de: Escala de Autonomía y Parentesco, Escala de Intenciones de Alimentación Infantil. La Escala de Autoeficacia de Lactancia Materna<sup>21-24</sup>. En los siguientes apartados:

1. Variables sociodemográficas y antecedentes obstétricos.
2. Aceptabilidad del embarazo. Consta de 4 ítems. Las preguntas son dicotómicas (0=si-1=no)
3. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh<sup>20</sup> Consta de 10 ítems en donde se evalúa sin presión, depresión leve y depresión severa. (con 4 opciones de respuesta tipo Likert 0= tanto como siempre a 3 = no para nada)
4. Calidad de la relación con las personas cercanas que constan de 32 ítems (con 5 opciones de respuesta tipo Likert 1=para nada a 5 = muchísimo)
5. Plan meta de alimentación del Infante que consta de 5 ítems (con 5 opciones de respuesta tipo Likert 0= siempre a 5 = nunca)
6. Experiencia y percepción de la lactancia que consta de 7 ítems (con 3 opciones de respuesta 1 = si, 2 = no y 3 = no sé, así como libertad de contestar en respuestas abiertas.
7. Conocimiento acerca de la lactancia materna que consta de 26 ítems. Las preguntas son dicotómicas (0=si-1=no)
8. Se recabaron datos por medio de ficha clínica de la experiencia del parto y el inicio de la lactancia materna.

### **III. 7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN**

Criterios de Inclusión: Se incluyeron desde madres que acepten participar en la última consulta prenatal, sin enfermedades previas y que el hijo recién nacido sea sano.

Criterios de Exclusión: madres que no aceptaron participar, en la última consulta prenatal, sin enfermedades previas y que el hijo recién nacido sea sano.

Criterios de Eliminación: Cuestionarios incompletos.

### **III. 8. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION**

El estudio fue en mujeres embarazadas captadas la última visita prenatal en el área de urgencias del Hospital de la Mujer en Yautepec, Morelos, se aplicó: Entrevista Inicial Proyecto Lactancia-ENSI, (datos generales, conocimientos y plan de alimentación al recién nacido, será evaluada durante el periodo prenatal. Datos ficha clínica: Datos del parto e inicio de lactancia materna. Para medir la confianza que tiene la madre de amamantar al bebe. Esta escala se aplicará después del parto.

### **III. 9. ANALISIS ESTADISTICO**

Previa elaboración de base de datos en el programa de Excel posterior a este con el paquete estadístico SPSS V 21 se llevó a cabo el análisis se realizaron medidas de tendencia central, porcentajes, Análisis de medias ANOVA, correlación de Spearman con significancia  $p = .05$ .

### **III. 11. CONSIDERACIONES ETICAS**

Previa solicitud a la institución jefatura de enfermería. Se solicitó la aprobación para aplicación del instrumento.

Se trata de un estudio sin riesgo para las mujeres obstétricas y en su posterior puerperio, a quien se le pidió que contesten de manera voluntaria y verás el cuestionario/entrevista. Se menciona a los participantes que lean la carta de consentimiento informado y se resolvieron las dudas derivadas de este procedimiento. La aceptación o negación será rechazado a través de la firma de las participantes. En todo momento se protegió la información proporcionada ya que estos serán identificados con un número folio.

La base de datos fue accesible únicamente a los investigadores, de acuerdo con la legislación vigente sobre protección de datos de carácter individual. No se plantearon problemas éticos ni legales.

Principios éticos observados: Beneficencia y no maleficencia. Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal.

Justicia. La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Autonomía. Es el respeto a las personas como individuos libres y tener en cuenta su decisión. Valor fundamental de la vida humana.

Confiabilidad. Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información.

Respecto a ley general de salud: Artículo primero. Este Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

Artículo segundo. Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero. Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto. Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

## **CAPITULO IV. RESULTADOS**

### **Perfil sociodemográfico de las mujeres estudiadas:**

En relación con las variables sociodemográficas la muestra se constituyó de n 58 mujeres las informantes, Edad promedio 24.62 un rango de 14 a 41 años.

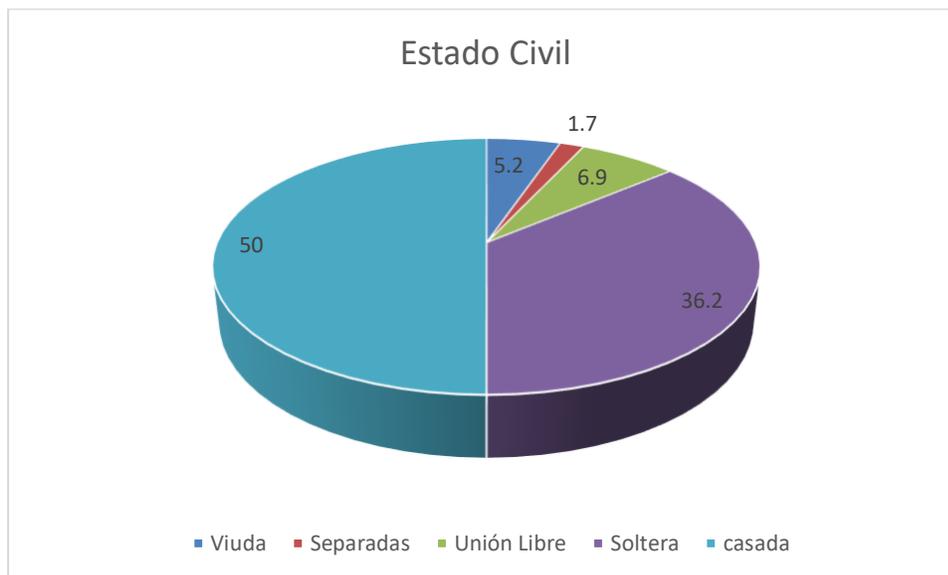
Tabla No. 1 **Edad**

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
14 a 19	12	20.7
20 a 29	31	53.4
30 a 41	15	25.9

Fuente: Cuestionario de lactancia materna, variables sociodemográficas

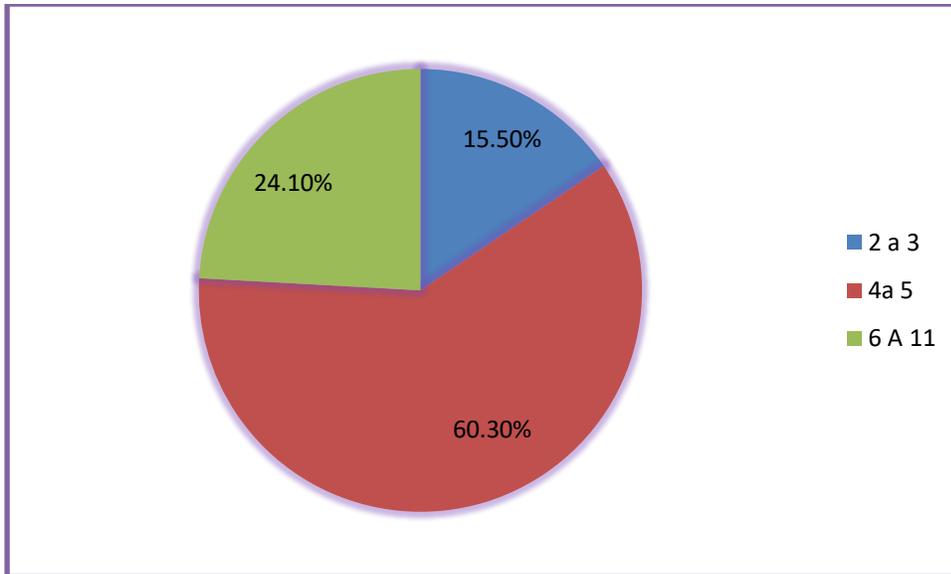
En relación con la edad, menos de la cuarta parte son madres adolescentes, más de la mitad en edad de 20 a 29 años y casi la cuarta parte de 30 a 41 años. Ver tabla No. 1

Grafico No. 1 **Estado civil**



En relación con el estado civil las mujeres entrevistadas mencionan la mitad de ellas son casadas (50%), soltera (36.20%), viuda (5.20%) separadas (1.70%) y unión libre (6.90%). Se puede inferir una relación para la lactancia materna aquellas que tienen apoyo económico si de una familia.

Grafica No 2. **Número de integrantes en la familia**



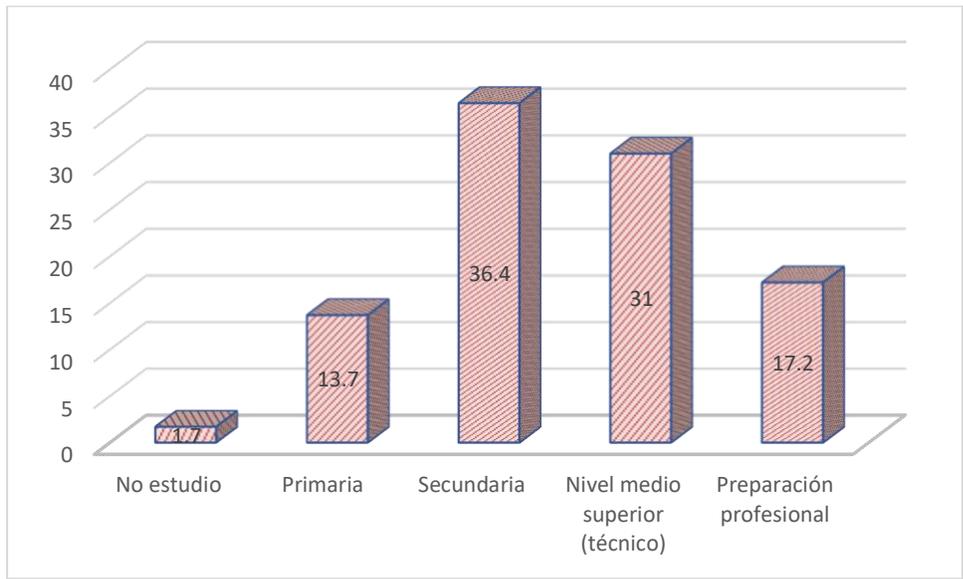
Fuente: Cuestionario de lactancia materna, variables sociodemográficas

De 2 a 3 personas integran la familia en un 15.50%

De 4 a 5 personas que es en su mayoría de los integrantes de las familias, más de la mitad 60.30%.

De 6 a 11 personas integran la familia, que podríamos inferir las familias extensas casi la cuarta parte 24.10%.

### Grafica No 3. **Escolaridad de las madres participantes**



Fuente: Cuestionario de lactancia materna, variables sociodemográficas

Con preparación profesional el 17.20%

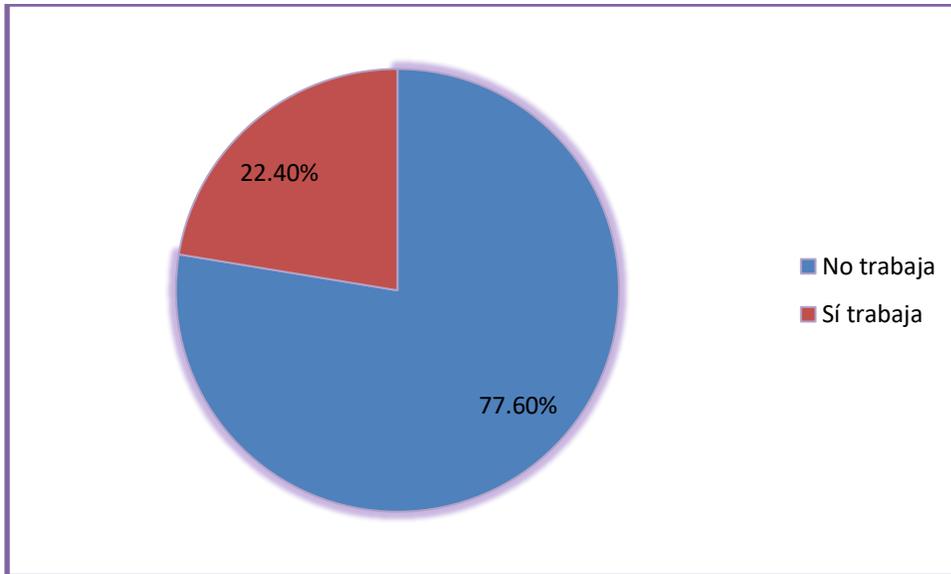
De nivel medio superior (técnico) más de la cuarta parte 31.00%.

Menos de la mitad el 36.40% cuenta con secundaria

Con primaria (nivel básico) y preescolar 13.70%.

No estudio 1.70%.

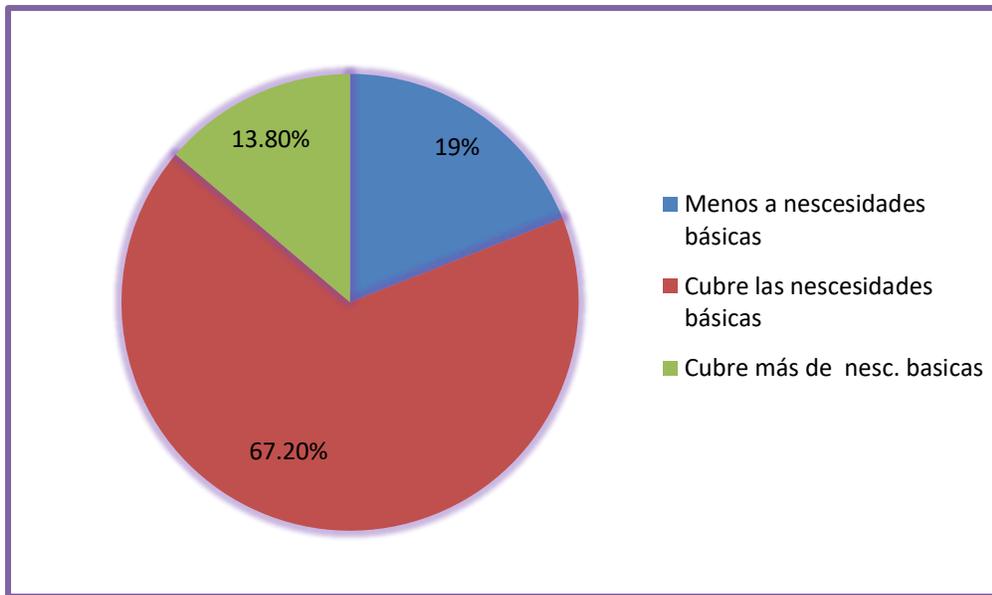
Grafica No 4. Trabajan n- 58 participantes



Fuente: Cuestionario de lactancia materna, variables sociodemográficas

Las participantes mencionan trabajar menos de la cuarta parte si trabaja 22.40%, mientras el 77.60% no trabaja. Grafica 4

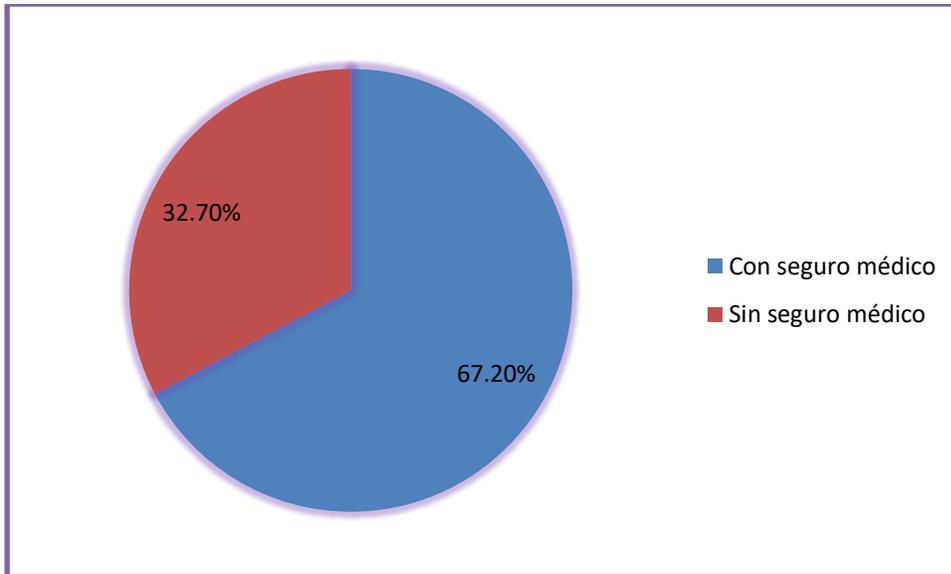
**Grafica No 5. Ingreso familiar y cobertura hacia sus necesidades**



Fuente: Cuestionario de lactancia materna, variables sociodemográficas

Se debe tomar en cuenta el estatus de este dato socioeconómico, la población que atiende el hospital de tercer nivel de sector salud, menciona la mayoría de las personas tienen un estado económico bajo, refiere que cubran más de las necesidades básicas sólo el 13.80% y en su mayoría, el 67.20% refiere que su ingreso familiar cubre con las necesidades básicas de comer día a día.

Grafica No 6. **Seguridad social**

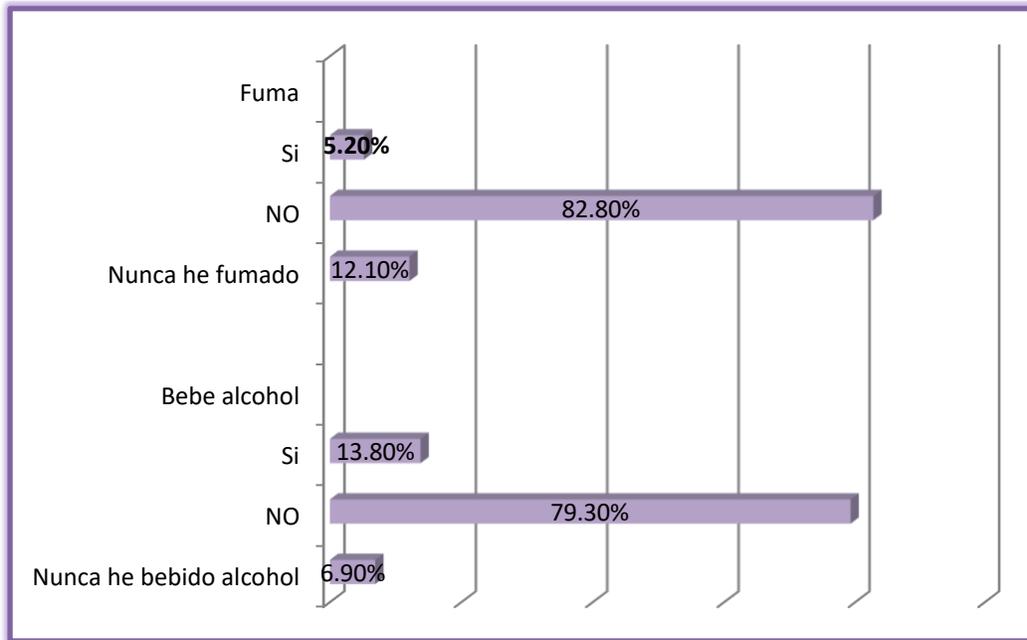


Fuente: Cuestionario de lactancia materna, variables sociodemográficas

El 67.20 % de las informantes cuenta con afiliación a Instituto de Salud para el Bienestar.

Pero 32.70% se desconoce qué tipo de Seguridad Social tiene o nunca han asistido a la atención prenatal que más adelante la vamos a revisar.

### Gráfico No 7. Consumo de sustancias (adicciones)



Fuente: Cuestionario de lactancia materna, consumo de alcohol y tabaco.

Las mujeres mencionan en relación con el consumo de (tabaco y alcohol) sustancias:

Tabaco: el 94.80% no y nunca ha fumado.

Mientras el 5.20% si fuma

En relación con el consumo de alcohol: no consume alcohol el 79.30%.

Si consume alcohol. El 13.80%

### Tabla No 1 Comparación entre Aceptabilidad del embarazo y Depresión

<b>Aceptabilidad del embarazo</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Embarazo planeado	43.1%	56.9%
Se sintió feliz al saber que estaba embarazada	87.9%	12.1%
Quería compartir la noticia de su embarazo	82.8%	17.2%
En algún momento pensó en practicarse el aborto	15.5%	84.5%
<b>Nivel de Depresión</b>		
Sin depresión		25.6%
Depresión leve		15.7%
Depresión moderada		18.3%
Depresión alta		40.4%

Fuente: Cuestionario de lactancia materna, el embarazo.

En relación con la aceptabilidad del embarazo el 43.1% fue planeado y el 56.9% no fue planeado.

El 87.9% se sintió feliz de saber que estaba embarazada mientras que el 12.1% no se sintió feliz de saber que estaba embarazada

En relación de practicarse el aborto solo el 15.5% pensó en practicarse el aborto mientras que el 84.5% no pensó en practicarse aborto.

En esta valoración se encontró la cuarta parte sin depresión, menos de la mitad presentan algún nivel de depresión 40.4%, depresión moderada 18.2%, depresión leve 15.6%. podemos inferir que se relaciona la depresión con la aceptabilidad del embarazo.

Tabla No 2 **Escala de depresión embarazo posparto Edimburgo**

	Opción de respuesta	F	%
<b>Ha podido reír y ver el lado bueno de las cosas</b>	Tanto como siempre	53	91.4
	No tanto ahora	3	5.2
	Definitivamente no mucho ahora	2	3.4
<b>He mirado el futuro con Entusiasmo</b>	Tanto como siempre	50	86.2
	Menos que antes	6	10.3
	Definitivamente menos que antes	2	3.4
<b>Me he culpado</b>	No nunca	2	3.4
	No muy frecuente	18	31
	Si algunas veces	5	8.6
	Si la mayoría de las veces	33	56.9
<b>He estado preocupada sin ningún Motivo</b>	No para nada	1	1.7
	Rara vez	18	31
	Sí a veces	4	6.9
	Sí muy frecuente	35	60.3
<b>Me he sentido con miedo o pánico sin motivo</b>	No para nada	2	3.4
	No, no mucho	11	19
	Sí a veces	13	22.4
	Sí muy frecuente	32	55.2
<b>Las cosas me han estado agobiando y abrumando</b>	0=No he podido llevar las cosas también como siempre	10	17.2
	La mayoría de las veces no he podido	15	25.9
	La mayoría de las veces no he podido manejar las cosas	33	56.9
<b>He estado triste con dificultad para Dormir</b>	No muy a menudo	10	17.2
	Sí a veces	10	17.2
	Sí la mayoría del tiempo	38	65.5
<b>Me he sentido triste y Miserable</b>	No para nada	1	1.7
	No muy a menudo	11	19
	Sí a veces	8	13.8
	Sí la mayoría del tiempo	38	65.5
<b>Me he sentido tan triste que he estado llorando</b>	No nunca	2	3.4
	Solo ocasional	21	36.2
	Sí muy frecuente	35	60.3
<b>He pensado en hacerme daño a mí misma</b>	Nunca	3	5.2
	Casi nunca	1	1.7
	A veces	54	93.1

Fuente: Cuestionario de lactancia materna, valoración de depresión.

Fuente: Cuestionario de lactancia materna, valoración de depresión.

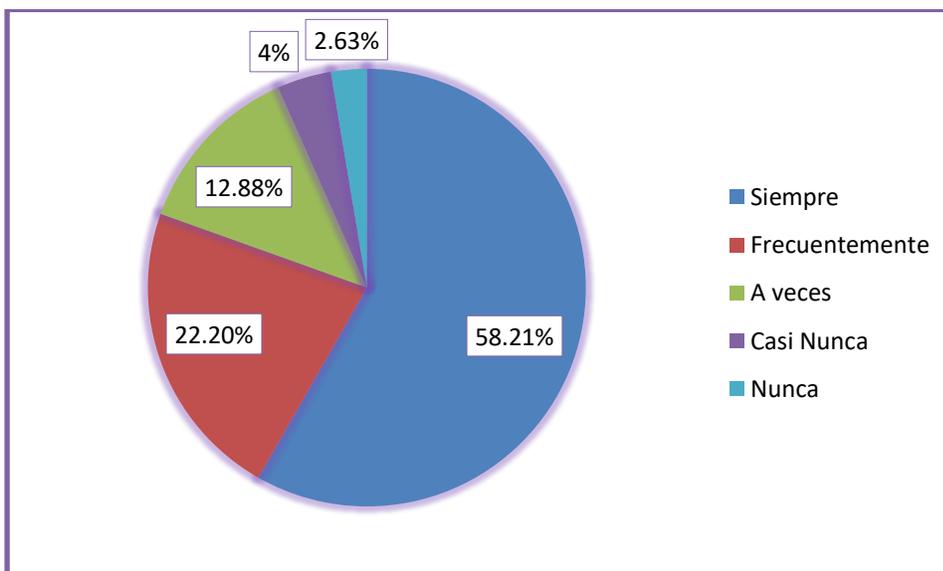
De acuerdo con la depresión embarazo posparto Edimburgo.

Del lado positivo: la mayoría menciona que ha podido reír y ver el lado bueno de las cosas, ha visto el futuro con entusiasmo.

Sin embargo en los sentimientos negativos: ha tenido sentimiento de culpa más de tres cuartas partes y han sentido preocupada sin ningún motivo, más de la mitad con miedo y pánico, agobiada y abrumada sin ningún motivo, así como tristes, miserables y con dificultad para dormir.

Menos de la mitad se han sentido tan tristes que ha estado llorando; llegando al estado de hacerse daño a sí misma en un 11% -Se tiene una gran problemática cuando sienten la necesidad y/o se hacen daño. Ver: Tabla no 2.

**Grafica No 6. Relaciones de parentales: Apoyo positivo**



Fuente: Cuestionario de lactancia materna,

La comunicación en la familia/pareja positiva se muestra en el figura No 6, en relación con el apoyo positivo el 58.21% siempre recibio apoyo en 39.7% la madre es la persona mas involucrada en el apoyo a la lactancia materna. La problemática presentada es más de una cuarta parte carece del vínculo afectivo, ver tabla no. 3.

Tabla No 3 **Las personas involucradas en el apoyo de las mujeres**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Nadie</b>	5	8.6
<b>Esposo o compañero</b>	24	41.4
<b>Madre</b>	23	39.7
<b>Padre</b>	5	8.6
<b>Hermana</b>	1	1.7

Las personas involucradas en el apoyo a las mujeres embarazadas encontramos la mayor proporción está entre el esposo y la madre en algunas ocasiones es el padre o alguna hermana, pero tenemos un 8.6% que la mujer menciona no tener apoyo absolutamente de nadie y que si es indispensable que la mujer tenga dicha convivencia relación y apoyo.

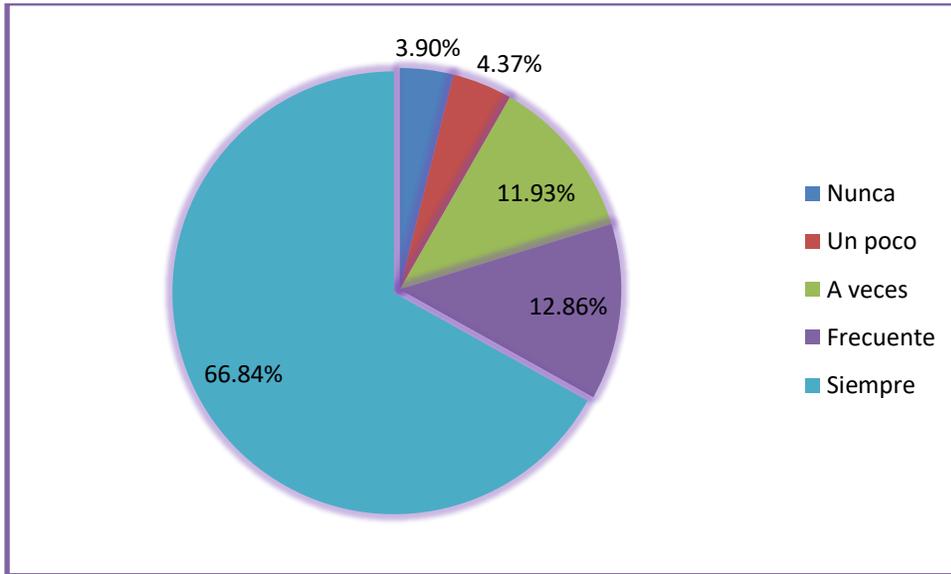
Ver tabla 3,4. Se obtuvo una significancia estadística, en el cual se interrelaciona/afecta el apoyo negativo/positivo.

Tabla No 4 **Correlaciones entre las variables apoyo positivo y falta de apoyo**

Rho de Spearman		Negativo	Positivo
Apoyo Negativo	Coeficiente de correlación	1.000	
	Sig. (bilateral)	.	
Apoyo Positivo	Coeficiente de correlación	.735**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Grafica No 7. **Relaciones parentales: Falta de apoyo**



Fuente: Cuestionario de lactancia materna, variables demográficas.

La comunicación en la familia/pareja negativa se muestra en el grafico no 8.

En las relaciones parentales, ellas consideran tener falta de apoyo aquellas que mencionaban tener unas relaciones positivas también en algunos momentos se han sentido con falta de apoyo, nunca un poco son el 20% que más o menos se consideran que siempre han tenido ese apoyo ya sea por la madre por el esposo o por otros familiares.

Tabla No 5. **Análisis de Medias (ANOVA) en apoyo en mujeres por su estado civil**

	<b>Vive con:</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típ.</b>	<b>Error típ. de la media</b>
<b>Apoyo Negativo</b>	sola	13	4.6923	.60243	.16708
	esposo o pareja	45	<b>4.7949</b>	.50787	.07571
<b>Apoyo Positivo</b>	sola	13	4.1822	.67525	.18728
	esposo o pareja	45	<b>4.2901</b>	.54853	.08177

Fuente: Cuestionario de lactancia materna, variables demográficas.

En el análisis de medias en relación con estado civil existe puntúa más alto el apoyo negativo cuando tienen esposo o pareja o sea que ellas esperan que el esposo pareja las apoya difiere en apoyo positivo y puntúa más alto en aquellas que tienen esposo o pareja.

Tabla No 6. **Análisis de Medias en apoyo en mujeres por trabajo**

	<b>Trabajo:</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típ.</b>	<b>Error típ. de la media</b>
<b>Apoyo Negativo</b>	Si Trabaja	13	4.6331	.77571	.21514
	no Trabaja	45	<b>4.8120</b>	.43346	.06462
<b>Apoyo Positivo</b>	Si Trabaja	13	4.2024	.65872	.18270
	no Trabaja	45	<b>4.2842</b>	.55501	.08274

Fuente: Cuestionario de lactancia materna, variables demográficas.

Con el análisis de medias en relación con apoyo positivo - negativo en las mujeres y quienes tienen trabajo encontramos que sí existen una relación de apoyo negativo para aquellos que no trabajan sin en cambio también difieren aquellas que tienen el apoyo positivo si no están trabajando o sea que ambos puntúan más alto para apoyo negativo ya sea con trabajo o sin trabajo. Inferimos que con o sin trabajo por el momento ellas priorizan su embarazo, así como la lactancia.

Tabla No 7. **Plan de alimentación al infante**

	siempre	casi siempre	algunas veces	casi nunca	nunca
Tengo planes de sólo alimentar con formula a mi bebé (no voy a amamantar)	0	5.2	20.7	17.2	44.8
Tengo planes de amamantar a mi bebé o al menos tratar	0	12.1	8.6	19.0	60.3
Cuando mi bebé tenga un mes de nacido/a, le alimentaré al pecho sin usar ninguna fórmula infantil ni otra leche	0	12.1	20.7	19.0	48.3
Cuando mi bebé tenga 3 meses de nacido/a, le alimentaré al pecho sin usar ninguna fórmula infantil ni otra leche	0	5.2	27.6	10.3	56.9
Cuando mi bebé tenga 6 meses de nacido/a, le alimentaré al pecho sin usar ninguna fórmula infantil ni otra leche	3.4	6.9	27.6	15.5	46.6

Fuente: Cuestionario de lactancia materna

En relación con el plan de alimentación del infante. Las respuestas negativas en las cuales tienen planes para alimentar con fórmula al bebé siempre y algunas veces casi la cuarta parte, tiene planes de amamantar al bebé o al menos tratar el 20%.

De las respuestas positivas menciona casi siempre el primer mes, menos de la cuarta parte va a alimentar a su bebé al seno materno menos el primer mes sin dar otra leche más.

Un porcentaje bajo 5% siempre dará seno materno sin dar otra leche más por tres meses.

Plan de lactancia materna durante los primeros 6 meses sin agregar formulas u otro tipos de alimentos siempre y casi siempre 10%. El resto algunas veces y no consideran la lactancia materna exclusiva casi la mitad. Ver tabla no. 7

Tabla No 8 **Experiencias y percepción de Lactancia**

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No se</b>
Recibió alimentación al pecho cuando era bebé	69	5.2	25.9
Ha dado de mamar antes a otros de sus hijos	50	20.1	24.1
Ha visto alguien cercano a usted dar de mamar	74.1	25.9	0
Piensa que hay algún beneficio para su bebé si lo amamanta	84.5	3.4	12.1
Piensa que hay algún beneficio para usted si da pecho o amamanta	60.3	8.6	31.1
Piensa que hay algún beneficio para su familia si lo amamanta	55.2	13.8	31.0
Cree que puede tener algún problema o barrera que le impida dar leche materna a su bebé	10.3	70.7	19.0

Fuente: Cuestionario de lactancia materna

En relación con las experiencias de haber sido alimentada al seno materno algunas mujeres manifiestan que no fueron lactadas, así como otras mencionan no saberlo.

Experiencias e lactancia materna casi la mitad manifiesta haber dado lactancia a alguno de sus hijos, por un tiempo desde nunca 8, 12 a 24 meses.

Si han tomado en cuenta y ver si algunas madres, cercanas a ella han dado seno materno, mencionando que sí en conocidas, cuñadas, primas, tías, hermanas y su madre.

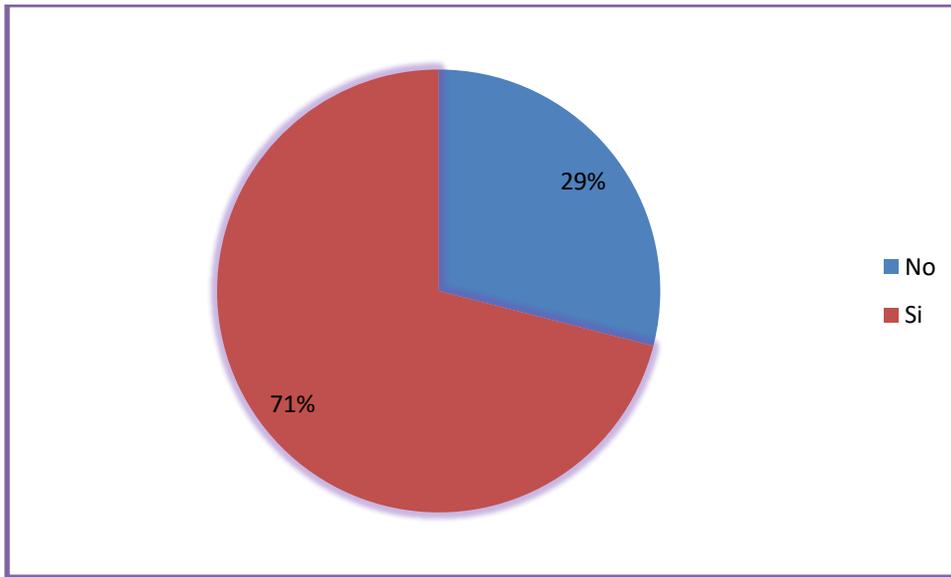
Con relación a los beneficios las que asintieron mencionan, que es la mejor alimentación, tienen más vitaminas, defensas, nutrientes, calcio y disminuyen las enfermedades en el bebé, haciéndolo crecer más sano.

Los beneficios para ella en primer lugar mencionan que disminuye o bien protege para cáncer de mama, adelgaza y se recupera más rápido.

Los beneficios a la familia las que asintieron mencionan el económico.

Las barreras no son mencionadas solo mencionan en caso de enfermedad del bebé sería una limitante. Más de la cuarta parte mencionan tener barreras, pero mencionaron cuales.

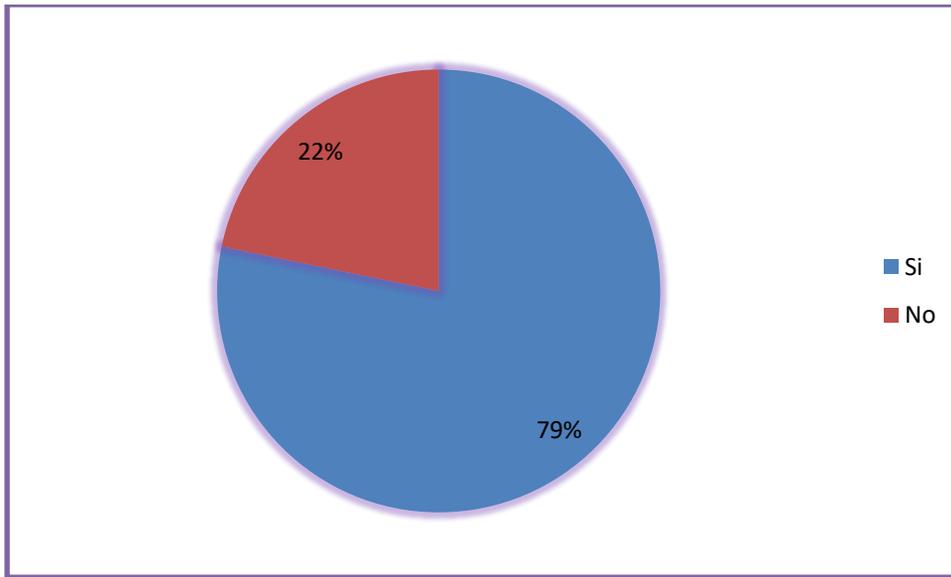
Grafica No 8. **Conocimientos propiedades de leche materna**



Fuente: Cuestionario de conocimientos lactancia materna

Acerca de los conocimientos de las propiedades de la leche materna. La mayor parte de las mujeres, menos de tres cuartas de las mujeres refiere si tiene conocimientos en las diferencias de leche materna y la leche artificial y en las características como aporte proteico, azucares y anticuerpos de la leche materna. La práctica de la lactancia materna exclusiva por lo menos los primeros seis meses de edad del niño ayuda en su crecimiento y desarrollo y la prevención de enfermedades propias de la infancia. Más de una cuarta parte no tiene el conocimiento. (Figura No 8)

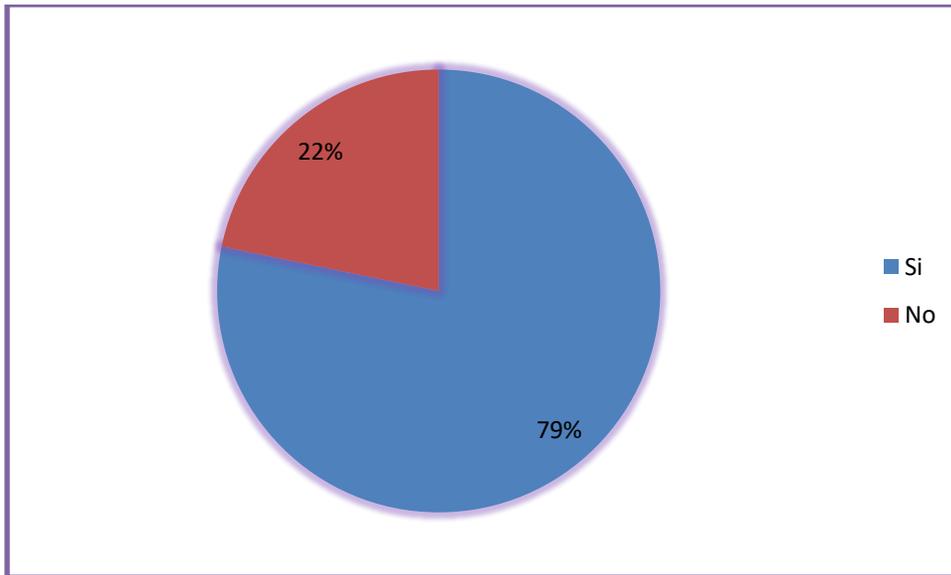
Grafica No 9. **Conocimientos de la buena práctica de lactancia materna**



Fuente: Cuestionario de conocimientos lactancia materna

La mayor parte de las mujeres, más de tres cuartas partes tiene conocimientos de la leche materna para aplicarlos a la buena práctica, por ejemplo, la estimulación al bebé y succión frecuente estimula la producción de leche. Los hábitos higiénicos, dietéticos y de descanso se obtienen una producción adecuada de leche. El cuidado del pezón con lubricación con su misma leche. La práctica de la lactancia materna exclusiva por lo menos los primeros seis meses de edad del niño es exitosa cuando se lleva a cabo las practicas.

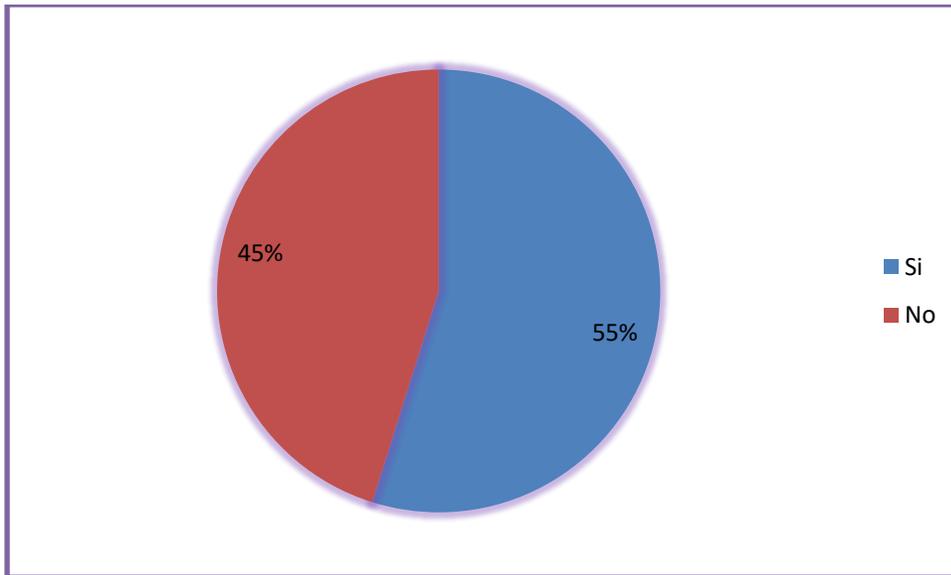
Grafica No 10. **Creencias relacionadas a lactancia materna**



Fuente: Cuestionario de conocimientos lactancia materna

Entre las creencias que afectan la práctica de la lactancia materna, más de tres cuartas partes, son aquellas que se sienten con incapacidad para que su organismo no produzca leche materna, el uso de sostén apretado, suspender la lactancia a la presencia de los primeros dientes y/o el inicio de alimentos sólidos de los tres meses en adelante.

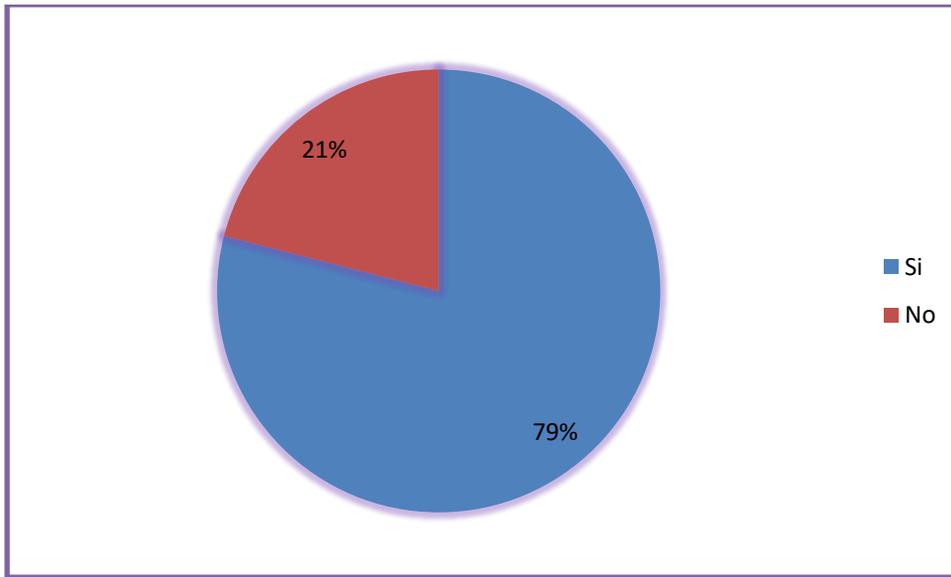
**Grafica No 11. Errores en la práctica de lactancia materna**



Fuente: Cuestionario de conocimientos lactancia materna

Más de la mitad de las mujeres tienen falta de conocimiento en la técnica de lactar a sus bebés considerando comprimir sus mejillas para que abra la boca, posterior al amamantar a su bebé lavarse los pezones con abundante agua y jabón, lactarlo en las primeras semanas cada 4-5 horas.

Grafica No 10. **Conocimientos en beneficio a la madre en lactancia**



Fuente: Cuestionario de conocimientos lactancia materna

Más de tres cuartas partes de las mujeres conocen los beneficios que se obtienen por la lactancia materna, disminuir el sangrado favoreciendo que el útero retorne a su tamaño normal, la satisfacción de la madre, entre otras.

Tabla No 4 **Correlaciones entre Depresión, Calidad de la relación, Plan de alimentación infantil, Experiencias y percepción, Conocimientos y práctica de la lactancia materna.**

Rho de Spearman		DPS	CRPC	PAI	EPLM	CLM	PLM
<b>Depresión (DPS)</b>	Coeficiente de correlación <sup>&amp;</sup> . Sig. (bilateral)	1.000 .					
<b>Calidad de la relación y apoyo con las personas cercanas (CRPC)</b>	Coeficiente de correlación <sup>&amp;</sup> . Sig. (bilateral)	<b>-.006</b> <b>.956</b>	1.000 .				
<b>Plan de alimentación al infante (PAI)</b>	Coeficiente de correlación <sup>&amp;</sup> . Sig. (bilateral)	.261 .421	<b>.538**</b> <b>.000</b>	1.000 .			
<b>Experiencias y percepción de la LM (EPLM)</b>	Coeficiente de correlación <sup>&amp;</sup> . Sig. (bilateral)	.406 .188	<b>.296*</b> <b>.019</b>	<b>.356*</b> <b>.049</b>	1.000 .		
<b>Conocimientos de la lactancia materna (CLM)</b>	Coeficiente de correlación <sup>&amp;</sup> . Sig. (bilateral)	.106 .222	<b>.625**</b> <b>.000</b>	<b>.256*</b> <b>.010</b>	<b>.733**</b> <b>.000</b>	1.000 .	
<b>Práctica de lactancia materna (PLM)</b>	Coeficiente de correlación <sup>&amp;</sup> . Sig. (bilateral)	<b>-.129</b> <b>.338</b>	.156 .062	<b>.825**</b> <b>.000</b>	.395 .776	<b>.456*</b> <b>.059</b>	1.000 .

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). \*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). Coeficiente de correlación de Spearman<sup>&</sup>.

En las correlaciones de Spearman que muestra la Tabla no 4, se encuentran relaciones positivas y significativas en relación con depresión, calidad de la relación, plan de alimentación infantil, experiencias y percepción, conocimientos y práctica de la lactancia materna, encontrando:

Depresión con Calidad de la relación y apoyo con las personas cercanas no significativa pero negativa  $r = .956$ ; Plan de alimentación al infante  $r = .421$ ; Experiencias y percepción de la LM  $r = .188$ ; Conocimientos de la lactancia materna  $r = .222$ ; Práctica de lactancia materna  $r = .388$ .

Calidad de la relación y apoyo con las personas cercanas con: Plan de alimentación al infante significativa y positiva  $r = .000$ ; Experiencias y percepción de la LM significativa  $r = .019$ ; Conocimientos de la lactancia materna  $r = .010$ ; Práctica de lactancia materna  $r = .000$ .

Plan de alimentación al infante significativas y positivas con: Experiencias y percepción de la LM  $r = .049$ ; Conocimientos de la lactancia materna  $r = .010$ ; Práctica de lactancia materna  $r = .000$ .

Experiencias y percepción de la LM significativa con: Conocimientos de la lactancia materna  $r = .000$ ; y no significativa Práctica de lactancia materna  $r = .776$ .

Conocimientos de la lactancia materna con Práctica de lactancia materna  $r = .059$ .

## Entrevista y exploración clínica:

**Tabla No. 9 Experiencia obstétrica y atención hospitalaria**

<b>Variable:</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Número de Embarazos</b>	
1er embarazo	53.4
2do embarazo	19
<b>Multigesta 3 a 5 embarazo</b>	<b>26.6</b>
<b>Número de niños nacidos vivos</b>	<b>de 95 embarazos / 83 nacido vivos</b>
<b>Sexo del RN</b>	
Hombre	48
Mujer	52
<b>Apgar: Al 1 minuto de vida / 5 minutos de vida</b>	
9/9	34.5
8/9	43.1
8/8	8.6
7/8	13.8
<b>Tipo de parto</b>	
Parto Normal "Eutócico"	29.3
Parto distócico "Cesárea"	70.7
<b>Estuvo el recién nacido piel a piel inmediatamente después del parto</b>	
Si	42
No	30
<b>No contesto</b>	<b>28</b>
<b>Tipo de alimentación del RN en el hospital</b>	
Lactancia materna exclusiva	32
Formula	43
Alimentación mixta	25

Fuente: Entrevista clínica

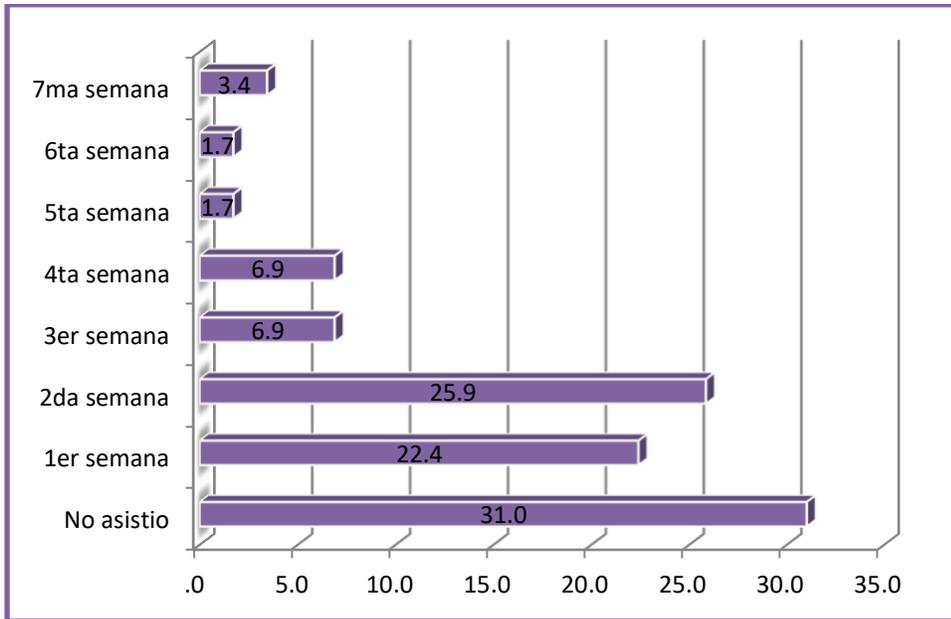
Con relación al tipo de parto el 70.7% fue distócico "cesárea", y solo el 29.3% fue eutócico "normal".

Solo el 42% estuvo piel a piel inmediatamente después del parto mientras el 30% no lo estuvo

De acuerdo con la alimentación en el hospital el 43% fue con fórmula, solo el 32% fue con seno materno y el 25% fue de manera mixta.

De los riesgos y complicaciones durante el embarazo el 16.9% fue amenaza de parto prematuro, y el 1.7% anemia. Tabla No.9

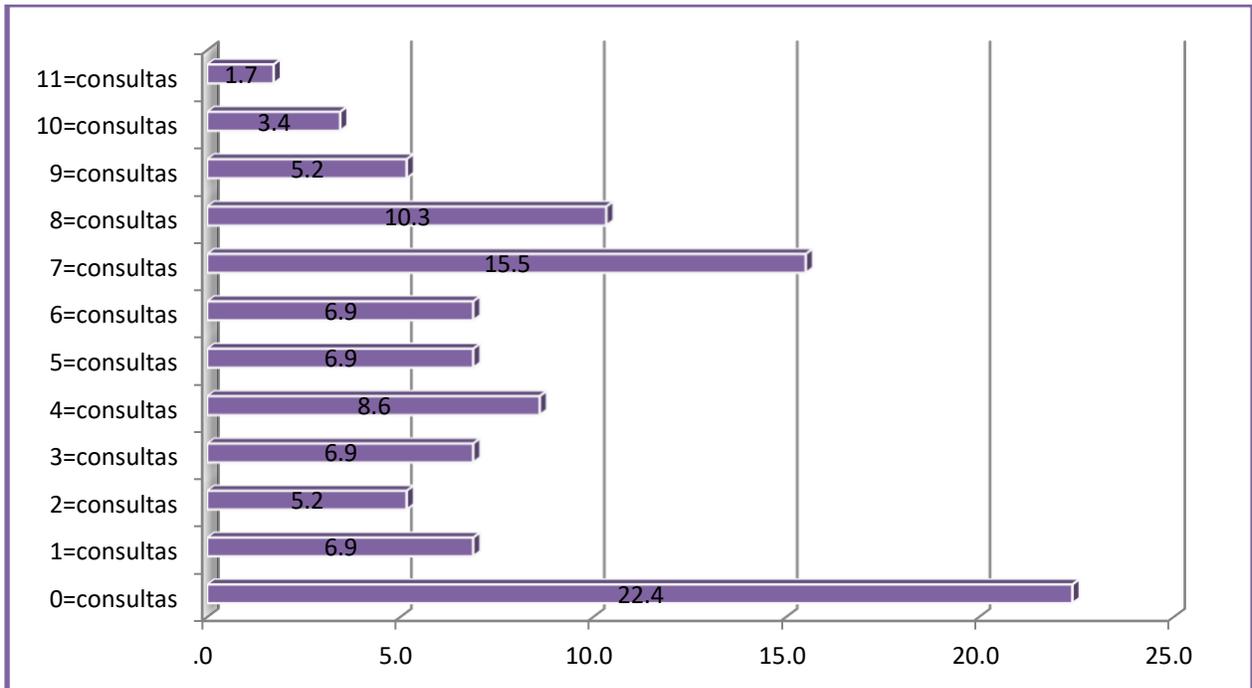
Gráfico No. 12 **Semana de gestación que inicia su consulta prenatal**



Fuente: Entrevista clínica

Con relación al control prenatal el 25.9% inicio su control prenatal en la segunda semana del embarazo, mientras que el 31.0% no asistió a ninguna consulta prenatal.

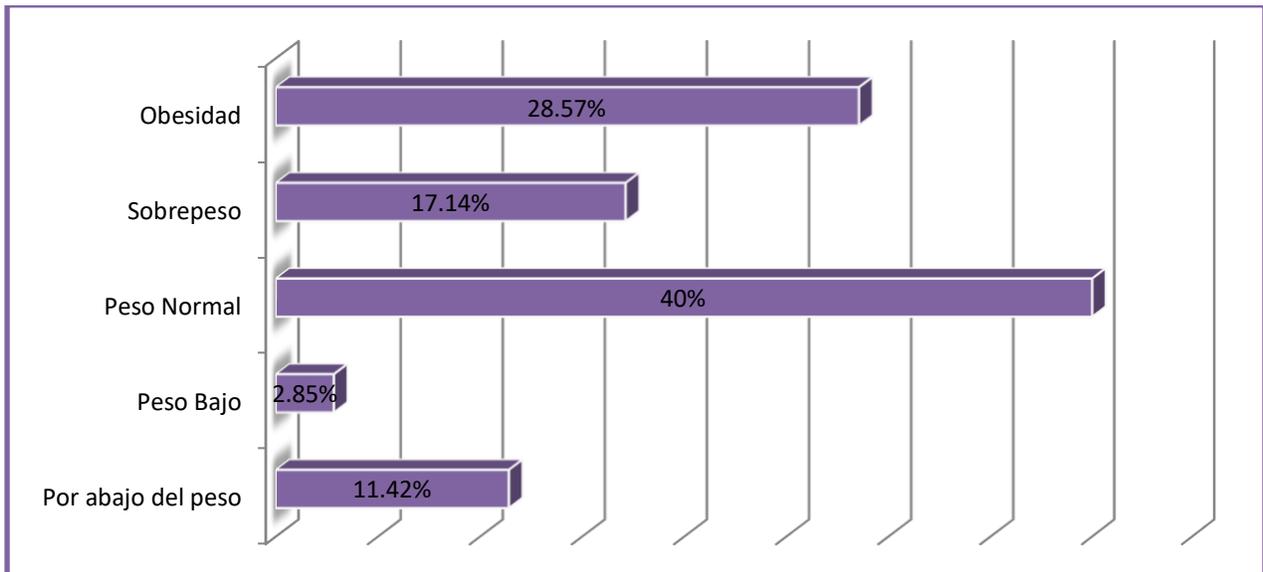
Grafica No. 12 **Número de consultas en la etapa prenatal**



Fuente: Entrevista clínica

En relación con el número de consultas es preocupante como casi la mitad casi la mitad no tuvo las consultas necesarias según la Norma de la Atención del Embarazo, un poco más del 50% sí tuvo por arriba de las 5 consultas que son necesarias que establece la atención del embarazo, para un control de embarazo sano y poder identificar signos de riesgo y/o complicaciones que pueda presentar la mujer embarazada.

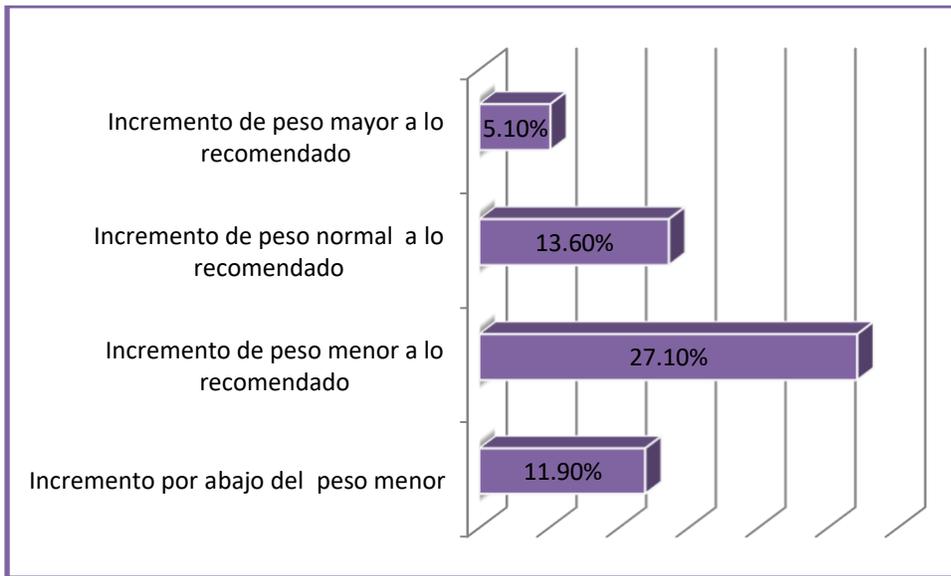
Grafica No 8 Índice de masa corporal antes del embarazo



Fuente: Entrevista clínica

Con relación al índice de masa corporal (IMC) solo el 40% presenta un peso normal mientras que el 28.57% presenta obesidad, el 17.14 sobrepeso, el 11.42 por abajo del peso y el 2.85% peso bajo.

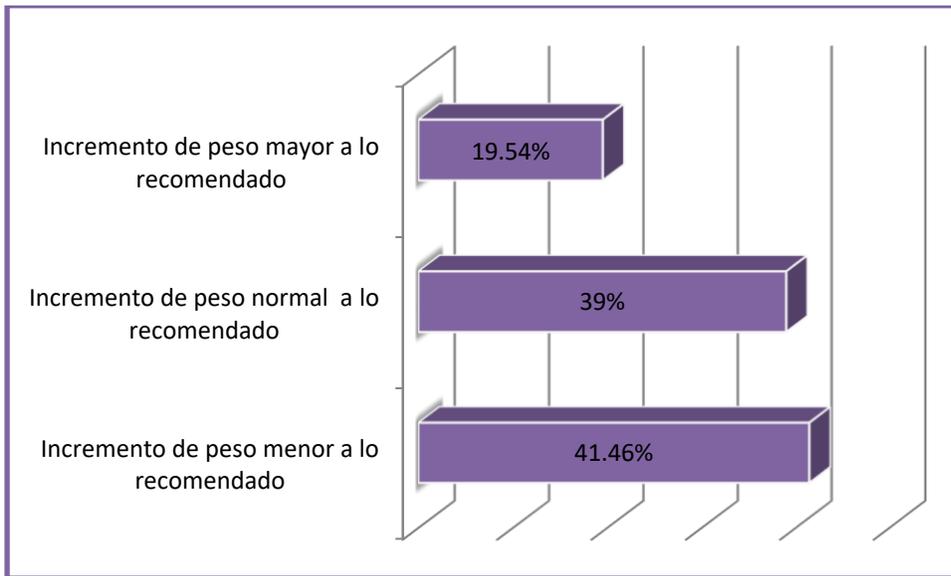
**Grafica No 9 Incremento de peso al final del embarazo**



Fuente: Entrevista clínica

La importancia de visualizar el incremento de peso al final del embarazo solamente un 5% incremento su peso mayor al recomendado sin embargo tenemos una tabla anterior donde tenemos una cantidad de mujeres con obesidad relacionado con su índice de masa corporal.

**Grafica No 9 Relación de incremento de peso e IMC**



Fuente: Entrevista clínica

En relación con el incremento de peso con el IMC también tenemos un incremento de peso mayor al recomendado casi el 20% que esto se puede tener como un indicador de riesgo para la presencia de hipertensión durante el embarazo diabetes gestacional entre otras.

Tabla No. 11 **Complicaciones durante embarazo / parto**

<b>Tipo de Complicación</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Infección Vaginal</b>	3.4
<b>Sangrado embarazo/parto</b>	8.5
<b>Amenaza de parto prematuro</b>	16.9
<b>Diabetes Gestacional</b>	5.1
<b>Preeclampsia</b>	1.7
<b>Útero bicornio</b>	5.1
<b>Cesáreas anteriores</b>	1.7
<b>Anemia</b>	1.7
<b>Sin complicaciones</b>	59

Fuente: Entrevista clínica

Las complicaciones durante el embarazo y parto presentan las mujeres de este estudio diversas complicaciones menos del 50% pero qué es una cifra importante ya que entre ellas son las propias del embarazo como infecciones sangrados amenaza de parto prematuro diabetes gestacional preeclampsia alteraciones del útero se salidas anteriores anemia que se deben de identificar para mejorar el cuidado de enfermería.

Tabla No. 12 **Relación de edad gestacional y peso del recién nacido**

	<b>Rango</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>
<b>Edad gestacional</b>	12	30	42	38.33	2.540
<b>Peso RN</b>	3,080	1,320	4,400	3,010.93	632.645

Fuente: Entrevista clínica

Tenemos una relación muy estrecha donde la media con la edad gestacional de 38 semanas, que es aceptable con un peso de 3.000 kg también aceptable un máximo de semanas de gestación 42 semanas con peso máximo de 4, 400 y un mínimo de semanas de gestación con un mínimo de peso de 1, 320 Kg.

## CAPITULO V. CONCLUSIONES

Se concluye dentro de las variables demográficas, la edad materna en los extremos de la salud reproductiva sigue siendo un problema de salud pública, ya que la mayoría de las madres estudiadas son madres adolescentes o mayores de 40 años. Por consiguiente el nivel escolar con un alto porcentaje son a nivel secundaria, estado civil el apoyo familiar, dentro de los factores que encontramos para una lactancia no exitosa. Por otra parte, la depresión relacionada con la planeación del embarazo -así como la planeación de la lactancia materna. Podríamos inferir que una mujer que lacta es menos susceptible a la depresión o presentar algún síntoma el evaluar depresión en el puerperio ya que se considera como un factor de interrupción temprano de la lactancia materna que provoca en las madres.

La depresión durante el embarazo y el puerperio son situaciones frecuentes y se sabe que la paciente que presenta depresión durante el embarazo por lo general también la depresión se presentará en el puerperio, se asocia con efectos desfavorables para llevar a cabo una lactancia materna exclusiva.

Así como la mujer que tiene una planeación de su embarazo de esta misma manera tendrá una planeación para una lactancia materna.

Las condiciones del nacimiento del niño es otro factor, así como las normativa institucional de iniciar fórmula láctea en las primeras horas y primeros días de vida.

Desde la perspectiva teórica destaca que el embarazo es un estado de plenitud y satisfacción, así como los cambios emocionales normales que la mujer presenta, el Modelo de Mercer, la adopción del rol materno se basa en el desarrollo tanto de la mujer como de una nueva vida que es un hijo, el modelo menciona la influencia directa sobre el rol materno la experiencia del nacimiento y/o la separación precoz del niño y la madre, situaciones de estrés social, el apoyo social y las actitudes de la crianza.

Por otra parte, las características del niño como el temperamento, la apariencia, el sexo, ello implica durante este proceso de rol materno, así como el cuidado cómo crear el vínculo madre-hijo, a la mujer aprender las tareas de rol y cuidados, así como expresar placer y gratitud, en el cual la madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en la realización del rol.

Dentro de la identidad materna desde el embarazo hasta el nacimiento, etapa donde se incrementa la autoestima o puede ser que también haya conflictos como estados de ansiedad y depresión ante situaciones estresantes, peligrosas o amenazantes, la depresión es una serie de síntomas de componente afectivo, así como también se relaciona con el rol materno.

Por lo tanto, la madre debe de tener apoyo emocional, en el cual encontramos dentro de nuestros resultados que la lo tienen las madres solo un porcentaje de las cuales debería de ser el total con apoyo emocional. Por otra parte, el apoyo informativo todo lo que tenga que llevar en relación con la lactancia materna y los cuidados del niño, el apoyo físico directo de ayuda y el apoyo.

Mercer menciona su teoría del factor del microambiente dónde es esa parte que se encuentra el bebé con mucha protección, pero en su exterior su entorno la mujer puede transmitir algunas situaciones relacionadas emocionales, es importante considerar el macro ambiente es el entorno y el medio ambiente qué es todas las influencias sociales afecta la identidad del rol materno son el temperamento, la capacidad de comunicación, la apariencia la respuesta a la salud. Otros factores que intervienen el vínculo del binomio para el desarrollo del niño deben interactuar el contacto visual, el reflejo de sonreír y conducta tranquila y las conductas interactivas coherentes con la madre<sup>24</sup>

La promoción de la lactancia es una de las estrategias más efectivas para evitar la desnutrición infantil; reduce costos a las familias, los servicios de salud y la sociedad.

Identificar los factores de riesgo para el abandono de la lactancia materna para disminuirlo y/o evitarlo antes del parto y en el puerperio inmediato ya que determinan, parcialmente, la duración de la lactancia exclusiva.

Los resultados de este estudio pueden ser de utilidad para los profesionales sanitarios y desde una perspectiva de salud pública, ya que permiten diseñar estrategias para apoyar a las madres lactantes, teniendo en cuenta las razones principales de abandono temprano entre otros la reincorporación a la vida laboral.

## CAPITULO VI. DISCUSIÓN

En este estudio encontramos factores como la edad desde adolescente hasta mujeres mayores de 40 años, la diversidad del estado civil y falta de apoyo familiar, el nivel de escolaridad si trabaja o no trabaja, adicciones, así como el ingreso familiar para las buenas prácticas de lactancia materna. Estudio similar menciona la lactancia materna exclusiva se mantuvo de 4 a 6 meses en un 48,6 % asociada a factores biosociales favorables como el alto nivel cultural y ser trabajadora.<sup>34</sup>

En relación con el control prenatal la Norma Oficial Mexicana 007<sup>18</sup> que puntúa el control del embarazo mínimo 5 consultas con controles exámenes de laboratorio control de peso alimentación orientación sobre lactancia materna y metodología planificación familiar en relación a esto encontramos déficit en la atención y seguimiento de las mujeres embarazadas en nuestro estudio así como el seguimiento de la lactancia materna no se visualiza hasta qué edad de los infantes fue la lactancia materna exclusiva en el estudio. En relación con el estudio la población presenta menos de la mitad algún grado de depresión, relación con la depresión posparto. Aquellos madres que pretendían y planeaban amamantar obtuvieron menos puntajes en depresión posnatal en comparación con las que no lo hicieron. Un estudio en Brasil demostró la relación de la autoeficacia para el amamantamiento reveló como factor de protección para la lactancia materna exclusiva, mientras la depresión postparto se configura como un factor de riesgo<sup>19</sup>.

La depresión durante el embarazo constituye un principal factor de riesgo para el abandono de la lactancia materna<sup>17</sup>.

Estudio en mujeres en Chile Un tercio presenta síntomas de depresión y/o ansiedad durante el embarazo, mientras que la prevalencia en el posparto supera el 40%.<sup>33</sup>

Se estima que el 13% de las mujeres se ven afectadas por la depresión posparto durante el primer año de vida. Datos similares en los resultados que se obtuvieron con el de este estudio, menciona el riesgo de la depresión posparto aumenta dramáticamente al 41% en mujeres con depresión prenatal. Las tasas de prevalencia que varían entre el 8,9% y el 17%. Los estudios de Europa mostraron una tasa de prevalencia del 13%. Las variaciones de la prevalencia de la depresión posparto en el mundo árabe oscilan entre el 10% en los Emiratos Árabes Unidos, 16% en el Líbano y 17,8% en Arabia Saudita. Nuestro hallazgo es mayor a los reportados en la literatura<sup>28</sup>.

La prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria fue del 43% con fórmula, solo el 32% fue con seno materno y el 25% fue de manera mixta, en el plan de lactancia materna es similar al estudio que mostramos. Estudio en España revela que el 84,8% al alta hospitalaria, el 53,7% a los 4 meses y el 15,4% a los 6 meses de vida. Las razones descritas por las madres sobre el abandono de la lactancia materna exclusiva asociadas a la fase temprana son problemas de lactancia, escasa ganancia de peso e hipogalactia. Otros factores que influyen en la etapa temprana son la intención previa durante el embarazo de dar lactancia materna exclusiva, la paridad y la clase social. En la etapa tardía influye el tiempo de baja por maternidad<sup>16</sup>.

En nuestro estudio si mostro conocimientos sobre lactancia materna, así como sus beneficios, estudio relacionado menciona que el conocimiento sobre la lactancia influyo en la prevalencia de la lactancia exitosa, evidenciándose que existe poco conocimiento sobre la misma <sup>34</sup>

En Colombia solo 10% de las mujeres practican la lactancia materna exclusiva. A los 8 días sólo un poco más de la mitad de las participantes mantenía lactancia exclusiva; al mes 6 de seguimiento esta proporción se redujo a 1.4%. La duración de lactancia exclusiva estuvo determinada por: inicio de lactancia en las primeras 4 horas pos-parto, seguridad auto percibida para amamantar y opinión positiva del padre del bebé frente a lactancia así como el peso de recién nacido.<sup>15</sup>

En relación del estudio realizado en mujeres sobre los factores como depresión conocimientos y prácticas para la lactancia materna, es fundamental evaluar el proceso desde la planeación del embarazo, el control prenatal, la orientación a la madre, el apoyo recibido por la familia y las experiencias propias de la madre, sustentadas en la adopción del rol materno y llevar un embarazo sano así como una lactancia materna exitosa. <sup>14</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Gutiérrez Gutiérrez, AE., Barbosa Rodríguez, D., González Lima R., Martínez Figueroa O. Nivel de conocimiento sobre la lactancia materna. Rev Cubana Enfermer. 2001; 17 (1)
2. Willumsen, J. Educación sobre lactancia materna para prolongar la duración de esta. OMS 2013 [https://www.who.int/elena/bbc/breastfeeding\\_education/es/](https://www.who.int/elena/bbc/breastfeeding_education/es/)
3. Castillo Belen JR, Rams Veranes A, Castillo Bélen A, Rizo Rodríguez R. Lactancia materna e inmunidad Impacto social. Medisan. 2009; 13 (1)
4. Victoria CG, Bahl R, Barros AJD, et al., para The Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016; 387: 475 – 90.
5. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. PAHO 2002. [Consultado: 22 Sept 2013] Disponible en: <http://www1.paho.org/English/AD/FCH/BOB-Main.htm>.
6. Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012. Breast-feeding Policy Statement. Breastfeed Med. 2012;7(5):323-4.
7. Dewey KG. Is breastfeeding protective against child obesity? J Hum Lac. 2003;19(1):9-18.
8. Méndez Jacobo N, García Rojas Vázquez LE, Reyes Barreto DY, Trujano Ramos LA. Factores que intervienen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital para la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014. Nutr Hosp. 2015;32(6):2618-2621.
9. Vahlquist B. Introduction. Contemporary patterns of breast-feeding Report of the WHO Collaborative Study on Breast-feeding. Geneva: World Health Organization, 1981.
10. Jelliff e DB, Jelliff e EFP. Human milk in the modern world. Oxford: Oxford University Press, 1978.
11. Jelliff e DB, Jelliff e EFP Human milk in the modern world.[letter]. BMJ 1978;2:1573.
12. Task Force on the Assessment of the Scientific Evidence Relating to Infant-Feeding Practices and Infant Health. Report of the task force on the assessment of the scientific evidence relating to infant-feeding practices and infant health. Pediatrics 1984; 74: 579–762

13. Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014 – 2018.
14. Raile Alligood M. Teorías y modelos en enfermería. 8va Edición. Ed. Elsevier, España 2015; pág. 524-528
15. Mateus SJC, Cabrera AGA, Factors associated with exclusive breastfeeding practice in a cohort of women from Cali, Colombia. *Colomb Med (Cali)*. 2019; 50(1). DOI: 10.25100/cm.v50i1.2961
16. Oribea M, Lertxundia, A, Basterrechea M, Begiristaina H, Loreto S. M, Villara M et Al., Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac. Sanit.* 2015; 29 (19): 4-9
17. Castro Días C, Figueiredo B Lactancia y depresión: factores de riesgo SIIC- Sociedad Iberoamericana de Información Científica. *Journal of Affective Disorders*, 2015; 171:142-154
18. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
19. Vieira ES, Caldeira NT, Eugênio DS, Lucca MM, Silva IA. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3035 [Access 14/10/2020]; Available in: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es\\_0104-1169-rlae-26-e3035.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3035.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2110.3035>.
20. Cox J.L. Holden, J.M. Sagovsky R. Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh British. *Journal of Psychiatry* 1987; 150.
21. Hall, L. A., & Kiernan, B. S. (1992). Psychometric Assessment of a Measure of the Quality of Primary Intimate Relationships. *Health Values*, 16(4), 30-39. Dennis, C. L., & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*, 22(5), 399-409.
22. Linares, A. M., Hall, L., & Ashford, K. (2015). Psychometric Testing of the Autonomy and Relatedness Inventory–Spanish Version. *Journal of Nursing Measurement*, 23(1), 27-37. doi: 10.1891/1061-3749.23.1.e27
23. Nommsen-Rivers, L. A., Cohen, R. J., Chantry, C. J., & Dewey, K. G. (2010). The Infant Feeding Intentions scale demonstrates construct validity and comparability in quantifying maternal breastfeeding intentions across multiple ethnic groups. *Matern Child Nutr*, 6(3), 220-227. doi: 10.1111/j.1740-8709.2009.00213.x
24. Oliver-Roig, A., d'Anglade-Gonzalez, M. L., Garcia-Garcia, B., Silva-Tubio, J. R., Richart-Martinez, M., & Dennis, C. L. (2012). The Spanish version of the Breastfeeding Self-

Efficacy Scale-Short Form: reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud*, 49(2), 169-173. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.08.005.

25. UNICEF. Lactancia materna una práctica ambiental. [Consultado 2 de Diciembre del 2014]. Disponible en: [http://www.unicef.org.co/Lactancia/accion.htm\(9\)](http://www.unicef.org.co/Lactancia/accion.htm(9)) Sociedad Argentina de Pediatría. Situación de Lactancia Materna en Argentina – 2007 pp. 1 – 12. Boletín Informativo Hospital Universitario del Valle. Lactancia Materna, antecedentes históricos e indicadores de lactancia materna en Colombia, Valle y Cali. 2009 pp. 2 – 25.
26. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2013). Informe Principal. Lima- Perú. 2013. Pág. 15-16.
27. JB Gonzáles Delgado. El aspecto social en el fracaso de la lactancia materna. Cuba. 1983. pp. 193.
28. Saad Al-Muhaish, Buthainah Ali Al-Azman, Bushra Ahmed Al-Ghamdi, Abdullah H Al-Qahtani and Nourah H Al-Qahtani. Prevalence of Postpartum Depression and its Correlation with Breastfeeding: A Cross-Sectional Study Wedad International Journal of Medical Research & Health Sciences, 2018, 7(2): 28-34
29. Hernández Ávila M. *La lactancia materna es uno de los grandes perdientes de la salud pública en México.* (ENSANUT) bajos niveles de lactancia y su deterioro en los últimos 6 años (de 2006 a 2012).
30. OMS 59° Asamblea Mundial de la Salud. Contribución de la OMS a la aplicación de la estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente. 2006
31. Meléndez, Marianna, Díaz, Mardorys, Bohorjas, Lía, Cabaña, Alberto, Casas, Jeannette, Castrillo, Marlyn, Corbino, Johnny, Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus* [Internet]. 2017;21(3):7-12. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375955679003>
32. Villanueva Orozco GBT., Rivera Aragón S., Díaz Loving R., & Reyes-Lagunes I. La Comunicación en Pareja: Desarrollo y Validación de Escalas. *Acta de Investigación Psicológica*, 2012, 2 (2), 728 – 748, 2012
33. Jadresic M Enrique. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [Internet]. 2010 Dic [citado 2020 Oct 22]; 48( 4 ): 269-278. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272010000500003&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003>.

34. Avalos González Maria Marlen, Mariño Membribes Eida Rosa, González Hidalgo José Antonio. Factores asociados con la lactancia materna exclusiva. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 Jun [citado 2020 Oct 22] ; 32( 2 ): 170-177. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252016000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200004&lng=es).